

# MUJERES, SALUD Y DERECHOS

*Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar*

*Equipo CESCA.*

*Quito-Ecuador*

Este libro está dedicado a todas las mujeres,  
especialmente a las mujeres que colaboraron para  
que se cristalice este proyecto,  
a Mercedes Pérez Fernández,  
ejemplo de dedicación y amor  
por la investigación en Atención Primaria y  
la Salud Pública.

## Tabla de contenido

Índice	2
Introducción	4
PARTE I: Mujeres y Salud	6
Capítulo 1	8
“Ser mujer no es una enfermedad. Estar embarazada, tampoco”	8
Capítulo 2	13
“La menstruación no está obsoleta”	13
Capítulo 3	18
La menstruación y situaciones difíciles para las mujeres	18
Capítulo 4	21
Mujeres y salud, arte y cultura	21
PARTE II: Mujeres y Sistema Sanitario	32
Capítulo 1:	32
Salud de las mujeres, aspectos bioéticos de su atención clínica	32
Capítulo 2:	39
Mujeres y Migración	39
Capítulo 3:	41
Mujeres, familia, trabajo y la crianza de los hijos; ayudas y protección social.	41
Capítulo 4:	44
Las mujeres como agentes de Salud. El ejemplo de las vacunaciones infantiles.	44
Capítulo 5:	47
La experiencia de las parteras indígenas en Azuay.	47
Capítulo 6:	51
La despenalización del aborto voluntario, salud pública y bioética	51
Capítulo 7:	55
Violencia Obstétrica	55
Capítulo 8:	58
Violencia de género en la formación médica de posgrado, trabajo realizado en la Universidad Central del Ecuador (UCE) 2019.	58
Capítulo 9:	59

Feminismo, paternidad y nuevas masculinidades.	59
PARTE III: Mujeres y Discriminación.	62
Capítulo 1	62
La discriminación de las mujeres con discapacidades	62
Capítulo 2	64
La mujer y el Aborto	64
Capítulo 3	68
La discriminación contra la mujer en el mundo científico y médico	68
Capítulo 4	71
La discriminación de las mujeres que ejercen el trabajo sexual	71
Capítulo 5	74
Salud de las mujeres privadas de Libertad	74
Capítulo 6	79
Los cribados de cáncer en las mujeres; el cribado de cáncer de ovario.	79
Capítulo 7	81
Excesos preventivos durante el embarazo	81
Capítulo 8	84
Ética y prevención en la mujeres; salud persecutoria.	84
Capítulo 9	74
La obesidad como problema social; el rechazo en las consultas a las mujeres obesas.	74
Capítulo 10	93
Enfermedades terminales en las mujeres	93
Capítulo 11	95
La tiroides de las mujeres	95
Epílogo o conclusión	98

## Introducción

La presente publicación es un trabajo colaborativo realizado por el equipo CESCA, la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar y la Universidad de Las Américas, como parte del Seminario de Atención Primaria, que como título central abordó el tema de las mujeres y el sistema de salud, este sistema de salud, excluyente que surge con un modelo histórico patriarcal, que se basa en una medicina desde y para varones.

El comité organizador del seminario de Atención Primaria realizado en la ciudad de Quito fue co-presidido por Lusy Paulya Orellana-Navarrete, y Edison Endara y formaron parte del mismo Carmen Elena Cabezas, Verónica Redín, Fernando Espinosa, María Teresa Espejo, Ximena Pozo, Sofía Cañadas, Ivón Gaibor, Diego Gómez, Mario Alvear, Ana Villacrés, Xavier Maldonado, Estuardo Bermeo, Ingrid Quiroz, Mercedes Pérez-Fernández y Juan Gérvas.

La mayor parte de los pacientes con síntomas clasificados como médicamente inexplicables son las mujeres y esto se debe a que el modelo de los libros también se centra en los hombres debido a esto la forma de sufrir y de enfermar femenina “no cuadra” con lo aprendido por las y los estudiantes de las ciencias médicas implícito en las guías de práctica clínica y que invisibiliza a las mujeres.

De hecho, no es que parezca que ser mujer sea una enfermedad, sino que es un problema social general que va mucho más allá de la medicina. En este sentido es absurdo que la mitad de la Humanidad sea “invisible”.

El rol protagónico de la mujer como agente de salud es indiscutible, sin embargo, no podemos obtener registros que documenten esta participación. Por lo tanto, esta recopilación de temas con enfoque de género se presenta desde un horizonte transversal, en búsqueda de la dignidad de pacientes mujeres y colegas.

Así, respecto a la investigación de medicamentos y las recomendaciones para mujeres: Uno de los mayores errores de la medicina es decirle a la mujer lo que tiene que hacer” pues ella recién forma parte de ensayos clínicos a partir de la década de los noventas, tampoco se valoraba en aquel tiempo si los resultados afectaban de forma diferente a hombres que a mujeres. El principal problema de esta desigualdad radica en que la ciencia médica ha extrapolado los remedios farmacéuticos destinados al género masculino y los han utilizado para el género femenino con las graves consecuencias que eso conlleva, como la sobre medicación de los cuerpos de las mujeres, expuestos a dosis excesivas, los peligrosos efectos que tienen las partículas tóxicas suspendidas en el aire por la contaminación, así como las alteraciones en el sistema endocrino por causa de los químicos que contienen los alimentos.

Irónicamente, no nos cuesta imaginar a la mujer prehistórica auto asistiéndose durante el parto. En aquel tiempo el género femenino protagoniza la lactancia materna, el cultivo de las plantas y la elaboración de los alimentos. La caza era azarosa y era más segura la recolección de semillas, tubérculos, frutos y bulbos, como bien demuestra el caso de las tribus aborígenes australianas. Por ello, además, la mujer tuvo mejor conocimiento del uso medicinal de las plantas, esencial en la medicina incluso en la actualidad.

En este libro el foco de atención se dirige a las mujeres y su salud en un recorrido que va desde la antropología a la asistencia, desde la salud mental a la salud en prisiones, y no se excluye ningún aspecto por polémico que sea, como el aborto voluntario.

Estudiar los sistemas de salud, con enfoque de género permite el abordaje integral de los problemas de salud, así como una actitud llena de humanidad en los diferentes escenarios en los que nos desempeñamos.

Los encuentros presenciales de los SIAP se estructuran en tres sesiones:

1. Viernes por la mañana. Satélite. Actividad centrada en 12 cuestiones prácticas relevantes que se presentan por estudiantes y residentes tutorizados a distancia por profesionales conocedores del campo que se trata.
2. Viernes por la tarde. SIAP antropológico y sociológico. Sesión cultural, política y social, en que se consideran aspectos no clínicos de la cuestión central.
3. Sábado por la mañana. SIAP clínico. Actividad centrada en el contenido clínico de la cuestión central.

Los SIAP son encuentros profesionales sanitarios que no se realizan como en la Edad Media cuando el comienzo del debate era el propio encuentro físico o el promovido por el intercambio postal. Las tecnologías de la información permiten la formación de grupos virtuales que pueden debatir y compartir información con meses de antelación.

Este debate virtual facilita la participación desde todos los rincones y a cualquier hora, incluso de quienes no podrán asistir al encuentro presencial. Además, el debate virtual rompe las jerarquías de forma que, por ejemplo, el estudiante puede opinar sin estar cohibido por la presencia autoritaria del profesor.

El debate virtual de oportunidad para ir madurando ideas a los participantes, que comparten y analizan documentos y publicaciones en un fértil intercambio (muchas veces frenético, conforme se anima el debate). En los SIAP el debate virtual puede llevar a unas mil intervenciones antes del encuentro presencial.

Luego del encuentro presencial, el SIAP continúa en una fase nuevamente virtual, en la que se recogen las memorias del trabajo realizado obteniéndose un material para publicar.

## PARTE I: Mujeres y Salud.

### Capítulo 1

#### **Ser mujer no es una enfermedad. Estar embarazada, tampoco**

Juan Gérvas (médico general jubilado, Equipo CESCA, Madrid, España)  
[jjgervas@gmail.com](mailto:jjgervas@gmail.com) @JuanGrvas

#### **¿Qué pensaría un antropólogo de Marte si visitara la Tierra y tuviera una percepción de lo que es la enfermedad?**

Si nos visitase un antropólogo marciano y observara a los humanos de los países desarrollados, podría deducir que están enfermas aquellas personas que se comportan como tales. Es decir, deduciría que están enfermas aquellas personas que tienen preocupación por la salud y/o malestar que disminuye su disfrute de la vida, están enfermas las personas que utilizan los servicios sanitarios, las que siguen las normas que les dictan los médicos y en muchos casos se someten a intervenciones varias, desde pruebas diagnósticas a la toma de medicamentos y cirugía.

#### **¿Qué debería saber el marciano sobre el vientre de la mujer?**

El abdomen femenino contiene los ovarios, las trompas y parte del útero. Es muy característico que los ovarios sean los únicos órganos intraperitoneales propiamente dichos. Es decir, las trompas permiten la salida de los óvulos desde el interior al exterior del celoma. Para producir los óvulos ha de romperse la “corteza” de los ovarios, estimulada por las hormonas sexuales.

La relación de la mujer con su vientre es muy especial y corresponde a su anatomía y fisiología. Por ello es más frecuente el “dolor de tripa” en las chicas que en los chicos y por ello es más frecuente el error; por ejemplo, en el diagnóstico de apendicitis, el 22% “apendicitis blancas” (apéndice normal) en el sexo femenino y el 8% en el masculino<sup>1</sup>.

Puesto que hay más apendicitis en los varones, pero se intervienen a más mujeres de apendicitis por errores en el diagnóstico, se puede intentar disminuir estos errores con técnicas de imagen, como la ecografía. Y también con la TAC (“scanner”). El problema en el diagnóstico de la sospecha de apendicitis es que la TAC siempre supone la irradiación de, por ejemplo, los ovarios y muchas veces en niñas y adolescentes. Por consecuencia se produce cáncer, y se ha calculado que el uso rutinario de la TAC en 2.000 casos evitaría 12 apendicectomías innecesarias, pero al precio de añadir 1 muerte por cáncer por la radiación, entre otros daños<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> De Castro Gutiérrez J, Quer Vall X, Sala Cascante F, Estol Pérez N, Arrabal García P, Guixá Giner M, Cozar Duch J, Molinas Bruguera M, Verge Schulte-Eversum M. Influencia de la edad y el sexo en el diagnóstico de la apendicitis aguda. Cirugía Española. 1998;63:123-7.

<sup>2</sup> Rogers W, Hoffman J, Noori N. Harms of CT scanning prior to surgery for suspected appendicitis. Evid Based Med. 2015 Feb;20(1):3-4. doi: 10.1136/ebmed-2014-110075. Epub 2014 Nov 27.

En las apendicitis no complicadas se puede utilizar el tratamiento antibiótico antes de pensar en cirugía, pero con una excepción. La excepción es la mujer embarazada, pues en ella es preferible la intervención quirúrgica ya que el tratamiento antibiótico se ha asociado a mortalidad materna. Las mujeres embarazadas con apendicitis mejoran con los antibióticos, son dadas de alta “curadas”, pero luego mueren<sup>3</sup>.

Decididamente, la mujer no es como el varón y precisa otra mirada y atención médica.

### **¿Qué pensaría el marciano del seguimiento del embarazo y la conducta de enfermedad?**

Para el antropólogo marciano las mujeres embarazadas serían personas enfermas pues:

El estado de “buena esperanza” se ha convertido en estado de “preocupación continua” ya que no se sabe que todo va bien hasta que los médicos lo confirman, con lo que la alegría dura sólo unos instantes, mientras el médico da la buena noticia de que “todo va bien”, e inmediatamente se re-inicia el estado de ansiedad sin saber cómo está yendo el embarazo hasta la próxima prueba y/o encuentro con el médico.

Hacen constante uso de los servicios sanitarios, bien el sector médico, bien el sector enfermería, en consultas específicas del embarazo, en el servicio público y a veces también en el privado, a tiempos regulares o esporádicos. De hecho, incluso en mujeres sanas y en embarazos sin ninguna complicación se puede llegar hasta las diez visitas de rutina en los nueve meses de embarazo, más las adicionales cuando hay resultados dudosos.

Las embarazadas siguen las normas de vida que les dictan los sanitarios, sobre lo que comer, lo que beber, cuántas horas dormir, qué ejercicios son “saludables”, el pasear y tomar el sol, la actividad sexual, el seguir yendo al trabajo y cualquier otra esfera del acontecer diario, que tiene sus reglas y límites pues “más vale prevenir que curar”, por “el bien del bebé” (hablan del bebé cuando se refieren al embrión o feto, atribuyéndole los derechos del recién nacido). En muchos casos, entre las recomendaciones va el reposo más o menos “absoluto”, y la baja para el trabajo habitual, aunque el embarazo sea sano y el puesto de trabajo no conlleve riesgos específicos.

Incluso la embarazada sana se somete de continuo a pruebas diversas, como ecografías de rutina, ingesta de ácido fólico, toma de suplementos de hierro y yodo, vacunas “para ti y para tu bebé” (gripe, tosferina), frotis vaginales y rectales, análisis de sangre y de orina, etc.

### **¿Qué pensaría el marciano sobre la violencia obstétrica, como final “lógico” de un embarazo convertido en enfermedad?**

Para colmo, el parto, el final del embarazo sano, suele darse en el hospital, como si fuera algo tan patológico que requiriese el máximo de precaución, bajo la atenta mirada médica hospitalaria, lo que lleva a intervenciones sanitarias sin necesidad, a la violencia obstétrica de episiotomías, cesáreas, monitorizaciones, goteo de oxitocina y demás, en muchos casos no justificadas<sup>4</sup>.

“No cabe duda” murmuraría el antropólogo marciano “estar embarazada y parir es una grave enfermedad que al final acaba, quieras que no, en el hospital, por si acaso”.

---

<sup>3</sup> Vasireddy A, Atkinson S, Shennan A, Bewley S. Surgical management of appendicitis remains best option during pregnancy. *BMJ*. 2012 May 22;344:e3575. doi: 10.1136/bmj.e3575.

<sup>4</sup> Mariño E. Violencia obstétrica 1/4. Violencia obstétrica: las prácticas agresivas que sufren algunas mujeres en el parto. 29 octubre 2018. <https://www.publico.es/sociedad/violencia-obstetrica-practicas-agresivas-mujeres-parto.html>

Es cierto que el ingreso hospitalario por parto en los países de la OCDE suele durar tres días, por contraposición a los seis días del infarto agudo de miocardio<sup>5</sup>, lo que haría que el antropólogo marciano pensara: “Esto del embarazo y parto debe ser una enfermedad la mitad de grave que el infarto agudo de miocardio”. Es una enfermedad que afecta exclusivamente a mujeres, en general jóvenes previamente sanas, y que es muy frecuente (aproximadamente, el 10% de todas las altas hospitalarias en España se deben a embarazo, parto y puerperio)<sup>6</sup>.

