

Dossier: **Germinaciones** Reflexiones en torno a la maternidad

ENTREVISTA.

Marta Fonseca Salinas:
El cambio climático es
el que acabará con la
ciudad androcéntrica.

SALUD LABORAL.

La salud mental y física
mejora adoptando jornadas
laborales de 4 días.

MEDIO AMBIENTE Y SALUD.

Política agraria, pesticidas y salud.

MORBILIDAD DIFERENCIAL.

Mejorar el diagnóstico de
infarto en mujeres.



CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi
(Directora)
Lourdes Durán Ramírez,
(Co-directora)
Carme Valls Llobet
Olga Fernández Quiroga
Ariadna Ferrer March
(Secretaría)

CONSEJO EDITORIAL

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

CONSEJO ASESOR

Catalan Piñol, Carme
Cervera Rodón, Montserrat
Dio Bleichmar, Emilce
Esterban Galarza, Mari Luz
Freixas Farré, Anna
Fuentes Caballero, Maria
González de Chávez Fernandez,
Asunción
López Carrillo, Margarita
Matamala Vivaldi, Isabel
Moreno Sanz, Neus
Norsigian, Judy (Colectivo de
Boston)
Olza Fernandez, Ibone
Ortiz Gómez, Teresa
Sanchez Contador, Carmen
Sanz Ramón, Fina
Stolke Stolke, Verena

EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis
y Programas Sanitarios)
Rambla Santa Mónica, 10
Barcelona 08002
Tl. 93 322 6554
e-mail: caps@pangea.org
Web: <http://mujeressysalud.es>

Diseño y maquetación

Mercè Soler

Impresión Impremta Pagès
Van Planas, s/n - 17160 Anglès

Depósito legal: B 16354-2017



Centre d'Anàlisi i
Programes Sanitaris

sumario

- 3 **Editorial.** Con la carga viral que había, no se salvaban en ningún sitio. Olga Fernández Quiroga
- 4 Bienvenidas a la estación de la verdad. Anna Freixas Farré
- 5 **enredHadas.** Oda a mis exes. Leonor Taboada Spinardi
- 6 **Entrevista.** Marta Fonseca Salinas. Col·lectiu Punt6. Lourdes Durán Ramírez
- 9 **ON.** Las Mujeres Mayores por el clima consiguen un fallo histórico en Estrasburgo. Lourdes Durán Ramírez
- OFF.** Mutilación genital en Gambia. Olga Fernández Quiroga
- 10 Mejorar el diagnóstico de infarto en mujeres. Rosa González Candela, María José Muñoz Ballester,
Vita A Arrufat Gallén, Rosa M Marín Torrens, María Gil Tomás
- 13 Carta Protocolos de Prevención y Actuación frente al riesgo cardiovascular en mujeres.
- 15 Por un futuro sin tóxicos. Carme Valls Llobet
- 16 Política agraria, pesticidas y salud. Dolores Romano Mozo
- 18 Síndrome post-polio. Rossana Zaera Clausell. Vita A Arrufat Gallén
- 19 **Salud laboral.**
La salud mental y física mejora adoptando jornadas laborales de 4 días. Mariana Moreira de Sá, Noemia Loio
- 20 Esta “zorra” no me representa. Lourdes Durán Ramírez
- 21 Ejercicio físico II. María José Hernández Ortiz
- 23 **Historias clínicas de salud mental.** Posiciones. Olga Fernández Quiroga
- 24 **Lo personal es político.** Hoy no encajo en este mundo. Maria Bascompte
- 25 El otro lado, del otro lado de la dulce espera. GMM
- DOSSIER: Germinaciones. Reflexiones en torno a la maternidad.**
- 27 Reflexiones en torno a la maternidad desde el sistema sanitario. Anna Pujol Flores
- 28 Proteger la salud mental materna es proteger a la infancia. Lola Márquez Borrull
- 30 ¡Matronas necesarias! Yolanda Garza
- 33 ¿Y después del parto, qué? Helena Herrero
- 35 Derechos laborales y maternidad: una discriminación constante. Mireia Montesinos Sanchis
- 37 Esterilidad y maternidad subrogada en la antigüedad. Enriqueta Barranco
- 40 “GESTAR” El creativo origen de la vida humana. Carme Valls Llobet
- 41 **MyS opiniones. Tú opinas.** Resonancias. Laura Delgado Miqueo
- 42 Salud para disfrutar sin límite de edad. Carme Valls Llobet
- 43 **MyS Libros**
- 44 **Minidosis**

PORTADA: Nuestro agradecimiento a Laura Delgado Miqueo por ilustrar la portada de esta edición.

PUBLICACIONES

1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias.
2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000.
3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.
4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes.
5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida.
6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario.
7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental.
8 OTRO MUNDO ES POSIBLE
9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción.
10 “DOCTORA, ME DUELE TODO”. Fibromialgia.
11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD.

13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA.
15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización.
16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA.
17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES.
18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA.
19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS.
20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES.
21 LAS MUÑECAS no tienen laregla, pero las mujeres Sí.
22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDÚSTRIA?
23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN!
24 TU CUERPO, PERSONAL

E INTRANSFERIBLE.
25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN
26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS
27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO
29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR
30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS
31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA
32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE
33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA
34-35 AUTOCONOCIMIENTO: VIAJE AL FONDO DE TI MISMA
36 LAS VOCES QUE HAY QUE OIR
37 MOVIMIENTO DE MUJERES. LA RECETA QUE NO FALLA
38 HACIA EL FIN DE LAS VIOLENCIAS MACHISTAS
39 CUANDO LA VIDA SE ACABA
40 20 AÑOS Y 40 NÚMEROS TRABAJANDO POR LA SALUD DE LAS MUJERES
41 ¿EDADISMO? NO, GRACIAS
42 CÁNCER DE MAMA Y MÁS

43 PATRIARCADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA
44 LAS MIL CARAS DEL DOLOR
45 LAS REGLAS DE LA CUARTA OLA FEMINISTA
46 10 AÑOS DE VACUNA DEL PAPILOMA. CON ELLA LLEGÓ EL ESCÁNDALO
47 VIOLENCIAS INVISIBLES A PLENA LUZ
48-49 PALABRAS DE ABUELAS. ESPECIAL COVID-19
50 NUESTROS CUERPOS, NUESTRAS VIDAS...HOY
51 CUIDEMOS A QUINES NOS CUIDAN!!!
52 QUIÉN LE TEME A LOS 50?
53 MUJER VIDA Y LIBERTAD
54 TRABAJO Y SALUD CON OJOS DE MUJER
55 DISFRUTAR SIN LÍMITE DE EDAD
56 GERMINACIONES. REFLEXIONES EN TORNO A LA MATERNIDAD

CON LA CARGA VIRAL QUE HABÍA, NO SE SALVABAN EN NINGÚN SITIO

De todas formas se iban a morir

Las palabras del título fueron pronunciadas por la Presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso, adalid de la libertad en términos absolutos, de los derechos de los hombres a los que, al parecer, asesinan sus parejas mujeres al ritmo de uno por semana, sin que la sociedad se haga cargo de esta violencia feminista.

Éste y otros juicios entran dentro de su ideología de gobierno. En el editorial de hoy analizamos esas palabras, dirigidas a los viejos/as ingresados en residencias durante el Covid19 a los que una orden suya dejó encerrados allí, sin poder ser trasladados a los hospitales porque “de todas formas iban a morir”, aunque los que tenían alguna posibilidad de un seguro privado sí que pudieron salir y salvarse.

Clasismo del más rancio, crueldad y perversidad sin límites y dolor, mucho dolor para las familias y espero que también para toda la sociedad por este pensamiento tan repulsivo que se convirtió en acto como si fueran asesinatos premeditados.

Pudieran o no salvarse, la manera en qué murieron los que iban a morir y que ahora conocemos, gracias al magnífico trabajo de parti-

cipación ciudadana publicado con el nombre de Comisión de la Verdad, fue espeluznante.

Esto debería conllevar la inmediata dimisión de cualquier cargo público con poder para actuar. Quizás pedir perdón. Pero no.

Se dice que estos son actos inhumanos. No. Son actos muy humanos. Como escribía Primo Levi en su lucha incesante por tratar de explicase y explicarnos la barbarie nazi que él mismo vivió en los campos de concentración, los prisioneros que iban a morir y que ya eran deshechos, los llamaban *Muselman* o en plural *Muselmänner* algo parecido a como llaman ahora a los palestinos masacrados por el ultraderechista Netanyahu en Israel: animales. Díaz y Netanyahu comparten ideología.

“El médico debe curar cuando se pueda pero aliviar y confortar, siempre. Especialmente cuando la enfermedad no tiene solución y que nos llevará indefectiblemente a la muerte”. Frase de Luis Montes¹, gran profesional, defensor de la muerte digna, la sanidad pública y gran persona, acosado y perseguido en tiempos de Esperanza Aguirre, su guía ideológica.

Ella y su partido, junto con los vixistas, no votaron la Ley de la Eutanasia. No quiere una Ley de Eutanasia que nos permite decidir si queremos morir dignamente,

cuando la vida ya no es posible, pero sí puede decidir quién puede morir y cómo. De la manera más horrible e indigna.

A Díaz la votaron y todas las afirmaciones simplistas que hace la ultraderecha neofascista, se basan en algún eco social, que retuercen y expanden para deformarlo, pero que sigue resonando en ese eco a los oídos de la sociedad.

La vejez en este caso, y su tratamiento social. Las personas que somos viejas, casi tenemos una connotación de “ciudadanía de deshecho”. O sin el casi. Encerrados en establecimientos, llamados “residencias” (en Colombia y Venezuela se les llama “ancianatos”), tratados como “abuelas/os”, aunque no tengan nietos/as, infantilizados, calificados como no productivos, aunque mantengan a sus familias, asuman trabajos de asociaciones comunitarias de todo tipo, posean un saber acumulado y un largo etcétera. Y sí, en la vejez nos queda menos tiempo biológico de vida que otras edades. Y sí, a veces esa vida conlleva restricciones por la salud y sí moriremos porque la vida ya se nos acaba o por cualquier otra circunstancia que nos iguala con el resto de la gente.

La Presidenta no aplicaría esta ideología a sus familiares viejos/as. ¿O sí? ■

Olga Fernández Quiroga

¹ <https://www.elsaltodiario.com/eutanasia/luis-montes-morir-dignamente-mentiras-pp-eutanasia>



Anna Freixas Farré
Gerontóloga feminista

BIENVENIDAS A LA ESTACIÓN DE LA VERDAD

Retomar el discurso de la menopausia quince años después de haberle dedicado un largo tiempo escribiendo sobre ella y con la experiencia vivida ya lejos en mi recuerdo no ha sido fácil.

Da bastante pereza sumergirte en la literatura reciente sobre el tema, en la que te encuentras con numerosos *dejà vu*, y un buen número de *más de lo mismo*, camuflados con sutiles argumentos que terminan en la consideración de que la menopausia es una enfermedad hormonodeficiente que afecta al cien por cien de las mujeres y que hay que tratar con hormonas con el fin de que podamos vivir contentas en nuestros cuerpos menopáusicos —jóvenes y sangrantes—. Amén de otros artículos en los que a renglón seguido de reconocer que la terapia hormonal puede ocasionar más ictus, más problemas cardiovasculares y más cáncer de mama, afirman sin pestañear que, sin embargo, los beneficios de la terapia hormonal tienden a superar los riesgos. Vaya tela.

Sin embargo, todo esfuerzo tiene su recompensa y en ese deambular por los artículos más o menos científicos te puedes encontrar con algunas sorpresas agradables. Por ejemplo, que un diccionario online árabe —Al Maany— en 2021 ha agregado una nueva entrada: *Age of Renewal*. En ella se cambia la descripción que se hacía de la menopausia como 'edad de la desesperación' —*Age of Despair*— por la de 'edad de la renova-

ción' —*Age of Renewal*¹—. Tomaron esa decisión a partir de los resultados de una investigación en la que participaron también *creativ@s* y *medic@s* y que mostró que el 82% de las mujeres deseaba que para la transición menopáusica se utilizara un término que por encima de todo incluyera un componente positivo.

Barajaron también otros nombres posibles: *La edad de la sabiduría*; *la edad de la madurez*; *la edad de la comodidad*. Por cierto, acepciones todas muy posibles e interesantes que, si decidiéramos utilizarlas en nuestra cotidianidad, probablemente contribuirían a transformar el imaginario actual y a normalizar acepciones más positivas y veraces. Además, ayudaríamos a desvanecer algunos de los temores con que las mujeres jóvenes anticipan esta transición.

Han definido la *Edad de la Renovación* de la siguiente manera: *Es la edad en la que una mujer llega a la menopausia y la ovulación se detiene y su energía se renueva para una nueva y prometedora etapa de su vida*. En la argumentación y defensa de este nuevo término vemos que *la edad de la renovación* refleja la vitalidad, el vigor y el impulso que las mujeres postmenopáusicas personifican.

Con la utilización del término *renovación* se inicia un camino semántico inverso al que hasta ahora se recorría con la idea subyacente de la menopausia como el principio del fin. Se resignifica el pasaje hacia la menopausia y la postmenopausia como un trayecto hacia una existencia sig-

nificativa, hacia el triunfo y el éxito, frente a la idea de la insignificancia postmenopáusica que sostiene nuestra cultura androcéntrica y edadista.

Este planteamiento recoge y actualiza las ideas de la antropóloga Margaret Mead² quien, ya en los años cincuenta del siglo pasado, nos legó un elogio extraordinario de la menopausia diciendo: *La fuerza más creativa del mundo es el entusiasmo de una mujer con el vigor postmenopáusico*. Haciendo hincapié en la brillante energía que propicia la renovación, que nada tiene que ver con la desesperación y la tristeza que nos quieren vender. Mead se refiere al estallido de ímpetu que nos proporciona la llegada a la estación de la verdad, a partir de la cual podemos iniciar un periodo de mayor autenticidad e interrelación, una etapa de activismo social y, lo que más me gusta, un tiempo a partir del cual nos empleamos a fondo en trabajar como guardianas de la vida. Hasta entonces teníamos nuestras energías centradas en la construcción de nosotras mismas como profesionales y como miembras de una trabajosa y agotadora unidad familiar; ahora llegamos al momento en que podemos desplazar nuestro vigor y ofrecerlo, además, a la comunidad.

Las palabras de Margaret Mead evidencian una verdad como una casa que debería estar escrita en letras mayúsculas en las salas de espera de las consultas ginecológicas y, sin embargo, no la vemos reproducida en ningún lugar. Será por el pánico social a que una horda de mujeres

menopáusicas ocupe las calles, las asambleas populares, las camas matrimoniales, los espacios de poder y de toma de decisiones, con semejante potente energía. Lo cierto es que, en lugar del principio del fin, muchas mujeres encuentran en la postmenopausia un nuevo comienzo en su vida, una resurrección, marcada por una mayor energía, creatividad, entusiasmo y sentido de la vida, aprovechando las oportunidades de esta etapa con deleite. Como afirma Louann Brizendine³ *la renovación es un maravilloso portal que nos conduce a los mejores años de nuestra vida*.

Poco después de la salida de la revisión de mi libro sobre la etapa de la renovación⁴ hemos podido leer el número de marzo de 2024 de la revista *The Lancet* en el que se dedica la editorial y cinco artículos al asunto que nos ocupa, reconociendo que las compañías comerciales y los intereses personales de algunos individuos han sobre medicalizado la menopausia y que la definición de esta transición como una patología estrógeno deficiente, que debe ser tratada con el reemplazamiento de hormonas, estimula las actitudes negativas hacia la menopausia y exacerba su estigmatización y el edadismo. Ha sido una excelente noticia, en este marasmo de intereses de la industria menopáusica encantadora de serpientes que no cesa de inventar nuevos productos. Un necesario aviso a navegantes.

En estos artículos se afirma, también, que no hay que olvidar que el periodo menopáusico es un interesante momento de reafirmación femenina en el que se deben considerar los elementos contextuales, individuales, psicológicos, políticos⁵ y sociales en los que se produce la experiencia de cada una de las mujeres. Sólo así las mujeres podremos tomar decisiones informadas y abrir la puerta de la nueva libertad con confianza y seguridad. Parece que en este despiadado campo de batalla se van encendiendo algunas alarmas. Ya era hora. Como dice Kristen Ghodsee⁶, *la esperanza radical es el arma más potente que tenemos*. Pues eso. ■

¹ <https://www.news24.com/citypress/voices/its-time-to-normalise-conversations-about-menopause-in-the-workplace-20210806>

² Mead, Margaret. (1939/1990). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Barcelona: Paidós.

³ Brizendine, Louann (2022/2023). *La mujer renovada. Una visión nueva y radicalmente positiva de las mujeres en la madurez*. Barcelona: Salamandra.

⁴ Freixas, Anna (2007/2024). *Nuestra menopausia. Una versión no oficial*. Madrid: Capitán Swing.

⁵ Gracias, Belén Nogueiras.

⁶ Ghodsee, Kristen (2023/2024). *Utopías cotidianas. Lo que dos mil años de experimentos pueden enseñarnos sobre vivir bien*, Madrid: Capitán Swing.

enredHadas



Leonor Taboada Spinardi
Directora MyS

ODA A MIS EXES

Pues no... No he sido una chica fácil. Tengo una lista de amadas personas que un día fueron mis parejas.

No los engañé mientras estuve con ellos. Me fui, sin más, para continuar con mi camino.

Pero con el tiempo los he ido recuperando. Los admiro. Me gusta lo que han hecho con sus vidas. Las parejas y familias que han creado. Todos, menos uno, pero de ese no pienso decir nada.

A Chango, mi primer novio adolescente, lo mataron los militares argentinos. Martín se hizo famoso en el cine. Leonardo ha montado un centro ejemplar de terapia en Barcelona. Peter ha continuado su trayectoria periodística en Maine.

Mario sigue despertando ternura y respeto donde quiera que vaya. Y Juan sigue siendo el periodista más admirado por todas las mujeres y hombres que conozco.

Podría seguir, pero ya está bien. ¿Por qué se te ocurre meterte en este jardín?, me pregunta Ángeles, una de mis admirables amigas luchadoras por todas las causas justas cuando me pregunta sobre el tema de mi columna. ¿Qué por qué se me ocurre sumergirme en temas tan personales?

Pues, es fácil: por salud mental. Necesito contraponer vivencias positivas a la lluvia de maldades que nos rodean. Es un rescate. Necesito encontrar a gente que no trague la basura que nos ataca por tantos frentes. A gente que ni genere basura ni esparza la que se acumula. Que no se deje arrastrar por el fango. Y esa gente existe. Aunque esté tan en peligro como yo, como tú, como todos aquellos que no comulgamos con la testosterona desatada.

Ya estamos otra vez...otra vez a la calle...otra vez a la lucha... pero prometo dedicar cada día parte de mi tiempo a recuperar vivencias positivas para seguir creyendo que vale la pena seguir amando a quienes lo merecen. Es que mi salud mental está en juego. ■



Lourdes Durán Ramírez
Co-Directora MyS

entrevista

Marta Fonseca Salinas COL-LECTIU PUNT6



“EL CAMBIO CLIMÁTICO ES EL QUE ACABARÁ CON LA CIUDAD ANDROCÉNTRICA”

Un grupo de mujeres con edades comprendidas entre los 30 y los 60 años creó en Barcelona la cooperativa de trabajo Col·lectiu punt6. Repensar las ciudades desde una perspectiva feminista es su cometido. Arquitectas, urbanistas, sociólogas de diversas procedencias hacen astillas modelos de desigualdad en ámbitos urbanos. Son propuestas de largo recorrido. Algunas ya se aprecian en España y fuera como la Red de Urbanistas Feministas del Mediterráneo. Hablamos con Marta Fonseca Salinas, arquitecta y socia fundadora.

¿Qué es urbanismo con perspectiva de género?

Trabajamos con la definición de urbanismo feminista desde 2004. El punto 6 de la ley de bases catalana es la primera ley del Estado español y de Cataluña que pone el género como categoría para analizar los espacios donde vivimos. Esta inclusión del género era un cuestionamiento que pone de relieve las diferencias, desigualdades que en la definición de espacios no tiene en cuenta las necesidades diversas de la gente. Al mismo tiempo está también el abordaje de las características diversas de las personas, o sea, que las mujeres no son un conjunto homogéneo sino que tenemos características de origen, de clase, de edad, de historias de vida que hacen que el uso de los espacios sea diferente. Este punto 6 de la ley de barrios responde a la equidad de género en el uso de equipamientos y espacios públicos y esto nos ha servido para empezar.



Más de 20 años. ¿Qué objetivos os propusisteis y cuáles han sido llevados a cabo?

Mucho de nuestro trabajo no es demanda de urbanismo sino que se nos pidió, desde las áreas de participación, equidad, y de otras áreas de ayuntamientos, apoyo ya que necesitaban justificar la inclusión del punto 6 para definir e incluirlo en los proyectos urbanos de su programa de necesidades. Iba desde escalas pequeñas a grandes, desde colocación de bancos en el espacio público, de iluminación en un edificio a analizar de qué manera favorece o no cuestiones o no relacionadas con las mujeres, si se sienten seguras, y también las opciones de movilidad como la bicicleta. Si tenemos la misma percepción o no. En movilidad se han hecho muchas aportaciones. El análisis de diferentes modos del transporte público, o de ir caminando, que es un reclamo y una propuesta que viene de las geógrafas que han analizado la movilidad desde esta perspectiva porque no era un modo de movilidad hasta hace poco. Ahora la necesidad de ir caminando y de condicionar los espacios por donde vamos, aceras, iluminación, caminos que conectan actividades cotidianas, las conexiones. Nosotros partimos de la vida cotidiana, de la complejidad que tiene mirar las necesidades reproductivas, las satisfacciones propias y las comunitarias. A partir de aquí trabajamos en modelos participativos con mujeres porque tienen experiencia diferente y los roles en la sociedad son distintos. Ellas saben mucho de escuelas, de salud, de cómo se utiliza un parque...

Cambian las prioridades. Al analizar el entorno de una escuela o de una escuela cuna tendrían que ser diferentes. Y lo mismo sucede con los espacios de salud.

¿Qué respuesta estáis recibiendo desde la Administración?

