



Experiencias de una enfermera desde su vinculación al movimiento feminista

*A nurse experience from her involvement in the feminist
movement*

Lucia Mazarrasa Alvear

Recibido: 01/07/2019

Aceptado: 29/07/2019

RESUMEN

Se exponen las reivindicaciones de las enfermeras españolas, su repercusión tanto en su desarrollo profesional como en innovaciones en el sistema sanitario, analizando los logros y dificultades derivados de su rol de género. Se abordan también las reivindicaciones feministas en torno a la salud y el papel de las profesionales sanitarias en la visibilización de los problemas de salud de las mujeres así como en la medicalización de los mismos. Se presenta una experiencia de formación e investigación en género y salud desde una institución pública. Se concluye con la necesidad de alianza entre el movimiento feminista y las profesionales de salud.

Palabras clave: *enfermería, movimiento feminista, salud, mujeres.*

ABSTRACT

We are presented Spanish nursing vindications and their effects on professional development and on health public system innovations analysing the gender roll to achieve goals and difficulties. The feminist health vindications and the role of women professionals to highlight women's health problems and to denounce their medicalization. It is presented an experience on gender and health education and research developed in a health public institution. The need of alliance between feminist movement and health professionals is one of the conclusions.

Keywords: *nursing, feminist movement, health, women.*

Lucia Mazarrasa Alvear es enfermera instructora de Sanidad y jefa de la sección de Salud y Desarrollo Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III de Madrid. Correo electrónico: luciamazarrasaalvear@gmail.com.

Cómo citar este artículo: Mazarrasa Alvear, Lucia (2019). Experiencias de una enfermera desde su vinculación al movimiento feminista. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4 (1), 86-116. doi: <http://dx.doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.5459>

1. DE LA ENFERMERA AL DIPLOMA UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA: UN TRAYECTO DE IDA Y VUELTA O LA DEVALUACIÓN DE LA ENFERMERA FRENTE AL AYUDANTE TÉCNICO SANITARIO

En los años sesenta, cuando inicio mi carrera profesional, los estudios de enfermería se denominaban Ayudante Técnico Sanitario, que al parecer se consideraba de mayor importancia que ser simplemente una enfermera, nombre tradicional, universalmente conocido y reconocido, cuyo significado todo el mundo comprendía y estaba claro en el imaginario social qué significa ser enfermera y ejercer esa profesión, si bien de una manera mucho más restrictiva que lo que es actualmente. Y además con una serie de connotaciones a las cuales me referiré más tarde. La devaluación patriarcal de todo aquello que fuera típicamente femenino como son los cuidados a la salud, estaba a la orden del día: una mejor opción para una mujer era estudiar, por ejemplo, Farmacia o Letras en cualquiera de sus vertientes, Arte, Historia, Latín, incluso Derecho, que tenía otro "caché" mediatizado por la clase social.

La enfermería ha sido modelada por los condicionamientos históricos relacionados con las actividades que ha desarrollado desde su origen, tradicionalmente asociadas a los cuidados de las personas enfermas y que se encuentran marcadas fundamentalmente por la división sexual, social y técnica del trabajo, y también por la religión, los conflictos bélicos y la intervención del Estado en la atención de la salud. El cuidar es una actividad humana fundamental a la que el discurso patriarcal le asigna un esencialismo "natural" relacionado con el trabajo reproductivo asignado a las mujeres, mientras que la práctica "trascendente" de curar se asignó históricamente a los hombres en las figuras de sacerdotes, magos y médicos, modelándola como profesión y práctica hegemónica en relación al resto de las actividades y profesiones sanitarias. A mediados del siglo XIX el gobierno imperialista británico encargó a Florence Nightingale la organización de la enfermería en los hospitales de campaña de la Guerra de Crimea. Ello supuso tal revolución en los cuidados por las reformas introducidas en los hospitales, que los

médicos encontraron en estas nuevas enfermeras sus ayudantes perfectas, disciplinadas y sumisas que les liberaban del trabajo más arduo (Sánchez García et al, 2003).

El trabajo reproductivo no tiene valor social ni económico en el sistema patriarcal, lo que ha supuesto la subordinación de las mujeres en general y consecuentemente, y en particular, ha limitado el desarrollo del conocimiento y saber de la enfermería como ciencia de la salud hasta bien entrado el siglo XX. Es en los años setenta cuando la enfermería apuesta por la reivindicación de la autonomía profesional y la formación universitaria, que se alcanza en España en 1978, después de un movimiento profesional reivindicativo, liderado principalmente, por muchas mujeres enfermeras.

Veníamos de una clara discriminación en la propia formación: en 1953 aparece el título de Ayudante Técnico Sanitario que unifica los planes de estudio de Practicantes, Matronas y Enfermeras. Las mujeres debían realizar sus estudios en las Escuelas de Enfermeras, casi todas en manos de órdenes religiosas, instituciones privadas tales como Cruz Roja, asociadas a hospitales de prestigio como Valdecilla en Santander, o "La Concha" (Fundación Jiménez Díaz) en Madrid. Eran escuelas "de pago" con un modelo victoriano de entrenamiento, en régimen de internado, aunque en los años sesenta alguna escuela admitía alumnas externas, con un régimen de horario laboral prácticamente igual que las ya profesionales, con el no pequeño detalle de que había que pagar por esa formación. Esto suponía un ahorro caudaloso al estado y a las instituciones religiosas en personal profesional. Los hombres estudiaban en Escuelas Profesionales dependientes de las facultades de Medicina, si bien en algunas provincias con facultades de Medicina importantes, como Zaragoza o Valladolid, también se cobijaba a las estudiantes, teniendo un régimen estudiantil de más libertad, relajado, en el que no existía la explotación antes mencionada. Se establecieron algunas especializaciones, como la de Matronas para las ATS femeninas, que para obtener el diploma correspondiente cursaban dos años adicionales.

Veamos las connotaciones del ejercicio profesional de las enfermeras, a las que me he referido anteriormente.

Aquellas que se consideran positivas eran y son aún, entre otras, ser abnegada, cariñosa, valiente, trabajadora, fuerte, sacrificada y supeditada obedientemente a las órdenes del superior jerárquico, que naturalmente es el médico, que es quien se considera posee el conocimiento científico. A la enfermera se le pide observar, estar permanentemente con el paciente, comunicar cualquier cambio en la evolución del enfermo para que el médico decida lo que hay que hacer, y esperar que ella ejecute solamente lo ordenado, sin tan siquiera poder dar una explicación al paciente sobre la orden que ha de aplicar, pues eso corresponde al médico, llegando al punto del ridículo. Por ejemplo, siendo la enfermera la encargada de tomar las constantes vitales, no osaba informar al o la paciente del resultado, lo que debía corresponder al médico. Eso sí, derrochando cariño, bondad, sumisión, como manda la ideología cristiana, dado que el origen de la enfermera se da en el seno de organizaciones religiosas, lo que la impregna de estos valores, sin cuestionar la desigualdad que se atribuye a designios divinos. Todo ello vestida modosamente con cofia y delantal.