### **¿Hay fundamento científico en este tipo de atención al embarazo sano?**

Lo irónico es que, si el antropólogo marciano estudiase el caso en profundidad, podría deducir que tal comportamiento carece de fundamento científico en general. Por ejemplo, las ecografías de rutina podrían ser sólo una, el suplemento de ácido fólico es beneficioso sólo en el periodo peri-concepcional, los suplementos de hierro son generalmente perjudiciales, los frotis de vagina y recto para determinar el contagio por estreptococo del tipo B son inútiles, las normas dietéticas en el embarazo son muchas veces simples modas, las pautas para “prevenir el aborto” carecen generalmente de ciencia, etc. El colmo es que el seguimiento del embarazo se hace mejor en las mujeres que menos lo precisan, y que se cumple rigurosamente la Ley de Cuidados Inversos (“reciben más cuidados quienes menos los precisan”)<sup>7</sup>.

Como deduce el antropólogo marciano:<sup>8</sup>

Podríamos pensar que el embarazo, parto, puerperio y lactancia “cambian” realmente a la mujer y que se justifica el introducir conductas que transformen estas situaciones en “cuasi-enfermedades”, pero el antropólogo marciano pronto se percata de que el problema es general, que “el ser mujer” es el problema.

### **“El ser mujer” es el problema**

El antropólogo marciano anota: “De hecho no es que parezca que ser mujer sea una enfermedad, sino que ser mujer es un error”.

Ser mujer es un problema social general que va mucho más allá de la medicina pues parece que ser mujer sea en sí mismo una falla dada que todo se moldea y prevé con el “modelo varón”, desde la seguridad en los automóviles a la ergonomía en los puestos de trabajo pasando por las aplicaciones para teléfonos celulares<sup>9</sup>. Todo ello es absurdo ya que convierte a la mitad de la Humanidad en “invisible” pues el modelo social y sanitario es el varón blanco de edad media, estudios secundarios y anglosajón.

“Parece que todo lo demás es una desviación que conviene seguir con cuidado pues en cualquier momento requiere hospitalización”, piensa el antropólogo marciano.

Así, la mujer se ve sometida a mil controles y tratamientos en razón de sus cambios hormonales, su simple diferencia con el varón y por sus relaciones sexuales, pese a estar sana.

---

<sup>5</sup> OCDE. Average length of stay in hospitals. Health at a Glance 2017. 2017. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/average-length-of-stay-in-hospitals\\_health\\_glance-2017-64-en;jsessionid=08VW3XLKH-hoMX3Xbx\\_oV8uB.ip-10-240-5-29](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/average-length-of-stay-in-hospitals_health_glance-2017-64-en;jsessionid=08VW3XLKH-hoMX3Xbx_oV8uB.ip-10-240-5-29)

<sup>6</sup> INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria Año 2017. 13 febrero 2019. [http://www.ine.es/prensa/emh\\_2017.pdf](http://www.ine.es/prensa/emh_2017.pdf)

<sup>7</sup> Gervas J, Pérez-Fernández M. “Encarnizamiento médico con las mujeres 50 intervenciones sanitarias excesivas y cómo evitarlas”. Libros El lince. Barcelona. 2016.

<sup>8</sup> Petersen EE, Davis NL, Goodman D, et al. Racial/Ethnic Disparities in Pregnancy-Related Deaths — United States, 2007–2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2019;68:762–765. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6835a3>

<sup>9</sup> Criado-Pérez C. The deadly truth about a world built for men – from stab vests to car crashes 2 febrero 2019. [https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2019/feb/23/truth-world-built-for-men-car-crashes?CMP=Share\\_iOSApp\\_Other#comments](https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2019/feb/23/truth-world-built-for-men-car-crashes?CMP=Share_iOSApp_Other#comments).

Por ejemplo, se implanta la “visita anual ginecológica” sin ningún fundamento científico, las mujeres hablan de “mi ginecólogo”, las jovencitas tienen visita ginecológica y análisis varios antes de empezar a tomar la píldora anticonceptiva, las mujeres en el climaterio se someten a controles rigurosos múltiples, densitometría y medicamentos para la osteoporosis incluidos, se les receta vitamina D sin ciencia, todas reciben educación para la auto-exploración de mamas, se someten a mamografías de cribado para “prevenir” el cáncer de mama sin recibir consejo acerca del sobre-diagnóstico, se les diagnostica de “problemas mentales” con facilidad, y reciben el correspondiente tratamiento “de por vida”, se les ponen parches hormonales de rutina para la menopausia, sufren de dolores como fibromialgia en medio de desdén profesional<sup>10</sup>, se hacen citología de cuello de útero y determinación del virus del papiloma, se les recetan medicamentos (antes tipo talidomida y etilestilbestrol, ahora cualquier estudiante de ciencias de la salud sabe) que lesionan a su descendencia, etc. ¡Incluso se propone impedir con medicamentos la menstruación y el considerar que “menstruar está obsoleto”, como si la fisiología femenina y sus ciclos hormonales estuvieran bien para las mujeres “de antes”, no las del siglo XXI que tienen que parecerse a los varones, con su linealidad hormonal!<sup>11,12</sup>

### ¡Pobres mujeres, medicalizadas hasta la médula!

El antropólogo marciano se va haciendo idea y composición de lugar, y en su informe escribe: “Esto del control de natalidad es cuestión femenina, los varones se controlan con condones y vasectomía, pero en la mujer la oferta es increíble, de las píldoras anticonceptivas a los DIUs pasando por la píldora del día siguiente, los implantes hormonales, el aborto voluntario con medicamentos o con cirugía, la ligadura de trompas, los implantes de Essure, etc”.

Síntesis:

El antropólogo marciano concluye su informe con: “¡Pobres mujeres! ¡La Medicina las convierte en enfermas y están medicalizadas hasta la médula!”.

### Referencias

1. De Castro Gutiérrez J, Quer Vall X, Sala Cascante F, Estol Pérez N, Arrabal García P, Guixá Giner M, Cozar Duch J, Molinas Bruguera M, Verge Schulte-Eversum M. Influencia de la edad y el sexo en el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Cirugía Española*. 1998;63:123-7.
2. Rogers W, Hoffman J, Noori N. Harms of CT scanning prior to surgery for suspected appendicitis. *Evid Based Med*. 2015 Feb;20(1):3-4. doi: 10.1136/ebmed-2014-110075. Epub 2014 Nov 27.

---

<sup>10</sup> Roth Damasa P, Portillo Santamaría M, Folch Marína B, Palop Larrea V. Fibromialgia y empatía: un camino hacia el bienestar. *Aten Primaria* 2018;50(1): 69-70.

<sup>11</sup> Sánchez Sánchez R. Lo que una mujer no necesita. *AMF* 2012;8(11):617-625

<sup>12</sup> Gervas J. «Mi ginecólogo». Pero, ¿por qué tener un ginecólogo, si la revisión anual es inútil? 18 enero 2015. <https://www.actasanitaria.com/mi-ginecologo-pero-por-que-tener-un-ginecologo-si-la-revision-anual-es-inutil/>

3. Vasireddy A, Atkinson S, Shennan A, Bewley S. Surgical management of appendicitis remains best option during pregnancy. *BMJ*. 2012 May 22;344:e3575. doi: 10.1136/bmj.e3575.
4. Mariño E. Violencia obstétrica 1/4. Violencia obstétrica: las prácticas agresivas que sufren algunas mujeres en el parto. 29 octubre 2018. <https://www.publico.es/sociedad/violencia-obstetrica-practicas-agresivas-mujeres-parto.html>
5. OCDE. Average length of stay in hospitals. Health at a Glance 2017. 2017. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/average-length-of-stay-in-hospitals\\_health\\_glance-2017-64-en;jsessionid=O8VW3XLKH-hoMX3Xbx\\_oV8uB.ip-10-240-5-29](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/average-length-of-stay-in-hospitals_health_glance-2017-64-en;jsessionid=O8VW3XLKH-hoMX3Xbx_oV8uB.ip-10-240-5-29)
6. INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria Año 2017. 13 febrero 2019. [http://www.ine.es/prensa/emh\\_2017.pdf](http://www.ine.es/prensa/emh_2017.pdf)
7. Gérvas J, Pérez-Fernández M. “Encarnizamiento médico con las mujeres 50 intervenciones sanitarias excesivas y cómo evitarlas”. Libros El lince. Barcelona. 2016.
8. Petersen EE, Davis NL, Goodman D, et al. Racial/Ethnic Disparities in Pregnancy-Related Deaths — United States, 2007–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68:762–765. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6835a3>
9. Criado-Pérez C. The deadly truth about a world built for men – from stab vests to car crashes 2 febrero 2019. [https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2019/feb/23/truth-world-built-for-men-car-crashes?CMP=Share\\_iOSApp\\_Other#comments](https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2019/feb/23/truth-world-built-for-men-car-crashes?CMP=Share_iOSApp_Other#comments).
10. Roth Damasa P, Portillo Santamaría M, Folch Marína B, Palop Larrea V. Fibromialgia y empatía: un camino hacia el bienestar. *Aten Primaria* 2018;50(1): 69-70.
11. Sánchez Sánchez R. Lo que una mujer no necesita. *AMF* 2012;8(11):617-625
12. Gérvas J. «Mi ginecólogo». Pero, ¿por qué tener un ginecólogo, si la revisión anual es inútil? 18 enero 2015. <https://www.actasanitaria.com/mi-ginecologo-pero-por-que-tener-un-ginecologo-si-la-revision-anual-es-inutil/>

## Capítulo 2

### “La menstruación no está obsoleta”

Mercedes Pérez-Fernández. (Especialista en Medicina Interna y médico general rural jubilada, Equipo CESCA, Madrid, España) [mpf1945@gmail.com](mailto:mpf1945@gmail.com)

#### Resumen

Hay propuestas de suprimir la menstruación por considerarla innecesaria. Son propuestas muchas veces ligadas a las industrias farmacéuticas, y en todos los casos con gran carga ideológica. La menstruación es la expresión de una fisiología cíclica de la mujer y desconocemos los daños de su anulación. El principio de precaución exige rechazar las propuestas que consideran a la menstruación como obsoleta.

#### Situación clínica

Antonia es socióloga, en paro. Vive con sus padres en La Laguna (Tenerife, España) y está pensando en emigrar a Suecia, donde reside su novio. Pero unas amigas están colaborando con una organización que sostiene varias escuelas en Camerún y le proponen que pase un año allí, como cooperante, para hacer un estudio con los maestros y alumnos. Acepta y entre las cuestiones prácticas está la recomendación de que tome la píldora de continuo para así no tener la regla. De hecho, una de las amigas le dice, rotunda: “La regla está obsoleta” y hay nuevos anticonceptivos que la evitan por completo. Antonia se queda sorprendida y le parece algo irrazonable pero no sabe qué responder.

#### ¿Que es la menstruación?

La menstruación es parte femenina esencial vital y bien se refleja en la forma de entenderla según culturas y tiempos históricos. Tras la menarquia y los primeros ciclos irregulares, la menstruación **es fenómeno** que se convierte en "regla" a lo largo de la vida fértil de la mujer.

La regularidad mensual, de la que deriva su nombre, implica un variable y fisiológico ritmo hormonal que marca la vida de la mujer desde la menarquia hasta la menopausia. Este ritmo sincopado es típico de la mujer pues sus picos van asociados a la ovulación. Habla de una mística influencia invisible de la Luna, con sus meses de 28 días, y de una femenina fisiología singular. El ciclo también habla de armonía con la naturaleza y de la fuerza de la mujer, de su constante conexión con lo vital y versátil.

El ciclo menstrual es expresión visible del ciclo de la salud de la mujer<sup>13</sup>. Es la biología femenina cambiante, con sus ciclos hormonales<sup>14</sup>. Es la normalidad durante media vida de la mujer. Son tres o cuatro días en los que se descama y elimina la capa funcional interna del útero (endometrio) que había crecido por si tenía que alojar un óvulo fertilizado, con un sangrado de aproximadamente 50 mililitros. Tal descamación es consecuencia de la brusca bajada de los niveles en sangre de las hormonas sexuales femeninas segregadas en el ovario.

### **¿Tiene ventajas evolutivas la menstruación?**

¿Por qué se mantiene la menstruación en la especie humana? Lo desconocemos, pero la mujer prehistórica vivió pocos años y tenía como máximo y sin embarazos unos 160 ciclos menstruales, y una mujer actual puede tener hasta 450 en los países desarrollados. En la práctica, la mujer prehistórica podría vivir unos 25 años y pasar la mitad de su vida entre embarazos y lactancias. La menstruación era muy infrecuente, sin duda. Incluso a comienzos del siglo XX la mujer seguía pasando casi toda su vida fértil entre embarazos y lactancias, pues eran comunes los diez y más partos (y la muerte precoz de la mujer por embarazo, parto o posparto, sobre todo por fiebre puerperal, por infección de causa médica en general). Suponiendo una vida media de 40 años, y una media de 7 embarazos, partos y lactancias, se producirían menos de la mitad de los 240 ciclos posibles.

### **¿Es la menstruación un problema?**

---

<sup>13</sup> Alvergne A, Högvist-Tabo V. Is Female Health Cyclical? Evolutionary Perspectives on Menstruation. *Trends Ecol Evol.* 2018 Jun;33(6):399-414. doi: 10.1016/j.tree.2018.03.006. Epub 2018 May 16. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169534718300600>

<sup>14</sup> Bull JR, Rowland SP, Berglund Scherwitz E, Scherwitzl R, Gemzell Danielsson K, Harper J. Real-world menstrual cycle characteristics of more than 600,000 menstrual cycles. *NPJ Digit Med.* 2019; 2: 83. Published online 2019 Aug 27. doi: 10.1038/s41746-019-0152-7 PMID: 31482137 Real-world menstrual cycle characteristics of more than 600,000 menstrual cycles <https://www.nature.com/articles/s41746-019-0152-7>

El aumento del número de ciclos menstruales a finales del siglo XX y en el siglo XXI se debe a la mayor supervivencia y al tener menos embarazos, menor tiempo de lactancia, pubertad adelantada y menopausia retrasada. Caben varios cientos de menstruaciones en la vida de la mujer moderna. Es posible que haya quien se pregunte si la menstruación está obsoleta, como Elsimar Coutinho, ginecólogo brasileño, cuyo libro tuvo impacto mundial, “*Is menstruation obsolete?*”<sup>15 16</sup>. En este sentido, se puede considerar la menstruación como evitable pues es fuente de problemas y de complicaciones, y pensar en eliminarla mediante el uso de contraceptivos (y llegado el caso, con la extirpación de los ovarios y/o del útero). Desde luego, se puede evitar en casos concretos prolongando el uso de los anticonceptivos<sup>17</sup>, como en la situación clínica propuesta de un viaje a lugar con problemas de suministro de agua. También pueden plantear problemas específicos algunas menstruaciones en mujeres con minusvalías<sup>18</sup> y cuando es un problema la adquisición de productos de higiene<sup>19</sup>.