Al inicio fue muy difícil hacerles entender algo que era de sentido común. Todos queremos lo mismo pero en el día a día lo que ves es que las prioridades están en el coche, o no se cuida que haya una vegetación saludable, mucho hormigón. Necesitamos que la tierra filtre el agua. Ahora hay más conciencia. La pandemia ha puesto en primer plano todas las necesidades que el ecofeminismo ya planteó. Se hacen transformaciones, por ejemplo en Barcelona en el tema de la vegetación, pero claro son cambios que necesitan tiempo porque sus trayectorias son largas. El tema de la inseguridad, la percepción de inseguridad que en las mujeres está ligada a nuestro cuerpo sexual, hay que hablarlo. Y no nos referimos solo a la iluminación sino a muchas otras cosas en el espacio, cómo estamos colocadas en el espacio público en la publicidad, o cómo estamos reconocidas, por ejemplo en el nomenclátor de calles donde solo aparecen mujeres santas y religiosas.

¿Hay algún ejemplo en el que mirarnos? Para tener claro de qué hablamos cuando mencionamos ciudades con perspectiva de género.

Temas concretos como el cambio en el patio de las escuelas, habitualmente se habla de un patio con un tamaño

concebido para una pista de fútbol. Si se trabaja en coeducación y de las necesidades de niños y niñas de relacionarse seguro que cambia mucho en la naturaleza, en espacios de relación diferentes, en variación de actividades. Sería un cambio y ya se está haciendo en muchas escuelas. Si un ayuntamiento nos pide poner bancos en las calles, que es una demanda de las personas mayores, hemos hecho un proceso participativo en el Eixample de Barcelona. Porque habían dejado de tenerlos, o estaban dispuestos con distancias largas. Una proporción de estos bancos deberían tener brazos de ayuda para levantarse, o que estén a la sombra, no al lado de los contenedores, cerca de centros de salud, de paradas de bus, etcétera. Una administración que se planteó esto está trabajando para mejorar desde un urbanismo feminista. O la iluminación pública en itinerarios para conectar modos de movilidad para ir del metro o bus, o también como calles sin actividades que no tienen vida y dan percepción de inseguridad. Cuando se habla de una manera más holística de qué necesitamos para acompañar nuestras cotidianidades se está cambiando la manera de abordar el proyecto urbano.

¿Se puede hablar de ciudad sana o es una contradicción porque quizá el concepto ciudad ya lleva aparejado la falta de salud?

Desde la pandemia sí se ha puesto de relieve que hay que reflexionar y abordar qué es el cuidado. Una ciudad ha de atender al bienestar desde tareas reproductivas, a las productivas, y aspiraciones que deben ir apa-



rejadas. Es una demanda colectiva y comunitaria que es difícil que esté bien atendida. Desde punt6 trabajamos en generar redes de actividades próximas que faciliten la cotidianidad, equipar servicios para atender trabajos derivados de las curas como colocar un banco o definir un equipamiento, restaurar los vínculos con los ecosistemas y priorizar las condiciones para mejorar la equidad y justicia social.

Las ciudades con población cada vez más envejecida donde, entre otras carencias, está la falta de lavabos públicos.

En el colectivo hay un proyecto que trabaja este tema. La tipología de lavabos que hay no responden a las necesidades que tenemos, para cambiar a bebés, y también a las personas mayores, que puedan entrar con las sillas de ruedas, por ejemplo. Países de nuestro alrededor como Francia sí que han resuelto estas necesidades y aquí es muy difícil encontrar lavabos que atiendan estas necesidades. O el tema de la copa menstrual. No hay lavabos donde puedes limpiar una copa en condiciones.

Los espacios públicos no están actualizados a los cambios de género. Pienso en lugares como baños o patios de colegios o piscinas. Los lavabos no se han pensado teniendo en cuenta estas diferencias, y hay muchas deficiencias. Pensamos que sería bueno un espacio núcleo de lavabos para hombres y mujeres pero compartiendo la pica, y resultó que es horroroso para la mujer que quiere cambiar su copa menstrual. Es cuestión de diseñar los espacios con las necesidades que van surgiendo. En este trabajo que hicimos en la universidad,

la conclusión fue el tener que distinguir entre hombres y mujeres y podría ser lavabos sin sexo, tener libertad de entrar en otro que no está definido, pero también dónde van las personas trans. ¡Imagínate cuando pienso en el vestuario de una piscina, que nos encontramos con esta carencia!

Son espacios públicos pero con usos de índole privada.

Es como todo. Se adaptan las soluciones a los cambios pero las cuestiones ligadas a las necesidades de las personas tardan más en resolverse. Y ahora está claro que hay que resolver el tema de los lavabos.

¿Qué les falta a las ciudades españolas para tener una perspectiva de género?

Hacer arquitectura y urbanismo no solo por las personas que la definen sino que son las políticas y las voluntades. Pienso que cuando las necesidades son tan grandes algo se está haciendo, lo vemos por ejemplo en estaciones de metro, su señalización, la manera de poner luz, o del tipo de publicidad. Pero todo son pequeños cambios.

Quizá si hubiera más mujeres urbanistas. ¿Por qué hay menos mujeres urbanistas y sin embargo han aumentado las arquitectas?

R: Seguro que habría cambios en determinadas áreas de los ayuntamientos, como las de Urbanismo cuyo jefe suele ser un hombre. Es cierto, hay pocas urbanistas, pero no sé por qué.

¿Viviendas colaborativas frente al problema de la vivienda?

La vivienda responde a una tipología. Papá, mamá, dos hijos. Esta estandarización ha ido a modelos muy aleja-

dos de las necesidades que tenemos hoy. Hay mucha gente que comparte pisos por las dificultades de pagar el alquiler, y comporta un cambio importante por la gestión de la vivienda. Una colega, Roser, trabaja en pensar la vivienda y los servicios que pueden estar compartidos. Trabajamos mucho desde el concepto de vida cotidiana que crea redes de actividades en el entorno en el que vivimos. Y en esta red están en equipamientos, en modelos de movilidad, de espacios de relación. Esta red combinada debería dar otra manera de vivir.

¿Hacia dónde vais? ¿Sois pioneras en lo vuestro?

No nos gusta el término pioneras. Lo que hemos hecho es recoger y ordenar lo que muchas mujeres han hecho antes. Su legado. Sí que se ha generado una reflexión importante que compartimos ya que todo lo que producimos está en abierto en nuestra web, salvo lo de la administración que no podemos publicarlo.

¿Algún proyecto fuera de Cataluña?

Sí, hemos trabajado en Argentina, Colombia, México y ahora en algún proyecto europeo y también en el País Vasco, Andalucía, Valencia. Sí salimos y estamos aquí.

¿La ciudad debería ser feminista?

El cambio climático es el que producirá los cambios. Esta forma androcéntrica de abordarlo todo cambiará. No solo para las mujeres, es mirar de otra manera el mundo y los elementos como los vivimos.

¿Y la ciudad turística?

Uf... Es un modelo que desarticula la cotidianidad, deshace relaciones de barrio, las comunidades que han vivido mucho tiempo en un barrio desaparecen forzosamente, y esto es lo que hace el turismo. Desplazan a la gente de sus lugares, priman la parte económica y temporal. Prima lo inmediato. Consumo en un tiempo concreto y se hace todo a la vez. Es pura depravación y especulación. ■

ON

Las Mujeres Mayores por el clima consiguen un fallo histórico en Estrasburgo

En 2016 nació Mayores por el Clima. Aquel colectivo de mujeres ha conseguido que el Tribunal de Estrasburgo atienda su demanda al fallar contra Suiza por su política inadecuada e ineficaz contra el cambio climático el pasado mes de abril.

Las mujeres del KlimaSeniorinnen demandaron a su país por no tomar medidas que limiten el calentamiento global al 1,5° C, tal como se estipula en el Acuerdo de París. Es sabido que son las mujeres mayores uno de los colectivos más afectados por los efectos perniciosos del cambio climático, que les deteriora la salud y en muchos casos puede provocarles la muerte.

En Estrasburgo se ha escuchado el eco enérgico de estas mujeres que sobrepasan en muchos casos los 70 años. No es un problema de futuro. “Ya está aquí”, apuntaron tras conocer un fallo histórico del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), que devuelve la esperanza a quien sigue luchando para evitar lo que puede ser una catástrofe para el Planeta. Para la humanidad.

Conscientes de que por su edad, no verán las mejoras, no han cejado en sus ocho años de litigio contra la indiferencia de su país, Suiza. En el ecuador de sus acciones, contaron con el apoyo de Greenpeace Suiza y recurrieron al TEDH, que aceptó su caso.



EFE

La decisión pone en entredicho la actuación de los tribunales suizos que no hicieron caso de las demandantes y evidencia que “la protección del clima es un derecho humano”, señaló una de las activistas del grupo Mayores por el Clima. De manera expresiva, el impulso y arrojo, así como el tesón de este colectivo, queda reflejado en las palabras de una de ellas, Elisabeth Stern, de 76 años. “No estamos hechas para sentarnos en una mecedora y tejer”. No. Las mujeres de Suiza tejen para mejorar el futuro de sus hijas y nietos. ■

Lourdes Durán

OFF

Mutilación genital en Gambia

En el año 2015 se prohibió en Gambia la práctica de la mutilación genital femenina (MGF), que consiste en la **extirpación parcial o total del clítoris y de los labios menores**, con o sin escisión de los labios mayores.

Las leyes constituyen un primer paso para acabar con esta barbaridad. Luego, en la realidad cotidiana, cuesta muchísimo eliminar esta idea de la mente de los individuos que forman parte de una sociedad, pero es un comienzo necesario porque ayuda a este cambio social.

En marzo de 2024, el Parlamento gambiano pretende volver a despenalizarla, legalizando el horror de que niñas y bebés vuelvan a sufrir la ablación del clítoris, aunque la aplicación práctica de la ley de 2015 ha destacado por su inacción y los silencios ante esta atrocidad.

Se calcula que unas 90.000 niñas gambianas la han padecido.

Otros países africanos no tienen leyes específicas que prohíban la MGF y sin ella las mujeres no tendrán marido, sufrirán muchas burlas y serán una deshonra para sus familias, porque esas niñas son consideradas sucias. Y deben ser puras. Crean que es una prescripción coránica. Saltarse esta monstruosidad equivale a una marginación segura.

Religión y machismo es un dueto que siempre ha funcionado contra las mujeres, porque es una práctica patriar-

cal y de violencia machista. Se pretende controlar la sexualidad femenina y asegurar la fidelidad matrimonial.

Las consecuencias para las mujeres son terribles. Produce heridas físicas y mentales muy graves. Dolor físico, hemorragias, fístulas, partos muy complicados y naturalmente graves traumas psicológicos. Muchas veces simplemente mueren, aunque esta palabra no sería muy adecuada. No mueren. Es otra forma de asesinarlas. Física o mental.

Afortunadamente hay muchas asociaciones de mujeres nativas que luchan para ir cambiando esa mentalidad social con o sin leyes. No es fácil. Es algo que no se puede hacer simplemente criminalizando. Las activistas tienen que franquear la primera puerta guardada por líderes religiosos para que, al menos, les permitan hablar del tema. Pero ahí está la esperanza para millones de mujeres que viven este horror cotidiano y como otras muchas causas por las que debemos luchar las mujeres, acabarán desapareciendo.

A nosotras nos corresponde darles nuestro apoyo e impedir que aquí, en los países europeos, empezando por España, las niñas no viajen a sus países de origen y vuelvan mutiladas. ■

Olga Fernández Quiroga



Rosa González Candela
Médica de familia



María José Muñoz Ballester
Médica de familia



Vita A Arrufat Gallén
Médica de Salud Pública



Rosa M Marín Torrens
Médica de Salud Pública



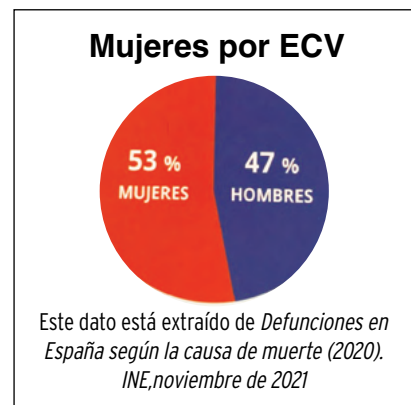
María Gil Tomás
Farmacéutica Comunitaria

MEJORAR EL DIAGNÓSTICO DE INFARTO EN MUJERES

Una reciente serie de mujeres muertas por infarto de miocardio horas después de haber sido atendidas en sus centros y diagnosticadas de síntomas banales, en diversos lugares de España, ha puesto de manifiesto una vez más que el diagnóstico de infarto de mujeres, debería mejorar de forma sustancial, teniendo en cuenta que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en mujeres.

Muerte por enfermedad cardiovascular en España 2022. (Extraído de nota de prensa del 19 de diciembre de 2023 del INE: Defunciones según la Causa de Muerte Primer semestre 2023 (datos provisionales) y año 2022 (datos definitivos))

Un grupo de profesionales sanitarias formadas en morbilidad diferencial entre mujeres y hombres de Valencia, hemos redactado una serie de propuestas para la administración que consideramos urgentes y necesarias, con la finalidad de aumentar la percepción del riesgo por parte de las mujeres y difundir la información diferencial del riesgo cardiovascular (RCV) conocida y contrastada desde hace ya años entre personal sanitario para poder así diagnosticar precozmente y mejor a las mujeres.



Lo primero que surgió fue la necesidad de analizar la situación del diagnóstico de RCV en la mujer en la Comunidad Valenciana, para poder mejorarla. No encontramos datos concretos al respecto, pues no se desagregan por sexo los factores clásicos ni están incluidos los factores de riesgo emergentes, algunos exclusivos, otros predominantes en mujeres.

Para sensibilizar tanto a profesionales como a la población en general, vemos imprescindible poner el foco en el problema del infradiagnóstico de riesgo cardiovascular en mujeres a través de actividades formativas en Centros de Salud, EVES

(Escuela Valenciana de Estudios para la Salud), Universidad, asociaciones científicas y otras entidades como la Red CAPS, fijando fechas para la realización de dichas actividades formativas, con el fin de prolongar lo menos posible la situación actual así como la difusión de folletos, intervención en medios de comunicación o la dedicación del 29 de septiembre, día internacional del corazón al riesgo cardiovascular en la mujer...etc.



INCREMENTO DE RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO PREDOMINANTE O EXCLUSIVAMENTE FEMENINOS

	Aumento de riesgo
HTA	El aumento incremental de enfermedad cardiovascular por aumento de 10 mmHg en la presión arterial sistólica es del 15 % en los hombres y del 25 % en las mujeres.
DM	La DM multiplica x2 el riesgo de IAM e ICTUs en hombres y x3 en mujeres
Tabaco	El tabaco aumenta un 25% más el riesgo de IAM en mujeres
Artritis reumatoide	Aumenta un 50% el RCV (multiplicar por 1,5 el riesgo calculado)
Migraña	Dobla el riesgo de ictus y aumenta 1,5 veces en el riesgo de cardiopatía isquémica
Endometriosis	Aumenta el riesgo de IAM (RR 1,52) y angina confirmada angiográficamente (RR 1,91).
SOP	Aumenta el riesgo de DM (RR 2-4)
Menopausia precoz	Aumenta el riesgo de ECV (RR=1,5).
Preeclampsia	Aumenta el riesgo de ECV por 1,5-2,7. Multiplica x2 el riesgo de DM y x3 el riesgo de HTA.
Historia de aborto espontáneo	RR de IAM 1,4 (8,9 si 3 o más abortos)
Historia de muerte fetal intrauterina	RR IAM 2,5
Historia personal de parto prematuro	RR de ECV 1,6
Historia personal de muerte fetal	RR de ECV 1,5
Diabetes gestacional	RR de ECV x2
Violencia de género	Podría aumentar riesgo ECV un 31% y mortalidad por todas las causas hasta un 44%
Depresión	Multiplica x 2 riesgo IAM en mujeres

Tabla de elaboración propia (M.ª José Muñoz, Rosa González)

ES PRIORITARIO

1. Integrar en la actividad cotidiana del personal sanitario estos conocimientos diferenciadores que nos hacen a las mujeres sufrir más enfermedades cardiovasculares con desenlace fatal.
2. Desagregar por sexo los datos extraídos de los registros de la Comunidad Valenciana: ALUMBRA (programa para extracción y manejo estadístico de los datos de Abucasis) Y CMBD (Conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria)
3. Cuantificar las mujeres con niveles de tensión/co-lessterol/ glucemia/ IMC, etc. por encima del rango de la normalidad y no tienen codificado el diagnóstico correspondiente en la historia clínica, lo cual origina un infra diagnóstico.
4. Conocer y realizar el seguimiento de cuántas personas alcanzan el objetivo terapéutico, entendiendo por ello haber controlado los factores de riesgo cardiovascular.
5. Eficacia terapéutica de los fármacos empleados y correlación con el grado de control de factor de riesgo. Los estimadores de riesgo convencionales (Framingan o SCORE) subestiman el RCV en la mujer.
6. Incorporar los factores emergentes de RCV específicos de sexo: preeclampsia, diabetes gestacional, síndrome de ovario poliquístico, depresión (ver Anexo I) y los específicos de género: rol social, cuidadora, sobrecarga física y mental, triple jornada laboral, sedentarismo, violencia de género, etc. a la hoja de seguimiento cardiovascular de ABUCASIS (historia de salud electrónica de la Comunidad Valenciana), a la espera de que se desarrollen tablas de Riesgo cardiovascular que ya los incorporen en su cálculo.
7. Utilizar los datos de ESCARVAL (ESTudio CARDio-metabólico VALenciano). (disponible en <http://www.escarval.info/protocolo.php>). para obtener información por sexo y género que nos permita elaborar una tabla de cálculo de Riesgo Cardiovascular propio de nuestra comunidad y que incluya factores de las mujeres.
8. Revisión y actualización de protocolos de actuación tanto en atención primaria como en urgencias hospitalarias.

Recordamos la necesidad de utilizar el lenguaje inclusivo en los registros y protocolos de la Conselleria.

Este riesgo incrementado que presentamos las mujeres, tiene un claro origen y una clara solución "Contra factum non valet argumentum".■

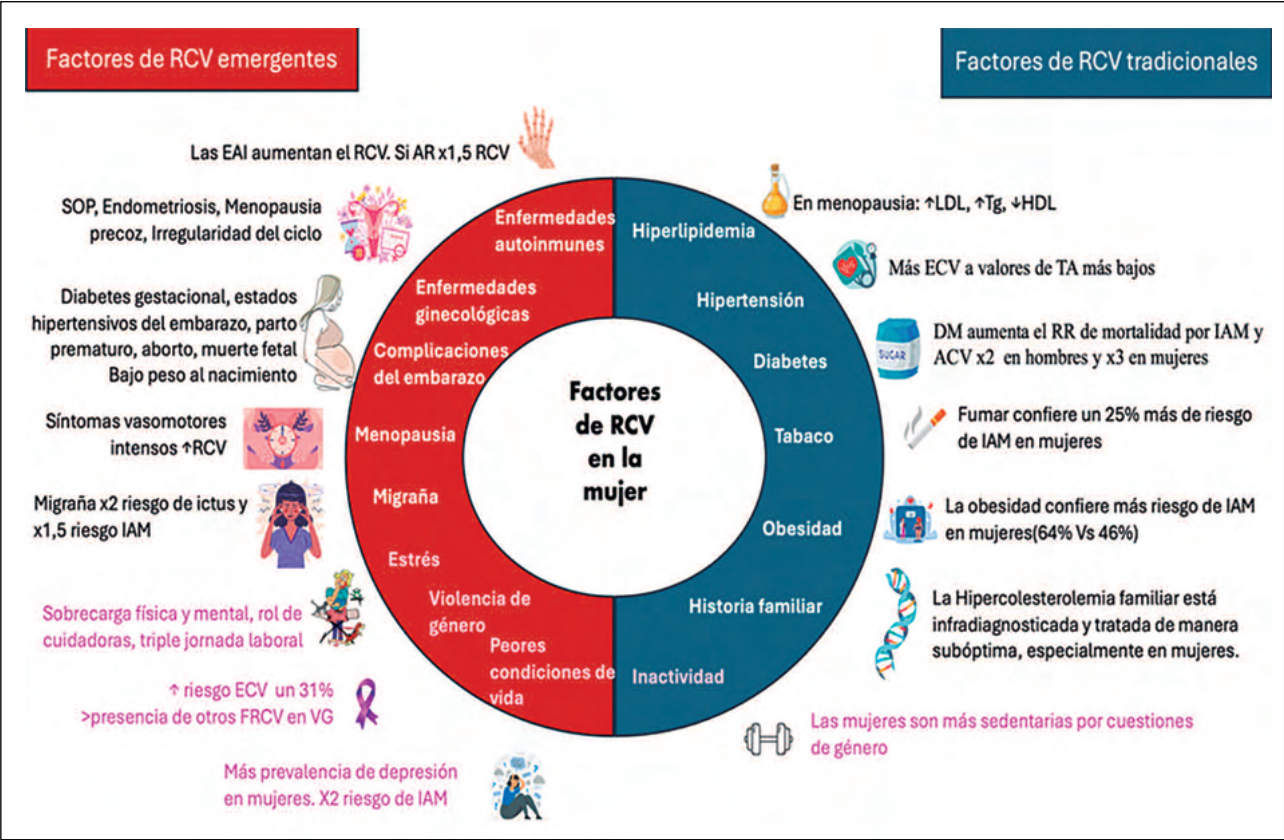


Imagen de elaboración propia (María José Muñoz y Rosa González). Factores de riesgo cardiovascular en la mujer. En rosa los factores dependientes del género (modificables). RCV: riesgo cardiovascular. LDL: lipoproteínas de baja densidad. Tg: Triglicéridos. HDL: Lipoproteínas de alta densidad. ECV: enfermedad cardiovascular. TA: tensión arterial. DM: Diabetes mellitus. RR: Riesgo relativo. IAM: infarto agudo de miocardio. ACV: accidente cerebrovascular. EAI: enfermedades autoinmunes. SOP: síndrome de ovario poliquístico. FRCV: factores de riesgo cardiovascular.