Como connotaciones negativas, hay que señalar la imagen de la enfermera como "mujer fácil", que según la quinta acepción de la palabra fácil de la RAE, se dice especialmente cuando se presta sin problemas a mantener relaciones sexuales; las enfermeras son insultadas en chistes vulgares y obscenos, tratadas como arpías que chupan la sangre al paciente siempre masculino. Quizás este desprestigio tiene que ver con que la enfermera tiene acceso al cuerpo del hombre cuando le cuida, lava, alimenta, está desnudo en un momento de vulnerabilidad, es testiga de su debilidad en la enfermedad, al mismo tiempo que lo observa y toca su cuerpo, y eso es algo que el patriarcado no puede soportar, por lo que tiene que denigrarla al máximo. O son vistas como sucesoras de las brujas y curanderas, expoliadas de sus conocimientos curativos a lo largo de la historia, además de quemadas y asesinadas (Ehrenreich y English, 1984). De modo que la enfermera es un calco

del estereotipo femenino tradicional: madre, esposa entregada y sumisa o puta, pecadora, bruja con malas artes, provocadora y objeto de la lascivia masculina.

Los cambios políticos de los años setenta, con el paso de un régimen autocrático a un régimen democrático y los avances del movimiento obrero, supusieron también una rebelión de las "batas blancas" (Germán Bes, 2013), un movimiento que reivindicó fundamentalmente la formación universitaria con nivel de Diploma Universitario, lo que conllevaba: un cambio curricular y metodológico, la formación mixta, que hasta entonces estuvo desagregada por sexo, la incorporación de profesionales de enfermería en el profesorado universitario, que hasta entonces ejercían en exclusiva los médicos, y la autonomía de la enfermería en las organizaciones e instituciones sanitarias, la creación de las direcciones de Enfermería en los hospitales y, posteriormente, en la década de los ochenta, la instauración de las consultas de Enfermería en los Centros de Atención Primaria de Salud.

Para conseguir todo esto fue necesaria la unificación de los Colegios Profesionales, que hasta mediados de los años setenta estaban divididos en dos: los Colegios de Enfermería, de mujeres, y los Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras, que manejaban los hombres. El liderazgo de las enfermeras, a través de la Coordinadora Nacional, que movilizó a decenas de miles de profesionales entre los años 1976 y 1978, fue contundente para conseguir esta reunificación colegial. Igualmente para que se sentaran las bases para conseguir un salario digno, así como la renovación curricular de la futura formación universitaria, principalmente introduciendo las teorías enfermeras del cuidado, la enfermería comunitaria (Mazarrasa, 1988) y la metodología de la investigación enfermera. En junio de 1976, las huelgas de las enfermeras españolas contaron con el apoyo de Dorotea Hall de la OMS, que escribió denunciando la mala situación laboral al entonces presidente Arias Navarro, coincidiendo en el tiempo con la reunión conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización

Internacional del Trabajo (OIT), en la que se analizaron las pésimas condiciones laborales de las enfermeras a nivel internacional.

Al mismo tiempo, reivindicábamos el término “Enfermera” para la profesión, cosa que tuvo grandes resistencias por parte de los ATS masculinos porque para ellos suponía una devaluación profesional. Hubo excepciones de los escasos hombres progresistas que lo asumieron. Esta resistencia persiste aun hoy día cuando se sigue utilizando coloquialmente el nombre de ATS para denominar a las enfermeras y enfermeros, como ocurre en los medios de comunicación e incluso en las propias instituciones sanitarias públicas, donde aún están grabado en las batas el acrónimo ATS en vez de DUE, Diplomada Universitaria de Enfermería.

En este proceso de resucitación del nombre de Enfermera para la profesión también jugó un papel importante el Colegio de Enfermeras, aunque mantenía reticencias respecto a la Coordinadora Nacional de carácter progresista y democrático, sin las rémoras tradicionales de una enfermería victoriana que este Colegio representaba, consecuencia de toda la época franquista en la que había estado manejada por la Sección Femenina de la Falange y de las JONS. El trabajo de cambio de mentalidad respecto a la enfermería fue liderado por mujeres fundamentalmente, si bien no podríamos decir que hubiera una conciencia feminista fundamentada en el estudio del Feminismo, sino más bien en la conciencia desarrollada por las situaciones de discriminación estructural tanto en la formación como en el ejercicio profesional: bajos salarios, donde los ATS masculinos se adscribían a los trabajos técnicos en los laboratorios, o a los servicios de radiología, que suponían una mayor salario por la supuesta especialización. Mientras que el cuidado en la hospitalización estaba peor pagado, siendo un trabajo mucho más duro física y psicológicamente por el desgaste emocional, sujeto a la rotación de turnos horarios y fundamental en la atención a las y los pacientes. Pero la devaluación social del cuidado primaba. Lo mismo ocurría en los ambulatorios, consultorios rurales o en la asistencia pública domiciliaria (APD), que estaba dominada por los ATS masculinos que gozaban de una

autonomía que las enfermeras no tenían, sujetas como estaban a la jerarquía médica hegemónica del modelo hospitalario. La excepción de la especialidad eran las matronas rurales que tenían más autonomía que aquellas que ejercían en las maternidades y hospitales.

A mediados y finales de los setenta, en el periodo de expansión hospitalaria del Instituto Nacional de Previsión (INP), después INSALUD, con gran demanda de profesionales, es cuando los enfermeros llegaron a los servicios de hospitalización, y se observaba su resistencia a las tareas de cuidado, reservándose para ellos las tareas más "técnicas", lo que les supuso un proceso de readaptación. Aquellos mejor formados y concienciados fueron evolucionando, no sin dificultad y con no pocos conflictos con las enfermeras, con el objetivo de que asumieran los cuidados integrales.

2. INNOVACIONES ENFERMERAS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Las consecuencias de estos cambios entre los años 1975 y 1984 se pueden resumir en las siguientes innovaciones enfermeras en las instituciones sanitarias públicas:

- La instauración, previa formación, del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- El estudio en la universidad de los modelos teóricos de cuidados de Enfermería (Virginia Henderson, Hildegrad Peplau, Martha Rogers, Callista Roy, Dorothea Orem entre otras, todas ellas estadounidenses) y su aplicación en los centros asistenciales hospitalarios con mayor o menor intensidad. En España, las enfermeras también desarrollaron nuevos modelos, como el creado por Concha Germán Bes o por Teresa Piulach, más extendido el primero que el segundo (Benavent y Ferrer, 2009).
- La creación de Unidades de Formación Continuada e Investigación Enfermera en los hospitales públicos, siendo el pionero el Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Yo misma fui la responsable de su organización, a

propuesta de las enfermeras del hospital, nombrándose por primera vez en España una Enfermera Jefa Adjunta para tal fin. Desde esta Unidad elaboramos la primera Historia Clínica de Enfermería de un hospital en España, en la que se registraban el diagnóstico enfermero y el plan de cuidados consiguiente, no sin una gran oposición y resistencia por parte del cuerpo médico facultativo, si bien la Comisión de Historias del hospital acabó aceptándola, no sin reticencias, de forma que se pudo instaurar en varios servicios de las especialidades médicas hospitalarias.