Sin embargo, los hechos demuestran que incluso en el deporte de competición la menstruación no es un problema generalizado respecto al rendimiento, e incluso en muchos casos el propio ejercicio del deporte disminuye las molestias y el dolor, si existe, durante la regla. Además, se desconocen los efectos adversos a largo plazo de la supresión de la menstruación por más que no sepamos justificar las ventajas evolutivas de la existencia de los ciclos menstruales.

### La medicalización de la menstruación

Es antiguo el atribuir males sin cuento a la menstruación, incluso con la descripción de una “psicosis menstrual” que se desencadenaba por los cambios hormonales que llevan a la descamación del endometrio.

Lo nuevo es que la menstruación está pasando de fenómeno biológico, fisiológico y psicológico incardinado en el “ser mujer” a considerarse un "signo vital" cuya normalidad en duración y características fijan los expertos y sus sociedades científicas<sup>20</sup>. El feminismo puede vivir todo ello con asombro y escepticismo, pero si continúan las presiones es cuestión de tiempo que la propia mujer llegue a rechazar la menstruación, la considere sucia, molesta, incómoda y obsoleta, y admita el tratamiento hormonal de por vida (o la extirpación de los ovarios y/o útero) para evitarla<sup>21</sup>. La espiral de la ciencia, de la prevención, de la presión de los expertos y del negocio se transforma en fuerza cultural y social que se impone con su moralina de higiene y limpieza.

<sup>15</sup> Coutinho EM, Segal SJ. *Is Menstruation Obsolete?* Oxford University Press. Oxford. 1999.

<sup>16</sup> Ferreira F. Entrevista a Elsimar Coutinho. O fim da sangria – Implante permite suspender a menstruação. *DiarioWeb* 10 Sept 2011

<http://www.elsimarcoutinho.com/entrevistas/o-fim-da-sangria-implante-permite-suspender-a-menstruacao/>

<sup>17</sup> Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jul 29;(7):CD004695. doi: 10.1002/14651858.CD004695.pub3. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. [https://www.cochrane.org/CD004695/FERTILREG\\_combined-hormonal-contraceptives-taken-in-extended-regimens-for-more-than-28-days-compare-favorably-to-traditional-28-day-cyclic-hormonal-contraceptives](https://www.cochrane.org/CD004695/FERTILREG_combined-hormonal-contraceptives-taken-in-extended-regimens-for-more-than-28-days-compare-favorably-to-traditional-28-day-cyclic-hormonal-contraceptives).

<sup>18</sup> Wilbur J, Torondel B, Hameed S, Mahon T, Kuper H. Systematic review of menstrual hygiene management requirements, its barriers and strategies for disabled people. *PLoS One.* 2019 Feb 6;14(2):e0210974. doi: 10.1371/journal.pone.0210974. eCollection 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6365059/>

<sup>19</sup> Hodal K. Cloth, cow dung, cups: how the world's women manage their periods. *The Guardian.* 1e April 2019. <https://www.theguardian.com/global-development/2019/apr/13/cloth-cow-dung-cups-how-the-worlds-women-manage-their-periods>

<sup>20</sup> Gérvas J. Menarquia y menstruación, dos oportunidades para convertir a la mujer en carne de cañón (médico). *Acta Sanitaria.* 10 junio 2013. <https://www.actasanitaria.com/menarquia-y-menstruacion-dos-oportunidades-para-convertir-a-la-mujer-en-carne-de-canon-medico/>

<sup>21</sup> Repta R, Hurd Clarke L. “Am I going to be natural or am I not?”: Canadian women’s perceptions and experiences of menstrual suppression. *2013;68(1-2):91–106* <https://link.springer.com/article/10.1007/s11199-011-0038-x>

Buen ejemplo es el lema #NiMitoNiTabú bajo el que se pretende transformar el efecto secundario de un anovulatorio (la anulación de la menstruación) en un beneficio deseado. Aparentemente, grupos coordinados de ginecólogos, pacientes e industriales transforman en las Redes la menstruación en enfermedad y su desaparición en signo evidente de progreso. Utilizan apariencia científica, por ejemplo con la aplicación del cuestionario “Inconvenience Due to Women’s Monthly Bleeding”<sup>22</sup>.

### ¿Qué hacer?

Vivir la etapa fértil de la vida como una fértil etapa no sólo en lo biológico sino también en lo vital y social. Ver a la mujer como fuerte en todas las etapas de la vida y a la menstruación como símbolo de un poder que se ha negado a los varones. “Normalizar” la regla, con bien hicieron las estudiantes de la Universidad de Arte, Igualdad y Transformación Social de San Vicente del Raspeig (Alicante, España) con el vídeo y la campaña de “Otra menstruación es posible” #EstoyConLaRoja<sup>23</sup>. Rechazar las propuestas irrazonables de interrupción artificial de la menstruación. Se han hecho ya suficientes “experimentos” con la mujer, desde la talidomida a las mallas vaginales, pasando por los parches de la menopausia, el Essure, el Agreal y el dietilestilbestrol, y es hora de la sensatez y la prudencia.

Las propuestas ginecológicas que promueven "eliminar" la menstruación producen un triple daño, por iatrogenia: 1/ Clínica, por el efectos adversos de la medicación 2/ Social, por medicar la vida 3/ Cultural, por destruir valores que ayudan a vivir al enseñar a convivir con los inconvenientes de la vida.

### Menstruación e ideología

En el debate sobre la obsolescencia de la menstruación, muchos argumentos aparentemente científicos tienen una ideología patriarcal que ve a la mujer como un varón débil y enfermo y, a este respecto, nada más simbólico que la regla. Así, se ve la menstruación como algo insano, patológico y enfermizo que hay que “curar”<sup>24</sup>. No deja de ser una versión moderna de los estigmas, prejuicios, supersticiones y tabúes que han impuesto, por ejemplo, las religiones patriarcales. Esta visión suponía la impureza de la mujer que se “limpiaba” mediante la menstruación y que podía “contagiar” durante esos días el mal en general; por supuesto, se evitaba el sexo coital e incluso hablar sobre la menstruación pues era cuestión de debía ser socialmente invisible. Es notable la excepción de los sijíes, cuya religión no impone ninguna norma restrictiva respecto a la menstruación.

En la visión de la menstruación como días “sucios” es clave la influencia de la poderosa industria de la “higiene femenina”, con sus compresas, tampones, copas y otros productos para la menstruación.

En todo caso, los ritos y costumbres acerca de la menstruación forman un entramado cultural que no se puede ignorar ni en lo personal (psicológico y espiritual) ni en lo social<sup>25</sup>.

<sup>22</sup> Fiala C, Chabbert-Buffet N, Häusler G, Jamin C, Lete I, Lobo P, Nappi RE, Pintiaux A. Women's preferences for menstrual bleeding frequency in 12 European countries: the Inconvenience Due to Women's Monthly Bleeding (ISY) survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017 Aug;22(4):268-273. doi: 10.1080/13625187.2017.1334258. Epub 2017 Jun 26. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13625187.2017.1334258>

<sup>23</sup> AMPA Juan Gris. “Otra menstruación es posible” <http://ampajuangris.org/2019/05/estoyconlaroja-otra-menstruacion-es-posible/>

<sup>24</sup> Derry PS. Is menstruation obsolete? *BMJ*. 2007 May 5; 334(7600): 955. doi: 10.1136/bmj.39199.597512.59 <https://www.bmj.com/content/334/7600/955.full>

<sup>25</sup> Ingar CX. "Cuerpos femeninos, agencia femenina en salud reproductiva y lo político de la reproducción en el Perú". Tesis PUPC 2016. [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/7239/INGAR\\_HUAMAN\\_CYNTHIA\\_XIMENA\\_CUERPOS\\_FEMENINOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/7239/INGAR_HUAMAN_CYNTHIA_XIMENA_CUERPOS_FEMENINOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Son muchas las hipótesis científicas acerca de los beneficios del ciclo menstrual, desde la defensa frente a infecciones que pueden afectar al útero hasta las ventajas para la supervivencia personal por el vigor saludable de la renovación cíclica del endometrio<sup>26</sup>. Frente a las propuestas de eliminarla, dada nuestra ignorancia, el principio de precaución pide prudencia.

### **Síntesis**

La consideración de la menstruación como obsoleta cuadra con la medicalización de la vida de la mujer. Las cosas normales que deberían tratarse con respeto, en el círculo de familiares y amigos y en la sociedad, pasan a ser problemas de salud que precisan de tratamiento médico.

No se trata del noble objetivo de dar visibilidad a la menstruación, sino del sucio negocio de eliminarla sin debate y de convertir de nuevo a la mujer en carne de cañón.

La menstruación es un variable y fisiológico ritmo hormonal que marca la vida de la mujer desde la menarquia hasta la menopausia y su eliminación innecesaria y permanente es cuestión que refleja encarnizamiento médico<sup>27</sup>.

### **Referencias**

---

<sup>26</sup> Mujeres y Salud. Dossier menstruación. 2018. Número 45. <https://matriz.net/>

<sup>27</sup> Gérvas J, Pérez-Fernández M. “Encarnizamiento médico con las mujeres”. Libros El lince. Barcelona. 2016. <http://www.linceediciones.com/es/libro/encarnizamiento-medico-las-mujeres/>

1. Alvergne A, Höggqvist-Tabo V. Is Female Health Cyclical? Evolutionary Perspectives on Menstruation. *Trends Ecol Evol.* 2018 Jun;33(6):399-414. doi: 10.1016/j.tree.2018.03.006. Epub 2018 May 16. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169534718300600>
2. Bull JR, Rowland SP, Berglund Scherwitz E, Scherwitzl R, Gemzell Danielsson K, Harper J. Real-world menstrual cycle characteristics of more than 600,000 menstrual cycles. *NPJ Digit Med.* 2019; 2: 83. Published online 2019 Aug 27. doi: 10.1038/s41746-019-0152-7 PMID: PMC6710244 PMID: 31482137 Real-world menstrual cycle characteristics of more than 600,000 menstrual cycles <https://www.nature.com/articles/s41746-019-0152-7>
3. Coutinho EM, Segal SJ. *Is Menstruation Obsolete?* Oxford University Press. Oxford. 1999.
4. Ferreira F. Entrevista a Elsimar Coutinho. O fim da sangria – Implante permite suspender a menstruação. *DiarioWeb* 10 Sept 2011 <http://www.elsimarcoutinho.com/entrevistas/o-fim-da-sangria-implante-permite-suspender-a-menstruacao/>
5. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jul 29;(7):CD004695. doi: 10.1002/14651858.CD004695.pub3. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. [https://www.cochrane.org/CD004695/FERTILREG\\_combined-hormonal-contraceptives-taken-in-extended-regimens-for-more-than-28-days-compare-favorably-to-traditional-28-day-cyclic-hormonal-contraceptives](https://www.cochrane.org/CD004695/FERTILREG_combined-hormonal-contraceptives-taken-in-extended-regimens-for-more-than-28-days-compare-favorably-to-traditional-28-day-cyclic-hormonal-contraceptives).
6. Wilbur J, Torondel B, Hameed S, Mahon T, Kuper H. Systematic review of menstrual hygiene management requirements, its barriers and strategies for disabled people. *PLoS One.* 2019 Feb 6;14(2):e0210974. doi: 10.1371/journal.pone.0210974. eCollection 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6365059/>
7. Hodal K. Cloth, cow dung, cups: how the world's women manage their periods. *The Guardian.* 1e April 2019. <https://www.theguardian.com/global-development/2019/apr/13/cloth-cow-dung-cups-how-the-worlds-women-manage-their-periods>
8. Gérvas J. Menarquia y menstruación, dos oportunidades para convertir a la mujer en carne de cañón (médico). *Acta Sanitaria.* 10 junio 2013. <https://www.actasanitaria.com/menarquia-y-menstruacion-dos-oportunidades-para-convertir-a-la-mujer-en-carne-de-canon-medico/>
9. Repta R, Hurd Clarke L. “Am I going to be natural or am I not?”: Canadian women’s perceptions and experiences of menstrual suppression. 2013;68(1-2):91–106 <https://link.springer.com/article/10.1007/s11199-011-0038-x>

10. Fiala C, Chabbert-Buffet N, Häusler G, Jamin C, Lete I, Lobo P, Nappi RE, Pintiaux A. Women's preferences for menstrual bleeding frequency in 12 European countries: the Inconvenience Due to Women's Monthly Bleeding (ISY) survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017 Aug;22(4):268-273. doi: 10.1080/13625187.2017.1334258. Epub 2017 Jun 26. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13625187.2017.1334258>
11. AMPA Juan Gris. “Otra menstruación es posible” <http://ampajuangris.org/2019/05/estoyconlaroja-otra-menstruacion-es-posible/>
12. Derry PS. Is menstruation obsolete? *BMJ*. 2007 May 5; 334(7600): 955. doi: 10.1136/bmj.39199.597512.59 <https://www.bmj.com/content/334/7600/955.full>
13. Ingar CX. "Cuerpos femeninos, agencia femenina en salud reproductiva y lo político de la reproducción en el Perú". Tesis PUPC 2016. [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/7239/INGAR\\_HUAMAN\\_CYNTHIA\\_XIMENA\\_CUERPOS\\_FEMENINOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/7239/INGAR_HUAMAN_CYNTHIA_XIMENA_CUERPOS_FEMENINOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. Mujeres y Salud. Dossier menstruación. 2018. Número 45. <https://matriz.net/>
15. Gérvas J, Pérez-Fernández M. “Encarnizamiento médico con las mujeres”. Libros El lince. Barcelona. 2016. <http://www.linceediciones.com/es/libro/encarnizamiento-medico-las-mujeres/>

## Capítulo 3

### “La menstruación y situaciones difíciles para las mujeres”

Karen Dayana Becerra Sotalín, Tania Hermida Burbano

Antonia es médica de familia que acaba de terminar la especialidad en México y le encanta la cooperación internacional. El próximo año participará con Médicos Sin Fronteras en un trabajo de seis meses en la República Democrática del Congo. Una amiga le comenta que quizá sea mejor tomar de continuo la píldora durante esos meses, para evitar necesitar material higiénico íntimo “y embarazos no deseados, que nunca se sabe”.