Bibliografía:

- Orozco-Beltrán D, Brotons C, Banegas J, Gil V, Cebrián AM, Martín E, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2022. Atención Primaria. 2022;54 Suppl 1(suppl 1):102444. [PubMed].
- Ministerio de Sanidad. Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV). Madrid: Centro de Publicaciones; 2022. [sanidad.gob.es].
- Pepió Espuny M, Ortega Vila Y, Aragonès Benaiges E, Fernández Sáez J, Pallejà Millán M, Cabré Vila JJ. Influencia del género y el lugar de residencia sobre la evolución y mortalidad de la cardiopatía isquémica en Cataluña: un estudio de base poblacional. Rev Esp Salud Pública. 2023;97:e202301004. [PubMed].
- Ruiz-Cantero MT (coord.). Perspectiva de género en medicina. Monografías 39. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve; 2019. [ICMAB].
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España. INE. 2020. [INE].
- Quesada O, Scantlebury DC, Briller JE, Michos ED, Aggarwal NR. Markers of Cardiovascular Risk Associated with Pregnancy. Curr Cardiol Rep. 2023;25(2):77-87. [PubMed].
- Prospective Studies Collaboration and Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Sex-specific relevance of diabetes to occlusive vascular and other mortality: a collaborative meta-analysis of individual data from 980 793 adults from 68 prospective studies. Lancet Diabetes Endocrinol. 2018 Jul;6(7):538-46. [PubMed].
- Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2022;75(5):429. [PubMed].
- Tan J, Taskin O, Ieşu M, Lee AJ, Kan A, Rowe T, et al. Atherosclerotic cardiovascular disease in women with endometriosis: a systematic review of risk factors and prospects for early surveillance. Reprod Biomed Online. 2019;39(6):1007-16. [PubMed].
- Castro A, Goya M, Delgado JL, Martínez M, Pallarés V, Obaya JC, et al. Recomendaciones de seguimiento a partir del cuarto trimestre de mujeres con complicaciones vasculares y metabólicas durante el embarazo. Documento de consenso de la SEC, SEMERGEN, semFYC y SEGO. CardioClinics. 2020;55(1):38-46. [CardioClinics].
- Calero C. La violencia machista como factor de riesgo cardiovascular. Mujeres y Salud. 2023. [MyS].
- Woodward M. Cardiovascular Disease and the Female Disadvantage. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(7):1165. [PubMed].
- Ministerio de Sanidad. Análisis con perspectiva de género de los registros sobre la enfermedad cardiovascular contenidos en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. Series 4. Madrid. 2022. [sanidad.gob.es].

CARTA PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE AL RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES

Publicamos esta carta promovida por el GRUPO MORBILIDAD DIFERENCIAL MUJERES/HOMBRES COMUNIDAD VALENCIANA (GMDCV) morbilidaddiferencial@gmail.com dirigida a: A la atención de la Directora General de Atención Primaria Comunitat Valenciana, Eva Suarez Vicent suarez_eva@gva.es

Valencia, a 29 de enero del 2024

Asunto: Salud y Mujer: Protocolos de Prevención y Actuación frente al riesgo cardiovascular en mujeres

Nos dirigimos a usted como grupo de profesionales sociosanitarias, formadas e investigadoras de la Morbilidad diferencial entre hombres y mujeres. A este grupo pertenecemos algunas médicas, psicólogas, enfermeras, terapeutas, trabajadoras sociales, psiquiatras, farmacéuticas, etc... , que estamos en la red de profesionales sanitarias del estado español Red CAPS <https://caps.cat/caps> que edita la revista Mujer y Salud: <https://matriz.net/> y también a Sociedades científicas como Medicina Familiar y Comunitaria, Farmacia, Asociación en Defensa de la Salud Pública ACDESA, entre otras.

Nuestra preocupación, se centra en el reciente episodio, con final de muerte, de una mujer de 60 años, atendida en su Centro de Salud y en el servicio de Urgencias, donde se le diagnostica de Gripe A, y su posterior fallecimiento por infarto de miocardio al llegar a su domicilio.

Este hecho nos ha removido y llevado a un debate entre nosotras, debido al conocido hecho, desde hace ya varios años, sobre fallecimiento de mujeres por infarto de miocardio infra diagnosticados. Y a responsabilizarnos haciéndole llegar nuestra preocupación con el objetivo de visibilizar la realidad del gran número de infartos de miocardio, muchos manifiestos, pero muchos de ellos sin diagnosticar, que padecen las mujeres.

- Como usted conoce, la primera causa de mortalidad en mujeres en todo el mundo, y también en España, es la cardiovascular, especialmente la cardiopatía isquémica y la segunda causa de muerte por enfermedades cerebrovasculares. Y es en las mujeres en quienes se presenta:
- a. Mayor retraso diagnóstico de infarto que en los hombres
 - b. Omisión de solicitud de pruebas pertinentes, como electrocardiograma, ecocardiograma, etc.
 - c. Acceso más retrasado a los tratamientos comparados con los hombres
 - d. Menor derivación a rehabilitación cardiovascular
 - e. Menor derivación a rehabilitación por secuelas del daño cerebral
 - f. Menor uso de pruebas como la angiografía, cirugía cardíaca, etc.
 - g. Mayor desconocimiento de la clínica anginosa en mujeres, la cual se distingue de la presentación en hombres, y la que puede suponer una subestimación de los síntomas en las mujeres
 - h. Menor valoración e infraestimación del riesgo cardiovascular comparado con los varones
 - i. Mayor inercia terapéutica tanto en la prevención primaria como en la secundaria
 - j. Desconocimiento absoluto de los factores de riesgo cardiovascular específicos por sexo y por género, tales como la preeclampsia, el ovario poliquístico, la violencia de género, o el estrés de ser cuidadora, entre otros.

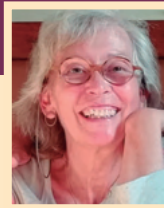
Ya en los años 2008/2010 se creó un grupo de trabajo de Género y Salud en la Escuela Valenciana de la Salud (EVES) y un Plan de Prevención de Riesgo Cardiovascular desde la Dirección General de Salud Pública. Estaba a punto de publicarse, cuando por circunstancias mayores se paralizó el trabajo. Se pidió de forma reiterada a la Consellería de Sanitat de la C.V. que alguien retomara el testigo de coordinar el grupo. No se tiene constancia de que se hiciera nada al respecto.

Por ello, ponemos esto en su conocimiento y

SOLICITAMOS:

- 1.Pongan en marcha actualización en la formación a los profesionales sociosanitarios en prevención y detección de infarto en mujeres.
- 2.Actualización de los protocolos de prevención de riesgo cardio y cerebrovascular por sexo tanto en Atención Primaria como en Urgencias.

COSAS QUEPASAN



Margarita López Carrillo

3. Divulgación de los protocolos para que lleguen a todos los profesionales de la salud de Centros de Atención Primaria y Especializada de nuestra Comunidad Valenciana y del resto de Comunidades.

Por nuestra parte:

Se ha retomado en la Escuela Valenciana de la Salud en 2023 un curso de morbilidad diferencial coordinado por Vita Arrufat Gallén e impartido por la Dra. Carme Valls Llobet, Dra. M Teresa Ruiz Cantero, Dra. Rosa M Marín Torrens y María Gil Tomas, y también se ha incluido en los cursos de Promoción de Salud en mujeres y hombres mayores de 40 años, coordinado por la Dra. Rosa María Marín

Algunos miembros de SoVaMFIC organizaron la I Jornada de Salud de la Mujer que tuvo lugar el 23 de febrero 2024, que permitirá conocer mejor las inequidades de género en salud y cómo la ciencia nos está permitiendo señalarlas y reducirlas, ofreciendo reflexión y actualización acerca de la medicina con perspectiva de género a las consultas de Atención Primaria. Adjuntamos su programa. En marzo tuvieron lugar y a la vez les invitamos a asistir, al igual que a las jornadas de Semergen sobre Salud y Mujer que se celebraron en el Colegio de Médicos de Valencia en Marzo y cuyo programa adjuntamos también.

En la confianza de que acogerán nuestra preocupación, quedamos a la espera de su respuesta.

Atentamente.

Asociaciones médicas que suscriben:
ACDESA Castelló, Asociación en defensa de la salud Pública.

CAPS Centro de Análisis y Programas Sanitarios.

SoVaMFIC Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria

Firmado por el Grupo de Morbilidad diferencial Comunidad Valenciana (más de 60 mujeres de diversos ámbitos de la salud)

Lo fácil y lo difícil

Me madre solía recitar un monólogo de un sainete de su juventud en que alguien decía: “Lo fácil y lo difícil. Son dos palabras que me gustan mucho pero nunca sé dónde ponerlas”. De niña me parecía una frase muy tonta, ¿cómo no iba a saber nadie dónde poner esas palabras tan comunes y tan claramente opuestas?

Me ha venido al recuerdo esta anécdota por lo que estoy viviendo en esta época de mi vida. Mi marido está muy enfermo; sufre una enfermedad crónica jodida desde hace muchos años, de esas que, si nada inesperado las empuja, avanzan muy lentamente y te permiten, si no ignorarlas, al menos no identificarte con ellas. Pero 2020 lo cambió todo. Durante la pandemia él pasó de “tener” una enfermedad a “ser” un enfermo. No tuvo covid, pero eso es lo de menos: esas primeras olas terribles del virus hicieron que se abriera en su mente la comprensión de que aquello que tenía en los pulmones era lo que iba a acabar matándole, y de repente todo en él empezó a venirse abajo. A partir de entonces, me he ido convirtiendo, progresivamente, de compañera en cuidadora.

Hasta aquí parecería muy claro saber donde poner “lo fácil” y dónde “lo difícil”: decir simplemente que todo es difícil y punto. Es solo que está habiendo cosas que me están resultando fáciles, inesperadamente fáciles: los cuidados prácticos, por ejemplo, y sobre todo, la convivencia. Nunca habíamos vivido juntos, sabíamos que necesitábamos contar con un piso franco personal de cada uno para que los incendios frecuentes entre nosotros no se propagaran hasta consumirlo todo. Y ahora sin embargo, ahí estamos, bajo el mismo techo y ni un roce. A veces me sorprende porque nos reímos mucho juntos, como siempre habíamos hecho, pero sin ningún tipo de filo, no como antes que siempre acabábamos arañándonos.

Es como si la vida me estuviera diciendo, “¿Qué te pensabas, que lo sabías todo?, ¿a que esto no te lo esperabas?”. Y es verdad, nunca me lo hubiera imaginado. Nunca hubiera puesto las palabras fácil y convivencia con S. juntas. Tampoco hubiera puesto la palabra difícil donde ahora la pongo: ver como alguien que quieres, que hasta hace poco era tu igual, tu compañero, se va consumiendo paulatinamente ante tus ojos, y no porque me imaginara que sería fácil, lo que pasa es que nunca me había puesto a imaginarlo.■

* Esta columna la escribí hace casi un año; la publico ahora, cuando él acaba de morir.

POR UN FUTURO SIN TÓXICOS

La Declaración por un futuro sin tóxicos¹ se presentó el día 24 de abril en el Colegio de Periodistas de Barcelona haciendo un llamamiento a las autoridades políticas, medioambientales y sanitarias. Más de 70 personas del mundo de la ciencia y la medicina han suscrito esta declaración que pone de manifiesto la toxicidad de los productos de consumo y sus efectos sobre la salud, así como las demandas a la industria y a las administraciones públicas para que se produzca un cambio de rumbo absolutamente necesario.

La EFSA (Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria) admite que en el mercado de la alimentación hay 248.000 productos químicos y que una persona puede estar expuesta a unos 32.000. El manifiesto recuerda que hay múltiples investigaciones científicas y estudios epidemiológicos que muestran la presencia de sustancias tóxicas en el organismo de prácticamente toda la población. Lo que hace falta señaló Nicolas Olea durante la presentación “es que con la información que en este momento ya se tiene, se tomen medidas políticas y sanitarias, ya que repetir por enésima vez las mismas publicaciones es tirar el dinero”. La mayoría de estas sustancias como los pesticidas, el Bisfenol A, los ftalatos, las sustancias perfluoradas (PFAS), y derivados de los plásticos, actúan en el cuerpo como disruptores endocrinos y afectan a todo el sistema hormonal de la población pero en especial a las criaturas en fase de gestación, y a las mujeres, colaborando

en las alteraciones del ciclo menstrual, y a la mayor presencia de endometriosis y de cáncer de mama.

Por todo ello el manifiesto solicita que se aplique el principio de precaución en todo producto nuevo que se introduzca en la industria y que se dé transparencia de información completa de su composición. Que las nuevas sustancias se investiguen una a una, para evitar la sustitución lamentable, y utilizar productos que tengan más efectos secundarios que los que sustituyen como ha ocurrido con los pesticidas.

El nuevo informe de la EFSA pone de manifiesto que el 41% de frutas y hortalizas europeas contienen restos de pesticidas que en la ingesta cotidiana una exposición de las y los consumidores de diversos residuos al mismo tiempo. Pimientos dulces, uva de mesa, fresas, manzanas, melocotones, tomates, naranjas, limones, peras, lechugas y mandarinas fueron los alimentos que más pesticidas acumularon, que en el caso de los tomates llegaron a ser dieciséis distintos. Para el seguimiento de estas informaciones la ciudadanía interesada puede seguir la información que ofrecen en su blog, Ecologista en acción².

Las personas expertas, exigen el “Cumplimiento de la normativa existente (como el REACH o la hoja de ruta de restricciones propuesta por la Comisión Europea en el marco de la Estrategia para la Sostenibilidad de las Sustancias Químicas) en todos los productos en el mercado, independientemente del lugar de producción y canal de venta (física o en línea), y aceleración del proceso de revisión ante la ineficacia del actual sistema para proteger efectivamente la salud de las personas y el medio ambiente”.

Carme Valls Llobet
Médica endocrinóloga
Directora Programa Mujeres, Salud y Calidad de vida. CAPS



Es muy importante que las nuevas normativas se basen en el conocimiento científico y apliquen el principio de precaución y unos criterios de salud más exigentes, para que se tengan en cuenta la mayor vulnerabilidad de los niños y niñas, que son más vulnerables a la toxicidad ambiental, porque respiran más rápidamente, inhalan más cantidad de tóxicos y los adquieren también por superficie corporal, como indicó Elena Codina, de la unidad de salud ambiental del hospital Sant Joan de Déu.

“Las nuevas normativas tienen que ser claras y concisas, con una visión a medio y largo plazo, evitando posibles interpretaciones ambiguas y facilitando su aplicación, control y seguimiento. Por ejemplo, incorporando la prevención cualitativa y eliminación de tóxicos en la nueva ley de prevención de residuos y gestión de residuos catalana y en procesos normativos estatales en otras comunidades autónomas”

Precisamos “Mecanismos de control, seguimiento y sanción que den cumplimiento a la normativa actual y futura. Por ejemplo, la prohibición del bisfenol A y ftalatos en envases alimentarios incluida en el real decreto de envases y residuos de envases estatal no es efectiva sin mecanismos de control, seguimiento y sanción. Estos tienen que ser aplicados por parte de las administraciones, independientes de la industria química y basados en evidencias de la comunidad científica.

En el futuro serán necesarios el desarrollo de campañas de sensibilización e información y educación dirigidas a la ciudadanía estableciendo sinergias entre diversas asociaciones de la sociedad civil. ■

¹ <https://www.rezero.cat/es/declaracion-futuro-sin-toxicos/>

² <https://futurosintoxicos.org/>



Dolores Romano Mozo

Responsable de políticas de sustancias químicas
en la Oficina Europea de Medio Ambiente (EEB)
<https://eeb.org/>

POLÍTICA AGRARIA, PESTICIDAS Y SALUD



Angeliki Kysimochou, Pesticide Action Network Europe.

En los últimos meses agricultores de toda Europa han tomado las calles. Sus quejas varían entre países, sindicatos que les representen, tipo de producción, tamaño de explotación, etc.: Los precios de la energía, los fertilizantes y los pesticidas han subido; las importaciones desde países extracomunitarios con precios de producción mucho más bajos supone una competencia desleal; los precios que reciben por sus productos son irrisorios comparados con los precios de venta finalistas; el 80% de los fondos europeos para subvencionar la actividad agraria acaba en manos de un 20% de agricultores, la mayoría de ellos grandes productores industriales; la creciente burocracia a la que se enfrentan; o las prácticas de protección del medio ambiente que se les exige para poder acceder a subvenciones.

Ante estas protestas la primera medida que han adoptado las autoridades europeas ha sido la paralización de las políticas encaminadas a la reducción del uso de pesticidas.

Hablamos con Angeliki Lysimachou, MSc, PhD, toxicóloga e investigadora ambiental, responsable de Ciencia y Política de Pesticide Action Network (PAN) Europe, para entender qué repercusiones pueden tener estas medidas sobre nuestra salud.

¿Contra qué políticas ambientales están protestando los agricultores?

Una parte de los agricultores está pidiendo que se paralice la propuesta de reducción del uso de pesticidas tóxicos (en un 50% antes de 2030, incluida en el Pacto Verde aprobado por todas las instituciones europeas), o la prohibición de su uso en áreas protegidas. Otro grupo está protestando por las medidas para reducir el uso de fertilizantes, incluidas entre las medidas para luchar contra el cambio climático. Realmente lo que hay detrás es el lobby intenso de la industria agroquímica, que ve cómo un número creciente de pesticidas se

van prohibiendo debido a su alta toxicidad para la salud humana o el medioambiente (e.g. para las abejas). Primero consiguieron que el Consejo Europeo rechazará las medidas encaminadas a proteger las zonas de alto valor ecológico. Ahora están engañando a los agricultores, diciendo que las medidas de protección ambiental les van a perjudicar. Sin embargo, los primeros afectados por el uso de pesticidas son los propios agricultores y sus familias.

¿Qué impacto tendrá sobre la salud la paralización de estas medidas?

La Política Agraria Común (PAC) sigue dando subvenciones a la agricultura intensiva, que sabemos que tiene un gran impacto sobre el medio ambiente. Por ejemplo, por la contaminación del agua, o la reducción de la fertilidad del suelo. Esto es un problema de futuro para la producción agraria, como reconocen los propios agricultores, que ven además como cada vez necesitan utilizar más pesticidas, ya que las plagas van generando resistencias. La producción intensiva utiliza muchos pesticidas a la vez. Se han encontrado hasta 15 pesticidas diferentes en las manzanas, puede fumigar un mismo cultivo

hasta 35 veces al año, generando un nivel de contaminación innecesario. Lo ideal sería la agricultura ecológica, pero también una agricultura convencional que utilice menos pesticidas, que evite monocultivos, que rote los cultivos o fumigue solo cuando sea necesario.

Los pesticidas están diseñados para ser tóxicos sobre las plagas, pero no son específicos por lo que dañan a otras especies y también pueden dañar la salud humana. Es muy impactante ver cómo están expuestas a las fumigaciones las personas que viven alrededor de los campos de cultivo, incluso niños pequeños y mujeres embarazadas.

En teoría solo se autorizan pesticidas que han pasado unos análisis de riesgo y por lo tanto se consideran seguros.

Algunas sustancias muy tóxicas no se van a autorizar con estas evaluaciones, pero otras, que presentan perfiles de toxicidad no contemplados en las evaluaciones (e.g. glifosato, cypermethrin, tetraconazole), sí que se autorizan. Muchos pesticidas han sido clasificados como “sospechosos de causar cáncer” o “sospechosos de causar toxicidad en la reproducción” o muy tóxicos para or-

ganismos acuáticos y la ley no impide que sean autorizados. Además, las evaluaciones de riesgo las realizan las propias empresas, basadas en estudios propios que según su interpretación muestran que no hay impactos. Es muy difícil no autorizar una sustancia en base a resultados de estudios académicos que muestran problemas, como el caso del glifosato.

¿La metodología que evalúa los riesgos de los pesticidas prioriza las pruebas de la propia industria frente a estudios académicos independientes?

Claro, es la propia industria la que tiene que demostrar que sus pesticidas son seguros. Las autoridades revisan la información aportada por la industria. En un principio las autoridades no tenían en cuenta los estudios independientes, ahora lo que hacen es dar más valor a las pruebas de la industria. Por ejemplo, hay centenares de estudios independientes que muestran impactos del glifosato sobre la salud, la propia OMS considera que probablemente es cancerígeno y por tanto no se debería autorizar en Europa, sin embargo, las agencias europeas no ven que haya que prohibirlo.

¿El problema es cómo se interpreta la evidencia?

Si, es muy difícil que las autoridades tengan en cuenta los estudios académicos si las pruebas de la industria no han mostrado impactos. Para contradecir los estudios de la industria hay que demostrar primero que la sustancia produce impactos sobre la salud, que estos impactos son adversos y luego que son relevantes. En el caso del glifosato, hay una docena de estudios hechos por la industria que muestran el desarrollo de algún tipo de tumores en animales. Las autoridades niegan validez a estos resultados usando estadísticas inadecuadas, o diciendo que no son consistentes entre especies, o sexos de la misma especie. Pero ninguna guía de identificación de sustancias cancerígenas dice que debe ser así. Además, varios estudios han demostrado que la exposición a glifosato está relacio-

nada con el desarrollo de linfoma no Hodgkin. Además, las autoridades solo prohíben pesticidas si hay certeza absoluta de que son cancerígenos o tóxicos para la reproducción. Si hay sospechas, o se ven estos efectos solo en machos, o solo en hembras no se prohíben.

¿Qué está haciendo PAN?

Estamos intentando traducir la ciencia a acciones políticas. Estamos traduciendo los resultados de los estudios científicos y trasladando esta información a los decisores políticos, a los expertos de las autoridades, para que entiendan que estos efectos adversos tienen que tomarse en cuenta. Es un trabajo difícil ya que hay que entrar en detalles técnicos y científicos sobre los estudios que los políticos no entienden. Por otra parte, las evaluaciones de riesgo se hacen para una sola sustancia, sin embargo, estamos expuestos a mezclas de numerosas sustancias, y por tanto el problema es mucho mayor que lo que estamos viendo. Ahora mismo hay 450 sustancias autorizadas en Europa, la mayoría son sustancias sintéticas (no naturales o de microorganismos). También estamos hablando con científicos que trabajan en alternativas, no tenemos que volver a las prácticas agrarias de nuestros abuelos, pero sí aprender de ellos. Si plantas flores alrededor de un campo cultivado, atraerás insectos depredadores de las plagas, usar feromonas, microorganismos, hay muchos más conocimientos para poder reducir el uso de pesticidas. Es prevenir y hacer monitoreo.

No consideráis ambiciosa la propuesta de la Comisión Europea de reducir en un 50% el uso de pesticidas tóxicos antes del 2030 ya que la mayoría iban a salir del mercado por el proceso de autorizaciones. ¿Qué o quién hay por tanto detrás de la demanda de los agricultores de parar esta medida?

La industria agroquímica no quiere que se aplique la normativa actual que obliga a reevaluar la toxicidad de las sustancias cada 10 años si se comercializaron antes de 2013 y cada 15 años si se comercializaron después. Tampoco quiere que los agricultores

dejen de usar sus sustancias y las sustituyan con sustancias naturales o métodos no-químicos. Si la ley se aplica de verdad el número de pesticidas tóxicos en el mercado seguirá bajando. Tras las reevaluaciones muchas sustancias tóxicas no se vuelven a autorizar y por tanto no se pueden vender en Europa. Desafortunadamente se pueden seguir fabricando aquí y exportando a otras regiones, sobre todo del Sur Global.