- La incorporación, en los hospitales primero y en la Atención Primaria después, de las Direcciones de Enfermería con el mismo rango de poder formal, que no real, que las direcciones médicas.
- La instauración de las consultas de enfermería en los centros de Atención Primaria, lo que dio lugar a no pocos conflictos, de nuevo, con el poder médico.

Para explicar el porqué de este conflicto de poder entre la enfermería y la medicina me remitiré a un artículo que escribí a raíz de una ponencia que presenté en las I Jornadas de Médicas y Profesionales de la salud, celebradas en Madrid en 1999 (Mazarrasa, 2000). El rol de género asignado a las mujeres en relación con el cuidado ha impregnado a la enfermería de un modelo de subordinación al rol de género masculino, que detenta el poder, simbólicamente construido, de las decisiones médicas sobre la vida y la muerte, lo que desemboca en dos roles: “mujer enfermera sin autoridad ni poder”, “hombre médico con autoridad y poder”.

Aunque la proporción numérica de hombres enfermeros, alrededor de un 25%, y de mujeres médicas, que empezaba a equipararse en aquellos años ochenta al de hombres, no cambia automáticamente la socialización de los roles asignados. Estos dos roles entraron en conflicto en el proceso democrático en nuestro país y se plasmó en las innovaciones enfermeras anteriormente mencionadas.

Las enfermeras pueden tener dificultades en reconocer el poder y autoridad en otras mujeres, en este caso las médicas, no digamos ya los hombres enfermeros, que sí lo reconocen en su par hombre médico; por otra parte, las mujeres

médicas tenían que asumir el modelo de rol masculino médico, lo que equivaldría a masculinizarse para sentirse con autoridad frente, no solo a las enfermeras y enfermeros, sino con sus propios colegas, que no pares, hombres médicos.

Mi posición era y es que para superar el conflicto de roles de género solo es posible a partir de una formación feminista de las y los profesionales sanitarios. Además la formación feminista nos da la clave para ayudar a mujeres y hombres en el cuidado de su salud y atención en la enfermedad y muerte, teniendo en cuenta el impacto desigual de los condicionantes biológicos, psicológicos, sociales y culturales sobre la salud de unas y otros.

3. LAS DESIGUALDADE EN SALUD QUE SUFREN LAS MUJERES

Como militante feminista del Fórum de Política Feminista desde su creación en 1987, integrado en la década de los noventa en la Coordinadora Española del Lobby Europeo de Mujer (CELEM), participé en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujeres de Naciones Unidas en Beijing en 1995. En la Plataforma de Acción se trató, entre otros temas, el impacto de las desigualdades en materia de atención de la salud que sufren las mujeres; a partir de un análisis exhaustivo de la situación de salud de las mujeres en el mundo, todos los países que integran las Naciones Unidas acordaron tomar una serie de acciones en torno a los siguientes objetivos estratégicos (ONU, 1996):

- Fomentar el acceso de las mujeres, durante toda su vida, a servicios de atención a la salud, a información y servicios conexos adecuados, gratuitos o de bajo costo y de buena calidad.
- Fortalecer los programas de prevención para hacer frente a las amenazas a la salud de las mujeres.
- Tomar iniciativas multisectoriales que tengan en cuenta el género, para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, la pandemia del Sida y otros problemas de salud sexual y reproductiva.

- Promover la investigación y la difusión de información sobre la salud de las mujeres.
- Aumentar los recursos y supervisar el seguimiento de la salud de las mujeres.

Se propusieron una serie de medidas concretas, que tendríamos que examinar localmente en cada país y su aplicación en el terreno.

Durante todo el año 95, las mujeres que estábamos organizadas en asociaciones y colectivos de mujeres analizamos nuestra propia realidad, y a la luz de este análisis propusimos medidas a las instituciones internacionales y nacionales. Las mujeres españolas, a través de la Plataforma que se constituyó para preparar la Conferencia, elaboramos un documento de análisis y unas propuestas, que publicamos en la Revista Salud 2.000 de mayo 1995, nº52, que difundimos entre numerosos colectivos de mujeres.

Nuestro análisis partía del concepto de salud como el resultado de las condiciones de vida y trabajo históricamente determinadas por la estructura social y económica predominante en cada momento, y por lo tanto de las políticas que ejecutan los gobiernos y promueven instituciones económicas, políticas y sociales.

El rol de género asigna funciones, actitudes, capacidades y limitaciones, que la normativa de la cultura vigente establece como propias de las personas según su sexo desde su nacimiento y que implican riesgos específicos. En el caso de las mujeres, las manifestaciones más evidentes son aquellas referidas a la propia identidad, a la división sexual del trabajo, a la reproducción biológica y a la sexualidad.

De manera que la salud de las mujeres depende de la forma en que las acciones políticas condicionan el medio social y crean circunstancias que

favorecen la confianza en una misma, la autonomía, la dignidad y la capacidad de enfrentamiento colectivo para el cambio en lo personal con una proyección en lo público y lo social, que desemboque en proyectos personales, comunitarios y políticos.

Desde esta perspectiva analizamos los indicadores de salud de las mujeres, los factores condicionantes, los servicios de salud, el trabajo de las mujeres como cuidadoras de la salud familiar en el ámbito doméstico e institucional y la situación específica de la interrupción voluntaria del embarazo.

A partir de aquí elaboramos unas propuestas que resumían nuestras exigencias en los siguientes puntos:

- La universalización, bajo el principio de equidad, de los servicios de Planificación Familiar, IVE, prevención del cáncer y otras enfermedades de las mujeres en la Red Sanitaria Pública.
- Garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en las políticas de salud.
- Garantizar una información y educación sanitaria crítica.
- Reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir sobre la maternidad, lo que significa garantizar, legal y asistencialmente, la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la Red Sanitaria Pública a las mujeres que así lo deciden.
- Garantizar la salud laboral de las mujeres, teniendo en cuenta su especificidad.
- Definir indicadores internacionales que tengan en cuenta el género, de manera que señalen claramente las diferencias estructurales, las políticas de redistribución de los recursos, la participación de las mujeres y la atención a los grupos menos favorecidos.
- Dar cumplimiento, a través de las instituciones locales, nacionales e internacionales de salud, de las estrategias propuestas por la OMS para

mejorar el nivel de salud de las mujeres, basadas en la equidad en la distribución de los recursos y la participación directa de la población.

- Reponer y aumentar los presupuestos nacionales e internacionales dedicados a gastos sociales y de salud.

Concluimos el documento exponiendo un requisito: que para llevar a cabo esta política de salud es necesario que los Estados se hagan cargo de los Servicios Nacionales de Salud, ampliando y consolidando los existentes, poniendo fin a la política de dejación y privatización, que ya se estaba instaurando también en nuestro país, para lo que era y es necesario terminar con las políticas neoliberales de ajuste estructural preconizadas por el Fondo Monetario Internacional y aplicadas por los gobiernos, que están repercutiendo gravemente sobre la salud de las mujeres y los pueblos.