La Menstruación es un fenómeno fisiológico, cotidiano y casi universal de las mujeres pero su significado es también una construcción sociocultural que se ha modificado con el paso del tiempo. Históricamente la menstruación ha tenido un significado y simbolismo para distintas culturas y grupos sociales, este significado se compone de aspectos que han permitido el desarrollo normal de las mujeres y otros aspectos que lo limitan. Desde la antigüedad, la sangre menstrual es considerada la representación de la impureza y la contaminación de la mujer, en varias culturas la mujer menstruante ha sido víctima de aislamiento y discriminación por considerarla impura, incluso en la biblia se sentencia a la menstruación por ser “la inmundicia que posee la mujer una vez al mes”. Sin embargo, en varias culturas la sangre menstrual es símbolo de fertilidad y capacidad reproductiva que le otorgan a la mujer un estatus importante en estas sociedades. De forma general, el significado y representaciones que se le otorgan a la sangre menstrual en distintas culturas y en grupos sociales muestran la variabilidad de la concepción de este proceso fisiológico que se compone de prohibiciones, creencias, tradiciones y tabúes sexuales, incluso existe una brecha generacional en la comprensión y concepción de la menstruación pues en las generaciones anteriores las tradiciones, saberes y prohibiciones se transmitían por los miembros de una familia mientras que en las generaciones actuales estos saberes se adquieren en instituciones educativas, instituciones de salud y medios de comunicación masivos.

A pesar del paso de los años, en las sociedades modernas la menstruación se sigue considerando un tabú y es visto de tal forma que contribuye a las ideas sobre las diferencias jerárquicas de los sexos basados en el cuerpo y en los fluidos que segregan, la menstruación se considera como un estado de indisposición de la mujer más que un proceso natural y necesario. La carga simbólica de este proceso contribuye a crear diferencias entre hombres y mujeres pues la menarquia se considera el punto en donde las niñas pasan a ser mujeres y se intensifican e idealizan los comportamientos que estas deben adquirir sobre ciertas prácticas de higiene y manejo de la menstruación, además deben tener más cautela con su sexualidad pues ahora se encuentran en su máxima capacidad reproductiva. Incluso en varias sociedades la menarquia indica que una niña está preparada para el matrimonio y la actividad sexual. La familia y las identidades de género son parte fundamental del significado y simbolismo que adquiere la menstruación para una mujer, sobre todo en aspectos negativos relacionados con la timidez, vergüenza, miedo y rechazo a la menstruación. La información que las mujeres recibimos sobre la fisiología, trastornos y manejo de nuestros ciclos menstruales es aún limitada pues al ser un tema “delicado” de tratar no es un tema de diálogo en varias familias o grupos sociales y así se generan mitos y sobre todo nace esa idea y concepción de que la menstruación debe ser algo privado y que debe ocultarse de cualquier forma.

Así como existen barreras culturales, sociales, religiosas e incluso generacionales sobre cómo se concibe y contextualiza a la menstruación, las barreras económicas también constituyen un factor importante en el simbolismo y significado de la sangre menstrual pues en regiones y países donde existe pobreza extrema se vulneran y violentan varios derechos humanos de dignidad, educación, trabajo, salud y de igualdad de género pues muchas niñas y mujeres se ven obligadas a abandonar sus actividades escolares e incluso se aíslan durante los días de su ciclo menstrual por no contar con los productos básicos de higiene femenina e infraestructura que se requiere para enfrentar su periodo menstrual de forma digna. De forma directa o indirecta estas condiciones de crisis humanitarias, desigualdad de género y ciertas costumbres y mitos creados por la sociedad hacen que la menstruación signifique un verdadero problema pues puede disminuir oportunidades escolares, labores y/o deportivas, además significa un problema de salud pues las mujeres son expuestas a infecciones y otros trastornos por no contar con suficientes productos de higiene íntima y por desconocer sobre su periodo menstrual.

En el caso de Antonia, una mujer joven en México que podríamos imaginarla blanca, heterosexual, y de clase media pues tiene acceso a la universidad y a participar en Médicos sin fronteras, su periodo menstrual y su condición como mujer son un problema pues ella se enfrentará a circunstancias de pobreza extrema y a una sociedad patriarcal en donde existe el riesgo de violación, la solución propuesta es el uso de pastillas anticonceptivas, sin embargo, surge la duda ¿esta es la verdadera solución o generará más problemas?. Actualmente los métodos anticonceptivos son de fácil acceso y su uso es promovido en las instituciones de salud pero no se mencionan todos los efectos secundarios que nuestro organismo sufre al someterlo a enormes cargas hormonales, estos efectos abarcan desde náuseas, aumento de peso, aumento de presión arterial y suspensión o irregularidad de los ciclos menstruales, este último puede parecer “beneficioso” “sin embargo sería eliminar un proceso fisiológico y necesario.

Con este contexto y con todo lo mencionado, se puede concluir que la autonomía de Antonia y de muchas mujeres de decidir sobre su cuerpo se encuentra limitada por factores externos determinados por una sociedad machista en donde la mujer tiene que adaptarse y ocultar su proceso fisiológico de la menstruación poniendo en riesgo su integridad física y emocional. La solución es aceptar a la menstruación como un proceso natural y en cierto punto propio de la mujer, pues hay que considerar la gran diversidad en torno a la orientación sexual e identidad de género de las personas, esta aceptación debe iniciar desde un mejor estudio científico de este proceso para así cambiar las ideas erróneas que generan vergüenza y discriminación hacia la mujer. Cuando las mujeres empezamos a aceptar a la menstruación, nos informemos y nos apoderamos de este y otros procesos a través del conocimiento podremos decidir mejor sobre nuestros cuerpos y por qué no, exigir que nuestros derechos no sean vulnerados nunca más.

### REFERENCIAS

1. Ariza Ruiz , L., Espinosa Menéndez , M., & Rodríguez Hernández, J. (2017). Desafíos de la menstruación en niñas y adolescentes de comunidades rurales del pacífico colombiano. *Rev.Salud Pública*, 833-841. doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.V19n6.71741>
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. (Mayo de 2019). La menstruación y los derechos humanos. Recuperado el 16 de Julio de 2019, de <https://www.unfpa.org/es/menstruaci%C3%B3n-preguntas-frecuentes#%C2%BFC%C3%B3mo%20se%20relaciona%20la%20menstruaci%C3%B3n%20con%20los%20derechos%20humanos?>
3. González Hernando, C., Almeida, M. S., Martin Villamor, P., Cao Torija, M. J., & Castro-Alija, M. J. (2013). La píldora anticonceptiva a debate. *Enfermería Universitaria*, 10(3), 98-104. Recuperado el 20 de Julio de 2019 de [HYPERLINK "http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632013000300005"](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000300005)
4. Lllio Muñoz, D. (2016). Menstruación y patriarcado: discursos de poder en los carteles de baños de mujeres. XIX Congreso Internacional de Humanidades y VI Encuentro de Investigación. Recuperado el 20 de Julio de 2019.
5. Vásquez Santibáñez, M., & Carrasco Gutiérrez, A. (2017). Significados y prácticas culturales de la menstruación en mujeres Aymara del norte de Chile: un aporte desde el género a los estudios antropológicos de la sangre menstrual. *Chungará (Arica)*, 49(1), 99-108. Recuperado el 23 de Julio de 2019 de [HYPERLINK "https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73562017000100006"](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562017000100006)

## Capítulo 4

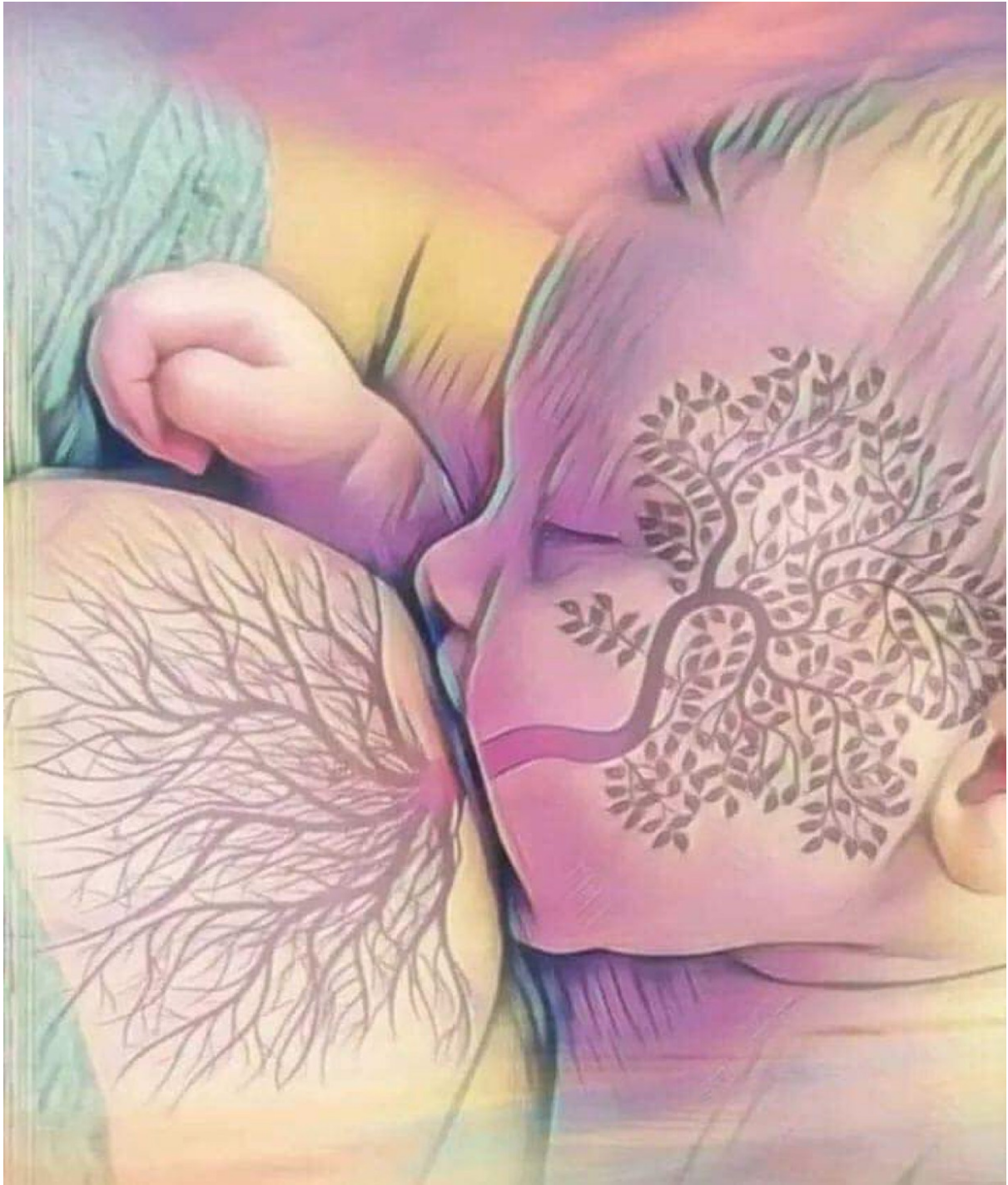
### **“Mujeres, salud, arte y cultura”**

Ximena Pozo, Médica de familia, Máster en Atención y Cuidados paliativos. Docente en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y Universidad Central del Ecuador. Quito – Ecuador. [expoza@puce.edu.ec](mailto:expoza@puce.edu.ec)

Resumen: una buena parte de nuestro autocuidado lo hace el arte y la cultura, aquello que nos enriquece, lo que da paz, alegría a nuestra esencia, que va desde el arte en saludarnos hasta una obra de arte –pintura, escultura, fotografía, cine, escritura... que nos conmueve, renueva y “recarga” para seguir siendo cuidadores adecuados. Se expone las respuestas a las preguntas en el foro virtual: Cómo me/nos cuido/cuidamos? Qué arte me/nos sostiene? El arte y cultura que nos rodea nos define y sostiene en cada instante.

Cuál es la relación entre mujer, salud, arte y cultura? Somos salud, arte y cultura.

Nuestra vida se da para ser creadoras de salud, cada pequeño viene al mundo como “testigo” de creación de salud – vida. El arte y la cultura se dan en nuestras mentes, manos, acciones, en cada paso.





Se propone la reflexión: ser creadoras de salud, arte, cultura en todos los ámbitos de nuestras vidas -incluye profesional de la salud-, así como el arte y cultura sostén de nuestras vidas -cuidado del cuidador- cuan importante son en nuestra salud como profesionales.

Cuidar sinónimo de atender, velar por, mirar por, encargarse de, estar alerta, en este caso de nosotros mismo, con cuánta frecuencia cuando hablamos de cuidar inmediatamente pensamos en los pacientes, el equipo, dejando de lado a cada uno de nosotros, si no estamos bien como cuidamos a los demás?

Una buena parte de nuestro autocuidado lo hace el arte y la cultura, aquello que nos enriquece, lo que da paz, alegría a nuestra esencia, que va desde el arte en saludarnos hasta una obra de arte –pintura, escultura, fotografía, cine, escritura... que nos conmueve, renueva y “recarga” para seguir siendo cuidadores adecuados.

La cultura latinoamericana nos “protege”, esa cercanía, familiaridad, contacto físico que existe en nosotros y nos motiva, ese mirarnos, tocarnos, abrazarnos tan latino que nos une, alimenta.

En todo esto que tiene que ver haber crecido viendo el barroco, churrigüesco en cada iglesia del centro de Quito?



Comer en una pambamesa? por poner dos ejemplos, que como andinos nos caracterizan.



El arte y cultura que nos rodea nos define y sostiene en cada instante.

Con este preámbulo se plantearon dos preguntas en el foro virtual:

Cómo me/nos cuida/cuidamos?

Qué arte me/nos sostiene?