¿Qué puede hacer la red CAPs para apoyar vuestro trabajo?

Informar, necesitamos que cada vez más voces informen a los decisores políticos sobre los riesgos de los pesticidas. Los científicos de la industria hablan constantemente con los políticos. Les dicen mentiras, que habrá inseguridad alimentaria si se dejan de utilizar los pesticidas. La verdad es que si seguimos envenenando los suelos, ríos y recursos naturales vamos a tener un problema serio para producir alimentos, va a ser muy complicado recuperar la fertilidad de la tierra.■

IMPACTO DE LA AGRICULTURA EN EL MEDIO AMBIENTE. ALGUNOS DATOS.

El 10% de las emisiones europeas de gases que provocan el calentamiento global se atribuyen a la agricultura.

La agricultura es la primera causa de pérdida de biodiversidad en Europa: hay un billón de aves menos que hace 40 años y la población de insectos se ha reducido en los últimos 27 años en un 70%.

El 70% de los suelos europeos tiene mala salud.

La agricultura consume el 40% del agua en Europa.

- El 31% de las aguas costeras, el 36% de los ríos y el 32% de los lagos está eutrofizado debido a la contaminación con nitratos y fosfatos, procedentes principalmente de la actividad agraria.

- El glifosato contamina el 34,6% de las aguas superficiales españolas.

- Se han detectado 123 plaguicidas, 46 de ellos no autorizados y 66 disruptores endocrinos en los alimentos españoles.



Vita A Arrufat Gallén
Médica de Salud Pública

SÍNDROME POST-POLIO

Rossana Zaera Clausell (Castelló, 1959)



Artista visual y diseñadora gráfica. Licenciada en Filosofía. Master en Artes Visuales y Educación. El punto de partida de su trabajo es su propia experiencia tomando como eje vertebrador de su discurso artístico reflexiones en torno a la naturaleza, la memoria, el dolor, la enfermedad, el sufrimiento o la muerte, todo aquello que afecta al ser humano.

Ha expuesto en Science Museum, Londres; LA NAU, Universitat de València; ARCO Galería Cànem; PAN Museum, Nápoles; Central Connecticut State University, New Britain. CT; Espace Croix Baragnon y Galerie Le Confort des Étranges, Toulouse; Gallery Rosenfeld Porcini, Londres; Museu d'Art Contemporani, MACVAC, Vilafamés, Castelló; The Elizabeth Foundation for the Arts, New York, NY; Centre del Carme Cultura Contemporània o Museu de Belles Arts de Castelló, entre otros.

Tuvo polio a los 2 años y a los 9 le practicaron una operación de alargamiento de pierna, lo que le obligó a permanecer mucho tiempo en cama ¿Qué recuerda de aquella etapa de tu vida?

Recuerdo vivamente las dos camas, la de la clínica y la de mi casa, y sé que todo era dolor, un dolor muy intenso y profundo que me rompía por dentro. Lo sé, pero ya no lo siento, ahora las miro como simple observadora. Recuerdo mucho amor a mi alrededor, un amor curativo. Me apena todo el sufrimiento que tuvo que pasar mi familia, mis padres y mis hermanos. Y también recuerdo algo que me encantaba: los cuentos ilustrados, las pachuchas, los

cuadernos de dibujo y los colorines Alpino. Ese olor que todavía tienen los libros nuevos.

En 2015, después de varios años de consultas y pruebas, le diagnosticaron Síndrome Post Polio y, casi al mismo tiempo, le comunican que tiene cáncer de mama ¿Cómo afrontó ese momento? ¿Cómo y quién le ayudó a superarlo?

Fue muy duro, terrible, no solo para mí sino para mi familia, mi marido, mi hijo. Empezar a caminar con dos mu-

"El arte es mi fuerza vital y me ayuda a canalizar mi enfermedad"

letas, la mastectomía, y el miedo, ese miedo que a veces se cuela por la más pequeña ranura y te paraliza. El tiempo me detuvo de pronto y vi pasar mi vida como una película ¿Quién era yo? No podía ser solo eso, así que decidí canalizar toda esa angustia y tristeza a través de lo que mejor sé hacer, el arte, pues el arte es mi fuerza vital, una proyección de mi misma. Así, con muchísimo esfuerzo, emprendí la realización de una de mis obras más importantes, "La novia de tiempo". Una joven novia en el altar de la existencia a pesar de que la vida ya ha pasado por ella.

¿Cómo explicaría a alguien que no lo conoce qué es el Síndrome Post polio? ¿Qué problemas le ha generado este síndrome crónico y cómo lo va superando? Supongo que el dolor ha sido incapacitante en muchas ocasiones
Lo cierto es que los médicos no fueron demasiado generosos en explicaciones. Tuve que averiguar yo misma

qué era ese síndrome que me aparecía décadas después de haber contraído la polio. Desde mi experiencia es una sensación de pérdida de fuerza en todo el cuerpo, no solo en los miembros que estuvieron afectados de polio en la infancia, es una gran debilidad muscular y de las articulaciones que siento empeorar poco a poco y causa mucho cansancio y agotamiento, tanto físico como mental, y mucho dolor, sobre todo ante cualquier actividad que suponga un mínimo esfuerzo. También he notado que el frío, que antes adoraba, ahora me produce dolores neuropáticos muy intensos. Ha habido muchos cambios en mi vida, y he tenido que dejar ir muchas cosas que me gustaban, como pasear cogida de la mano de Manuel, mi compañero de vida, caminar por la montaña y hacer fotos, o como mi taller-paraíso del que me tuve que trasladar a un local a pie de calle, sin escaleras, accesible para mí.

¿Puede contarnos alguna actividad que le haga sentir mejor?

Sigo yendo a mi nuevo taller casi todas las mañanas. El arte es mi mayor analgésico y mi razón de ser en este mundo. Me ayuda mucho el calor, el descanso y la meditación. También el tiempo es mi aliado: siempre pasa.

¿Puede recomendar alguna actividad a las mujeres que se encuentran en su situación para sentirse mejor?

No me gusta mucho dar consejos porque cada persona es distinta y tiene sus propias necesidades, pero hay algo que a todas las personas beneficia, ya estén o no en mi situación, y es la meditación.■



Mariana Moreira de Sá
Médica residente en Medicina del trabajo

Noemia Loio
Médica do trabalho.
Medicina Laboral

salud laboral]

LA SALUD MENTAL Y FÍSICA MEJORA ADOPTANDO JORNADAS LABORALES DE 4 DÍAS

ANÁLISIS DE TRES PRUEBAS PILOTO

Médicamente, el tiroides, los valores de hierro, hemoglobina, magnesio, vitamina D, son algunos de los parámetros analíticos que deben de ser analizados como posibles causas o contribuciones para una mejor salud mental, así como toda la violencia estructural y situaciones de vida, como la conciliación de la vida familiar, personal y profesional incluyendo la precariedad en los trabajos muy diferenciados entre hombres y mujeres. Son aspectos importantes en una consulta de medicina del trabajo.

Socialmente, podemos decir que las jornadas de trabajo de 4 días, presentan mejoras significativas en la percepción y vivencia de la salud mental y física de las personas trabajadoras que formaron parte de la prueba piloto que se inició en junio de 2023 y finalizó a finales de octubre, en Valencia, Portugal y en Reino Unido.

La iniciativa empezó en 2019, por Charlotte Lockhart y Andrew Barnes, Nueva Zelanda, creando la asociación sin ánimo de lucro 4 Day Week Global, <https://www.4dayweek.com/> y siguiendo el modelo 100-80-100 (100% del salario, con jornada de 80% y con productividad 100%), tiene como finalidad dar soporte a

empresas y gobiernos para implementar la jornada de cuatro días de trabajo semanales. Los resultados son muy evidentes: en los países y las empresas que han aceptado el reto hay una mejoría de la salud mental y física de las personas trabajadoras, una mayor satisfacción laboral y el deseo de que el modelo venga para quedarse. También es una realidad la mejor productividad.

Pese a que en estos 3 estudios que analizamos los datos no están segregados por sexo, podemos resaltar algunos aspectos:

VALENCIA

Los datos que están más discriminados vienen del estudio en Valencia. Las mujeres dedicaron más tiempo a las tareas de cuidado, con más del 51% de tiempo en cuidados de personas dependientes versus los hombres, con un 36,6%.

Los hombres dedicaron más tiempo a hacer deporte 42,0% versus 33,3% para las mujeres.

Las mujeres dedicaron su tiempo libre a actividades como: la lectura, estudios, y actividades creativas versus los hombres que prefirieron viajar, hacer turismo e ir al cine. Se redujo el consumo de alcohol en las mujeres.

Se observó una mejoría en la conciliación de la vida familiar, profesional y personal, en donde 8 de cada 10 mujeres expresaban dificultades, llevándolas a optar por contratos parciales

(75% versus los hombres), y aumentando así su pobreza y precariedad laboral.

PORTUGAL

EL 60% de las empresas interesadas en Portugal están lideradas por mujeres (recordemos que apenas hay el 27% de mujeres en cargos ejecutivos en las empresas portuguesas). Esto se puede justificar por el hecho de que aún son las mujeres las que sienten más presión del tiempo, según la encuesta "OS USOS DO TEMPO DE HOMENS E DE MULHERES EM PORTUGAL, 2016". Socialmente aún son ellas las que acumulan las tareas domésticas y el cuidado de personas dependientes, dato similar a otros países europeos, como España.

REINO UNIDO

En el Reino Unido, el tiempo que los hombres pasaron a dedicarse al cuidado de la crianza más que duplicó versus las mujeres. Todo y que el trabajo doméstico no sufrió cambios en la dedicación de hombres y mujeres. Este tipo de régimen laboral necesita ser presentado de forma diferencial entre hombres y mujeres en todos sus ámbitos de análisis, y pese a que ayuda a la salud mental y física de las personas, no hay que olvidar la importancia del trabajo conjunto de las diferentes categorías profesionales como medicina del trabajo, nutrición, psicología y técnicas de seguridad, de manera que sean

diseñados planes y programas orientados a fomentar la igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres, y no perpetuar los roles de género una vez que las mujeres disponen de “más” tiempo.

En lo individual, siguen siendo las mujeres las que presentan una mayor incidencia en patologías mentales y por tanto están más medicalizadas, con peor calidad de vida e incapacidades, pese a tener más años de vida.

En lo social, se da un incremento de divorcios y reducción de la natalidad, algo similar en España y Portugal.

Hacer salud y vivirla, especialmente para las mujeres, requiere un abordaje integral, holístico y multidisciplinar en donde los aspectos laborales son cruciales para su equidad e igualdad.■

Bibliografía:

Observatorio para Igualdad y Empleo; “Influencia del trabajo en la salud mental de las Mujeres”, 2023: <https://www.observatorioigualdadempleo.es/influencia-del-trabajo-en-la-salud-mental-de-las-mujeres/>

Ministerio del Trabajo y Economía Social, Comisión de personas expertas sobre el impacto de la precariedad laboral en la salud mental en España, 2023; “Precariedad Laboral y Salud mental-conocimientos y políticas”: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/trabajo14/Documents/2023/170323-informe-salud-mental.pdf>

Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P., IFEP, “Projeto-Piloto: Semana de Quatro Dias Relatório da Primeira Fase, 2023”, Coordinación Pedro Gomes Rita Fontinha: No se puede abrir.

Proyecto 4 días laborales:
<https://www.4dayweek.com/>

Estudio de Valencia, “Experiencia piloto sobre la jornada de 4 días desarrollada en València Informe de evaluación Septiembre 2023”, Coordinación Empar Soriano Abril: https://www.lasnaves.com/wp-content/uploads/2023/10/Informe_4Dias_Digital.pdf

Estudio en Reino Unido: “THE RESULTS ARE IN: THE UK’S FOUR-DAY WEEK PILOT”, coordinación de Kyle Lewis, 2023: <https://autonomy.work/wp-content/uploads/2023/02/The-results-are-in-The-UKs-four-day-week-pilot.pdf>

Estudio Portugal: CITE - Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego, “Os usos do tempo de homens e de mulheres em Portugal”, 2016, coordenação He-loísa Perista: https://cite.gov.pt/documents/14333/16933/INUT_livro_digital.pdf/0047dba2-150f-48a3-a050-c0564eafleba

ESTA “ZORRA” NO ME REPRESENTA

No sé a las demás pero cuando escucho la palabra zorra me entra una sensación violácea. La misma que sentía la Maga cuando Horacio Oliveira de Rayuela le hacía sentir pequeña e insignificante con su altanería de hombre sabelotodo. Casi al instante, empiezo a ver ojos morados propinados por quien lanza un zorra y lo remata con un golpe sobre una mujer.

Cuando se presentó la canción Zorra para representar a España en el Festival de Eurovisión se me encendieron las alarmas, pero no fue hasta escuchar, incluso por el presidente del gobierno español y supuestas personas aliadas al feminismo que era una canción que enaltecía el poder de las mujeres, cuando me acordé de la brillante teoría de la banalidad del mal de Hannah Arendt.



La filósofa alemana enhebró su teoría tras asistir al juicio a Adolf Eichmann por genocidio contra el pueblo judío. Su aguda observación la llevó a considerar que el acusado había actuado no por odio a los judíos sino por cumplir órdenes del estado. Por ser un burócrata que acataba sin reflexionar las órdenes de sus superiores. Ni un instante para pensar en el horror.

No comparo a Nebulossa, autores del tema, con los nazis, no se equivoquen. Lo que me desconcierta es ese aplauso del poder a un tema que no otorga determinación a las mujeres que trabajamos por la igualdad. A mí que me canten Zorra me sienta mal. No me trago ese sapo porque me dedico al mundo de las palabras y soy consciente del poder que tienen, del cuidado que hay que tener al usarlas, más si es en escenarios con millones de personas de audiencia. ¿Cómo podemos mostrarnos ante Europa utilizando un insulto a las mujeres y encima hacer creer

que es un paso más a favor de la lucha feminista? La cuadratura del círculo o la banalidad del mal.

Sí, porque banal es obviar que cuando alguien le dice zorra a una mujer no es una caricia, banal es hacernos creer que si una mujer se autodenomina o auto presenta como una zorra es una mujer liberada, ¿de qué? Si España se quería mostrar orgullosa y “empoderada” -otra palabra que no me agrada porque tiene un no sé qué de muletilla institucional-, ya podría haber elegido otro vocablo que hable de verdad de las mujeres, de sus luchas, de sus pérdidas, de cómo cuesta ir codo con codo, de cómo pesa esta sociedad machista.

A mí esta Zorra no me representa. Y encima musicalmente es una vulgaridad. Qué lejos queda aquel La la la de Massiel, incluso el Vivo cantando de Salomé. Hemos pasado de tiempos cándidos a tiempos banales. ■

Lourdes Durán Ramírez
Co-Directora MyS

María José Hernández Ortiz
Médica y quiropráctica



EJERCICIO FÍSICO

EL SOPORTE ESENCIAL PARA DISFRUTAR DEL CUERPO Y LIBRARNOS DEL DOLOR EN LA TERCERA ETAPA DE LA VIDA

(Segunda parte, continuación de la primera parte en el MyS 55 que seguirá con la explicación y las fotos de los ejercicios en la próxima edición MyS 57)

TIPOS DE EJERCICIO NECESARIO PARA MANTENER EN FORMA EL CUERPO DE LAS MUJERES EN LA MADUREZ Y LA VEJEZ

EJERCICIO AERÓBICO

Ejercicio destinado a mantener y mejorar la salud cardiovascular. Al mover los grandes músculos del cuerpo de manera rítmica se aumenta el consumo de oxígeno y la frecuencia cardíaca, haciendo que el corazón trabaje más, lo cual permite aumentar su reserva funcional. Además es un ejercicio con influencia en la liberación de neurotransmisores que mejoran el estado de ánimo. Se consideran ejercicios aeróbicos el caminar a buen ritmo, ir en bicicleta o nadar. No incluimos la recomendación generalizada de correr ya que es un ejercicio con impacto que puede influir negativamente en la salud articular de las mujeres mayores y no tiene muchas ventajas sobre el caminar rápido.

Para promover y mantener la salud, las mujeres a partir de los 50 años deberíamos practicar una actividad aeróbica moderada (caminar a paso ligero, pasear en bicicleta, bailar, realizar ejercicios acuáticos dirigidos, cuidar de un jardín o un huerto etc) al menos 30 minutos 5 días por semana, o un ejercicio de intensidad vigorosa (montar en bicicleta a buen ritmo, caminar cuesta arriba, nadar, bailar de forma energética) al menos 20 minutos 3 días por semana. Se pueden combinar ejercicios de intensidad moderada e intensa para cumplir con el mínimo de actividad aeróbica recomendada.

La actividad aeróbica, al menos del mínimo recomendado, se debe combinar con actividades de fortalecimiento muscular, el llamado trabajo de fuerza, esencial para mantener el músculo.

EJERCICIO DE RESISTENCIA O DE FUERZA

Se trata de ejercicios destinados a mantener los grandes grupos musculares y así disminuir la pérdida muscular o sarcopenia asociada al proceso de envejecimiento. Se puede realizar con pesas, con bandas elásticas, levantando el mismo peso del cuerpo o, incluso, con las bolsas de la compra.

EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO

Incluimos dentro del trabajo muscular el ejercicio de suelo pélvico ya que esta parte tan invisible e invisibilizada de nuestro cuerpo también pertenece a los llamados músculos voluntarios los cuales podemos mover aunque su activación, como veremos, se realiza de forma diferente a otros músculos voluntarios.

EJERCICIO DE EQUILIBRIO

Uno de los problemas asociados a la edad es la pérdida de equilibrio que propicia las caídas, lo cual constituye una causa de morbilidad y mortalidad en las personas mayores. Para reducir el riesgo de caídas y lesiones

relacionadas, las mujeres con inestabilidad y por tanto riesgo de caídas, deberían realizar ejercicios para mantener y mejorar el equilibrio. Dentro de los tipos de ejercicio que además de proporcionar mejor tono muscular ayudan a desarrollar el equilibrio son la práctica de yoga, qigong o tai chi. También puede ayudar el trabajo controlado con la llamada pelota suiza (también fitball y balón de pilates), que constituye un trabajo sobre una superficie inestable. Simplemente sentarse en ella mientras se está delante del ordenador o de la TV puede ayudar a estimular el sentido del equilibrio.

ESTIRAMIENTOS MÚSCULOS TENDINOSOS

Para mantener la flexibilidad necesaria para la actividad física regular y de la vida diaria y para mantener los músculos y tendones en su mejor forma, se deberían realizar estiramientos, al menos 10 minutos 2 días por semana, especialmente de los músculos que activamos con más frecuencia como son los músculos anteriores de los brazos y los posteriores de las piernas.

EL PLAN PERFECTO PARA MANTENER NUESTRO CUERPO

Las mujeres a partir de los 50 años que quieran mantener su forma física de forma adecuada deberían desarrollar y seguir un plan en el que



se incluyan todas y cada una de las actividades recomendadas, siempre teniendo en cuenta las necesidades particulares de cada una. Por ejemplo, en general las mujeres muy flexibles necesitan más tono muscular mientras que las que naturalmente tienen un tono alto deberían insistir más en el trabajo de estiramientos.

RECOMENDACIONES PARA HACER EJERCICIO

- Hacernos responsables de nuestro cuerpo pasa por dedicarnos tiempo de cuidado. El ejercicio físico es una herramienta imprescindible del autocuidado.
- Recomendamos como mínimo 3 caminatas de 45 minutos a la semana, mejor si es posible en algún ambiente natural.
- Sin embargo, lo ideal sería realizar 1 hora de ejercicio al día aunque se puede descansar 1 ó 2 días por semana.
- Tal vez se necesite involucrar a la familia para que ayude a crear un espacio de autocuidado para nosotras. A menudo no estamos en nuestra lista de prioridades.
- El caminar como ejercicio aeróbico es especialmente indicado para mujeres que sufren de dolor crónico.
- Tener un trabajo activo en la vida no exime de hacer ejercicio. Cuando realizamos actividades físicas, en el campo o en el hogar, es también necesario el fortalecimiento de los músculos menos utilizados, como el core (cinturón abdominal), los músculos extensores de la columna y el suelo pélvico.
- Realizar cada semana todos los tipos de ejercicios recomendados aunque sea por corto espacio de tiempo. Es mucho mejor hacer un poco cada día, que mucho en un sólo día. La repetición frecuente es el mayor secreto del aprendizaje y del cambio. Además es mucho más variado y divertido.
- Hacer una programación del ejercicio que vamos a realizar cada semana teniendo en cuenta los gustos, preferencias, características personales o necesidades físicas. Y sobre todo, cumplirlo.
- Insistimos que es importante acordarse de trabajar la estabilidad pélvica con ejercicios de core y activar el suelo pélvico.
- Es mucho mejor comenzar a hacer

ejercicio progresivamente para no quemarse.

- Si no estamos enfermas, no se necesita consultar a un profesional para comenzar a hacer ejercicio físico. Sin embargo, es recomendable buscar la ayuda de un profesional que nos acompañe con la programación y con la progresión. También, en caso de tener miedo a practicar ejercicio, una profesional cuidadosa nos puede ayudar a reafirmarnos.
- Es más divertido hacer deporte con amigas, aunque no necesario. Por tanto no debería ser una excusa para no empezar. No pasa nada si lo hacemos solas.
- Caminar es suficiente como ejercicio aeróbico, pero es mucho más agradable realizar ejercicio variado: nadar, bicicleta, remar, zumba, baile, pilates, yoga, taichí, etc.
- El mejor momento para comenzar a hacer ejercicio es ahora.

LOS EJERCICIOS MÁS COMPLETOS

Andar: Ejercicio muy saludable accesible para casi todas las personas. Además el hecho de caminar en espacios naturales y bellos, le añade todavía más elementos beneficiosos. Si te cuesta salir a caminar adopta un perro.

Natación: es un ejercicio que combina el fortalecimiento muscular con el ejercicio aeróbico y además tiene un componente hipnótico, meditativo y relajante muy importante. Inconveniente: se tiene que tener técnica para nadar, por ejemplo en estilo libre para no hacerse daño en los hombros o el cuello. En este caso hay que aprender a respirar sacando la cabeza hacia los dos lados.

Yoga: ejercicio tonificante junto con estiramientos y control respiratorio, además de ser relajante y meditativo.