4. LAS REIVINDICACIONES FEMINISTAS Y LA SALUD DE LAS MUJERES

El androcentrismo en salud tiene una serie de consecuencias, tales como el malestar por las relaciones de desigualdad entre los hombres y las mujeres y sus condiciones de vida, malestar que ha sido desoído sistemáticamente o que ha sido utilizado como blanco de la medicalización, particularmente en la edad reproductiva y durante su menopausia.

El movimiento feminista, desde la instauración de la democracia en nuestro país, ha venido reivindicando aspectos de la salud de las mujeres entre los que destacaría los relacionados principalmente con:

La salud sexual y reproductiva: desde la exigencia de la legalización de los anticonceptivos en los años setenta hasta su legalización en 1978, su accesibilidad en la sanidad pública, aún pendiente de que todos los métodos sean a cargo del presupuesto sanitario público; la legalización parcial del aborto voluntario (1985) en el que se han centrado muchas movilizaciones, esfuerzos y

reivindicaciones (Plataforma de mujeres ante el congreso,2012) algunas aún pendientes como son:

- Que el aborto esté fuera del Código Penal.
- El acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes y solicitantes de asilo sin discriminación de ningún tipo.
- El respeto a la autonomía de las mujeres de 16 y 17 años, a decidir sin necesidad del permiso de padres, madres o tutores legales.
- La regulación de la objeción de conciencia de las y los profesionales sanitarios y farmacéuticos, porque dicha objeción no puede estar por encima del derecho a decidir de las mujeres.
- Que se respete la decisión de las mujeres, su autonomía y libertad para tomar sus propias decisiones, anulando el periodo de reflexión de tres días, cuestionador de nuestra autonomía y que representa un mecanismo de tutelaje.
- Servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescentes, abiertos y accesibles las 24 horas todos los días del año y de gestión pública.
- Información fácil y comprensible, en varios idiomas y en lenguaje sencillo, en todos los centros de salud y centros educativos para el acceso a la salud sexual y reproductiva y la IVE.
- Mobiliario adecuado en los hospitales para mujeres con diversidad funcional para poder realizar la intervención con dignidad.
- La normalización del aborto en la red sanitaria pública, ya que solo se hacen el 11% de los abortos en la sanidad pública, debido a que el método farmacológico es prácticamente el único que se oferta.
- Derogación de la ley Mordaza, que criminaliza nuestra libertad de expresión, como ha ocurrido con acciones vindicativas como la procesión del coño insumiso.
- Una educación afectivo-sexual que esté contemplada en el currículo escolar y sea integral, libre de estereotipos sexistas y sin moralismos, sobre la importancia de la prevención de embarazos no deseados, las ITS

y la violencia sexual, en todos los ciclos formativos y con personal especializado en enfoque de género.

- Derogación de la Ley Wert, que impulsa y privilegia la religión dentro de la escuela, excluyendo de las aulas la educación sexual.

El malestar de las mujeres y la morbilidad por diferencias biológicas, sociales, psicológicas, culturales o medioambientales, con mayor prevalencia en el sexo femenino, la mortalidad prematura por riesgos que obliguen a un abordaje diagnóstico y terapéutico diferente.

En este aspecto han sido las profesionales sanitarias feministas fundamentalmente las que han visibilizado esta problemática, exigiendo formación e investigación al respecto y organizando numerosos talleres de debate, formación, atención y denuncia de la invisibilización de estos problemas, como es el caso de las diferencias en la enfermedad cardiovascular, debido a la presentación de sintomatología distinta que la de los hombres, así como a las medidas adoptadas para el diagnóstico y tratamiento específico; trastornos del ciclo menstrual, anemias, trastornos hormonales, enfermedades autoinmunes, fibromialgia (Valls, 2009), la prevalencia de la depresión entre las amas de casa y la ansiedad entre trabajadoras remuneradas, en especial en profesiones que implican trabajo emocional, como son la enseñanza y las profesionales sanitarias (Rolfhs y Mazarrasa, 2003). Y por otra parte la medicalización, como es el caso de la Terapia Hormonal Sustitutiva, la prescripción de antidepresivos y ansiolíticos ante la ansiedad y depresión generadas por un malestar mal abordado por un sistema sanitario biomedicalizado; las cirugías estéticas a las que se someten las mujeres para responder a un canon de belleza ilusorio creado por las industrias de la moda y publicitarias; la instrumentalización del parto con altas tasas de cesáreas, episiotomías, las vacunaciones innecesarias sin pruebas contundentes de su eficacia, como en el caso del Gardasil.

Resaltaría aquí el trabajo realizado en este sentido por los grupos de Mujeres para la Salud y el papel de la Red de Mujeres Profesionales Sanitarias del CAPS, con la Revista Mujeres y Salud MyS y sus jornadas anuales desde 1999; las

feministas integradas en la Federación de Planificación Familiar y la edición de la revista Diálogos; la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública con la edición de dos libros: *La Salud de la Mujeres en la Atención Primaria* (Ruiz-Jarabo y Abril Navarro, 1991) y *La prevención y detección de la violencia contra las Mujeres desde la Atención Primaria de Salud* (Blanco y Ruiz-Jarabo, 2002). También la reedición del libro *Sobre el cuerpo y nuestra identidad: sexualidad, maternidad voluntaria y violencia*", que realizó el Fórum de Política Feminista en colaboración con CIDHAL (Lozano, 1997).

5. LA SALUD LABORAL Y DE LAS CUIDADORAS

Otra de las cuestiones clave de este androcentrismo se observa en la invisibilización de las mujeres en cuanto a su contribución al cuidado de las demás personas, ya que a la vez se las responsabiliza en exclusiva del mismo en la familia, sobre todo en el caso de personas dependientes, hasta el punto de omitir cualquier tipo de apoyo e ignorando el coste que esto tiene sobre su propia salud (Francisco del Rey y Mazarrasa, 1990). El rol tradicional de cuidado que nos asigna el sistema patriarcal supone una sobrecarga de trabajo y responsabilidad para las mujeres, al no tener posibilidades de que sus familiares dependientes sean atendidos por los servicios de salud y sociales de atención a la dependencia, además de la no corresponsabilidad masculina en el cuidado. La sintomatología asociada a este mandato es el cansancio, fatiga mental, dolores musculares, de espalda, cefaleas, insomnio, ansiedad, depresión, consumo de antidepresivos y ansiolíticos, falta de tiempo para una misma, abandono de proyectos personales, incluso dejando de cuidar la propia salud por falta de tiempo, el abandono de empleo y carreras profesionales. A ello se suma la desvalorización social de este tipo de trabajo, lo que produce también una baja autoestima en las mujeres. El cuidado de personas dependientes requiere una gran inversión en creación de puestos de trabajo que continúa sin realizarse.

6. PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA MACHISTA

Otro viejo problema que afecta a la salud de las mujeres es la violencia machista y al que recientemente se presta atención desde los servicios de salud, aunque

siguen existiendo muchas resistencias por parte de profesionales para abordar su detección y atención. Una violencia ejercida tanto en el ámbito familiar, en las relaciones de pareja, como en el trabajo, los medios de comunicación (T.V, cine, redes sociales), la publicidad sexista, en los ambientes de ocio.