Las respuestas, fueron de lo más variadas:



Elena Serrano Ferrández de su artículo *Mujeres y escritura del cuidado a medida*, donde se plantea un diálogo del trabajo con sillas (reutilizadas) de la artista Karen Ryan y los cuidados. La silla como uno de los símbolos clave cuando

*realizamos, por ejemplo, visitas domiciliarias. Es de destacar: Sentarse es aceptar la invitación de escuchar. Lo que llevó a recordar a Gregorio Marañón “La silla que nos permite sentarnos al lado del paciente, escucharlo y explorarlo”, a Dame Cicely Saunders “Gran parte de los dolores pueden ser aliviados sin recurrir a analgésicos, una vez que el médico se sienta, escucha y habla con el paciente”.*

La forma de cuidarse – el arte que sostiene:

- *Vida espiritual*
- *La Medicina*
- *Música, danza, poesía, literatura, fotografía*
- *Poesía, música*
- *Encuentro con los pacientes*
- *Apagar el celular*
- *Pintar, tejer*
- *Lectura, canto*
- *Experimentando mi cuerpo (danza, arte, natación, caminata, carrera), danza aérea.*
- *Alejándome de lo que me duele, acercándome a lo que me sana.*
- *Envolverme en la naturaleza.*
- *Un rompecabezas. Una canción. Un dibujo nuevo. Un nuevo reto. Una charla con una persona en quien confías.*
- *Viajar*
- *Sentándome sola en mi cama con mi cuaderno y escribir sobre cómo me siento*
- *Trabajar con la mente, las manos y el corazón*

Fotografías:





La belleza de la imagen fotográfica – escribir con luz, acompañada del silencio:





La música, con Blue diminuto planeta azul compuesto por Jorge Drexler y Joan Manuel Serrat, interpretado por Macaco:

*Todo todo ocurre en un momento*

*Un punto diminuto*

*Un granito de arena*

*Una mota de polvo del universo  
Todo todo  
Ocurre en un instante  
Las estrellas dicen  
Que nosotros somos los fugaces  
Blue, diminuto planeta azul  
Donde habitan los nuestros  
Donde habitas tú oh  
Blue, diminuto planeta azul  
Donde habitan los nuestros  
Donde habitas tú  
Blue, el punto de vista lo pones tú tú tú*

Conclusión: el arte tiene infinitas formas de cuidarnos, motivarnos, renovarnos, inspirarnos... lo que se traduce en mejor vida y atención a los pacientes, damos lo que tenemos.

## **PARTE II: Mujeres y Sistema Sanitario**

### **Capítulo 1:**

#### **“Salud de las mujeres, aspectos bioéticos de su atención clínica”**

Tema: **Salud de las mujeres, aspectos bioéticos de su atención clínica.**

Expositora: Dra. Carmen Nadal Agost (Chile)

Situación laboral: Directora Centro de Salud Familiar María Latife Saadi.  
Rancagua . Chile

e-mail: [carmennadalagost@gmail.com](mailto:carmennadalagost@gmail.com)

Resumen:

La mujer, como constructo histórico-social, posee una vulnerabilidad mayor que el hombre, ya que el sistema **sexo-género, de forma histórica y perpetuado por la hegemonia patriarcal, ha atravesado distintos sistemas de discriminación, haciendo que la** brecha de género o desigualdad entre hombres y mujeres influya directamente en la calidad de vida y la salud de

muchas personas como una determinante social más, que cruza otras variables y que, por efecto acumulativo (interseccional), generan muchas de las enfermedades evitables y propias de la población femenina. Su atención pertinente y oportuna se sustenta en una base bioética de principios de dignidad, justicia y no maleficiencia, considerando que las mujeres son discriminadas por razón de sexo sea cual sea su procedencia o clase social<sup>[1]</sup>.

**Construcción histórica-social:** La historia de la humanidad ha cargado de elementos de vulnerabilidad e inferioridad la construcción cultural y moral de las mujeres y su identidad. Se conoce, por ejemplo, el nacimiento de mujeres en las tribus considerado una “desgracia” y encomendándole labores de labradora de la tierra, pastora de rebaños y cuidadora de enfermos o personas menores o mayores dependientes. Bajo la civilización griega, pasó a ser “productora” de ciudadanos, según su condición social y luego, con el cristianismo y su desprecio por la “carne”, llegaron a llamarla “impura” o “hija del demonio”<sup>[2]</sup>. Esto explicado por una fuerte tendencia de androcentrismo que ha primado y permeado muchas áreas del conocimiento en un sistema hegemónicamente patriarcal, donde los machos humanos, en el ejercicio del poder en las esferas: social, cultural, política, económica, salud, entre otras, ha imperado en desmedro de las hembras humanas.

**Género, como determinante social en salud:** En el ámbito de la salud, más allá del modelo biológico y determinista de una genética que define la expresión del cuerpo, dentro del modelo social que aborda factores de riesgos de los contextos y estilos de vida, es reconocido que las mujeres tienen más expectativa de vida, pero la calidad de ésta está marcada de desigualdades, sobre todo en caso de pobreza. Si bien los factores biológicos se manifiestan de manera *per se* de forma desigual y son en su mayoría difíciles de prevenir, no es la situación de prevención “esperable” en aquellos factores sociales que condicionan la salud de las mujeres, en especial al ser asociadas a su rol de confinamiento en espacios privados/domésticos y como madres y/o cuidadoras. Sin embargo, este cuestionamiento no lleva los años suficientes para notar un cambio sustantivo en la historia, pues contamos aún con una ciencia que fue cultivada exclusivamente por varones hasta el siglo XX, enfatizando desde la biología y lo anatómico, “lo débil, lo inferior y lo pasivo” de la mujer<sup>[3]</sup>. Se consideró lo masculino como la norma, siendo la mujer un molde del hombre con algunas características que

más tarde fueron reconocidas como propias ( ovario en vez de testículo femenino).

Es posible afirmar que han habido avances importantes para la incorporación de las mujeres en ámbitos destinados exclusivamente para hombres, sin embargo, las raíces del asentamiento patriarcal siguen firmes y a veces invisibilizadas por el conciente colectivo de las sociedades modernas. Por ello y con este afán de lograr una *identidad femenina*, surge el concepto de *género*, que reconoce que la diferencia biológica y natural entre hombres y mujeres, denominado sexo, es sólo el “envase” de un contenido cargado de historia, cultura y moral (valores). Este contenido es determinante en la identidad de las personas y las destina a cumplir ciertos roles sociales que sólo fueron cuestionados desde el siglo XVIII con la emancipación femenina en Francia. Las mujeres confinadas a espacios domésticos, privados y con roles reproductivos y trabajos poco valorados versus los hombres, destacados en el ámbito público, productores y con trabajos valorados. Actualmente el *género* es un concepto científico y una categoría de análisis que está en continua transformación y revisión. La literatura científica ha simplificado su concepto y lo ha reducido o asimilado a otros, por ejemplo: "Usar género por sexo", "Usar género por mujeres", "Usar género por feminismo o feminista", etc. Lo que está claro es que *género*, no es una categoría homogénea y dentro de las diferencias propias existen otras colaterales que influyen como lo son la clase social, la etnia, la migración, etc. Basado en la diferencia biológica, fue impensable una mirada de relación entre géneros, con igualdad para mujeres y hombres. El período de la Ilustración trajo consigo varios cambios sociales con el nacimiento del feminismo, cuestionador hasta hoy, de la organización social y la relación ventajosa de los hombres en desmedro de las mujeres. Por ejemplo, en muchos ámbitos las mujeres tuvieron derechos conquistados más tarde que los hombres: derecho a la educación, al voto, al acceso al espacio público, etc. En sociedades jerarquizadas y desiguales, la brecha de género es marcada por la asimetría de las oportunidades sociales, el acceso a recursos y el ejercicio de poder, con una marcada dominación de los hombres gracias a teorías que ellos mismos confeccionan y perpetúan al postular la inferioridad de la naturaleza femenina. No existe una sociedad en que las mujeres posean más poder que los varones. El *género* está estratificado en el ámbito salarial, en el reparto del poder político y social, en los bienes materiales, el ocio, el cuidado de la salud, la autonomía personal, el prestigio y las oportunidades de educación, etc. en base a las características sexuales de las personas.

1. ¿ Cuán relevante es el enfoque de *género* en las políticas de Salud Pública un país? (dignidad)

El siguiente listado señala temas pendientes que harían la diferencia dentro de un Estado:

- o Respeto a la vida de la mujer.
- o Defender su valor como persona.
- o Adoptar medidas legislativas que prohíban toda discriminación contra ella.
- o Eliminar prejuicios sobre su inferioridad.
- o Suprimir la trata de mujeres y la explotación de la prostitución.
- o Elección del cónyuge por libre albedrío y matrimonio con pleno consentimiento.
- o Defender los derechos de la mujer y facilitar su acceso a todos los niveles e instancias de toma de decisiones.
- o Defender su derecho a no ser sometida a tratos crueles o degradantes.
- o Reflexionar en relación a las diferencias culturales y sociales asignadas a las personas en función de su sexo biológico y su impacto en la calidad de vida.

2. ¿ Qué brechas de género se pueden identificar en el ámbito de la Atención Primaria ? (justicia)

- o Relaciones de poder basadas en la asimetría social entre mujeres y hombres.
- o Según el Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género" (IDHG), que compara a hombres y mujeres en base a ingreso, educación y salud muestra que en ninguna sociedad las mujeres disponen de las mismas condiciones que los hombres.<sup>[4]</sup>
- o Las causas fundamentales de desigualdad entre mujeres y hombres radican en la desigual distribución del trabajo doméstico y de las responsabilidades de cuidado.
- o Trabajo no remunerado. Sin precio en el mercado. Desvalorizado
- o Pertenece al terreno de lo PRIVADO ( nadie puede implicarse)
- o Función adscrita al rol de mujeres, quienes no sólo cuidan a personas dependientes, sino también a independientes y autovalentes en cuanto al apoyo afectivo, al desarrollo de hábitos, al aseo, a la alimentación, entre otros.

- o Sistema de cuidados informales basados en el género femenino lo que trae stress crónico, aún mayor con factores asociados ( edad mayor, nivel S-E bajo, etc)
- o Los ideales de belleza inalcanzables. La belleza corporal es uno de los tópicos sobre los que se construye la identidad social femenina. La anorexia y la bulimia, expresan la fuerza de la presión de la belleza. No es que las mujeres deseen adaptarse a los modelos estéticos hegemónicos, sino que la adecuación es determinante para la construcción de la identidad social. En gran medida se las valora por su apariencia física y el cuidado corporal se orienta a remarcar la estética "femenina". A ello se añaden las exigencias sociales de proyecto profesional, pareja y maternidad. La belleza se convierte en la fuente de éxito social por excelencia y muchas de sus exigencias, supone medicaliza. Las mujeres ascienden socialmente a través de la belleza y la juventud.
- o Las Mujeres internalizan la sobrecarga, los hombres la externalizan.
- o Las Mujeres desencadenan otros problemas de salud (ansiedad-depresión) consecuencia de los hábitos de vida, mientras los Hombres delegan antes que su salud se deteriore.
- o La violencia contra las mujeres no es el resultado de actos aleatorios e individuales de mala conducta, sino que está arraigada en las relaciones estructurales de desigualdad.
- o La mayoría de los problemas de salud de las mujeres son evitables, por lo cual el énfasis en las acciones de salud debe centrarse en la promoción, la prevención y la integralidad, para dar debida respuesta a las necesidades propias de cada etapa del ciclo vital.
- o En el ámbito laboral (exposición a riesgos, reconocimiento, ingresos, trabajo doméstico)
- o Esencialismo biológico ( mujeres como reproductoras)

3. ¿ Cuáles cambios deberemos adoptar para una atención con pertinencia de *género* hacia nuestra comunidad ? (No maleficencia)

- o *Mujer como sujeto de derecho y no como vehículo para el logro de la salud de otros.*

- o *Proporcionar una atención balanceada a todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva (embarazo, parto, aborto, anticoncepción, ETS-SIDA, problemas ginecológicos, cuidado infantil y participación paterna en el mismo)*
- o *Reconocimiento del efecto de la doble o triple responsabilidad (reproductiva, productiva y comunitaria) sobre la salud de las mujeres*
- o *" Empoderamiento ", apunta al desarrollo de capacidades para el autocuidado más que entrega de conocimientos, a una mayor autonomía.*
- o *Participación de las mujeres en la definición de sus propias necesidades y en la de las prioridades y estrategias de la provisión de servicios de calidad.*
- o *División del trabajo complementaria y de dependencia recíproca.*
- o *La indispensabilidad de incorporar el elemento de adecuación y suficiencia de los servicios a las necesidades de la población, así como la accesibilidad a los mismos.*

### Ideas finales:

La superposición de roles- reproductivo, productivo y, doméstico - impone al organismo femenino una gran sobrecarga (doble, o triple, jornada laboral), cuyas repercusiones sobre los distintos componentes de su estado de salud - física, psíquica, social - pueden provocar diversas alteraciones.

El bienestar de la mujer trabajadora incidirá sobre su vida personal y familiar y, finalmente, sobre toda la sociedad.

La atención integral de salud debe ser eficiente, eficaz y oportuna, dirigida más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad.

El problema puede basarse en la entrega de una atención igual para ambos sexos cuando las necesidades de género no son iguales, en la entrega de atención diferente cuando las necesidades no son diferentes y en un trato que refuerza los estereotipos de género.

Los servicios de salud deben buscar de forma activa atender las necesidades particulares de hombres y mujeres, sin dejar de contribuir al cambio en los roles estereotipados siempre en búsqueda de la equidad.

La Igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades, al fomentar la redistribución de roles, en los cuales las mujeres no sólo estén relegadas a lo privado mientras los hombres dominan en lo público, visibilizarán desigualdades y esto será de utilidad para las políticas y los programas en salud pública, ya que el reconocimiento de las desigualdades de género permite una mejor adecuación de los recursos comunitarios y sociosanitarios a las distintas necesidades y demandas de las mujeres y los hombres cuidadores<sup>[5]</sup>.

En virtud de las diferencias biológicas y de los diferentes roles que mujeres y hombres tienden a desempeñar en la sociedad, existen necesidades y riesgos de salud que son exclusivos de uno de los sexos, o que se manifiestan diferenciadamente en cada uno como resultado de la división del trabajo entre los sexos y la valoración diferencial asignada socialmente se asocia con grados diferentes de acceso y de control sobre los recursos necesarios para proteger la salud propia y la de los demás (diferencias de poder en la toma de decisiones que afectan la salud individual y colectiva).