Qi Gong y Tai chi: ejercicios tonificantes, mejoran la movilidad articular y trabajan el equilibrio. Muy recomendables para las personas más mayores.

Pilates: Nació como un compendio de gimnasia y yoga. Dirigido al core, trabaja la fuerza y la flexibilidad. Ejercicio muy completo y altamente recomendable, especialmente el llamado pilates máquinas en los que se realiza un entrenamiento funcional de alta precisión. ■

Olga Fernández Quiroga
Psicóloga especialista en psicología clínica
<https://ecriteriumes.wordpress.com/>
<https://twitter.com/Olfequir>



historias clínicas de salud mental]

POSICIONES

Me han preguntado y sugerido que explique un poco más qué es eso de las “posiciones” que tenemos y adoptamos en determinados conflictos y que menciono en algunos artículos de esta sección, como ocurre en el MYS 55 con el título “*Si eres martillo del cielo te caerán los clavos*”. Estará en la Web próximamente. www.mujeresysalud.es

Sin entrar en complejidades, que las hay, y con el objetivo de ser didáctica, voy a mencionar ejemplos cotidianos y clínicos.

El hombre que desde su posición de niño elige como pareja a una mujer/ mamá. Y la mujer que desde la posición de mamá elige como pareja a un hombre/niño. Cada uno puede quejarse de los comportamientos y actitudes del otro, sin darse cuenta que desde sus posiciones es lo único que pueden elegir.

Si alguien osa decirles que actúan como mamá o niño, lo negarán rotundamente y se enfadarán. No son conscientes. Y ahí está el problema que no se puede resolver casi nunca desde la conciencia. Son posiciones inconscientes y repetirán una y otra vez en sus elecciones marcadas por esas posiciones.

Una vez, coordinando un grupo en el que participaban solo mujeres, surgió un tema parecido, pero que me sirve para ejemplificar.

No era un grupo de terapia, por lo tanto debía tener cuidado en no profundizar demasiado porque tenía fecha fija de inicio y fin. En estos grupos es muy importante, para las mujeres que participan, no entrar en conflictos graves porque ni estaban en terapia ni yo podía saber si les sería posible iniciarla, así que el daño es mayor que el beneficio.

Teniendo esto en cuenta se puede hacer un buen trabajo.

El grupo estaba organizado en un círculo, sentadas, en el que todas se podían ver y verme sin moverse de su sitio. Cuando surgió el tema, me levanté y me puse en otro lugar, fuera del círculo, sin decir nada. Algunas mujeres podían seguir viéndome sin moverse, otras tuvieron que moverse necesariamente si deseaban seguir viéndome. Como mínimo se podían dar estas tres situaciones a grosso modo, porque luego están las que se mueven un poquito, las que cambian de posición moviendo su silla, las que se tuercen para ver sin mover la silla o las que se levantan para ver bien.

Después de unos minutos sin hablar, pregunté:
—¿Qué ha pasado?

Respuesta habitual:

—Pues que te has movido y te has puesto en ese lado.

Todas las respuestas se refieren a **mí movimiento**. Nadie dice lo obvio respecto a ellas, que podría ser:

—Pues que he tenido que moverme para verte.

Casi nunca responden desde su posición, en este caso simplemente la física, pero que ejemplifica la psíquica.

Tengo que señalarlo o preguntar directamente.

—¿Pero tú qué hiciste?

Y aquí es dónde comienzan a darse cuenta que algunas, si querían verme, tenían que moverse físicamente. El paralelismo psíquico sería cambiar de posición, salir de su posición.

Este sencillo ejercicio no tenía un objetivo tan difícil, pero sí les sirvió para empezar a “**darse cuenta**” y hablar, reflexionando, de las vivencias en su vida.

Como decía una de las participantes:

—O sea que si en mi pareja yo me muevo, él o se tiene que mover también o se acaba la pareja.

Fue una muy buena intervención tanto para ella como, de rebote, para el resto del grupo. ■



Maria Bascompte

Superviviente del suicidio,
licenciada en humanidades y postgrado en producción de espectáculos.
@mariabascomptesacrest

[lo personal es político]

HOY NO ENCAJO EN ESTE MUNDO

"Hoy no encajo en este mundo", le he escrito por WhatsApp a R. Me ha parecido la mejor frase para definir cómo me siento. Estoy inquieta, triste, y abatida. No consigo levantarme de la cama, donde continuo tumbada a las 17 h de la tarde. Una escena, la del alrededor de mi habitación, que imita el fin, crudo y gélido, de una batalla de vikingos.

Peso. Me pesa todo el cuerpo de una forma encarnizada. Peso tanto que la tristeza me hunde, poco a poco, y el fango que ha quedado después de la batalla va oscureciendo el tono de mi piel: mezcla de la tierra mojada y de la sangre de las heridas, de los que viven, y de los que han muerto, una masa de materia oscura, viscosa y pestilente. Intento levantarme infinidad de veces, ya he perdido la cuenta... Resbalo continuamente. Pruebo ponerme a gatas, vuelvo a caer de nuevo. No me puedo levantar. Avanzo

la pierna izquierda por delante de la derecha, como si me preparara para una carrera, pero la rodilla me cede, me vengo abajo. Intento, esta vez, ponerme a cuatro patas, con los brazos haciendo toda la fuerza, que puedo, pero terminan por desistir, y resbalo de nuevo.

Tengo que confesar que tu desprecio no ayuda, y tu frialdad me congela, todavía más, en esta escena dantesca.

Estoy empapada de este fango pegajoso. La pestilencia a muerto me explota en la cara, como un advertimiento: "¡¡sal de aquí, sal de aquí!!!" Y esta revelación todavía me inquieta más, porque tengo la voluntad y necesidad de salir de aquí, pero no puedo. Y este hedor, acelera, todavía más, la ansiedad que pronto me desbordará. Entretanto me abofetea y me asusta, mucho...

Mientras me voy desprendiendo de este fango viscoso e infecto, frotando mi piel con vigor, me viene a la cabeza tu incapacidad por entender que, cuando digo que "no puedo" es porque me encuentro batallando. Mientras comparto espacio contigo, sin que te des cuenta, mantengo la espada en alto, en posición de defensa, y preparada para cualquier posible ataque.

Estoy cansada. Supongo que, en los combates, en algún momento se desfallece de tanto luchar, y se deja sentir el agotamiento. Mientras lo siento me observo el cuerpo, lo que consigo entrever por la penumbra que me acuna. Me descubro algunos moratones, pequeños y redondos, como un planeta, pero más oscuros e intensos en el centro, como un planeta. Me palpo las cicatrices y las deformidades que éstas han causado: algunas protuberancias de texturas uniformes que no son nada agradables al tacto. Finalmente, reparo en mis manos, en los dedos y las uñas. Es curioso, pues están intactas, limpias, no hay rastro de la sangre ni del fango, ni tan solo en las comisuras. Esto me sorprende, a la vez que me inquieta: llego a la conclusión que no sé dónde estoy, y no entiendo qué pasa.

Tengo los dedos de la mano fríos, la punta, sobre todo, debe ser porque tengo las defensas bajas: todavía no he comido nada hoy. Y mientras lo pienso me sorprende el ruido de mis intestinos, que se estrujan los unos contra los otros y vocean hambrientos.

Tengo hambre, y los dedos de las manos limpios. Necesito aire fresco.

Abriré el balcón y dejaré que la vida entre, la vida de este mundo, en el que hoy no encajo.■

lo personal es político]

EL OTRO LADO, DEL OTRO LADO DE LA DULCE ESPERA

Leyendo el testimonio de Lorena Haldón Arasa en el MyS 53, 'El otro lado de la dulce espera', he rememorado las vivencias de mi último embarazo. Mi situación con amenaza de parto prematuro e ingreso hospitalario refleja una experiencia muy alejada de la visión dulcificada que se tiene de los embarazos.

Yo, al igual que Lorena, me identifico con su resiliencia ante la situación tan traumática que nos tocó vivir y con el gran apoyo que tuve por parte de mi pareja. Sin embargo, hay una parte muy importante en mi experiencia de violencia que sufrí en el hospital que me gustaría visibilizar.

En mi caso, se trataba de mi segundo embarazo y sucedió que en torno a la semana 22 de gestación empecé con contracciones de parto y acudí al Hospital de Fuenlabrada en el que trabajo como especialista. Allí me administraron una medicación para inhibir el parto y tuve que realizar un ingreso hospitalario que se prolongaría un mes más.

Después de esta primera amenaza de parto prematuro que se detuvo gracias a la medicación, se sucedieron otras tres más que se trataron igual (medicación y reposo absoluto en la cama del hospital). Recuerdo que fui perdiendo el apetito y la energía, postrada, conectada a los goteros y soportando la incomodidad de que me explorara cada día un compañero/a de ginecología de mi propio hospital.

Como especialista del hospital, acostumbrada a tratar con mis compañeros/as de otros servicios a nivel profesional, no me esperaba el trato paternalista que recibí. Pensé que mi estatus profesional me libraría de la actitud infantilizadora que habían adoptado otros/as profesionales de la salud cuando acudía como paciente, privándome de mi derecho a estar informada y de la capacidad de decidir sobre mi cuerpo.

Durante mi ingreso tuve que sufrir la actitud paternalista de un ginecólogo joven -más que yo por lo menos-, que me contestaba con condescendencia cada vez que yo le preguntaba sobre mi embarazo. En una ocasión en la que le pregunté por los riesgos de administrarme una medicación que estaba contraindicada en mi caso, me contestó "tú no te preocupes de nada, que para eso estamos los profesionales, confía en que hacemos lo mejor para ti y para tu bebé". Su respuesta me pareció un insulto. Luego supe que se había quejado porque se sentía cuestionado. ¡El colmo!

Recuerdo otro momento crítico de mi ingreso, en el que tuve otra amenaza de parto prematuro. Estaría de unas 23 o 24 semanas de gestación, cuando me tuvieron que llevar a la zona de monitorización previa a los partos por riesgo de parto inminente. Estaba en la cama con el cinturón para monitorizar las contracciones presionándome la barriga y cada pocos minutos venía un enfermero a constatar la continuidad de mis contracciones, me lo comentaba y aumentaba todavía más mi estrés. Yo les pedí que, por favor, me liberaran por un momento de aquel cinturón que me oprimía y que podía inducir contracciones por la presión, pero no accedían.

Al poco, llegó el equipo de pediatría para informarme. No salí de mi asombro al escuchar de una compañera un relato como si fuera una película de terror sobre lo que me esperaba si nacía mi hijo. Yo allí postrada tuve que atender a las probabilidades altísimas que tenía de parir a un hijo, que si sobrevivía las primeras semanas en el mejor de los



casos, iba a tener todo tipo de discapacidades. Recuerdo escuchar los detalles con las lágrimas saliéndome a borbotones y esta compañera diciendo lo mucho que lo sentía, pero que era su obligación mantenerme informada.

Cuando me estaban preparando para pasar al paritorio tuve la lucidez de pedir que viniera la ginecóloga de mi hospital que me llevaba el embarazo para que autorizara que me soltasen los cinturones y me dejaran sola y tranquila por unos instantes. Esta ginecóloga, que era una estupenda profesional con empatía, me concedió esos valiosos minutos de descanso. Ocurrió el milagro. Llegó de nuevo el enfermero a colocarme el cinturón de monitorización para llevarme al paritorio y las contracciones habían desaparecido.

Esa actitud de muchos/as profesionales de la medicina de dar todo tipo de detalles adversos a sus pacientes, solo por si pudieran ocurrir ¿no es también una forma de violencia? Recuerdo que con mi otro hijo que nació prematuro de 26 semanas, teníamos una pediatra de la UCI que nos contaba diariamente todas las adversidades que le podían ocurrir. Cuando llegaba el fin de semana descansábamos con la pediatra que se limitaba a informarnos si había habido alguna complicación.

Y volviendo a mi relato inicial del embarazo, finalmente decidí solicitar el traslado a otro hospital, donde creí que podría sentirme más cómoda. Aquello no tuvo muy buena acogida por parte del jefe de Servicio, que vino a mi habitación para denegarme la ambulancia, cogiéndome la mano de forma paternalista y proponiéndome que pidiera yo el alta voluntaria y realizara el traslado por mis propios medios. Finalmente, me dieron el alta con un pesario co-

locado y con indicación de reposo absoluto hasta llegar el embarazo a término.

Cuando llegué a mi casa, sin los cinturones de los monitores oprimiéndome la barriga, y sin todo el estrés del hospital, el panorama dio un giro de 180 grados y aguanté los tres meses de gestación que me quedaban sin complicaciones. En el nuevo Hospital la experiencia fue mejor aunque no exenta también de violencias. Habían programado quitarme el pesario y hacerme una versión externa -procedimiento para dar la vuelta al feto que venía de nalgas- para proceder con el parto natural. Me habían citado para ello un lunes, pero dio la casualidad de que me puse de parto la noche anterior, que era domingo y víspera de Reyes.

Al llegar al hospital y hacerme la exploración, la ginecóloga de guardia dijo que “no cumplía criterios” para realizar el parto natural con el bebé de nalgas y que me iban a realizar una cesárea. Yo me había informado y sabía que en ese hospital tenían instaurado el parto natural con bebés que venían de nalgas. Al preguntar me respondieron que el diámetro de la cabeza de mi hijo excedía en 1 mm el límite aconsejado (la variación en la medición de una imagen de diagnóstico entre un médico/a y otro/a puede ser ya más de 1 mm, eso sin tener en cuenta otro tipo de errores de medición en la imagen médica que yo conozco por mi profesión). Se lo expliqué a las ginecólogas/os del equipo de guardia, que no quisieron atender a mis explicaciones, ni a mi deseo de asumir los riesgos del parto natural, presionándome para que firmara el consentimiento de la cesárea.

Una auxiliar me comentó de forma confidencial que si aguantaba hasta el cambio de turno a las 7 de la mañana, que ya sería lunes, vendrían

los médicos veteranos del servicio con experiencia en partos de nalgas y probablemente podría evitar la cesárea. Eso me dio fuerzas para sobrellevar mejor el dolor de las contracciones y reafirmarme en mi postura de evitar la cesárea. De nuevo, tuve que soportar el trato humillante e infantilizador de los y las ginecólogas que se dirigieron a mi pareja en vez de a mí, para que “me hiciera entrar en razón”.

Ante mi oposición a firmar la cesárea, decidieron llamar al jefe del Servicio de Obstetricia a las dos de la madrugada, que se presentó en mi habitación cual Rey Mago, con su barba blanca y rodeado de todo su séquito para comunicarme “Buenas noches, Sra. Martín, soy el Dr. Ángel Salcedo, y vengo a realizarle el parto de nalgas que usted desea”. Mi pareja y yo no dábamos crédito a lo que veíamos y yo, si pudiera, habría dado saltos de alegría.

Aquel Ángel, que para mí fue como un “ángel” caído del Universo, o el mismísimo Rey Gaspar que vino la noche de Reyes, me realizó el parto natural que yo quería. El parto lo finalizó otra ginecóloga que, sin previo aviso, y por protocolo, me hizo una episiotomía que me dejó de recuerdo (en fin, otra violencia obstétrica más).

Actualmente, mi hijo tiene ocho años y todavía me emociono cuando llega su cumpleaños 5 de enero, y le cuento emocionada como llegó. Me siento orgullosa por haber evitado una cesárea aunque preferiría no haber tenido que pasar nunca por esta lucha. Pienso en las muchas mujeres que no tendrán la posibilidad de defenderse ante estas violencias. ¿Hasta cuándo esta lucha por defender nuestra dignidad y nuestros derechos? ■

G.M.M.

GERMINACIONES REFLEXIONES EN TORNO A LA MATERNIDAD]

DOSSIER



Anna Pujol Flores

Médica de familia y comunitaria.

REFLEXIONES EN TORNO A LA MATERNIDAD DESDE EL SISTEMA SANITARIO

Me dispongo a escribir la introducción del dossier de este nuevo MyS número 56 que lleva por título “*Germinaciones: reflexiones en torno a la maternidad*”. Me parece todo un reto sentarme delante del ordenador y pensar qué se puede decir sobre la maternidad que no esté ya dicho. Le doy alguna vuelta mientras saboreo el café de la mañana, y decido que quizás estaría bien empezar por definirla. Busco la definición en la web de la Real Academia Española (RAE) de la Lengua, y encuentro lo siguiente: **Maternidad**: 1. f. Estado o cualidad de madre, 2. f. Hospital o zona de un hospital donde se atiende a las parturientas. ¿Sólo una línea para describir todo lo que conlleva la palabra maternidad?, ¿Acaso alguna mujer en la RAE que pueda definir con todos sus “intrínquilis” lo que implica, más allá de ser sólo un estado?

Y es que este es solo un ejemplo más de la poca transcendencia y relevancia que se le da a la maternidad y a los cuidados en general desde las diferentes instituciones tanto públicas como privadas y, en general, a nivel social. Como bien explica Diana Oliver en su libro *Maternidades precarias*: “Es difícil transitar la maternidad -aunque haya sido elegida y deseada- y permanecer indemne cuando formas parte de un tejido social tan raído que es casi translúcido”. Y en esas nos encontramos miles de madres en el mundo hoy en día, peregrinando a oscuras, sin red y sin comunidad, y viviendo como cuenta Oliver, la precarización de nuestras maternidades.

Y si pienso específicamente en el mundo al que pertenezco, el mundo de la salud, evidencio también las múltiples carencias que existen dentro del mismo sistema sanitario en el acompañamiento a la maternidad. Carencias, por ejemplo, en el acompañamiento a la búsqueda del embarazo, que en algunas mujeres se puede tornar muy dificultoso. Y es que muchas mujeres con problemas de infertilidad describen este proceso como un periplo poco humanizado, en el que se sienten en muchas ocasiones juzgadas y poco acompañadas por el propio sistema de salud. Carencias también en la

atención al parto, que, aunque cada vez más humanizado, permite todavía prácticas medicalizadas y obsoletas, altas tasas de partos instrumentalizados y de cesáreas no indicadas, y perpetúa la violencia obstétrica como forma de violencia machista.

Carencias en la atención y acompañamiento al postparto, un momento de máxima vulnerabilidad y con mucho impacto en nuestra salud, en el que habitualmente nos tornamos invisibles, y en el que la atención se centra, a veces de manera exclusiva, en ese recién nacido, dejando de lado las necesidades de la madre. Un impacto que puede ser a nivel físico, con la aparición de patologías post gestacionales como pueden ser las patologías tiroideas, ferropenias o otras alteraciones vitamínicas, o la aparición de enfermedades autoinmunes, que no son sospechadas y, en consecuencia, se diagnostican de manera tardía, resultando de gran repercusión a la calidad de vida de esas mujeres. Pero también un gran e importantísimo impacto en la salud mental, invisibilizada, desatendida y carente de recursos en el sistema público de salud, como bien han recogido en su reciente investigación sobre “*El mapa del desierto: La atención sanitaria a la Salud Mental Perinatal en España*” las compañeras del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.

Tampoco debemos olvidar, las carencias en el acompañamiento a la lactancia materna desde el sistema público de salud, con sus repercusiones tanto para los bebés como para las madres. Y es que la falta de conocimientos y de actualización en esta materia por parte de muchas y muchos profesionales de la salud, tanto en las primeras horas tras el parto como en los meses posteriores, así como la aún muy arraigada “cultura del biberón”, relegan a muchas madres que quieren amamantar, y que tienen dificultades para conseguirlo, al abandono de la lactancia, con un gran impacto también en su salud mental.

Por último, cabe destacar las carencias existentes en muchos otros aspectos que afectan a la salud de la mujer en su proceso de maternidad y crianza, derivados en muchas ocasiones de la soledad con la que atravesamos esta etapa, evidenciando una vez más el poco valor que se les da aun a los cuidados también desde el sistema sanitario, y como estos corren el riesgo de volverse un privilegio de clase.

Me dispongo a terminar esta introducción tal y como la empecé; preguntándome si acaso, la sociedad y en concreto el sistema de salud, es consciente de todo lo que conlleva la maternidad y de cuán necesario es un buen acompañamiento en todas sus etapas. Me dispongo a terminar esta introducción, con el fin de que empecéis a leer las páginas de este nuevo dossier del MyS, y que podáis reflexionar sobre los déficits que vivimos en torno a la atención a la salud maternal y algunas de las propuestas de cambios. ¿Derechos? ■



Lola Márquez Borrull
Psicóloga educativa y perinatal
Docente de Psicología del Desarrollo: infancia (UOC)
Docente de Competencias Coaching (UPF)
lolamarquez.psicocoach@gmail.com
@viure_en_femeni

PROTEGER LA SALUD MENTAL MATERNA ES PROTEGER A LA INFANCIA

SALUD GESTACIONAL, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Atender y cuidar la psiperanatalidad en sus diferentes tiempos es una prioridad. No atenderla tiene graves repercusiones para la salud poblacional. Existe un déficit en la atención durante la gestación y previamente a ésta, pues un 75% de mujeres no reciben un diagnóstico ni el tratamiento adecuado; 1 de cada 5 mujeres experimenta Trastornos Mentales Perinatales; entre el 20 y el 25% de los embarazos terminan en aborto espontáneo o muerte fetal; 7 de cada 10 mujeres ocultan sus síntomas por el estigma social; 1 de cada 10 padres desarrolla depresión durante este tiempo¹. El sufrimiento emocional y las enfermedades mentales perinatales no tratadas derivan en problemas mayores que afectan a la madre, al vínculo madre-bebé, al neurodesarrollo de las criaturas a largo plazo, y a la familia. Diversos estudios nos muestran afectaciones en la descendencia como peor salud física, bajo peso al nacer y alteraciones en el crecimiento; en las niñas, las afectaciones son a nivel emocional², y en niños, a nivel cognitivo y conductual³. Otros aspectos a tener en cuenta son que se diagnostican más mujeres con TMP a causa de factores biológicos, culturales y sociales⁴, que los cambios socioculturales en la familia como institución y el mercado laboral, agravan el problema, y que los servicios públicos en salud mental perinatal son insuficientes⁵.