Los efectos de la violencia patriarcal en la salud son devastadores (Mazarrasa y Díaz, 2002), siendo de orden físico, sexual, psíquico y social: mortalidad, suicidio, traumatismos graves, leves, agresiones durante el embarazo, agresiones sexuales, violaciones, aumento a la vulnerabilidad a las enfermedades comunes, problemas mentales y desórdenes psíquicos (depresión, ansiedad, insomnio, fatiga crónica, stress postraumático), ITS y SIDA, aislamiento por rechazo social o por miedo al rechazo.

Hay que tener en cuenta que esta violencia también tiene efectos negativos sobre la salud de las personas que conviven con la mujer, principalmente los hijos e hijas, pero también sobre otros familiares. La denuncia de la violencia machista ha sido una constante de la movilización del movimiento feminista desde la década de los noventa, así como de propuestas para su abordaje desde todos los ámbitos y específicamente desde los servicios de salud, formando a las y los profesionales, implementando protocolos de actuación, aunque limitados a la violencia de pareja o ex pareja de acuerdo a La ley orgánica del 28 diciembre 2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, claramente insuficientes, si bien algunos protocolos de CCAA sí han incluido la violencia sexual. Sin embargo, aún queda mucho por hacer en este ámbito, como viene denunciando el movimiento feminista (Fórum de Política Feminista, 2019). Menos del 3% del personal sanitario del Sistema Nacional de Salud recibe cada año algún tipo de formación en Violencia de Género, y en la formación de Grado solamente la incluye el de Enfermería, siendo una de sus

competencias aprobadas por el Ministerio de Ciencia e Innovación (BOE 19-07-2008).

7. EL ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS PARA TODAS

El acceso a los servicios sanitarios públicos también para las mujeres inmigrantes sin papeles o sin regularizar, más allá de la atención al embarazo y al parto y en la atención en caso de urgencia; para las mujeres nacionales que aún no tienen empleo y no han tenido la oportunidad de cotización a la Seguridad Social, actualmente resuelto, pero que no ha sido así durante el último gobierno del Partido Popular.

En resumen, el feminismo pone de manifiesto que las políticas de salud y generales (Fórum de Política Feminista, 2018) mediatizan y condicionan la relación de las mujeres con los servicios de salud, hecho que les afecta en tres aspectos fundamentales:

- Como usuarias de los servicios sanitarios públicos y privados, en los que podemos pasar de la invisibilización de los problemas de salud a la medicalización de los mismos.
- Como trabajadoras de los servicios sanitarios públicos, debido a que los recortes presupuestarios prescinden del personal con menor capacitación que, precisamente, está feminizado (auxiliares de enfermería, enfermería, trabajadoras sociales), con lo que supone de deterioro en la atención sanitaria tanto en las instituciones como en los cuidados a domicilio, lo que con el consiguiente deterioro de la salud laboral. Además de la perpetuación del sexismo que dificulta la carrera profesional de las mujeres (investigadoras, docentes, segregación laboral en especialidades médicas y

de enfermería) y en los puestos de toma de decisiones, tanto en las instituciones políticas como en los servicios de salud.

- Como cuidadoras de salud, adjudicándonos el rol cuidador en exclusiva con las consecuencias para la salud propia.

8. LA FORMACIÓN EN GÉNERO Y SALUD DE LAS PROFESIONES SANITARIAS: UNA NECESIDAD AÚN PENDIENTE DE UNIVERSALIZAR Y SISTEMATIZAR

El feminismo, como movimiento social y político transformador de las relaciones de poder entre hombres y mujeres, ha desvelado que el sujeto del conocimiento había sido siempre un sujeto masculino (Ortiz, 2002). Desde ese sujeto, desde su situación de poder, se han construido las atribuciones y lugares que corresponden a hombres y mujeres en la sociedad, partiendo de un modelo de comportamiento hegemónico que proyectó con carácter universal determinados conceptos y categorías mediante las cuales se invisibilizó la situación real de las mujeres y los mecanismos de desigualdad. De la misma manera, el feminismo ha dedicado grandes esfuerzos a contrarrestar la devaluación histórica de las mujeres, que desde esta concepción androcéntrica las ha considerado más vulnerables, más débiles, más predispuestas a cualquier exceso o desviación de la norma, sin analizar que las distintas vulnerabilidades eran consecuencia de una situación histórica de discriminación.

Esta discriminación histórica de las mujeres ha estado presente en la ciencia y en la investigación en general, y por supuesto también en las ciencias de la salud, que ha considerado a las mujeres histéricas, neuróticas e hiperfrecuentadoras de los servicios de salud.

La necesidad de incorporar el enfoque de género en salud responde a un llamamiento internacional desde los años setenta. Actualmente, a partir de las directivas de la Unión Europea se está incorporando el enfoque de género en las políticas de salud pública, de acuerdo con las recomendaciones emanadas de las Conferencias Internacionales de Naciones Unidas de Población y Desarrollo

de 1994, y de la IV Conferencia mundial sobre las mujeres de 1995. Actualmente en España, La Ley para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres de 2007 es el marco de referencia para estas políticas.

Concretando sobre la atención sanitaria, podríamos establecer algunos criterios que dieran cuenta de la incorporación o no del enfoque de género a la hora de analizar los problemas de las mujeres y establecer los cuidados para tenerlos en cuenta:

- La sobrecarga física y emocional resultado de la multiplicidad de roles, así como el uso del tiempo propio.
- Las oportunidades de desarrollo personal versus su aislamiento social, especialmente en mujeres con alguna discapacidad, inmigrantes, mayores, gitanas o que viven en zonas rurales.
- La capacidad de afrontamiento del stress, de tener una sexualidad satisfactoria, de coherencia con su imagen corporal, de obtener apoyo social, de tomar decisiones sobre su propia vida y salud, manteniendo su autonomía.
- De mantener relaciones de pareja igualitarias y, por tanto, libres de violencia.
- El acceso a los servicios y la compatibilidad con la jornada laboral.
- La corresponsabilidad de los hombres en el cuidado, en la reproducción, en las prácticas sexuales, en la prevención de ITS y embarazos no deseados.
- La detección precoz de la violencia y pautas de actuación.
- El desglose de los indicadores de salud por sexo en la planificación y evaluación de los programas y actuaciones sanitarias.
- Establecer evaluaciones cualitativas para valorar aspectos psicosociales y la satisfacción de las personas usuarias.
- La participación de las mujeres en la elaboración y evaluación de los programas de atención.
- La formación continuada de las y los profesionales desde la perspectiva de género con el fin de erradicar los estereotipos de género perjudiciales para la salud de mujeres y hombres
- La identificación de dificultades persistentes para la implementación de la perspectiva de género en todas las actuaciones sanitarias.

Es necesario incorporar el enfoque de género porque la salud pública debe asegurar que las mujeres y los hombres tengan un acceso igualitario a los recursos de acuerdo a sus necesidades. Esta es la única manera de asegurar que puedan desarrollar toda su potencialidad de salud, sea cual sea ese potencial.