**La DISPARIDAD DE GÉNERO que influye en la salud de las personas y que desde el principio de justicia, es PREVENIBLE.**

Ideas fuerza:

- Las desigualdades de género, presente en la estructura social, son reforzadas por instituciones sociales, jurídicas, religiosas y políticas.
- Toda división dicotómica basada en el género subordina y desvaloriza a las mujeres, recorta oportunidades y crea barreras para la igualdad política, cultural, social y económica.
- Junto con esta discriminación basada en el género, operan otras formas de subordinación, por ejemplo, de clase social, edad, raza u orientación sexual (interseccionalidad)
- Todas las anteriores.....determinantes sociales en salud

### **Bibliografía**

1. José Martín Hurtado Gálvez. "La mujer social y la mujer histórica". *El Catoblepas* 2003; 15:18.

2. Javier De La Torre. "Mujer, Mujeres y Bioética". (2015) Disponible en:<http://kolectivoporoto.cl/wpcontent/uploads/2015/11/Varios-Mujer-Mujeres-y-Bioética.pdf> .
3. Rosa Cobo. "10 PALABRAS CLAVES SOBRE MUJER". Cap. Género. Editorial Verbo Divino. Estella Navarra. 1995
4. Teresa Ortiz Gómez. "El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer". En: Ramos García E. Actas del I Congreso Nacional de La Salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud: 2002 Mayo 9-10; Murcia, España. Madrid: Instituto de la Mujer, 2002; 30-41.
5. Tasia Sánchez. "Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres". Rev Bio y Der. 2018; 43: 179-192
6. Fuente: Género y salud Género y Salud. (Sitio en Internet) Disponible en <http://www.diassere.org.pe/gs.html>
7. Mar García Calvente, María del Río Lozano y Jorge Marcos Marcos. "Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España". Gac Sanit. 2011;25(S):100-107

---

[1] Sánchez, Tasia. Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres. Rev Bio y Der. 2018; 43: 179-192

[2] Hurtado Gálvez JM. La mujer social y la mujer histórica. *El Catoblepas* 2003; 15:18. (Sitio en Internet) Disponible en <http://www.nodulo.org/ec/2003/n015p18.htm>. Última revisión: 9-3-2019

[3] De la Torre Javier. Mujer, Mujeres y Bioética. Disponible

en:<http://kolectivoporoto.cl/wpcontent/uploads/2015/11/Varios-Mujer-Mujeres-y-Bioética.pdf> . Última revisión: 9-3-2019

[4] Vega, J.; Bedregal, P.; Hadue, L.; Delgado, I. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. Rev. méd. Chile [online]. 2003, vol.131, n.6 [citado 2019-04-15], pp.669-678.

[5] García, M.; Del Río M.; Marcos, J.; Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gac Sanit.* 2011;25(S):100–107

---

[1] Sánchez, Tasia. Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres. *Rev Bio y Der.* 2018; 43: 179-192

[2] Hurtado Gálvez JM. La mujer social y la mujer histórica. *El Catoblepas* 2003; 15:18. (Sitio en Internet) Disponible en <http://www.nodulo.org/ec/2003/n015p18.htm>. Última revisión: 9-3-2019

[3] De la Torre Javier. Mujer, Mujeres y Bioética. Disponible en: <http://kolektivoporoto.cl/wpcontent/uploads/2015/11/Varios-Mujer-Mujeres-y-Bioética.pdf>. Última revisión: 9-3-2019

[4] Vega, J.; Bedregal, P.; Hadue, L.; Delgado, I. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Rev. méd. Chile* [online]. 2003, vol.131, n.6 [citado 2019-04-15], pp.669-678.

[5] García, M.; Del Río M.; Marcos, J.; Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gac Sanit.* 2011;25(S):100–107

## Capítulo 2

### Mujeres y Migración

Johanna Lasmenia Montalvo Vázquez. Médica Familiar. [johanna.montalvo@hotmail.com](mailto:johanna.montalvo@hotmail.com)

La migración es tan antigua como la misma historia, se dice que el hombre empezó a migrar desde que empezó a buscar mejores condiciones de vida siendo sus causas de tipo económico, social, cultural, político, religioso. Se considera que los migrantes internacionales suman alrededor de 232 millones (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES), 2013), mientras que los migrantes internos representan 740 millones de personas en todo el mundo (PNUD, 2009) Es decir aproximadamente la séptima parte de la población mundial es migrante, de estos el 15% lo hace en forma indocumentada.

Los migrantes son una población que crece día a día y que, por su condición de movilidad, está sujeta a la vulneración de sus derechos siendo necesaria la vigilancia del cumplimiento de los mismos, especialmente su derecho a la salud y a la vida. Todos los migrantes independientemente de su condición migratoria tienen derecho a ser protegidos y amparados por la Declaración Universal de los Derechos Humanos; la xenofobia es un mal que ataca a la sociedad como la expresión máxima de agresión contra la dignidad humana siendo

una obligación de la comunidad internacional aunar esfuerzos para erradicarla. Este fenómeno está experimentando un proceso si lo podemos llamar así de feminización; en porcentaje estamos hablando ya del 50.1% de migración femenina por las mismas condiciones antes citadas.

La mayoría de estudios migratorios se han realizado en hombres en virtud de que eran ellos los “designados” para realizar esta dura travesía (más aún si lo hacían en condición de indocumentados) en búsqueda de mejores condiciones económicas para el hogar, quedando esposas, madres, hijas a cargo de la familia en la ciudad de origen y es así que podíamos ver en Ecuador pueblos donde la mayoría eran mujeres y eran ellas quienes se quedaban a cargo del cuidado y protección de la familia desarrollando competencias que desde la cultura machista era relegada solo para los hombres. Entonces se preguntarán ¿por qué hablamos de feminización de la migración? y la respuesta se encuentra en dos condiciones, la primera que el 70% de las causas de la migración es la económica y la segunda que las condiciones económicas en las plazas de trabajo ofertadas en los países más apetecidos para los migrantes son por así decirlo “para labores propias de las mujeres” como son limpieza de viviendas, cuidados de ancianos y niños, vendedoras y según indican los migrantes son trabajos muy bien remunerados. Y es así como la mujer empezó a encabezar la migración familiar ya que son muchas las historias donde de uno a uno han ido migrando los miembros de la familia en su proyecto de reunificación familiar. Debo indicar también que existen referencias de que siempre ha existido la migración femenina, solo que no era estudiada o visibilizada.

La mujer migrante presenta doble vulnerabilidad, la de mujer y la de migrante y para poder ejemplarizar mejor esta situación me voy a permitir dar a conocer 2 casos de la vida real.

Eran las 10 de la mañana de un día miércoles en el consultorio llegó a mi consulta “María” ella tenía 27 años, yo conocía bien su historia familiar e individual; una vida llena de violencia y machismo por parte del padre, hermanos y de su ex esposo. Tenía 2 hijos de 8 años y 5 años donde se reflejaba una profunda tristeza, esa tristeza de vivir arrimados en la casa de sus abuelos maternos, en silencio porque eran hijos de la divorciada; aquella que no fue capaz de retener a un hombre ni a un bebé, ya que producto de una pelea con su exesposo aborto y ese fue el detonante para divorciarse. Esa mañana del miércoles vino con su rostro feliz, ¡me dijo Doc. por fin!!!! ¡Me voy!!!, me voy a Estados Unidos, el sábado, ya reuní el dinero, me voy, yo estoy segura que me va a ir bien, dicen que allá hay mucho trabajo y voy a reunir para llevarles a mis hijos. La verdad era tanta su felicidad que yo no podía hacer otra cosa que felicitarle. ¿Cómo puedo ayudar? Le pregunté. En seguida me respondió, quiero vitaminas, Vitamina C, nos dijeron que llevemos muchas de esas porque vamos a ser propensos a la gripe y eso nos va a ayudar, además, quiero que me ponga una ampolla para no tener hijos, esas de 6 meses o mejor quiero que me ponga esos palitos en el brazo, dicen que esas son para 2 años. Yo sé que voy de ilegal y sé a lo que me expongo, muchas amigas ya me han contado, pero no me importa, lo que si no quiero tener un hijo en esas circunstancias. En mi interior me dije, cómo será la desesperación de María que decide arriesgar su vida, su integridad y migrar con el firme objetivo de independencia económica, social y familiar. Es evidente que quienes antecedieron a “María” le informaron que ser Mujer y ser Migrante indocumentada es sinónimo de no tener sistema de protección y por ende impunidad para los agresores; sin embargo, no puedo afirmar que esa sea la regla. En todo caso lo que si veía en “María” era una potencial resiliencia que le permitiría cumplir su objetivo.

El segundo caso es “Rosa”, ella tuvo la suerte de irse por la vía legal a sus 20 años ya que su padre se había ido 10 años atrás y gozaba de la ciudadanía y la llevó. Pude hablar con ella porque estaba de visita en su tierra, ella me contó que los primeros años fueron duros. Resulta que ella no sabía inglés como la mayoría de nuestros migrantes, cuando llegó, trató de

compartir con otros “sudacas” pero la vida es muy diferente allá me decía, aquí sabemos lo que es dar la mano al necesitado, allá no, me hablaban en inglés unas palabras, como veía que otros se reían yo también, luego me enteré que habían sido insultos. Al año me casé con un norteamericano, él hablaba poco español y yo no hablaba inglés. Al principio no había problema él trataba de hacerse entender, pero luego él cambió, todo me hablaba en inglés y yo no entendía, se enojaba. Tuvimos 1 hijo a quien me tenía prohibido enseñar español, solo inglés, sólo inglés. Poco a poco me fui alejando socialmente de su entorno, incluso de su familia. Acudí a un centro de ayuda a migrantes y empecé entre otras cosas a aprender inglés y de las leyes, ahí me di cuenta de que me había casado con separación de bienes, por fin podía entenderle los insultos que siempre me decía y enseñó a mi hijo así que con la ayuda de este centro me pude divorciar y tener la custodia de mi hijo. Aquí podemos hablar de la discriminación por migrante y por mujer, en una situación de abuso de poder al tener un desconocimiento del idioma, y también nos abre la puerta a un tema especial y es la maternidad transcultural y sus derechos que no dejan de ser.

### Referencias

1. Organización Internacional para las Migraciones. Migración y Salud. Fundamentos de gestión de la Migración. [Internet]. 2003;2:30. Available from: [http://www.crmsv.org/documentos/IOM\\_EMM\\_Es/v2/V2S07\\_CM.pdf](http://www.crmsv.org/documentos/IOM_EMM_Es/v2/V2S07_CM.pdf)
2. MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y MOVILIDAD HUMANA. La Diplomacia Ciudadana al servicio de las personas migrantes – Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana [Internet]. Available from: <http://www.cancilleria.gob.ec/la-diplomacia-ciudadana-al-servicio-de-las-personas-migrantes/>
3. PRIMER CONGRESO ECUATORIANO SOBRE SALUD Y MIGRACIÓN. SALUD MIGRACIÓN [Internet]. Available from: <http://www.saludmigracion.org/>
4. La Población Inmigrante Frente A Las Barreras De Acceso Al Sistema Sanitario. Autor: Sandra Larrauri Cantero Directora Del Trabajo: María Paz Zulueta Febrero 2013 Trabajo Fin De Grado Departamento De Enfermería. Universidad De Cantabria.
5. Mundial C. Derechos Humanos de los Migrantes en México.pdf. 2001;3–5.
6. Organización Internacional para las migraciones. Migración internacional, salud y derechos humanos. 2013; Available from: [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO\\_IOM\\_UNOHCHRPublication\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf)
7. <https://www.unfpa.org/es/news/migraci%C3%B3n-feminista>
8. <http://www.imumi.org/index.php/mujeres-migracion-y-trata/mujeres-en-la-migracion>
9. [https://www.researchgate.net/publication/327737782\\_La\\_salud\\_de\\_los\\_migrantes\\_y\\_los\\_servicios\\_de\\_salud\\_en\\_Medicina\\_Familiar\\_en\\_Iberoamerica](https://www.researchgate.net/publication/327737782_La_salud_de_los_migrantes_y_los_servicios_de_salud_en_Medicina_Familiar_en_Iberoamerica)

## Capítulo 3:

### **Mujeres, familia, trabajo y la crianza de los hijos; ayudas y protección social.**

Miquel Farrés i Fernández. Dra. Alejandra Hidalgo

La maternidad y la paternidad son un punto de inflexión vital en múltiples esferas (individual, familiar y comunitaria). Como tal las podríamos considerar acontecimientos vitales estresantes (AVE) que requerirán en cada una de sus fases transformaciones hacia aprendizaje y procesos adaptativos. El contexto inicial, las habilidades y los recursos determinarán en gran medida si estos AVE acaban generando malestares y disfuncionalidades individuales y familiares.

En la crianza y en los cuidados el contexto inicial viene fuertemente encorsetado por los roles sociales de género y las desigualdades sociales. Mitigables con los acuerdos y la distribución de las cargas de trabajo en la pareja, la conciliación laboral-familiar y la disponibilidad de recursos tanto institucionales como de la red familiar-comunitaria.

Como reclama Manuela uno de los aspectos de mejorar sería la conciliación mediante los permisos de maternidad y/o paternidad tras un nacimiento o una adopción. Más aún teniendo en cuenta que en los primeros 1.000 días de vida la interacción de un bebé con un padre, una madre o un cuidador son igual de importantes que la nutrición, la protección y el aprendizaje temprano. Según la disponibilidad y accesibilidad a estos permisos y cómo se configuren se facilitarán procesos vitales más saludables y posibilidades de mejora en muchos aspectos de gran relevancia social: los roles y desigualdades de género, las desigualdades sociales, la natalidad, la edad de procreación, el número de hijos y la regulación de la población activa.

De hecho “la igualdad exige la protección y revalorización de la maternidad, especialmente en relación con el empleo.” “Pero las sociedades más igualitarias son las que también tienen permisos más largos, sí, y las que tienen también permisos paternales largos, las que ofrecen escuelas infantiles 0-3 públicas y para todos los niños y niñas; son, sobre todo, aquellas que se preocupan de que todas las mujeres puedan ser madres y al mismo tiempo independientes económicamente durante toda su vida” (Beatriz Gimeno).

Conocer y analizar la situación actual de los permisos y qué beneficios y potencialidades tienen puede ser de interés para los profesionales de atención primaria y de un SIAP con vocación global:

#### **Situación global permisos de maternidad y paternidad:**

A pesar que la UNICEF postula que ambos progenitores deberían disponer de seis meses de permiso (el mínimo recomendado por la OMS para la lactancia materna exclusiva) la Organización Internacional del Trabajo tan solo contempla en sus convenios la “licencia de maternidad”.

- “Licencia de maternidad”: tras el parto con un mínimo de 14 semanas libres. En 98 países, pero en más de la mitad de éstos con prestaciones financieras insuficientes.

- “Licencia de paternidad”: en 70 países, siempre postparto y de pocos días de duración.

- “Licencia parental”, recomendada por la OIT, para uno o los dos progenitores una vez finalizada la licencia de maternidad o paternidad. Su duración y remuneración (sólo en el 50%

de países) es muy variable según país. Mayoritariamente presente en Europa y Asia central, y anecdótica en el resto de continentes (en América Latina tan solo en Chile y Cuba).

Europa: en 12 países existe permiso paternidad, individual y no transferible.

- Francia: 8 meses a dividir en 4 meses para cada uno, si solo uno solicita el permiso, se reduce a 6 meses.