PRECONCEPCIÓN-GESTACIÓN-PARTO-PUERPERIO-POSTPARTO-CRIANZA O A 3 AÑOS DEL BEBÉ

En el período perinatal la mujer experimenta una crisis vital donde su cerebro cambia y no volverá a ser el mismo desde el primer momento en que sabe que está embarazada –e incluso antes–, cuando nace el deseo de la maternidad. Estos cambios son también a nivel hormonal e inmunológico. Vivirá una transformación, desarrollo y crecimiento personal, muchos aprendizajes, oportunidades y descubrimientos; a la vez, experimentará vulnerabilidad y ambivalencia pues es un período de gran exigencia física y también de una gran demanda emocional. La mujer movilizará todos sus recursos internos para el afrontamiento de dificultades, el goce de las alegrías, y el tránsito a su nueva identidad. Algunas dificultades a afrontar en pre gestación tienen que ver cuando hay diagnósticos de infertilidad y esterilidad. En los tratamientos de reproducción asistida es frecuente que aparezca ansiedad, depresión, ira, miedo, culpa, duelos no elaborados después de, probablemente, una historia de abortos. Un embarazo no deseado también es vivido de manera muy diferente a un embarazo deseado. En el primero, hay sustento físico, pero no emocional hacia el feto; también dudas y preocupación y puede haber rechazo; en el segundo, es momento de preparar cuerpo y mente para estar en las mejores

condiciones posibles para albergar ese ser sintiente que es el bebé, darle cobijo en convivencia constante durante 24 horas al día y 9 meses. Esta re-evolución emocional puede convertirse en la presencia de sintomatología que puede pasar desapercibida, y por ello hay que deconstruir un mito: la gestación no supone un estado protector para la salud mental de la mujer. Importante, pues, cuidar y/o reajustar la forma de vivir, los pensamientos, sentimientos, imaginando cómo será ella como madre y cómo será ese ser en pleno desarrollo de sus potencialidades físicas, emocionales, intelectuales y éticas. Afortunadamente, el proceso de parto suele desenvolverse sin mayores complicaciones, excepto salvedades, siendo el cómo se nace un hito muy importante en la vida presente y futura. La criatura espera ser recibida con amor, cuidado y admiración tras su camino y necesitará del cuerpo de la madre, piel con piel. Por eso en el postparto y en la primera crianza es necesario garantizar la presencia de la madre para el bebé. Se necesita tiempo para vincularse, conocerse, reconocerse, adaptarse, facilitar la sintonía de la diada y el inicio y mantenimiento de la lactancia. Atención a la sensibilidad de la madre ya que hay evidencia de que el malestar emocional puede tener consecuencias en los ámbitos del desarrollo biosocial, cognitivo y psicosocial del bebé; respetar los ritmos propios, descansar, dormir y realizar actividades placenteras en el día a día favorecerá el equilibrio de la nueva madre. Otras circunstancias que merecen especial visibilidad y cuidados sensibles por el tremendo impacto en la salud mental materna son: muertes perinatales, complicaciones obstétricas, parto traumático, prematuridad y violencia obstétrica.

PROPUESTA DE PROTOCOLO PARA CUIDAR LA SALUD MENTAL MATERNA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que se implementen los cuidados de salud mental perinatal dentro de la salud materno infantil. Para garantizar la asistencia primaria, secundaria y terciaria de la salud mental perinatales de las madres, bebés y familia, nos enfrentamos a un desafío enorme, más la ignorancia ya no es excusa. Hoy comprendemos el padecimiento de las mujeres y madres y podemos actuar con eficacia y eficiencia para, no solamente restablecer su salud mental, sino para contribuir a prevenir la salud de las generaciones siguientes. El tiempo es ahora, siendo importante empezar en la etapa prenatal, es decir, cuanto antes mejor, y trabajando desde un enfoque biopsicosocial y salutogénico versus patológico. La acción es llevar a la práctica protocolos basados en:

- 1) Programas psicosociales de prevención e identificación temprana de los problemas de salud mental materna que, junto a la investigación, los gobiernos e instituciones sanitarias han de saber que es la Inversión más económica y eficiente en salud para la comunidad⁶. La cual ha de situar los recursos al servicio de la diada, incluir en los seguimientos del embarazo y el postparto cribas de violencia de género e intervención temprana ante dificultades emocionales, a fin de poder evitar las repercusiones expuestas anteriormente.
- 2) Cuidados y cuidados sensibles al trauma: haciendo que las mujeres se hagan protagonistas de su propia salud, y estén en condiciones de estar presentes para sus bebés. Tener en cuenta el bebé como ser

sintiente, sus necesidades y sus derechos, sabiendo que los niños y las niñas de hoy serán los adultos del mañana. La salud mental de la humanidad depende de todo lo que ahora les cuidemos para que desarrollen un apego seguro. Ahora es el momento para establecer y fortalecer el vínculo en la diada con una intervención temprana e interdisciplinar, la cual aumente la percepción de competencia en la madre.

3) Acompañamiento: creando espacios grupales de cuidados y sororidad de apoyo a la maternidad y a la crianza como lugares cohesivos, de construcción de confianza y resiliencia, donde facilitar conocimientos de psicología de la maternidad, compartir, validar la voz de las mujeres-madres, conocer acerca de los procesos psíquicos de su nueva identidad, darles recursos y herramientas, ayudarlas a que descubran e identifiquen sus capacidades personales y mejoren su bienestar emocional, fomentando el vínculo con el bebé y teniendo en cuenta variables socioculturales, ya que la maternidad es un proceso único para cada mujer y para cada país de origen. 4) Profesionales terapeutas en psiperanatalidad de diferentes disciplinas hemos de estar formados y actualizados permanentemente, siendo imprescindible una mirada, sensibilidad y autocuidado para sentirnos preparados en la atención integral. Ser continente y espacio seguro donde las mujeres y las madres puedan retornar. La mejor intervención y apoyo psicosocial posible es hacer que la madre se sienta sostenida para que pueda establecer y sostener el vínculo con su bebé durante el embarazo, el postparto y la crianza. Con cada nueva criatura, nace una nueva madre. Proteger la salud mental materna es proteger a la infancia. ■

Bibliografía

- ¹ World Maternal Mental Health Day - 1 May 2024 <https://wmmhday.postpartum.net/es/>
- ² Goodman, S. H., Rouse, M.H., Connell, A.M., Broth, M.R., Hall, C.M., y Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* Mar;14(1):1-27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- ³ Grace, S.L., Evindar, A. y Stewart, D.E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health.* Nov;6(4):263-74. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0024-6>
- ⁴ Bacigalupe, A., Cabezas, A. L., Bueno, M. B., y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Informe SESPAS 2020. Gaceta sanitaria*, 34, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- ⁵ Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal “El mapa de desierto”: https://padlet.com/ieperinatalformacion/recursos-publicos-smp-zdqw130zskj0mzn?_ga=2.221855128.1231272927.1714505525-1340572031.1714505525
- ⁶ Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Lemmi, V. y Adelaja, B. (2014). The costs of perinatal mental health problems. *Centre for Mental Health and London School of Economics.* <http://dx.doi.org/10.13140/2.1.4731.6169>



Yolanda Garza
Matrona de Atención Primaria

¡MATRONAS NECESARIAS!

El embarazo es un proceso fisiológico que forma parte de la vida y de la salud de la persona gestante.

Es una experiencia transformadora: no serás la misma persona después del embarazo. No solo nuestro cuerpo se adaptará para protegerlo y desarrollarlo, también nuestro cerebro se transforma para adaptarse a la maternidad. Recientes estudios neurológicos están demostrando estos procesos¹, pero es necesario profundizar en este campo.

Es una etapa que nos hace reconectar con nuestro cuerpo, lo que hace que sea un momento óptimo para abordar el autocuidado: mejorar los estilos de vida (alimentación, actividad física, sueño, evitar el estrés, evitar tóxicos...), así como poner atención en los disruptores endocrinos presentes en nuestro consumo habitual.

Esto, que es una oportunidad, puede convertirse en un problema. En el embarazo, las personas buscan garantías. Es un momento que nos hace vulnerables, ya que, en nombre de "lo mejor", nos ofrecerán mil y una terapias, pruebas, dobles controles, productos, procedimientos... Se idealiza la maternidad creando múltiples "necesidades": bancos de sangre de cordón, pruebas de DNA fetal en sangre materna de rutina y pagando, pseudoprofesionales sin responsabilidad reconocida... La gestación puede convertirse en objeto de mercado, de consumo. Esto puede ser un riesgo para la salud mental, si sentimos que no estamos atendiendo esas "necesidades".

Es necesario visibilizar que no existe una única maternidad "correcta". La maternidad es tan diversa como las personas gestantes. La herramienta para evitar expectativas irreales que generen sufrimiento es una información actualizada, basada en la evidencia, que empodere a la persona y le permita ser autónoma.

LAS MUJERES SE EMBARAZAN Y PAREN, Y LAS PROFESIONALES LAS ACOMPAÑAMOS

¿Qué es una matrona?

La matrona es la profesional sanitaria que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en su facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo asimismo la atención a la madre en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal, y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida.²

Somos la profesión más antigua de la historia. Somos mujeres (mayoritariamente) que cuidamos a las mujeres.

Nuestra exigente formación nos habilita para acompañar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las familias a lo largo de toda la vida. Somos patrimonio inmaterial de la humanidad³ y la OMS certifica que los servicios liderados por matronas son costo-efectivos y tienen mejores resultados materno infantiles.⁴

En el actual momento de crisis de los cuidados es imprescindible garantizar este servicio a todas las mujeres.

Los objetivos del acompañamiento profesional al proceso reproductivo son:

Que la persona pueda decidir libremente en qué momento de su vida desea embarazarse, asegurando que disponga de la información adecuada para evitar embarazos no deseados; del acceso a los métodos anticonceptivos que mejor se adecuen a su necesidad, estado de salud y proyecto reproductivo; del acceso a un aborto seguro y gratuito si se embaraza y no desea continuar con la gestación.

Que la persona llegue al momento del embarazo con el estado de salud física y mental óptimo para sus circunstancias (visita preconcepcional). Que el seguimiento clínico del embarazo sea adecuado y basado en la evidencia.

Que la atención al parto sea respetuosa y libre de violencia, garantizando el principio de autonomía durante todo el proceso.

Que los cuidados puerperales y neonatales sean los adecuados, idealmente incluyendo el puerperio domiciliario.

Que la mujer y su criatura sean el centro del sistema, con los profesionales trabajando en equipo y en red: matronas, obstetras, trabajadoras sociales, psiquiatría perinatal...

LA VISITA PRECONCEPCIONAL

Cuando la persona se plantea buscar un embarazo es recomendable acudir a su matrona para valorar las situaciones de salud susceptibles de mejora (alimentación, actividad física, estado vacunal, consumo de tó-

xicos...) tanto de la persona gestante, como de la pareja si la hubiere. Interrogamos sobre las patologías presentes y sus tratamientos, así como sobre la presencia de intolerancias alimentarias y síndromes malabsortivos (alerta a la prevalencia creciente de celiaquía), valorando si es necesario hacer modificaciones. Interrogamos explícitamente sobre salud mental y violencia de género y el riesgo social. También sobre riesgos laborales que puedan influir en el embarazo. Derivaremos, si es necesario, a los profesionales oportunos para los diferentes factores de riesgo identificados.

Para prevenir defectos en el cierre del tubo neural (espinas bífidas), es el momento de recomendar la suplementación con metilfolato, dados los bajos niveles que la población presenta. Recordar que el metilfolato es la forma de ácido fólico que tiene mejor absorción, y que idealmente se recomienda mínimo tres meses pregestacionales.

SEGUIMIENTO CLÍNICO DE LA GESTACIÓN

Un seguimiento clínico adecuado implica una valoración evolutiva, en la que se hará detección precoz de los factores que impliquen riesgos para la gestación, y una revaloración en cada visita de seguimiento.

La anamnesis estructurada y el resultado de las pruebas complementarias (analíticas y ecografías) protocolizadas permiten adecuar el nivel asistencial óptimo para cada embarazo.

Las diferentes pruebas complementarias que se ofrecen deben estar basadas en la evidencia científica más actualizada, y dejar siempre claro que son opcionales; el consentimiento informado es el instrumento para garantizar la autonomía de la persona.

Además de la clínica, la valoración del estado de ánimo y de la violencia de género facilitan una visión más amplia de la experiencia de la persona.



Foto Alberto di Lolli

Para lograr un mejor resultado, es importante la continuidad asistencial de las profesionales, para facilitar la confianza y una relación terapéutica adecuada. Pensemos que interrogamos sobre la intimidad de la persona, y difícilmente admitirán situaciones de riesgo por las que se puedan sentir juzgadas, si no hay la suficiente confianza.

La educación sanitaria es nuestra herramienta más potente para dar a la persona elementos de juicio para optimizar el autocuidado. Periodicidad de las visitas y pruebas, signos de alarma, medidas para evitar riesgo de infección, salud bucodental, sexualidad, cesación de tóxicos, si los hubiere...

La exploración física: control de tensión, peso, altura uterina, latido fetal... son, una vez más, opcionales. Debemos ofrecerlas, jamás imponerlas, y explicar por qué son recomendables. Igual pasa con las vacunas que recomendamos durante este periodo.

EJEMPLO DE PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO: CATALUNYA

Al estar transferidas las competencias sanitarias a las CCAA, hay diferencias en el acompañamiento profesional que se ofrece por territorios.

Os hablaré de lo que hacemos en Catalunya, cuyo último protocolo se actualizó en 2018:

- 1ª visita con matrona, antes de las 10 semanas de gestación
- Visitas mensuales con matrona de referencia (o con obstetra, si patología)
- 3 analíticas, 3 ecografías, o las necesarias según resultados
- Derivación a nivel asistencial oportuno según resultados
- A las 40 semanas, cita en hospital elegido para el parto

Están protocolizadas las pruebas complementarias, según los factores de riesgo (edad, condición de salud de la persona gestante) y los resultados de las mismas, con circuitos de derivación ágiles para atender las situaciones no fisiológicas.

Además de la atención protocolizada, en cada visita hacemos educación sanitaria adecuada al momento de la gestación, y damos respuesta a las situaciones individuales de la persona.

Los grupos de preparación al nacimiento se ofrecen a las personas gestantes y parejas o acompañantes elegidos. En ellos se abordan aspectos del embarazo, parto y puerperio, lactancia y cuidados al recién nacido. Son muy recomendables, además de como fuente de información fide-

digna, porque en ellos se insta a compartir entre iguales, a crear redes sociales, (idealmente se deberían ofrecer en el territorio próximo a las familias), y se reflexiona sobre corresponsabilidad y consumo responsable.

Además de en consulta, el grupo es una oportunidad para trabajar el plan de nacimiento, que es el documento donde poder expresar nuestras preferencias en la atención al parto y puerperio, y es un espacio donde despejar dudas para poder decidir de manera informada y consciente.

ATENCIÓN AL PARTO NORMAL: COMPETENCIA DE LA MATRONA

La matrona es la profesional capacitada para atender el parto normal, y diagnosticar rápidamente cualquier desviación de la normalidad, y derivar al obstetra, con quien trabaja en equipo.

También nos responsabilizamos de los primeros cuidados al neonato, y la reanimación neonatal si se precisa.

Se han desterrado prácticas, sobre todo en la atención al parto, obsoletas y nocivas (tactos vaginales <4 h, episiotomías rutinarias, Kristellers.

Se hacen estudios para optimizar el pinzamiento del cordón, el manejo del alumbramiento...

No debemos olvidar que existen otras opciones de parto, además del hospitalario: casas de nacimiento (públicas o privadas), o el parto en casa, que es altamente seguro cuando lo atienden matronas expertas, y está demostrado que son menos intervencionistas.

PUERPERIO

Después del nacimiento, los cuidados puerperales también son responsabilidad de la matrona:

Puerperio inmediato: 2 horas postparto, idealmente inicio lactancia materna, es fundamental preservar el contacto piel con piel, y asegurar la no separación.

El ingreso hospitalario, es deseable que no sea superior a 48 h (alta precoz), y si el riesgo es normal, el alta la debería hacer la matrona.

El puerperio domiciliario debe ofrecerse en altas precoces o en situaciones de vulnerabilidad.

El soporte a la lactancia, iniciado en el hospital, se considera una urgencia en caso de dificultad.

El seguimiento puerperal en consulta, 7-10 días postparto con matrona, y sucesivas según necesidad.

En la visita de cuarentena se ofrece: Valoración física (constantes, suelo pélvico, método anticonceptivo) y emocional (salud mental perinatal: test Edimburgo) y de VG. Son muy necesarios los grupos de lactancia y postparto

Y debemos asegurar el seguimiento de patologías obstétricas (DG, tiroides...)

Lamentablemente, la variabilidad en la atención a los procesos de embarazo y parto por territorios, hace que la equidad en la prestación de los servicios de salud se vea comprometida.

En Catalunya, el modelo ASSIR despliega las competencias de las matronas en consonancia con la ley SAS 2009, que regula la forma-

ción sanitaria especializada de las matronas según el espacio superior de educación europea. Esto no es así en muchas CCAA.

Además, la falta de profesionales ocasionada por una nefasta planificación de recursos humanos en las profesiones sanitarias (el patrón en el que se basa la necesidad de profesionales es el número de nacidos vivos), nos lleva a una situación de riesgo en la atención óptima de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y familias. Y esto ocurre a nivel mundial⁴

En el informe El Estado de las Matronas en el Mundo 2021, se calcula que existe una escasez mundial de 900.000 matronas, que se espera reducir en 750.000 de aquí a 2030 si todos los países mantienen la trayectoria actual.

Conviven situaciones como en Catalunya, que por la falta de profesionales hay dificultad en la accesibilidad en nuestros servicios; con CCAA en las que la precariedad laboral y el paro llevan a las profesionales a abandonar la profesión.

Todo esto pone sobre la mesa el hecho de que la salud sexual y reproductiva de las mujeres no es una prioridad para nuestros gobernantes. Negarnos la posibilidad de ser ciudadanas libres, informadas, empoderadas. Muchas mujeres desconocen sus derechos. Esto tiene un nombre: violencia institucional.

Para defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, las matronas nos hemos organizado en plataformas, como LLEVADORES PEL CANVI, desde la que trabajamos por esos derechos y la dignidad de nuestra profesión. ■

¿Y DESPUÉS DEL PARTO, QUÉ?

Es habitual escuchar que **solo el 5% de las mujeres no pueden amamantar**. Forma parte de la retórica idílica que se dice a las mujeres obviando (o desconociendo) las condiciones adecuadas físicas, psíquicas y hormonales en su puerperio inmediato y, por tanto, no estableciendo los cuidados necesarios para estas mujeres. Del 30-40% de las mujeres de nuestro entorno abandonan la lactancia en las primeras semanas de vida por dolor o percepción de falta de leche.

Existen factores físicos que minan la resistencia de las mujeres en el puerperio y dificultan, en la etapa inicial de amamantamiento frecuente, la producción copiosa de leche materna. La anemia es uno de ellos. No en todos los centros hospitalarios de nuestro país se comprueba la tasa de hemoglobina al alta, algo relativamente fácil antes del alta hospitalaria, en un país donde casi todas las mujeres tienen a sus criaturas en éstos. Tasas por debajo de 10 de hemoglobina coloca a la mujer en una enorme vulnerabilidad física y mental para hacer frente al cuidado o amamantamiento frecuente de una criatura recién nacida. De hacer un hemograma podemos solicitar la ferritina, que nos ayudaría a estimar mejor el tiempo de duración de suplementos de hierro, ahorrando a las mujeres y al sistema intervenciones posteriores, de índole sanitario y social.

Las cirugías mamarias también pueden condicionar las posibilidades de producción láctea y de comodidad en los días inmediatamente posteriores al nacimiento. La mayoría de las cirugías

reductoras que trasponen los pezones en su reconstrucción, dañan por mucho tiempo la glándula mamaria en su capacidad de producción láctea, incluso en su innervación; precisando la suplementación para garantizar un buen desarrollo ponderal de las criaturas. Las prótesis mamarias, según como se coloquen, pueden dañar o no a la glándula mamaria; aunque su mayor riesgo es el de la ingurgitación patológica con riesgo de mastitis e incluso abscesos, si no se interviene decididamente sobre este proceso inflamatorio con medidas físicas y farmacológicas decididas.

El nacimiento es determinante también para el tránsito al puerperio, cuantas menos intervenciones innecesarias sufra la mujer, mejor obviamente. Los nacimientos prematuros requieren intervenciones sobre la mujer y las criaturas que aumentan el estrés y que influyen también en la capacidad de producción láctea, los nacimientos antes de la semana 35/37 disminuyen el influjo hormonal de la glándula mamaria y ya es un factor de riesgo en la etapa de lactogénesis II, que ha de manejarse con apoyo logístico y emocional para las mujeres que los viven; amén del estrés que suponen situaciones de enfermedad o trastornos de desarrollo asociados a la situación de prematuridad y que también pueden afectar a la salud emocional y lactacional de la mujer. La cesárea aumenta la incomodidad y trastornos ligados a la recuperación física de la mujer en el puerperio, precisando de apoyo logístico y acompañamiento para poder atender un buen agarre y demanda frecuente de un bebé en los días inmediatos al nacimiento tras una cirugía mayor.

La situación hormonal que se abre tras el nacimiento de nuestras criaturas nos hace más vulnerables a la fragilidad de nuestra salud mental,

máxime si hay antecedentes previos de trastornos anímicos o se sufren situaciones traumáticas en torno al nacimiento. El cortisol (medible en sangre y orina), la adrenalina y las hormonas suprarrenales entorpecen la secreción de la prolactina (medible en sangre) y la oxitocina (observable, según reflejos de eyección), comprobándose que aumenta el dolor en las tomas, sin causa aparente, y la irritabilidad de la criatura por probable secreción inadecuada de leche.

Debemos conocer los antecedentes de salud mental de las mujeres de cara al seguimiento de su puerperio y comprender que si mujeres vulnerables a este nivel optan por la lactancia materna, podremos valorar opciones que mantengan un equilibrio favorable hacia el mantenimiento de su salud mental, como facilitar acompañamiento y ayuda doméstica si no es suficiente en su entorno; facilitar el descanso nocturno alimentando al bebé con leche extraída o artificial y tratamientos ansiolíticos o antidepresivos adecuados, en caso de necesidad. También conocemos en la investigación en lactancia que las dificultades de succión de los bebés que causan complicaciones como dolor, grietas, mastitis y lactancia hiperfrecuente, aumentan la ansiedad y depresión materna en mujeres más sensibles a ellas.

Respecto a la situación hormonal, es preciso conocer los antecedentes de las mujeres, previamente a su puerperio, porque los acontecimientos en el mismo dependerán mucho de los antecedentes previos. El patrón menstrual regular y normal (en cuanto dolor y sangrados) es una de las mejores garantías para una gestación y puerperio en equilibrio hormonal y, por tanto, de buen desarrollo mamario y posibilidad de amamantar **sin dificultades maternas**; considerando

Helena Herrero
Enfermera y consultora voluntaria
de la asociación Amamantar en Asturias
Máster en Salud y Género



¹ Carmona, D. S. (2024). Neuromaternal: ¿Qué le pasa a mi cerebro durante el embarazo y la maternidad?. España: Ediciones B.