Desde mi experiencia en la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III (ENS-ISCIII) partíamos de la premisa de que para conseguir los mejores niveles de salud es necesario que las políticas sanitarias, incluidas las de formación del personal sociosanitario, reconozcan que mujeres y hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género tienen necesidades, obstáculos y oportunidades diferentes que tienen un impacto en su salud con resultados desiguales en su atención. A partir de este análisis se elaboró una propuesta para incorporar la Perspectiva de Género (PG) en la programación docente. La Perspectiva de Género pone en evidencia que muchas de las características que son diferentes según sexo son invisibilizadas por la ciencia y las prácticas sanitarias, hecho que conlleva generalizaciones que frecuentemente no tienen en consideración las características y particularidades de las mujeres.

A raíz de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Naciones Unidas en Pekín, en 1995, la ENS-ISCIII empezó a desarrollar diversas actuaciones en la formación e investigación.

En primer lugar desarrollamos la *Guía de Cooperación en Salud con Perspectiva de Género* (Antolín y Mazarrasa, 1998) que fue pionera en el aún incipiente mundo de la Cooperación al Desarrollo en España, donde ocurría, como en otros sectores, la invisibilización de los problemas de las mujeres, en este caso de salud. La Guía analiza los problemas de salud desde tres ejes: dar visibilidad a los problemas de salud de las mujeres, su acceso y cobertura por los servicios de salud y estrategias de control desde la P.G. Otra parte de la Guía analiza los distintos enfoques de salud y desarrollo de las mujeres con sus limitaciones y alcances respectivos. Se editó esta Guía con la colaboración de la Federación de Planificación Familiar de España y el Fondo de Población de Naciones Unidas. Fue distribuida entre las Oficinas Técnicas de Cooperación de la Agencia

Española de Cooperación Internacional (AECI) en aquel momento y entre ONGs de Cooperación al Desarrollo.

Se firmó un convenio de colaboración con el Instituto de la Mujer para impulsar la formación del personal sanitario, y con ello contribuir al desarrollo de una mejor atención de los problemas de salud de las mujeres a partir de la perspectiva de género, que se enmarcaba dentro de los Planes de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. Por ello, desde 1996, se desarrollaron una serie de actuaciones en formación, que se concretaron en cuatro ámbitos:

1. Actividades docentes sobre Género y Salud en la Escuela Nacional de Sanidad, en las que se deberían incluir entre 10 y 20 horas lectivas, dependiendo del programa de cada curso. Sistemáticamente se encontraban obstáculos, que impedían la dedicación de las horas mínimas conveniadas:
 - Master de Salud Pública, con el objetivo de tratar la exposición y análisis de los aspectos de salud de las mujeres y las implicaciones que la PG tiene para la Salud Pública.
 - Diploma y Master de Salud Internacional para tratar la implicación que tiene la transversalidad de género en la cooperación al desarrollo en el ámbito de la salud.
 - Diplomatura de Promoción de la Salud para la exposición y análisis de los aspectos de salud de las mujeres y las implicaciones que la PG tiene para la Promoción de la Salud.
2. Realización de cursos. Se desarrollaron cursos sobre Atención a la salud de las mujeres con perspectiva de género, dirigidos a colectivos concretos de profesionales (matronas, responsables de equipos de atención primaria), cursos de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, en colaboración con la Federación de Planificación Familiar de España, cursos sobre Violencia de Género en dos modalidades: una dirigida a responsables de programas de salud y otra a los equipos de salud mental. Posteriormente se añadió otra tercera modalidad de Formación de Formadoras a petición del Observatorio de Salud de la Mujeres del Ministerio de Sanidad.

3. Encuentros de Salud y Género en la Escuela de Verano de Salud Pública de Mahón.

El objetivo de estos encuentros era incluir la Perspectiva de Género en los programas de atención a la salud de las mujeres de los Servicios Sanitarios de las Comunidades Autónomas y promover investigaciones en este campo. Estaban dirigidos a las y los profesionales responsables y con capacidad de decisión técnica, designados por las autoridades de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo, profesorado de las Escuelas de Salud Pública y a los Organismos de Igualdad de las Comunidades Autónomas.

4. Otras actividades a destacar fueron las dirigidas a la salud laboral, a la formación de grado de enfermería y a la investigación. Entre ellas, el Seminario sobre Prevención de Riesgos de las mujeres en el trabajo, en agosto 1998, en la Universidad Meléndez Pelayo de Santander, y el Grupo de Trabajo para la transformación curricular en las Escuelas de Enfermería que elaboró el documento *“Propuestas para la orientación de contenidos y valores desde la perspectiva de Género en los estudios de enfermería”*, en el que se justificaban los cambios a introducir en el Currículo de Enfermería y se proponían orientaciones para introducir contenidos específicos por áreas de conocimiento y materias en 1999.

Para reforzar las actividades docentes de la Escuela Nacional de Sanidad se propuso introducir al menos los siguientes contenidos en la formación:

- Las aportaciones del enfoque de Género a la Salud Pública
- El género como categoría analítica y aplicaciones en salud
- El género como determinante de la salud
- Desigualdades de género y salud
- Riesgos derivados de la división sexual del trabajo
- Morbilidad diferencial entre hombres y mujeres
- Problemas de salud emergentes que afectan a las mujeres
- Transversalidad (Mainstreaming) de Género en las Políticas de Salud

- Análisis de las políticas de salud (planes, programas, presupuestos) con enfoque de género
- Sesgos de género en la investigación en salud
- Adecuación de los sistemas de información sanitaria para ser sensibles al género
- Metodología para programas preventivos basados en las relaciones de género y subjetividad
- Igualdad de oportunidades en los servicios de salud
- Estrategias para la promoción de salud y la participación social en salud de las mujeres
- El género como organizador de las profesiones sanitarias y las repercusiones que tiene en la atención a la salud

Ante esta propuesta, surgió el desarrollo de una formación específica que desembocó en el Diploma de Especialización en Salud Pública y Género¹, pionero dentro de la Escuelas de Salud Pública que había por entonces en el país, actualmente vigente. El diseño de este Diploma tenía que tener en cuenta el análisis de la interrelación entre salud y género, describiendo los elementos para la incorporación del enfoque de género en todos los ámbitos y niveles de la atención a la salud, con el fin de visibilizar las necesidades y demandas de las mujeres, promover la igualdad de oportunidades entre los hombres y las mujeres, mejorar la accesibilidad y calidad de la atención y la equidad en salud. Para ello se propusieron los siguientes objetivos:

- Contribuir a la integración de la Perspectiva de Género en las instituciones sanitarias mediante la implementación de las estrategias de *mainstreaming*.
- Proporcionar elementos teóricos y metodológicos que favorezcan la integración de la perspectiva de género en las áreas de la salud pública, la asistencia sanitaria, la formación y la investigación.

¹ Disponible en: (<https://www.isciii.es/QuienesSomos/CentrosPropios/ENS/Paginas/default.aspx>).

- Establecer recomendaciones para la reorientación de las acciones de Salud Pública y Asistencia Sanitaria, mediante la integración en éstas de la perspectiva de género.