- Portugal y Suecia combinan una parte compartible y una no compartible.

- España: madre biológica 6 semanas de baja + 10 semanas de permiso. Padre y/o parejas homosexuales 2 semanas obligatorias tras el parto/adopción + 6 semanas. Flexibilidad de periodo y de jornada (en el primer año de vida). Intransferible. También para autónomos. En 2021 serán 16 semanas en total.

América Latina:

Cuba: madre y padre pueden decidir de mutuo acuerdo cuál de ellos cuidará a su descendencia hasta el primer año de vida. (Solo 125 padres del 2006 al 2013). Opción de prestación social a las abuelas o abuelos si la madre se reincorpora al trabajo antes del año.

En Chile la madre puede decidir traspasar seis meses de su permiso al padre.

Ecuador (2014): 12 semanas de maternidad (100% de los ingresos cubiertos, por el empleador y el estado), 10 días de paternidad (100% de los ingresos a cargo del empleador).

### **Porque es importante el permiso de paternidad:**

1.Resultados económicos (European Parliament and UE Comisión 2014; OECD 2016; COFACE 2015):

- mejora del equilibrio vida-trabajo de las familias y reducción de desigualdades en el mundo laboral, de la brecha salarial y de la brecha en pensiones (de media un 40% inferiores).

- beneficioso para las empresas al retener talento, continuidad y experiencia de las profesionales, mejora del bienestar y la productividad.

2.Resultados sociales y en salud (European Parliament 2015; Hook 2006; Kotsadam & Finseraas 2011 y 2013; Huerta 2013; Fagan & Norman 2016; COWI 2008; ILO 2014):

- mejoría en la igualdad en el trabajo remunerado y no remunerado y en los cuidados. Fomento del empleo doméstico, cuidado de bebés, y implicación de los padres en los cuidados en general.

- mejora de desarrollo cognitivo del hijo y en la relación y enlaces hijo-padre. (Nepomnyaschy & Waldfogel 2007; Haas & Hwang 2009).

3. Resultados demográficos:

- facilita tener los hijos que realmente quieren (Thávenon & Solaz 2013) y efectos positivos en la fertilidad. (Duvander & Andersson 2006; Oláh 2003; Feyrer et al. 2008).

### Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades:

Hay que tener en cuenta la tendencia en los países más desarrollados a una mayor individualidad con menos redes sociales (vecindarios, comunidades...), con familias menos

numerosas y más dispersas en el territorio y a la vez en el resto del mundo hasta un 40% de los niños vive con otros parientes, como abuelos o tíos.

Los permisos de paternidad para padres solo incrementan la participación de la mujer en el mundo laboral si al finalizar los permisos de ambos hay servicios de cuidados de la infancia disponibles y accesibles. (Eurofound 2015). Si no es el caso, el permiso de los padres solo pospone el abandono de la mujer del mundo laboral en vez de aumentar la igualdad en la participación del mercado laboral.

A menudo se excluyen las personas con inestabilidad laboral, las economías informales o autónomas y las familias homoparentales. Y no se tienen en cuenta las dificultades de aplicación en los contextos rurales.

Y a la vez se precisan de otras medidas de conciliación laboral y familiar en otros muchos aspectos, como los horarios laborales y comerciales. Dando valor a la oportunidad que mediante una revalorización de los cuidados y una mayor conciliación se podría reducir la expoliación de cuidadoras de zonas más desfavorecidas, con el consecuente vacío de cuidados en sus hogares de origen.

Y volviendo a Manuela, para poder acompañar en la maternidad más allá de los conocimientos biológicos los profesionales de atención primaria deberíamos conocer y tener muy presentes los condicionantes individuales (gracias a la accesibilidad y longitudinalidad), familiares y sistémicos y ayudarla a encontrar las mejores estrategias por sí misma. Y desde un punto de vista familiar podríamos acompañar en el cambio de sistema de dos a sistema de tres, en la puericultura, en el manejo del cansancio, el estrés, los celos y las decepciones que genera la crianza.

### Bibliografía

1. Merino Murga, Patricia, Ya tenemos los permisos iguales e intransferibles, ¿y ahora qué?. Pikara online magazine. 17/07/2019. <https://www.pikaramagazine.com/2018/07/el-repliegue-identitario-de-la-maternidad>
2. Gimeno, Beatriz, El repliegue identitario de la maternidad. Pikara online magazine. 26/07/2018  
<https://www.pikaramagazine.com/2018/07/el-repliegue-identitario-de-la-maternidad/>
3. Departamento de Condiciones de Trabajo e Igualdad, La maternidad y la paternidad en el trabajo. Organización Internacional del Trabajo.
4. van Belle, Janna, Paternity and parental leave policies across the European Union. European Commission, 2016. [https://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR1666.html](https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1666.html).
5. Varios autores. Permiso para padres. Periódico El País. [https://elpais.com/agr/permiso\\_para\\_padres/a/](https://elpais.com/agr/permiso_para_padres/a/)

## Capítulo 4:

### **Las mujeres como agentes de Salud. El ejemplo de las vacunaciones infantiles.**

Pablo César Estrella Camacho. Dra. Marian Síntes Marco

Partiendo desde un abordaje histórico, la participación de la mujer en la medicina ha sido visiblemente secundaria y muy restringida. No es de extrañarse que, hasta hace pocas décadas del siglo pasado, los agentes más influyentes de los sistemas sanitarios (médicos, ministros de salud, directores y jefes de servicio, etc.) compartiendo una tendencia a nivel mundial, eran casi exclusivamente hombres, sin embargo, resulta paradójico aperebirse que las mujeres, mucho tiempo antes de adentrarse en la pugna de la defensa de sus derechos e inclusive su entrada al mundo laboral, ya tenían un rol protagónico y de suma importancia al encargarse de los cuidados médicos de la familia. Ha sido una querencia, que las madres fungieron como las principales agentes de salud del núcleo de la sociedad, cuidando a los hijos y familiares enfermos, recordando visitas, acompañando a controles médicos, administrando medicamentos y ofreciendo alternativas curativas. Este comportamiento y hábitos, fuertemente perceptibles, inclusive hasta nuestros días, ya ha sido descrito por las investigaciones en psicología desarrolladas por Carol Gilligan en 1982, primera profesora de estudios de género de la Universidad de Harvard, donde se definió el rol femenino de **mujer cuidadora**.

Este concepto hace una distinción singular acerca del desenvolvimiento y desarrollo moral de las mujeres, poniendo énfasis en que la *ética del cuidado* se centra en la construcción de una relación interpersonal, cuyo objetivo es la protección y alivio de la persona vulnerable, sin olvidar su contexto, valores y la comunidad en la que vive.

Tal es el impacto e importancia de la ética del cuidado, que una vez que la mujer se ha incorporado con la suficiente naturalidad a todas las profesiones o responsabilidades que la atañen en el marco de la salud, se ha podido ver cómo la perspectiva de género y la función de la mujer, y más puntualmente, de la madre, es trascendental para abordar determinadas patologías, e inclusive, ciertas situaciones sanitarias, y tal es la cuestión, que existe respecto a los calendarios vacunales.

Al referirnos a la vacunación como una forma de inclusión social, resulta apropiado entender las dimensiones económicas, sociales y políticas en las que están envueltos los organismos que controlan y estandarizan la salud pública. Es aquí, cuando debemos hacer la distinción entre dos sistemas de **justicia sanitaria**, mismos que determinarán el proceder de los dos protagonistas de este caso, la madre como agente de salud, y el Estado como facilitador de recursos sanitarios y económicos.

Por un lado, tenemos el modelo de justicia sanitaria liberal, en el que el Estado debe reducir al mínimo su accionar y limitarse a hacer posible la libertad de decisión de los

individuos (en este caso, las madres), únicamente participando en el suministro de información para vacunaciones y educación sanitaria. La asistencia, no constituye un derecho, sino un servicio voluntario en un sistema de intercambios libres. Como ventajas, se tiene que este sistema no coacciona la libertad de los profesionales ni los pacientes, su gestión inspirada en criterios empresariales podría ser más eficiente, ofrece a través de incentivos económicos la iniciativa individual y excelencia en el ejercicio y además potencia la responsabilidad de las mujeres al cuidado de sus niños.

Como inconvenientes del modelo sanitario liberal, encontramos que permite brechas y desigualdades en la atención a necesidades básicas, provoca malestar y rencor social como resultado de la inequidad y monetiza la relación médico paciente.

Por otro lado, tenemos el modelo de justicia sanitaria socialista, en el que muy por el contrario al liberal, el Estado tiene la obligación de atender las necesidades en salud de la población de un modo igualitario, convirtiéndose la asistencia en un derecho positivo exigible. Así mismo, es el Estado quien funciona como el empleador directo de la mano de obra sanitaria, construyéndose sistemas de asistencia colectiva cuyo sustento económico radica en la inversión pública antes que por las leyes del libre mercado.

Si bien parecería un arquetipo ideal y modélico de justicia sanitaria, tiene ciertas desventajas, entre ellas, que puede existir cierto nivel de coartación de las libertades individuales (tanto para las madres como los médicos), hay despersonalización del trato volviéndose impersonal y burocrático, y la menor eficiencia cuando a nadie le importa el despilfarro o mal uso de los fondos públicos.

A criterio personal, considero que conferir condicionantes al momento de entregar beneficios monetarios a sectores demográficos desfavorecidos, como en el caso del PBF, es una medida apropiada para regular y controlar el buen uso y empleo de los recursos, y conferir una mayor adquisición de responsabilidad a los destinatarios (en este caso las madres en extrema pobreza) del dividendo entregado.

Es importante aclarar que mi perspectiva va más enfocada en la defensa de una justicia sanitaria que promueva y garantice la protección, acomodación, sustentación y mejora de la salud pública. Dicho esto, pienso que exigir el calendario vacunal no podría jamás considerarse una medida coercitiva o punitiva de parte de los organismos estatales. Esto lo digo porque en principio, estamos evaluando un caso donde vemos a la vacunación como una de las garantías necesarias de cumplimiento de las corresponsabilidades que debería (idealmente) tener una

madre respecto al cuidado de sus hijos, indistinta e independientemente de si recibirán un rédito o bono económico que permita sustentar sus necesidades.

Resulta evidente, que nos encontramos con varias ventajas si asociamos esta medida como una forma de promoción efectiva de la salud pública, puesto que:

- Se disminuye la desigualdad de la asistencia sanitaria.
- Promueve con mayor facilidad el bienestar colectivo (la salud del hijo y la seguridad social de la madre).
- Desmercantiliza la relación con los actores de la salud en la administración de vacunas.

Muy por el contrario de lo que suele pensarse, esta cooperación mutua entre la madre y los organismos estatales jamás representará una forma de socavar la autorresponsabilidad que debe tener la madre para mantener y recuperar la salud de sus hijos.

Convengamos recordar que, el concepto central a promover de la *ética del cuidado*, revisada en el preámbulo de este resumen, es la responsabilidad. Consideremos que la sociedad no es un conjunto de individuos solos (las madres no están solas), entre personas formamos parte de una red de relaciones (por ello la creación del Estado como ente regulador de la salud pública). La *ética del cuidado* cuestiona fuerte y tajantemente la base de las sociedades capitalistas y neoliberales, donde la base es el intercambio de valores idénticos (*Quid pro quo*). Si se aplica la responsabilidad, el intercambio nunca es exacto, pues es dependiente de la necesidad individual. La **corresponsabilidad** es un concepto que ha de existir entre hombres y mujeres y en todos los ámbitos: familia, política, los valores, relaciones sociales, y por sobre todo, la salud.

#### **Fuentes Bibliográficas:**

1. GAZOLA Hellman, Aline. (2015). “¿Cómo funciona Bolsa Familia?: Mejores prácticas en la implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina y el Caribe.” Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. doi: IDB-TN-856. <https://publications.iadb.org/handle/11319/7210?localeattribute=es&locale-attribute=en&#sthash.aO18Q213.dpuf%20%0D>
2. GILLIGAN Carol. (2013). Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas La ética del cuidado. N° 30 (2013). 26/07/2019, de Fundació Víctor Grífols i Lucas Sitio web: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Ccuaderno30.pdf>

3. SÁNCHEZ GONZÁLEZ, M. (2013). Bioética en ciencias de la salud (pp. 415-420). Ámsterdam: Elsevier España.
4. OPS (2017) Ministerio de Salud Pública de Ecuador – Informe y evaluación de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI) [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=inmunizaciones&alias=673-evaluacion-de-la-estrategia-nacional-de-inmunizaciones-ecuador-2017&Itemid=599](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=inmunizaciones&alias=673-evaluacion-de-la-estrategia-nacional-de-inmunizaciones-ecuador-2017&Itemid=599)
5. MIES Ecuador (2016) Bono de Desarrollo Humano: Corresponsabilidades <https://www.inclusion.gob.ec/mies-promueve-corresponsabilidad-de-las-personas-que-reciben-el-bono-de-desarrollo-humano/>

## Capítulo 5:

### **Las mujeres como agentes de Salud. La experiencia de las parteras indígenas en Azuay.**

Luci Matailo Montenegro

Históricamente en todas las culturas la partera se encargaba de asistir el embarazo, parto y el puerperio de la madre y al recién nacido, pero desde la época de la educación formal universitaria los médicos han pretendido ser los únicos capacitados para proporcionar atención a este grupo y convirtió un acto natural a un evento patológico y relegó la actividad de la partera a un ejercicio popular y folclórico. Sin embargo, a partir de 1978, bajo la influencia de la declaración de Alma Ata que propone una estrategia de promoción y desarrollo de la medicina tradicional, se habla de articulación, integración y cooperación, pero también de conflicto, coerción y discriminación.

El concepto de partera es polisémico y el significado difiere dependiendo de quien lo utilice. El médico occidental que privilegia los aspectos biológicos y técnicos, donde la salud es un hecho sanitario desligado de la realidad social y cultural la llamará “empírica, primitiva” y hasta peligrosa dando pie a un juego de poder matizado por desigualdades y asimetrías donde las dos partes minimizan el trabajo del otro y auto valorizan el suyo.

La constitución del Ecuador de 2008 reconoce y garantiza el derecho a mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos, saberes ancestrales, sus medicinas y

prácticas tradicionales. En un intento de vincular las prácticas de la medicina tradicional (en particular de las parteras) y el sistema de salud convencional, el ministerio de salud pública del Ecuador en el año 2012 implementó el Modelo de Atención Integral de Salud,( MAIS) para incorporar los conocimientos y prácticas de salud ancestrales a la práctica. Dentro de este contexto no se consideró el riesgo de que el sistema aplicaría modelos interculturales desde una visión etnocéntrica que desembocó en la adopción de un enfoque multiculturalista que respeta y tolera la diversidad cultural pero que se opone a interactuar.