² <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/05/06/sas1349>

³ Partería: conocimientos, competencias y prácticas - patrimonio inmaterial - Sector de Cultura - UNESCO

⁴ El Estado de las Parteras en el Mundo 2021 | United Nations Population Fund (unfpa.org)

que no es el único factor para una lactancia exitosa. La lactancia es un proceso sensible a la capacidad de producción láctea de la mujer y de la capacidad de succión efectiva y buena transferencia de leche por parte de nuestras criaturas.

Se conoce la relación de las alteraciones tiroideas en relación al embarazo y la lactancia materna. Tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo afectan a la salud física y mental de las mujeres en el puerperio inmediato y dificultan la lactancia materna, afectando a la capacidad de producción y a los reflejos de eyección, dado que la tiroxina es una hormona mediadora de la prolactina. Es fundamental revisar a la mujer en su puerperio inmediato, especialmente a aquellas con antecedentes previos al embarazo y también a las que hayan dado alteraciones de la TSH o Anticuerpos tiroideos durante la gestación, con una analítica sanguínea que incluya, al menos, la TSH, T4 y AcTPO. Es bien conocido que existe riesgo de tiroiditis posparto y hay mujeres que los pueden reflejar en su estado físico con mayor cansancio, anímico con mayor tristeza o ansiedad puerperal o con sensación de escasez de producción láctea.

También es bien conocida la relación del Síndrome de Ovario Poliquístico (SOPQ/PCOS) con la salud hormonal de la mujer, causando amenorrea, hiperandrogenismo con hirsutismo y acné y resistencia a la insulina, con mayor riesgo de sufrir diabetes tempranamente y padecer obesidad y ansiedad. Las mujeres que lo sufren (entre 15-18%) también aumentan los riesgos de enfermedades cardiovasculares en edad mayor. En la vida reproductiva, dificulta la gestación de modo natural y aumenta el riesgo de baja producción láctea. Por eso, es necesario chequear a las mujeres a este nivel, especialmente a aquellas que sufran diabetes gestacional en el embarazo o/y tengan dificultades en la producción láctea. Una analítica que incluya prolactina, testosterona libre o/y androstenediona, DHEA-S, SHBG y perfil lipídico, glucémico e insulina/hemo-

globina glicosilada nos permiten ayudar a establecer si existen dificultades hormonales a este nivel. Un bajo estímulo estrogénico sobre el desarrollo mamario previo al embarazo y con resistencia insulínica durante el mismo y posteriormente, determinan un desarrollo glandular insuficiente para una producción copiosa de leche que se corresponde en ocasiones con mamas tubulares, separadas, estriadas, hipoplásicas, asimétricas, ...En estos casos, es posible intervenir con suplementos como inosítoles, galactogogos naturales, dieta y ejercicio adaptado; que mejoren esa resistencia insulínica o/y hiperandrogenismo y aceptando que la lactancia materna, habrá de ser suplementada con leche artificial.

La obesidad también es un factor de riesgo para la vida reproductiva, de diabetes, preeclampsia durante el embarazo y aumenta la posibilidad de nacimientos prematuros y de mayores intervenciones en los mismos; además de entorpecer un buen desarrollo del parénquima mamario a lo largo de la vida reproductiva y favorecer el riesgo de hipoplasia mamaria. También se ha observado que las mujeres con mayor obesidad optan menos por la lactancia materna, por dificultades posturales y de agarre para alimentar a sus criaturas o miedo a asfixiarles durante el amamantamiento nocturno.

Mujeres excesivamente delgadas por trastornos leves o moderados de conducta alimentaria o en relación a una actividad física muy intensa, también pueden haber tenido alteraciones en su patrón menstrual y por tanto de desarrollo mamario, siendo más vulnerables a las dificultades naturales de gestación y lactancia.

A pesar de todos estos factores de vulnerabilidad física, mental y hormonal en el puerperio y en relación con la lactancia materna, además es necesario cribar con una buena exploración y derivaciones oportunas las dificultades de succión que sufre el bebé en relación a su cronológica al nacer, sus dificultades en el mismo, alteraciones anatómicas del sistema estomatogná-

tico, enfermedades o alteraciones neonatales. Es más frecuente la escasez de leche por estas causas, que las maternas que hemos descrito. **Ambos elementos requieren de una anamnesis exhaustiva, exploraciones rigurosas y las pruebas necesarias, en los casos de alteraciones en el puerperio y periodo neonatal.** Tenemos un sistema sanitario adecuado y accesible para una buena vigilancia en un periodo tan vulnerable para ambos.

Por último, reclamamos un sistema de salud que tenga en cuenta no solo la salud diferencial, sino social.

El factor de raza y clase social son factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres y sus criaturas en este periodo. Se precisan crear medidas y estructuras sociales de acompañamiento que suavicen las barreras idiomáticas y culturales; más los factores de pobreza y soledad que sufren las mujeres migrantes que tienen sus bebés en nuestro medio (cada vez en más alto porcentaje). Amén de tener en cuenta en el cuidado a estas mujeres, factores de riesgo específico racial; como pueden ser las anemias, alteraciones metabólicas o nutricionales y enfermedades víricas transmisibles, de mayor incidencia en algunas mujeres migrantes. ■

Algunas referencias de interés

- (1) Segura -Pérez, S et al. Risk factors for self reported insufficient milk during the first 6 months of life: A systematic review. *Matern Child Nutr.* 2022;18(S3): e13353.
- (2) Lisa Marasco (Author), Diana West (Author). (2020). *Making More Milk: The Breastfeeding Guide to Increasing Your Milk Production*, Second Edition, McGraw Hill Professional.
- (3) Boss M, Gardner H and Hartmann P. Normal Human Lactation: closing the gap [version 1; referees: 4 approved] *F1000Research* 2018, 7(F1000 Faculty Rev):801.
- (4) Laurie A. Nommsen-Rivers et al. Measures of Maternal Metabolic Health as Predictors of Severely Low Milk Production. *Breastfeeding Medicine*, Volume 17, Number 7, 2022.
- (5) Alexander, Erik K. et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *THYROID*, Volume 27, Number 3, 2017.
- (6) Watkins S. et al. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstet Gynecol* 2011 Aug;118(2 Pt 1):214-221.

Mireia Montesinos Sanchis
Abogada laboralista del Col·lectiu AiDE
Profesora asociada de la Universitat Pompeu Fabra



DERECHOS LABORALES Y MATERNIDAD: UNA DISCRIMINACIÓN CONSTANTE

El ejercicio de los derechos en materia de conciliación de la vida familiar, personal y laboral arroja datos que evidencian un trato desfavorable hacia las mujeres trabajadoras. Su regulación, aparentemente neutra, prevé adaptar la duración de la jornada y su distribución, permisos por nacimiento o adopción, reducciones de jornada y excedencia para el cuidado de hijo o familiar a cargo, y diversas prestaciones de seguridad social (nacimiento, corresponsabilidad en el cuidado de lactante, cuidado de hijo/a con cáncer u otra enfermedad grave y complemento para la reducción de la brecha de género).



bres, lo que supone una brecha salarial de género mayor que en otros sectores económicos. Además, a pesar de que las mujeres representan casi el 70% de las personas trabajadoras del sector sanitario en todo el mundo, tan solo un 25% alcanza un cargo de responsabilidad (The gender pay gap in the health and care sector: a global analysis in the time of COVID-19. Estudio de la OIT y de la OMS (2022).

Con todo, ¿cómo se traslada al mundo laboral la consecución de la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres? Una de las respuestas es, sin duda, promocionando la conciliación corresponsable, a través de una nueva cultura organizacional a favor de la igualdad efectiva y del cambio de enfoque del trabajo de cuidados no remunerado

La conciliación es un conjunto de mecanismos que favorecen que la persona trabajadora pueda desarrollar y compatibilizar la vida laboral y

familiar, y a pesar de la voluntad del legislador, la realidad es que actualmente son las mujeres las que se siguen acogiendo a estos mecanismos. En este sentido, desde la realización del seminario se ha producido una importante reforma legal: la Directiva (UE) 2019/1158 Relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores y por la que se deroga la Directiva 2010/18/UE del Consejo, se traspuso parcialmente mediante el Real Decreto Ley 5/2023, que amplió el régimen de permisos y otros mecanismos de conciliación de la vida laboral y familiar y modificó alguno de los existentes.

Así en el panorama actual, partimos en primer lugar del permiso retribuido por el tiempo indispensable para la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto, y en los casos de adopción, guarda con fines de adopción o acogida, para la asistencia a las sesiones de información y preparación pre-

ceptivas y para la realización de los informes psicológicos y sociales preceptivos previos a la declaración de idoneidad, siempre, en todos los casos, que tengan que tener lugar dentro de la jornada de trabajo.

A continuación analizaremos la suspensión del contrato por nacimiento/adopción hijo/a, que tiene una duración de 16 semanas intransferibles para cada uno/a de los/as progenitores/as, de las que las 6 primeras son obligatorias y a jornada completa mientras que las 10 restantes son optativas y flexibles hasta que el bebé cumpla 12 meses, a jornada completa o parcial y de forma continuada o interrumpida. La madre puede anticipar la suspensión 4 semanas antes del parto. En caso de adopción internacional el permiso puede empezar 4 semanas antes. En el supuesto de defunción del hijo/a, el periodo de suspensión no se verá reducido, salvo que una vez finalicen las 6 semanas de descanso obligatorio, se solicite la reincorporación al puesto de trabajo. Además, la norma prevé distintas ampliaciones:

- Hospitalización o parto prematuro (por un periodo superior a 7 días a continuación del parto): suspensión ampliable mismos días que hospitalización, hasta máx. 13 semanas.
- Nacimiento, adopción o acogida múltiple: +1 semana para cada progenitor/a.
- Hijo/a con discapacidad: +2 semanas para cada progenitor/a con posibilidad de acumulación en familias monoparentales.

Los efectos de la suspensión del contrato son: el acceso a una prestación de Seguridad Social sustitutiva del salario (100% BR), el derecho al reingreso en el mismo lugar de trabajo, la prohibición del despido hasta después de un año y la conservación del derecho a las vacaciones en caso de solapamiento.

Nos detendremos en los derechos en los supuestos de familias monoparentales para destacar la decisión

del Tribunal Supremo mediante Sentencia del 2 de marzo de 2023, de denegar la acumulación del disfrute de las 16 semanas por nacimiento que sí habían concedido diversos Juzgados y Tribunales Superiores de Justicia, afirmando el Alto Tribunal que “El reconocimiento al único progenitor de una familia monoparental de la prestación por nacimiento y cuidado de menor que le hubiera correspondido al otro progenitor en supuestos en los que ya se le ha reconocido dicha prestación propia no resulta una exigencia que derive ni de la CE, ni de ninguna norma de la UE, ni de ningún acuerdo o tratado internacional ratificado por España”. El TSJ de Catalunya planteó cuestión de inconstitucionalidad sobre esta cuestión, esperamos una rectificación de lo que nos parece una clara discriminación: las familias monoparentales están en manos de las mujeres en un 80,70% según el Instituto de la Mujer y su última estadística publicada que data del año 2021.

Existe también un permiso para el cuidado del lactante (permiso retribuido), hasta los 9 meses, excepcionalmente ampliable hasta los 12 meses, si ambos progenitores/se disfrutan de este derecho, en este caso deja de ser un permiso retribuido para pasar a ser una prestación sustitutoria de la Seguridad Social.

Para disfrutar de este permiso, hasta que la criatura cumpla los 9 meses, se puede reducir la jornada con una ausencia de 1h o dos + horas diarias, o bien acumulando en días, de los 9 a los 12 meses, se llevará a cabo mediante una reducción de jornada 1/2h diaria por parte de los/las dos progenitores/as (no acumulable en días y comporta reducción proporcional del sueldo). Solo uno/a de los/las dos progenitores/as tiene derecho a la prestación compensatoria, que tendrá que gestionar a través del INSS. Existen también otros dos permisos, uno de duración máxima de 8 semanas hasta que el menor tenga ocho años de edad a disfrutar por semanas completas, continuas o disconti-

nuas, a tiempo completo o a tiempo parcial, y, finalmente, se prevé también un permiso de fuerza mayor por motivos familiares urgentes máximo de 4 días y por el tiempo indispensable.

En relación con la reducción de la jornada relacionada con el cuidado, se prevén distintas modalidades: cuidado de un hijo/a menor de 12 años, cuidado de un hijo/a con discapacidad y dependiente, cuidado de un familiar dependiente, Cuidado de un hijo/a con cáncer o enfermedad grave hasta los 23 años. Es importante destacar aquí que se reduce la cotización a la Seguridad Social, pero a efectos de prestaciones se considera la base al 100% durante los dos primeros años de reducción de jornada por cuidado de hijo/a y durante los tres primeros de la reducción por cuidado de otros familiares se tendrán en cuenta las cotizaciones incrementadas al 100%, a efectos de las prestaciones por incapacidad permanente, muerte y supervivencia, maternidad, paternidad y jubilación.

Se regula también el derecho a la adaptación de la duración y distribución de la jornada de trabajo, para hacer efectivo el derecho a la conciliación, en caso de hijos/se, se puede solicitar hasta que cumplan 12 años (excepcionalmente más tiempo en caso de necesidad especial).

Finalmente, en relación con la excedencia, se puede disfrutar para el cuidado del hijo/a hasta que cumpla 3 años y para el cuidado de un familiar hasta el 2º grado que no trabaje y que sea dependiente. Durante el primer año se tendrá derecho a la reserva de puesto de trabajo, transcurrido este plazo la reserva quedará referida a un puesto de trabajo de su categoría o equivalente. El primer año de excedencia tiene la consideración de periodo cotizado a efectos de las prestaciones de jubilación, Incapacidad Permanente, muerte y supervivencia, maternidad y paternidad correspondientes. ■

Enriqueta Barranco
Médica ginecóloga. Granada



ESTERILIDAD Y MATERNIDAD SUBROGADA EN LA ANTIGÜEDAD

En la antigüedad más remota las sacerdotisas eran eximidas de concebir y gestar hijos, pero tenían el privilegio de ser madres por “sustitución”, ya que otras mujeres gestaban para ellas. En la ciudad hurrita de Nuzi, situada en las proximidades de Kirkuk (Irak), se encontraron unos documentos que acreditaban esta y otras prácticas pensadas para resolver la esterilidad y los deseos de maternidad no satisfechos, como veremos más adelante. A la pregunta ¿se conservan textos donde quedó constancia de tales prácticas? Tenemos que responder afirmativamente, y en este artículo resumimos nuestros hallazgos, tras haber revisado las referencias más interesantes que hemos encontrado sobre la maternidad subrogada, así como sobre los recursos personales invertidos para tratar de aliviar los problemas de esterilidad en aquellos tiempos.



Relieve con la escena de un parto con la presencia de obstetrices

Las civilizaciones mesopotámicas concedieron gran importancia al derecho para normativizar la vida privada de unas sociedades esencialmente agrícolas y ganaderas. En la cultura babilónica la paternidad adoptiva y la maternidad subrogada fueron acontecimientos reales, y se recurría a ella para asegurar la herencia de los bienes cuando el *paterfamilias* fallecía sin herederos naturales. Entre las colecciones del museo parisino del Louvre se encuentra el documento que contiene la primera referencia historiográfica y normativa de la adopción. Se trata del conocido *Código de Hammurabi*, en el que se establecía que los intervinientes en los

llamados contratos de gestación eran la esposa (como parte delegante) y la madre sustituta, una mujer de inferior categoría y clase social, pudiendo tratarse de una criada o de una esclava, a la que se le entregaba una dote y algunos bienes. El fin último de esta norma era que, ante la ausencia de descendientes, la esposa que se consideraba estéril pudiera proporcionarle un heredero al marido. En el *Código de Lipit-Ishtar* (años 1934 y 1924 a.C.), escrito en las tablillas encontradas en la ciudad sumeria de Nippur, también se regulaba la paternidad adoptiva, considerada como un negocio jurídico privado similar a una compraventa, y la maternidad subrogada, entendida como un acto

reproductor, y se autorizaba al *paterfamilias* para que recurriera a una prostituta para que le proporcionara un descendiente y un heredero, cuando su esposa era estéril y no podía concebir un hijo varón. En este caso, a diferencia del anterior, la parte delegante era el *paterfamilias* y no la esposa, y en virtud de un contrato de gestación o pacto, el marido se comprometía formalmente, y como garantía personal, a mantener y alimentar a la madre biológica de su futuro heredero con cereales, aceite y ropa, porque el hijo se consideraba una propiedad del *paterfamilias* y no de la mujer que lo gestaba, quien no podía vivir en la casa del contratante ni tener relación alguna con la esposa.



Los estudiosos de *La Santa Biblia* consideran que en el principio de los tiempos las mujeres y los hombres se consideraban iguales, y lo hacen aludiendo a la etimología de las palabras utilizadas para nombrarla. En todas las lenguas, los términos que designan al hombre y a la mujer tienen su propia etimología, pero solo en La Biblia se proponía un equilibrio perfecto entre ambos. Según ellos, en La Biblia se dice que la mujer salió de una costilla de Adán, pero se le dio el nombre de *varona*, con el que se afirmaba que era carne de su carne, se convertía en su igual y en su homóloga, y solo cuando se idea el concepto de pareja hace acto de presencia la sexualidad. Sin embargo, cuando son expulsados del paraíso la mirada de Adán cambió, asignándole a la varona el destino de dar vida, con el que pasó a llamarse Eva, significando que se convertiría en madre de toda la humanidad.

Si leemos detenidamente el primer libro de *La Santa Biblia*, el *Génesis*, comprobaremos que está atravesado plenamente por los temas de la esterilidad y la maternidad, porque ambos impregnan la historia de los patriarcas de Israel, y se adivina que ser madres era prioritario para las mujeres de aquel tiempo, mientras que los hombres se empeñaban en descubrir la fraternidad.

Con respecto al tema de la maternidad de sustitución, primero tenemos que hacer referencia a un

código encontrado en el yacimiento arqueológico de Nuzi, en el que encuentra un contrato, contemporáneo a la época al patriarca bíblico Abraham, en el que *Sunhilu*, entrega en matrimonio a su hija *Gilim-ninu* y lo hace en los siguientes términos: "Si Gilim-ninu tiene hijos, entonces Shennima no tomará una segunda esposa. Pero si no da a luz, entonces tomará a una mujer del país de Lullu como esposa pero ella no se llevará al niño", palabras en las que a nuestro modo de ver quedaron plasmadas las figuras de la madre de sustitución y la maternidad subrogada.

Los avatares de la maternidad, que constituyen el núcleo duro del *Libro del Génesis*, se centran en dos mujeres inicialmente estériles -*Sara* y *Raquel*- quienes implementaron un proceso de maternidad por sirvientes interpuestos. Entre el siglo XIII y el siglo XVIII (a.C.), los acontecimientos más relevantes que aparecen en el texto bíblico se reducen a una serie de nacimientos, con diferentes padres y muchas madres. Así, las esposas de los tres patriarcas bíblicos están afectadas por la esterilidad. La historia de *Sara*, la primera mujer de Abraham había recibido el castigo divino de ser estéril, y para que su marido pudiera tener un heredero le propone que se sirva de una *madre sustituta*, y él, fecundando a una esclava de su propiedad, se convirtió en padre de un hijo; finalmente *Sara*, a una edad avanzada, se curó de su mal y fue madre de otro hijo, al que llamó

Isaac. Llegado su momento, Isaac engendró a los gemelos *Esau* y *Jacob*, quienes contrajeron matrimonio con dos primas, una de las cuales, *Raquel*, también resultó estéril. *Raquel* recurrió a una madre sustituta llamada *Bilha*, quien parió hijos para *Isaac*, con los que el tercer patriarca de Israel, con dos mujeres y dos madres sustitutas, llegó a ser padre de 12 hijos, los ancestros de las 12 tribus de Israel, y de una hija a la que llamó *Dina*.

Desde el punto de vista sanitario, a la luz de los conocimientos actuales, sabemos que el problema de la esterilidad puede deberse a distintas causas y no ser permanente, y esto es lo que le sucedió finalmente a *Raquel*, quien concibió y alumbró un hijo al que llamó José.

Pero la importancia que las mujeres daban a la maternidad también se expresaba en la terminología muy particular utilizada por las *matriarcas* bíblicas, quienes hablaban de "ser construidas", porque tener un hijo era construirse y en hebreo, la palabra "hijo" -ben- se deriva del verbo bnh: construir. La búsqueda de la maternidad a toda costa por parte de estas *matriarcas* formaba parte de la unidad familiar legítima, en el sentido amplio del término, ya que incluía también a las sirvientas cuyo estatus no estaba definido, encontrándose a medio camino entre el de esposa y el de concubina. Todo se hacía respetando las leyes y las costumbres, y más aún los tabúes sobre los que descansaba la ley familiar, aunque con algunas excepciones, cuando el deseo de maternidad era tan poderoso que rompía todas las barreras. Un ejemplo de esta consideración está en la familia inmediata de *Abraham*, cuando su sobrino *Lot* huye, con sus dos hijas, de la ciudad de Sodomá, destruida por el fuego divino. Los fugitivos deambulan por las montañas, en una atmósfera de apocalipsis que les hace creer que son los últimos supervivientes del planeta. Es entonces cuando las hijas deciden cometer incesto para

poder procrear. Es difícil apreciar a qué motivaciones profundas obedecen las hijas de *Lot* para romper el tabú del incesto, pero quizá para ellas, la necesidad de ser madres legitimaba la transgresión.

La figura del *padre de sustitución* también aparece esbozada en el texto bíblico cuando, tres generaciones más tarde, estalló otro escándalo en la familia de Abraham, ahora a cargo de su bisnieto *Judá*, quien contrajo matrimonio con *Súa*, quien fue madre de tres hijos, *Er*, *Onán* y *Sela*. *Judá* casó a su primogénito *Er* con *Thamar*, quien quedó viuda de forma prematura y sin descendientes, y ahora la propuesta era diferente, pues lo que *Judá* perseguía era encontrar un padre de sustitución con el que *Er* perviviera, a lo que *Onán* renunció: "Entonces *Judá* dijo a *Onán*: Entra a la mujer de tu hermano, y despósate con ella, y suscita simiente a tu hermano. Y sabiendo *Onán* que la simiente no había de ser suya, sucedía que cuando entraba a la mujer de su hermano vertía en tierra, por no dar simiente a su hermano. Y desagradó en ojos de Jehová lo que hacía, y también quitó a él la vida (Génesis, 38:8-11)". Con estas palabras quedaron marcados para la posteridad los males que se acarrea el hombre cuando desperdiciaba su semilla, dando nombre al *onanismo*.