Desde un inicio quedó claro a quiénes se dirigía este diploma, con el objetivo de conseguir una masa crítica en los servicios sanitarios e ir introduciendo los cambios que supone la PG en los Servicios de salud. Por lo tanto, estaba dirigido a técnicos/as tanto de salud pública como de programas asistenciales de los servicios de salud de las Consejerías de Salud de las CCAA y técnicos/as responsables del área de salud de los Organismos de Igualdad con responsabilidades en la gestión de servicios y programas de salud en los Servicios de Salud y en los Organismos de Igualdad, por lo que pretendía capacitar para el desarrollo de las siguientes funciones:

- Sensibilizar a los y las profesionales sanitarios sobre la incidencia que los condicionantes de género tienen sobre la salud y sobre las respuestas que se dan a las diferentes problemáticas.
- Informar y asesorar para incorporar la perspectiva de género en los programas de salud.
- Proponer estrategias para que en los servicios sanitarios se tenga en cuenta la perspectiva de género.
- Realizar recomendaciones y propuestas, así como proporcionar apoyo técnico a los diferentes servicios sanitarios que faciliten la equidad de género en el ámbito de la salud.
- Coordinación intersectorial y con organismos estatales.
- Coordinación entre el Servicio de Salud y el Organismo de Igualdad de su Comunidad.
-

Los contenidos de la formación se establecieron en módulos:

- El Enfoque de Género en Salud: La perspectiva de género en salud. Teorías de la salud y evolución del enfoque de género. Estudios de Género. El género como categoría de análisis. Concepción biopsicosocial

y género. Contexto social y subjetividad. El género como determinante de salud. Factores de vulnerabilidad y protectores de género. Las desigualdades en salud. Sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad.

- La investigación en salud con enfoque de Género: Epistemología de la ciencia. El género como una herramienta de trabajo en la mejora de la investigación en salud pública y epidemiología. Los beneficios de incluir sexo y género en la investigación en salud. Los procesos de investigación cuantitativa y cualitativa desde la perspectiva de género. El análisis de los datos y su interpretación. Estudio práctico de casos concretos.
- Intervenciones en Salud Pública y en la Atención Sanitaria desde un enfoque de género: Estado de salud de las mujeres y de sus determinantes. Criterios desde la perspectiva de género para la intervención en salud. La perspectiva de género en los Programas de Salud: talleres prácticos en relación a la oferta de servicios preventivos, como a la demanda de nuevos servicios al sistema sanitario y la reorientación de los existentes. Presentación de experiencias de las Comunidades Autónomas.
- Mainstreaming de género en las políticas de salud. Marco normativo: Conferencias Mundiales de la Mujer, Conferencias de Promoción de Salud, Leyes de Igualdad, Ley de impacto de género. *Mainstreaming* de género: La estrategia de la región europea de la OMS para incorporar la perspectiva de género en la salud. Políticas de igualdad de oportunidades en la salud y su aplicación intersectorial. El *mainstreaming* de género en las políticas de salud (planes, programas, formación e investigación). Perspectiva de Género aplicada a la organización sanitaria
- Elaboración y presentación de un Trabajo Final tutorizado: podría ser un proyecto de intervención, investigación o evaluación en el que se integra la perspectiva de género en cualquier ámbito de la Salud Pública. Exposición y defensa pública.

9. INVESTIGACIÓN EN GÉNERO Y SALUD

Desde la Escuela Nacional de Sanidad desarrollamos varias investigaciones: “La salud de las mujeres inmigrantes en la Comunidad de Madrid: percepción, accesibilidad y utilización de servicios de salud” (Sepy 1058/98), financiado por El Instituto de la Mujer. Como resultado de esta investigación se elaboró *la Guía de Autocuidados para mujeres inmigrantes*, que se difundió entre las asociaciones de inmigrantes y en la formación de profesionales (Castillo y Mazarrasa, 2001).

Como investigadoras de la Red de Investigación de Salud y Género (R.I.S.G) fuimos invitadas a participar como expertas en el *I Taller Mujer y Salud: construyendo el Observatorio de Salud de las Mujeres*, organizado a raíz de la creación del Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) en el Ministerio de Sanidad y Consumo, cerrado por el gobierno del Partido Popular con la excusa de la crisis y recientemente vuelto a reabrir por el Gobierno del PSOE, siendo Ministra Carmen Montón. Esta Red estaba compuesta por 36 investigadoras e investigadores, adscritos a siete grupos de investigación pertenecientes a cuatro Comunidades Autónomas: Andalucía, Cataluña, Madrid y País Valenciano.

Como integrantes de la R.I.S.G., financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) a través del Nodo radicado en el ISCIII, se desarrollan dos líneas de investigación: Violencia de Género y Género e Inmigración, participando activamente en otras líneas de investigación de la RISG (enfermedades cardiovasculares, políticas de salud, desigualdades en salud). Concretamente se hicieron los siguientes estudios: “Estudio exploratorio que permita conocer las características y determinantes de la salud de las mujeres inmigrantes y los

factores que condicionan su accesibilidad a los servicios de salud” (LLácer et al., 2007) y “Análisis de la situación de salud en relación a la interrupción voluntaria del embarazo y la anticoncepción en mujeres inmigrantes” (LLácer et al., 2006).

La R.I.S.G. desarrolló otras investigaciones en los siguientes campos:

- Estudio en tres CCAA: prevalencia, impacto de la violencia en la salud física y psíquica de la mujer, así como otros factores asociados.
- Las mujeres como cuidadoras de enfermos físicos y psíquicos
- Estudio del impacto diferencial según género de los factores de riesgo psicosocial existentes en el lugar de trabajo en la calidad de vida
- Salud sexual y reproductiva: Identificación de necesidades y demandas de atención de las madres durante el período puerperal y en los primeros años de crianza y Estudio cualitativo sobre la maternidad, apoyo social y factores psicosociales en mujeres embarazadas
- Educación sanitaria y conductas preventivas y género
- Sesgo de género en la asistencia sanitaria: atención primaria y atención especializada
- Análisis de la frecuencia y tipos de la violencia en las mujeres inmigrantes.
- Análisis de las estrategias de salud
- Salud mental y población inmigrante

Los resultados de estas investigaciones se plasmaron en diversas publicaciones entre las que cabe destacar:

- El Informe SESPAS 2004: Desigualdades por clase social y género; el sistema informal de cuidados; Violencia de Género; Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico en España.

- Un Monográfico de Género y Salud en *Gaceta Sanitaria*, 2004: Supl 2:1-2, Vol. 18. Revista de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- El manual *Formación de Educadores de Iguales en la Prevención de la Infección del VIH/Sida con población Inmigrante*. Madrid: ENS, Instituto de Salud Carlos III, FIPSE, 2003.

10. ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

Si bien el movimiento feminista en España ha sido y continúa siendo muy reivindicativo en los aspectos de la salud relacionados con la salud sexual y reproductiva y especialmente el derecho a decidir sobre la maternidad (Forum de Política Feminista 2019), el acceso a la sanidad pública para todas, la violencia de género, el malestar de las mujeres, lo ha sido menos para los otros aspectos descritos en este artículo. Lógicamente, son las profesionales sanitarias feministas quienes han visibilizado los otros importantes problemas de salud que afectan a las mujeres a través de investigaciones, difusión del conocimiento con publicaciones y encuentros profesionales. Sin embargo, estas profesionales no están suficientemente integradas en el movimiento feminista organizado, lo que a mi modo de ver hace que los numerosos problemas de salud que afectan a las mujeres no sean objeto de la reivindicación y movilización feminista, lo que resulta en una falta de presión social hacia la incorporación universal de la perspectiva de género en la atención sanitaria.

El otro aspecto que me parece imprescindible resaltar es que mientras en la formación de las profesiones sanitarias no se incorpore la perspectiva de género en el análisis y la atención a los problemas de salud y en la investigación

científica, seguiremos sin atender las desigualdades existentes en salud entre hombres y mujeres. Del mismo modo, si no hay un análisis feminista en la configuración de las profesiones sanitarias se seguirá reproduciendo el sexismo en las mismas.

Hasta cuándo vamos a encontrar resistencias a la incorporación del feminismo en nuestras actividades como profesionales y en nuestras propias vidas es difícil de saber, pero me temo que va para largo por lo que veo imprescindible la alianza entre el movimiento feminista y las profesionales feministas.

Por último, desde aquí, agradecer a tantas compañeras que me han enseñado feminismo y me han ayudado en la aplicación de estas enseñanzas en mi quehacer profesional.

11. BIBLIOGRAFÍA

Antolín, Luisa y Mazarrasa, Lucía (1997). *Cooperación en salud desde la perspectiva de Género*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Federación de Planificación Familiar de España (FPFE).

Benavent, M^a Amparo, Francisco, Cristina y Ferrer, Esperanza (2009). Los modelos de cuidados. En Benavent, M^a Amparo, Ferrer, Esperanza y Francisco, Cristina., *Fundamentos de Enfermería* (pp.164-222). Madrid: Ediciones DAE. 2^a. Ed.

Blanco, Pilar y Ruiz-Jarabo, Consuelo (2002). *La prevención y detección de la violencia contra las Mujeres desde la Atención Primaria de Salud*. Madrid: Asociación de Defensa de la Sanidad Pública de Madrid.

Castillo, Susana y Mazarrasa, Lucía (2001). *Guía de Autocuidados para las mujeres inmigrantes*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Dir. Gral.

Salud Pública de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, 2º ed.

- Ehenreich, Bárbara y English, Deirdre (1984). *Brujas, Comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*. Barcelona: La Sal. Colección Cuadernos Inacabados.
- Forum de Política Feminista (2018). Manifiesto Feminista sobre los Presupuestos Generales del estado para 2017. En Forum de Política Feminista, XXVII Taller de Política Feminista. *Pornografía, prostitución trata y vientres de alquiler. 1987-2017. 30 años*. Madrid: Forum de Política Feminista.
- Forum de Política Feminista (2019). *20 reivindicaciones del Informe Sombra sobre la aplicación del Convenio de Estambul en España 2014-2018. XXVIII Taller de política Feminista. Agenda política Feminista 2018-19*. Madrid: Forum de Política Feminista.
<http://sigade.isciii.es/publico/actual/TiposCursos.asp?ID=3>.
- Forum de Política Feminista (2019). *El Forum de Política Feminista ante el 28 de septiembre de 2018, Día internacional de los derechos sexuales y reproductivos y el aborto. XXVIII Taller de política Feminista. Agenda política Feminista 2018-19*. Madrid: Forum de Política Feminista.
- Francisco del Rey, Cristina y Mazarrasa Alvear, Lucía (1991). La Mujer un agente de salud ignorado. En Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, *Actas de las VIII Jornadas de Investigación Interdisciplinarias. Los estudios de la mujer: De la investigación a la docencia* (pp.181-187). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Francisco del Rey, Cristina y Mazarrasa Alvear, Lucía (1997). Una propuesta para incorporar el sistema informal de cuidados a la atención enfermera. *MEDIFAM*, 7, 5, 299-306.
- Germán Bes, Concha (2013). *La revolución de las batas blancas: la enfermería española de 1976 a 1978*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Llácer, Alicia; Morales Martín, Clara; Castillo, Susana; Mazarrasa, Lucía; y Martínez, M^a Luisa (2006). El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. *Index de Enfermería*, 55: 13-17.
- Llácer, Alicia; Zunzunegui, M^a Victoria; del Amo, Julia; Mazarrasa, Lucía y Bolumar, Francisco (2007). The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *J Epidemiol Community Health*; 61(Suppl II), ii4-ii10.
- Lozano, Itziar (1997). *Sobre el cuerpo y nuestra identidad: sexualidad, maternidad voluntaria y violencia*. Madrid: Fórum de Política Feminista, CIDHAL, (Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina).

- Mazarrasa Alvear, Lucía (1988). La Formación de enfermería en Atención Primaria de Salud: la experiencia de la Escuela universitaria de enfermería de la Universidad Complutense. En VI Jornadas sobre debate de la sanidad Pública: formación en Ciencias de la Salud. Ed. Instituto de Ciencias de la Educación de la Un. De Salamanca y la F.A.S.P.D.
- Mazarrasa Alvear, Lucía (2000). Rol de género en la relación entre personal de enfermería y el personal médico. En VVAA, *Género y Salud. I Jornadas de la Red de médicas y profesionales de la salud* (pp. 33-36). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Mazarrasa Alvear, Lucía y Díaz Rodríguez, Rocío. (2002). Violencia de género y cuidados de enfermería. *METAS de Enfermería*, diciembre 01 / enero 02, 41, 52-57.
- ONU (1996). *Declaración de Beijing y Plataforma de Acción. IV Conferencia mundial sobre las mujeres. Beijing, 1995*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Ortiz Gómez, Teresa (2002). El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud* (pp. 29-41). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Plataforma de Mujeres ante el Congreso (2012). *Guía informativa sobre interrupción voluntaria del embarazo. Septiembre 2012*. Madrid: Plataforma de Mujeres ante el Congreso.
- Rolfhs, Izabella y Mazarrasa Alvear, Lucía (2003). Género y salud. En Mazarrasa, Lucía; Sánchez Moreno, Antonio; Germán Bes, Concha; Sánchez, Antonio, Sánchez G. Ana Maria; Merelles, Antonio y Aparicio, Vicente. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria* (pp. 533-553). Madrid: Mc Graw-Hill/ Interamericana, 2ª ed.
- Ruiz-Jarabo, Consuelo, y Abril Navarro, Viky (1991). *La Salud de la Mujeres en la Atención Primaria*. Madrid: FADSP.
- Sánchez García, AnaMaria; Mazarrasa Alvear, Lucía y Merelles Tormo, Antonio (2003). Salud Pública y Enfermería Comunitaria. En Mazarrasa, Lucía.; Germán, Concha; Sánchez, Antonio; Sánchez, Ana Maria; Merelles, Antonio y Aparicio, Vicente. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Madrid: Mc Graw-Hill/ Interamericana, 2ª edición.
- Valls Llobet, Carmen (2009). *Mujeres salud y poder*. Madrid: Cátedra.