Para completar nuestra historia, en la que la victoria sobre la esterilidad, o sobre la imposibilidad de dar a luz legal y legítimamente, es una historia de la maternidad propiamente dicha, ahora vamos a finalizar nuestro relato citando otros dos casos de esterilidad mencionados en La Biblia: son el de la madre de *Sansón*, y el de *Ana*, la madre de *Samuel*. La primera es un ejemplo histórico de la mujer como vientre "con responsabilidad protectora para el bebé en gestación", pero su nombre ni aparece mencionado. Se trataba de una mujer que concibió cuando se consideraba estéril por-



que se le "apareció el ángel de *Jehová*, y le dijo: "He aquí que tú eres estéril, y no has parido; más concebirás y parirás un hijo. Ahora, pues, mira que ahora no bebas vino, ni sidra, ni comas cosa inmunda". Este hijo fue *Sansón*, y en todo el relato de concepción y nacimiento encontramos un cierto sabor a eugenesia, porque esta mujer que estaba destinada a engendrar un hijo notable se tenía que privar de las cosas que no eran aceptables a los ojos de *Jehová* para protegerlo, prohibiciones y conductas que con distintas connotaciones han permanecido hasta la actualidad.

Y terminamos este breve apunte con el relato de la maternidad de *Ana*, que sigue un patrón similar a la de *Raquel*, porque a ambas *Jehová* les había "cerrado la matriz", pero *Ana*, que se sentía triste, peregrinó a un santuario y tras concederle Dios el deseo de ser madre, alumbró a *Samuel*, parto con el que se dio fin a las tormentosas maternidades de las *matriarcas* bíblicas y se abrió paso a las romerías y peregrinaciones a distintos santuarios de los tiempos modernos, con el fin de implorar, a los santos y vírgenes, una redención de los pecados que ponga fin a la esterilidad femenina, pero esto forma parte de otra historia.

CONCLUSION

La maternidad por sustitución o subrogada ya fue una figura jurídica en los tiempos más remotos, siendo *La Santa Biblia* una fuente importante de información sobre la situación social que tenían, o adquirían, las mujeres que gestaban para otros. En cuanto al problema de la esterilidad hemos comprobado que al ser considerada como un castigo divino se podía resolver con oración y perseverancia. Aunque la adopción es una práctica común a través de los tiempos, la maternidad subrogada también hunde sus raíces en el pasado y, aunque en nuestros días aparece como una novedad, sólo han cambiado los recursos utilizados para pactarla. ■

Bibliografía

Baelo Álvarez, M. La adopción. Historia del amparo socio-jurídico del menor. Tesis doctoral. Universidade Da Coruña, 2013.
Eisenberg, J. La femme au temps de la Bible. Stock-L. Pernoud (eds.), 1993.
La Santa Biblia que contiene los Sagrados Libros del Antiguo y Nuevo Testamento. Madrid, depósito central de la Sociedad Bíblica, 1932.



La Dra. Ibone Olza nos propone en este libro una profunda reflexión sobre cómo estamos criando a los humanos del futuro, empezando por cómo los concebimos y gestamos, y nos solicita una mirada amplia sobre el embarazo y el proceso de gestar.

Es un libro que no sólo nos informa de los avances neurocientíficos más recientes sobre la concepción, la gestación propia y para otros, y la procreación, sino que interroga a todas las personas que se acerquen a su lectura sobre su propio proceso vital. “Te propongo, pues, mirar al embarazo, a la concepción, en este pequeño viaje a las simas del origen de la vida y también de la conciencia humana. Contemplar y pensar en la gestación. Y no solo si quieres o te planteas ser madre o padre, o eres un profesional implicado; también si quieres comprender tu origen, qué viviste en el útero, qué le pasó a tu madre y qué huella dejó en ti. El embarazo, la fabulosa acción de gestar, requiere una mirada amplia en la que necesariamente tenemos que ir alternando perspectivas: la de la madre que gesta, la del bebé en construcción, la del ser humano que se está gestando y la de la familia y la comunidad que lo acompaña y espera.”

“GESTAR”

EL CREATIVO ORIGEN DE LA VIDA HUMANA

Ibone Olza

Vergara Penguin libros. Mayo 2024

Analiza la fabulosa tarea de la gestación “Llevar dentro, contener, sustentar, nutrir, proteger a un ser humano en construcción.... Tremenda tarea”. No sólo por la transformación corporal que se realiza en tan pocos meses, con la creación de tantos órganos desde la nada, como por la gestación psíquica, necesaria para el establecimiento de vínculos y relaciones entre la mujer embarazada y su bebé en gestación. Se ha comprobado el microquimerismo fetal por el qué células madre del bebé pasan a la madre a través de la placenta y se instalan en diferentes áreas de su cuerpo, entre ellas el cerebro. Los cambios psicológicos que se producen en las madres y los padres son profundamente tratados desde la vivencia de una profesional y desde la literatura científica más reciente. Ibone Olza nos dice “aunque no estén gestando físicamente, a los hombres también se les van a remover muchas historias cuando sus parejas esperan un bebé suyo. El libro no elude la gestación subrogada con el máximo respeto para quienes optaron por esta opción, pero invitando a reflexionar “lo que implica la gestación subrogada en todos los planos, en lo biológico, psicológico o personal, pero también en términos sociales, políticos y globales”.

El libro nos ayuda a dar una mirada sobre la obstetricia, palabra derivada del latín obstare que significa “quedar a la espera”, y del acompañamiento que matronas y parteras realizaron hasta que en el siglo XVII los médicos varones intervinieron

con los instrumentos quirúrgicos para atender partos complicados. Sigue una amplia reflexión sobre la medicalización del embarazo y del parto, con la estimación de la OMS “estima que cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El 99 por ciento de esas muertes maternas se dan en países en vías de desarrollo. La inmensa mayoría se podría haber evitado con una atención digna.” También se analiza el papel de la violencia de género en las embarazadas, y de “otras violencias a las que pueden estar expuestas las gestantes que incluyen la violencia obstétrica, la exclusión, la pobreza, la migración y el racismo”. Y las guerras, extrema forma de violencia, como la que están viviendo todas las parteras en la franja de Gaza. Nos propone “Un acompañamiento a la espera, que permita disfrutar y explorar la creatividad; que los profesionales también se sientan partícipes del gozo de gestar, de estar ahí, en el creativo origen de la vida humana.”. Entendiendo que gestar sea probablemente “la tarea más potente que realizan nuestros cuerpos humanos, tan potente que quizá despierte más miedos y envidias que ningún otro proceso”, la autora nos señala que pueden ser “analogía y metáfora de todo proceso creativo”. Un libro imprescindible para todas y todos los profesionales sanitarios y para todas las personas interesadas en contestarse a la pregunta ¿Cómo será la gestación de los seres humanos dentro de cien años? ■

Carme Valls Llobet
Médica endocrinóloga

Directora Programa Mujeres, Salud y Calidad de vida. CAPS



“MYS Opiniones” es la nueva sección, para conocer lo que pensáis que está bien, lo que puede mejorar, lo que no os gusta o nuevas propuestas para la revista. Inauguramos con este estupendo artículo de Laura Delgado

Laura Delgado Miqueo

Artista y arteterapeuta transdisciplinaria

@lauramiqueo



RESONANCIAS

Las imágenes nos hablan todo el tiempo. A menudo sus voces pasan desapercibidas, pero si nos detenemos a observar, seguramente notaremos cómo empieza a surgir un diálogo entre nuestro cuerpo, sus formas, ritmos y sus colores. Se produce una conversación íntima que convoca los sentidos y despierta la imaginación: una resonancia, distinta en cada momento y para cada persona.

Hace unas semanas, mirando la última portada de la revista Mujer y Salud, el número 55, me pareció escuchar una voz suave, como una melodía de flauta, que me invitaba a acercarme. No tenía prisa. La pintura de Mercè Soler se iba ampliando conforme la observaba, hasta generar dentro de mí un paisaje amable y vital.

Imaginé un telón rojo y blanco que deja al descubierto una flor, cuando tímidamente nace. O tal vez una pared sobre la cual crecen resistentes briznas de hierba. Pétalos y hojas que tiemblan mecidos por el viento, mientras sus sombras se proyectan más atrás. ¿Les estará dando el sol? ¿Quizá esa luz cálida de la tarde, antes de anochecer? ¿O es el calor intenso del verano?

Al verlo desde lejos, me recordó a los campos de color de Mark Rothko y quise adentrarme en ellos. Sentí calma mientras seguía con los ojos los trazos del pincel. Fui saboreando los detalles y me detuve en las veladuras. Allí donde se transparenta la capa de color anterior, el paso del tiempo se hace visible y, como la piel, la pintura renuncia al mandato de ser lisa y uniforme.

Entonces volví la mirada hacia el texto: “Disfrutar sin límite de edad”. Noté en el pecho cómo el rojo se volvía más intenso. El trazo curvo y juguetón de las plantas sonaba como una afirmación. “Aquí estoy, sigo viva”, me decían. Los tallos, atravesando el lí-

mite entre dos zonas de color, parecían surcar la frontera de los años y de los estereotipos, encontrando fuerzas en su propia expansión. Las hojas crecían y se desplegaban libremente, como si fueran caricias.

Me hizo recordar las palabras de Audre Lorde en Lo erótico como poder:

“Cuando hablo de erotismo, lo hago como una afirmación de la fuerza vital de las mujeres, de esa poderosa energía creativa cuyo conocimiento y uso recuperamos ahora en nuestro lenguaje, nuestra historia, nuestra danza, nuestro amor, nuestro trabajo, nuestra vida”. ■



SALUD PARA DISFRUTAR SIN LÍMITE DE EDAD

GUÍA PARA MUJERES Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Esta guía es el resultado del programa realizado por el CAPS (Centro de Análisis y Proyectos Sanitarios)¹ con el apoyo del Instituto de las Mujeres²

La salud de las mujeres, y en especial la vida menstrual y el envejecimiento saludable, ha sido invisibilizada por la Medicina, porque no se ha realizado investigación pública y suficiente. Con muy poca base científica previa, y con mucha ignorancia se han medicalizado procesos naturales y no se han tratado patologías crónicas que no dependen de las hormonas, sino que forma parte de la patología básica que constituye la morbilidad diferencial entre mujeres y hombres.

De la mano de dos grandes filósofas Hanna Arendt i María Zambrano hemos intentado analizar todos los aspectos de salud bio-psico-social que constituyen factores que pueden alterar la salud de las mujeres o por el contrario recursos que pueden mejorar la calidad de vida y dar mucha más vida a los años. Comprender y entender es imprescindible para actuar.

Para poder disfrutar de este tipo de salud, está claro que la salud de las mujeres no se agota a partir de la menopausia, aunque algunos ignorantes han calificado este hecho como obsolescencia programada, sino que, como en otras etapas de la vida, la salud depende de la realidad biológica, psicológica, sexual, social y medioambiental que viva cada persona, y sobre estas realidades, sí pueden incidir las y los profesionales de la salud, a quien va dirigida la guía de información. No pretende ser una

enciclopedia, sino una compilación de recursos en construcción, que se vaya desarrollando a través del tiempo, a medida que nuevas evidencias científicas se publiquen.

La información se ha organizado en tres grandes bloques de documentación para profesionales sanitarios y en tres videos y tres podcasts destinados a la ciudadanía en general y especialmente destinados a las mujeres:

1. SALUD PARA DISFRUTAR. SEXUALIDAD, SENSUALIDAD, PLACER.
2. TRANSITANDO POR LA PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA.
3. AFRONTANDO LA MORBILIDAD DIFERENCIAL

En cada uno de ellos un grupo de profesionales y expertas en salud y mujer, han aportado diversas miradas y diversos estudios científicos, para recoger los recursos que tenemos en la actualidad para conseguir un envejecimiento saludable y una salud para disfrutar. El final de la menstruación constituye el final de la vida reproductiva de la mayoría de las mujeres, pero en sus vidas se abre una nueva etapa vital, que puede vivir con mayor libertad y capacidad de decisión. El acompañamiento de esta etapa vital por parte del personal sanitario requiere más información y más ciencia.

Se han atribuido muchos síntomas de los que se quejan las mujeres a la

menopausia porque no se ha estudiado a fondo la Morbilidad Diferencial entre mujeres y hombres, y se atribuyen a la pérdida hormonal, problemas óseos y cardiovasculares, que se deben a otras patologías, y que deben ser estudiados de una manera más personalizada e integral. Toda terapia que se aplique en la vida de las mujeres debe ser estudiada científicamente y tener en cuenta que por encima de todo debe mejorar su calidad de vida inmediata y evitar riesgos de cáncer.

Existen evidencias científicas buenas, de que los cambios en el estilo de vida, el ejercicio físico y la alimentación equilibrada, y el trabajo en asociaciones, con el ejercicio de la sororidad son recursos importantes que pueden dar más vida a los años.

Rogamos a todas las personas que lean esta guía y tengan preguntas o sugerencias que puedan aclarar algún punto, o aportar nueva información que se dirijan al correo electrónico de CAPS/REDCAPS:

caps@pangea.org

En este link, de la Web del CAPS, se puede acceder a todos los contenidos de la guía.

<https://caps.cat/proyecto-salud-para-disfrutar-sin-limite-de-edad/>

Gracias a todas y todos los lectores por vuestra colaboración. ■

Carme Valls Llobet
Presidenta de CAPS Red Caps

PASSIO MULIERIBUS

MENSTRUACIÓN, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, GESTACIÓN Y NACIMIENTO EN LA ESPAÑA MEDIEVAL

ENRIQUETA BARRANCO CASTILLO
FERNANDO GIRÓN IRUESTE

Universidad de Granada. Eug 2023

Enfermedades y condiciones de las mujeres

Nos encontramos delante de un libro sobre la menstruación, salud sexual y reproductiva, gestación y nacimiento que recoge los conocimientos científicos y terapéuticos que se conocían durante la España medieval. Realizado por la especialista en ginecología Enriqueta Barranco Castillo y por el profesor de Historia de la Medicina Fernando Girón Irueste,



se han adentrado en la bibliografía de autores medievales o de sus historiadores, con más de 120 referencias bibliográficas, ilustraciones y descripción del instrumental quirúrgico, recogiendo información de autores como Dioscórides que vivió 40 años antes de la era cristiana, hasta autores del siglo XIV y XV. Sorprende que la ausencia de referencias a la menstruación, que a veces hemos encontrado en la literatura científica del último siglo,

era ya conocida y comentada en la literatura griega y árabe, negando el ciclo lunar, y afirmando que cada mujer tenía su propio ciclo. Son remarcables, los puntos de vista de los autores medievales sobre la pubertad, la concepción y esterilidad y las relaciones sexuales, aconsejando no realizarlas nunca sin caricias previas. El papel de las comadres o matronas era imprescindible en la atención al embarazo y el parto. Un apéndice de 25 páginas sobre plantas medicinales y cómo usarlas, establece también lazos con la farmacopea actual y nos ayuda a reflexionar sobre los caminos por donde ha transcurrido la opaca investigación científica sobre la salud de las mujeres. Un libro riguroso e interesante, para todas las profesionales sanitarias interesadas en la salud sexual y reproductiva. ■

OBEDECEDARIO PATRIARCAL

SARA BERBEL SÁNCHEZ
BERNAT CASTANY PRADO

Nuevos cuadernos anagrama. Nº 70. 2024

Los mandatos patriarcales han sido introducidos de forma social, cultural, y de forma sutil por los miles de urdimbres educativos, y se han introducido en la mente de mujeres y hombres limitando el desa-

rrollo de seres humanos libres, que puedan hacerse dueñas y dueños de sus decisiones. Sara Berbel desde la psicología social, y compañera de la REDCAPS y Bernat Castany desde la filosofía han establecido un diálogo en tono lúdico y algo irónico en el texto, desde sus respectivas disciplinas y sus propias vivencias. El obedecedario patriarcal de las mujeres: Otórgate, Bórrate, Disminúyete, Claudica, forma parte de todos un sistema de resignación y resentimiento. El obedecedario patriarcal de los hombres programados desde pequeños con los grandes mandatos: Opina, Batalla, Desplégate, Conquista, los prepara para el dominio y la violencia, que acaban destruyendo el propio desarrollo personal, y genera el odio hacia las mujeres que sí ejercen su libertad.

Los autores nos esbozan estrategias para la desobediencia, para revertir “los efectos debilitantes y deshumanizadores de los mandatos patriarcales” sin distinguir entre mujeres y hombres. Todos y todas a una contra el machismo y contra las ataduras mentales. “Se trataría de que mujeres y hombres nos liberásemos de nuestros respectivos mandatos y aprendiésemos a dudar sin dejar de amar la verdad, a asentir con el mundo sin renunciar a mejorarlo, a buscar el placer y reducir el sufrimiento de forma individual y colectiva, y a participar en la política con entusiasmo, pero sin caer en el fanatismo.” Un libro para leer con una sonrisa en los labios y para adquirir nuevos espacios de libertad. ■



¹ <https://caps.cat/>

² <https://www.inmujeres.gob.es/elinstituto/conocenos/home.htm>

VACUNAS Y CIENCIA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO. LA CIENCIA DE LA DIFERENCIA.

Este link¹ a un artículo de "No gracias" de junio de 2021, nos recuerda lo lejos que aún estamos de una ciencia con perspectiva de género.

Ana Dosio, médica de familia en Euskadi y miembro del grupo de Inequidades de Osatzen, nos presenta diversas investigaciones que inciden en señalar las diferencias en el sistema inmunológico de mujeres y hombres y que podría explicar los efectos secundarios de las vacunas de COVID19.

Vacunas y terapias que aumenten la respuesta inmunitaria de las células T podrían estar justificadas en los hombres, mientras que para las mujeres podrían beneficiarse de tratamientos que amortigüen la actividad inmunitaria innata en las primeras etapas de la inmunidad.

Como en otros muchos aspectos en lo que respecta a la salud de las mujeres, aún no se plantea la idea de tener en cuentas estas diferencias a la hora de administrarlas a hombres o a mujeres, con recomendaciones de dosificación diferentes. El modelo masculino continúa siendo la base principal de los estudios preclínicos en laboratorio.

Y siguen estando pendientes estudios diferenciales acerca de los fármacos que se utilizaron en el COVID 19.

¹ <https://www.nogracias.org/2021/06/10/vacunas-covid19-en-mujeres-por-ana-dosio/>

LLEGA EL MOMENTO DE HABLAR EQUILBRADAMENTE SOBRE LA MENOPAUSIA

La editorial de la revista Lancet¹ del 9 de marzo de 2024, y los cuatro artículos especializados sobre la menopausia en el mismo volumen 403, han señalado la necesidad de iniciar una conversación equilibrada sobre la menopausia, y recoger las evidencias científicas que advierten de que muchos de los síntomas que se presentan durante este período no se deben atribuir necesariamente a los déficits hormonales, en especial los cambios en la salud mental. "La menopausia es una fase natural de la vida, como transición a un envejecimiento biológico. Sin embargo, compañías comerciales y personas interesadas han sobre medicalizado la menopausia. Han convertido este período natural de transición en una enfermedad de deficiencia estrogénica que sólo puede ser curada con el reemplazo de las hormonas perdidas, contribuyendo a promover actitudes negativas hacia la menopausia y exacerbando el estigma. Además, la apropiación de las narrativas feministas por organizaciones comerciales, con la posición de que el uso de la terapia hormonal menopausia es una forma de empoderar a las mujeres para que consigan el control de sus cuerpos, mientras que minimizan los riesgos, contribuye más a convertir la menopausia en una enfermedad. Necesitamos enviar un mensaje equilibrado y realista a las mujeres y a la sociedad: La menopausia no es la precursora que inicia un período de decadencia y deterioro, sino que es el desarrollo de una etapa vital que puede ser negociada con éxito, con acceso a la información basada en la evidencia, así como con un soporte social y médico adecuados. Las mujeres no merecen nada menos.

También más información en los documentos, videos y podcasts "Salud Para disfrutar sin límites de edad"²

¹ www.thelancet.com Vol 403 March9,2024

² <https://caps.cat/proyecto-salud-para-disfrutar-sin-limite-de-edad/>

MEJOR EFICIENCIA ASISTENCIAL PARA MUJERES SI LA PROFESIONAL ES MUJER. MEJORES RESULTADOS SI LES ATIENDE UNA MÉDICA. MENOR RIESGO DE MUERTE SI LES ATIENDE UNA MÉDICA

Un estudio retrospectivo observacional¹ entre más de 700.000 pacientes, mujeres y hombres, que habían estado en el hospital, ha constatado que los que han sido tratados por médicas han experimentado unas menores tasas de mortalidad y una disminución de la frecuencia de readmisión hospitalaria comparados con los pacientes que habían sido tratados por hombres médicos. También, se ha observado que este efecto beneficioso es mucho mayor hacia las pacientes mujeres. Las investigadoras e investigadores de la Universidad de Tokio realizaron el estudio entre mujeres y hombres mayores de 65 años que estuvieron en el hospital de 2016 a 2019, para evaluar si existían diferencias en los resultados según el sexo del profesional sanitario. De 458.108 mujeres pacientes y 318.819 hombres, aproximadamente una tercera parte fueron tratados por médicas. No encuentran diferencias en los días de estancia, pero es muy significativa las bajas frecuencias de readmisión y mortalidad. Pueden existir varias razones para esta notable diferencia asistencial: Los médicos hombres pueden subestimar la gravedad de la enfermedad de las mujeres; ser tratado por médicas puede estar asociada con una comunicación más eficaz y centrada en las pacientes mujeres; y el trato con mujeres médicas, puede ayudar las pacientes a aliviar la vergüenza, la incomodidad, y los tabúes socio culturales que puedan sentir durante las entrevistas y algunas exploraciones más sensibles. De la conducta asistencial de las mujeres médicas se pueden extraer lecciones para unificar la práctica profesional con mejor calidad asistencial.

¹ Miyawaki a et al. Hospital Mortality and Readmission Rates by Physician and Patient Sex. *Annals Internal Medicine*. Publicado en *Annals.org* el 23 April 2024.

Suscríbete
para que podamos
continuar



¡Síguenos!
www.muieresysalud.es

f /Revista-MYS

t /MySrevista

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

Si quieres suscribirte o regalar una suscripción, envíanos tu nombre (o el de la entidad), tu mail y tu teléfono a:

suscripcionesmys@gmail.com y te enviaremos un formulario de suscripción.

Colabora