En nuestro país las parteras se han articulado a algunas unidades de salud del ministerio de salud pública pero han terminado invisibilizándose o cumpliendo papeles auxiliares, menguando sus saberes tradicionales y además que han subsistido en condiciones precarias, constantemente amenazadas con la desaparición.

Lejos de esta discusión vale recalcar que la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de las mujeres y en nuestro medio este hecho se ve revestido de valores culturales sociales, y emotivos; las creencias y ritos alrededor de la maternidad la mayoría de veces se conjugan en la figura de la partera, en quien la familia y la comunidad delega la responsabilidad del cuidado de la reproducción biológica y sociocultural y la impregnan de significado a su propia existencia y al del sujeto o sujetos que atiende.

Cada una de las nacionalidades y pueblos tienen sus propios sistemas médicos y concepciones de la salud y la enfermedad y dada la importancia que envuelven al embarazo y el parto este acontecimiento es conducido principalmente por mujeres parteras, también llamadas comadronas.

En la zona indígena del Azuay localizada en las comunas de Chunazana, Ayaloma, Zhiña y Puca del cantón Nabón, las parteras son acreditadas por su propia comunidad, tienen gran aceptación y conocimiento de la equivalencia entre mujer y fertilidad, debido a la condición femenina y la vivencia que ellas mismas tienen del embarazo, el parto y el puerperio, de estos eventos se desprenden ritos mágico religiosos que están bajo la responsabilidad de las parteras que comparten estas mismas creencias con su comunidad.

El oficio de partera nace por vocación y se desarrolla por tradición, pero necesita cumplir ciertos requisitos: ser indígena y hablar quechua es requisito para que su conocimiento sea legitimado respetado y aceptado por las comunidades mencionados, aunque hay muy pocos

varones, el arte lo aprenden generalmente las mujeres jóvenes. Este aprendizaje está basado en la transmisión del conocimiento de la partera más experimentada que por lo general es la madre o abuela. La forma de atención del parto se aprende en la práctica ayudando a otra partera.

Otra característica ineludible es que la partera realiza su actividad por convicción, y no por dinero, porque son más importantes las relaciones de solidaridad y reciprocidad al interior de la comunidad.

**En el embarazo:** la atención va desde el diagnóstico de embarazo, el tiempo de gestación, predice el sexo del niño y trata las molestias atribuidas a la debilidad, al frío y al calor, al aire o al sol. Cura del espanto y “acomoda” al niño para evitar la cesárea.

**Durante el parto:** Prepara el lugar y los materiales a utilizarse durante el parto, sugiere quienes deben acompañar y cuál es la mejor posición para parir en cuclillas o arrodillada. Asiste el alumbramiento y dispone, junto con la familia, el destino de la placenta, el cordón y el meconio y realiza los rituales que rodean al recibimiento del niño y que marcarán su futuro.

**En el puerperio:** Acompañará en las primeras horas de posparto y luego harán visitas a la madre y al recién nacido, cumplen con las costumbres del baño, el “encaderamiento” y consejería en alimentación, planificación familiar, y cuidados de la puérpera y del niño.

Además del rol principalmente obstétrico las parteras también son curanderas con un amplio conocimiento del poder curativo de las plantas y atienden diferentes problemas de salud de todos los miembros de una familia, dentro de la comunidad son consideradas lideresas, una autoridad, guías espirituales, consejeras matrimoniales y en muchas veces son el enlace con la medicina occidental.

En la zona indígena del Azuay las parteras acompañan y atienden junto con el personal médico a sus pacientes, donde las instalaciones del centro de salud se adecuaron para permitir que la partera acompañe y realice las prácticas culturalmente aceptadas en la embarazada y su hijo.

A pesar de la evolución del discurso de los organismos de salud de reconocer a las parteras como agentes de salud aunque tengan las habilidades y conocimientos para ser consideradas como “capacitadas” se repite la constante de colocarla como figura externa al sistema de salud y cuya proximidad dependerá del grado de subordinación a la medicina occidental. Sin embargo las comunidades indígenas del austro del Ecuador continúan prefiriendo la atención

tradicional del embarazo y parto en el seno del hogar y con la diligente y familiar asistencia de la partera.

### **Bibliografía**

1. Glove V. (1993) *Parteras entre brujas y doctores*. Recuperado de: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/528/3/TFLACSO-02-1993VGM.pdf>
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018) *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS*. Quito, Ecuador, Ministerio de Salud Pública.
3. OPS/OMS (2016) *Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas*. Washington DC
4. Quezada, A (1992) *La práctica médica tradicional en las provincias de Azuay, cañar, El Oro y Morona Santiago*. Cuenca, Ecuador IDICSA,
5. Red Latino Americana y del Caribe por la Humanización del Parto y del Nacimiento (2017), *La Partera Tradicional en nuestra región*. Recuperado de: [http://partera.com/pages\\_es/tps.html](http://partera.com/pages_es/tps.html)
6. Sigcho, R (2019) *La atención prenatal, natal y posnatal de las parteras tradicionales en comparación con la atención brindada en el centro de salud de Quingeo*. Universidad del Azuay, Cuenca.

## Capítulo 6:

### **La despenalización del aborto voluntario, salud pública y bioética**

Ana Lucía Martínez Abarca. MD, MSc, PhDc

El mundo debate sobre el aborto, América Latina es el ojo del huracán siguiendo los pasos de Europa y Estados Unidos, éste último con un precedente histórico que sigue vigente y sirve de fundamento para la región y el mundo, me refiero a la Sentencia de la corte de Suprema de Justicia de los Estados Unidos conocida como Roe vs Wade ([https://www.plannedparenthood.org/uploads/filer\\_public/bb/64/bb64e3b0-3a02-4705-b126-de799980d8db/roecontrawadeantecedenteseimpacto\\_2010-05.pdf](https://www.plannedparenthood.org/uploads/filer_public/bb/64/bb64e3b0-3a02-4705-b126-de799980d8db/roecontrawadeantecedenteseimpacto_2010-05.pdf)).

En América del sur, desde la despenalización total en Uruguay en el 2012 el nacimiento de la marea verde en la Argentina en 2018 y 2019 pone de manifiesto un nuevo paradigma de derechos humanos que tiene como principal eje la salud pública y un análisis social, moral y ético desde el principio de la Autonomía.

En mis clases de Bioética desde hace cinco años, abordamos los temas controversiales como Eutanasia, distanasia, trasplante de órganos y aborto, desde la identificación del cambio de paradigma que atraviesa a la medicina como disciplina, me refiero a que ya no hablamos de medicina, hablamos de salud, no hablamos de vida, hablamos de calidad de vida y no hablamos de deberes y obligaciones, hablamos de derechos. Entonces el enfoque sobre los temas complejos de discutir aparece con una nueva cara que, innegablemente transformará a la medicina más temprano que tarde. En el caso de la interrupción del embarazo es imposible no llegar a la división de los criterios y posturas atravesados por un activismo social y político contrapuesto al dogma religioso en mayor o menor grado.

Me permito citar a Marcela Ferrer y Pamela Eguiguren quienes aportan al texto Bioética en salud Sexual y reproductiva de las autoras Chilenas Adela Montero y Rosa Niño, la discusión bioética sobre el aborto pone en contrapunto la racionalidad científica vs la moralidad y espiritualidad social en su punto más visceral:

*“La discusión predominante se ha centrado en el estatuto moral del embrión. ¿en qué*

*momento el embrión comienza a tener derecho a la vida? Está claro que privilegiar esta pregunta resulta funcional para los oponentes al aborto, pues es el camino directo para autodenominarse pro-vida y abrir espacio para que sus detractores sean rotulados como anti vida o pro muerte. Como contrapartida, se argumentan los derechos de la mujer como agente moral, derechos que primarían por sobre cualquier otra consideración...*” (Ferrer,Eguiguren. 2016)

En Ecuador, como en los demás países donde las legislaciones restringen el acceso al aborto como parte de la salud pública, el debate toma especial potencia cuando contrapone el dogma que no sólo propone defender al embrión pero además limita y coarta los derechos fundamentales de las mujeres.

El debate bioético no es sencillo, pero se enmarca en el cumplimiento de las leyes como herramientas que garantizan la convivencia social y en tiempos de naciones unidas los derechos humanos, no es posible hablar de aborto sin hablar de feminismo, enfoque de género y derechos humanos, las leyes actuales en Ecuador admiten el sistema de causales donde se considera la salud y la vida de la mujer, y de igual forma si hay violencia sexual en mujeres con discapacidad.

## Capítulo 7:

### Violencia Obstétrica

Nathalia León Rojas (Colombia). Tutora: Sofía Cañadas (Ecuador)

En el hospital Mariano Estrella, en Zenda, Cuenca, Ecuador, se ofrece a las mujeres parturientas que elijan cómo parir. Es “atención de partos en libre posición sin complicación, desde el enfoque intercultural”. Al oírlo, Juan, médico español, se asombra y piensa “¿Hasta ahora no se podía?” ¿En qué hospitales de América Latina y España-Portugal se permite elegir postura de parto?”

*“Apolo, hijo de Júpiter y de Latona, va a nacer. Ilitia, árbitro de los dolores vuela a Delos donde está Latona. Ésta, sintiéndose próxima a parir, se sobrecoge, y abrazándose a una palmera, apoya las rodillas en el tierno césped. La tierra entonces le sonrío y nace Apolo”*

*Homero*

La OMS, en la lista de recomendaciones para una experiencia de parto positiva, indica que “*se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su*

**elección, inclusive las posiciones erguidas**". Desde 1668 el obstetra y cirujano francés François Mauriceau puso "de moda" la atención del parto en decúbito dorsal como indicación de status, ya que le permitía al médico utilizar los fórceps y tener una posición más cómoda (para él) en la atención (1,2). Desde entonces, en la mayoría del mundo occidental, el parto se convirtió en un proceso pasivo y horizontal y no activo y vertical.

En la historia, distintas culturas han representado su tradición para la atención del parto, en la mayoría de estas, en posición libre y predominantemente vertical. Por ejemplo, en el antiguo Egipto, en el templo de Dendera, se encuentra la representación gráfica en piedra de una mujer pariendo en cuclillas con la asistencia de dos diosas. De las culturas mayas, andinas y aztecas se han encontrado esculturas de diosas pariendo en vertical, como por ejemplo de la diosa Azteca Tlazolteotl (diosa luna de la fértil tierra, patrona del erotismo, del parto y del destino) se encuentra una escultura pariendo en cuclillas, con la cabeza elevada mostrando los dientes y con las manos en las nalgas (1).

La obstetricia del latín *obstare* "estar a la espera" surge desde la prehistoria, a raíz de la necesidad de acompañar partos complejos o por experiencias de muertes maternas o fetales. En casi todas las culturas las acompañantes en el parto era mujeres y en las representaciones y la mitología esta tarea se les encomendaba a las diosas y no a los dioses. Pero a pesar de esto, se le reconoce a un hombre como el padre de la obstetricia, Sorano de Efeso (98-138 d.C.) quien escribió el tratado sobre el parto en donde describe maniobras para la atención en podálica o manejar la distocia de hombros, el cual se usó durante siglos. Muchos años después, luego del renacimiento, fueron los hombres quienes se apropiaron de la obstetricia e inventaron elementos como el fórceps o las cesáreas. Incluso, Fielding Ould (1710–1789), introdujo el decúbito lateral izquierdo para el parto y fue conocido como el primer maestro en este arte en Irlanda. Como excepción, una mujer, Madame Lachapelle en 1821 publicó un libro sobre la experiencia de atender partos en París (3). Todas estas intervenciones y avances de la ciencia, fueron quitándole protagonismo poco a poco a la mujer es su libre decisión del parto, y se llevó a la medicalización del proceso, convirtiéndolo en un estado de "enfermedad" y no es un estado fisiológico que requiere acompañamiento, haciendo que primara ante todo la comodidad del médico en la atención y no la libre elección de la madre. Para los años 60, se introduce el uso del monitoreo fetal, que impide a la madre el libre movimiento y además se traslada la atención del parto del ambiente domiciliario al hospitalario (2). Todo esto con el fin de reducir la mortalidad materna y neonatal, pero a costa de aumentar el intervencionismo, la medicalización y el gasto sanitario que en algunas veces es excesivo.

En países como Colombia, las mujeres buscan pagar servicios privados de atención del parto para poder sentirse cómodas y poder decidir cómo, dónde y con quién parir, convirtiéndose entonces en un privilegio de las más adineradas. El resto de mujeres, deben asistir a hospitales públicos y privados en donde se atiende el parto en posición de litotomía, amarradas a los cabestrillos. En cambio, en el país hermano Ecuador, el parto respetuoso, en libre posición y con pertinencia intercultural se inscribe en la política del Ministerio de Salud Pública (MSP) llevando a que en el 2015 se atendieran 13.785 partos en libre posición. En otros países, a pesar de existir la opción de la elección como en España, al realizar encuestas, la mayoría de mujeres refieren que prefieren dar a luz acostadas, esto demuestra cómo “el instinto” puede ser influenciado fuertemente por la cultura, a pesar de que estudios han mostrado que el parto vertical mejora las eficacia y eficiencia de las contracciones, disminuye el tiempo del expulsivo, es más fácil el pujo, disminuye el dolor y mejora el bienestar fetal (4).

### Referencias Bibliográficas

1. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012 enero; 38(1).
2. García Hernández M, Jiménez Sanchez C. Las posiciones maternas durante el parto: una visión diferente desde la enfermería. 2017. Trabajo fin de grado de enfermería. Universidad Autónoma de Madrid.
3. Sedano M, Sedano C, Sedano R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Revista Médica Clínica de las Condes. 2014 Noviembre; 25(6): p. 866-873.
4. Pérez Alcalá E. La diferentes posiciones maternas durante el parto. 2015. Trabajo de fin de grado de enfermería. Universidad de Jaen.

## Capítulo 8:

### **Violencia de género en la formación médica de posgrado, trabajo realizado en la Universidad Central del Ecuador (UCE) 2019.**

Md. Ana Vargas, Dra. Rita Bedoya

La violencia de género en posgrado en Ecuador es poco estudiada. En la Universidad Central en

diciembre del 2017 se aprobó un “protocolo general para la prevención, atención y sanción de los casos de violencia sexual y de género”, que ha sido el pionero en las universidades de Quito. Este protocolo ha logrado 9 destituciones de profesores, dos de los casos más importantes involucran profesores de la facultad de medicina.

En este contexto se desarrolla un estudio mixto, que por un lado realiza una encuesta on line y por otro efectúa entrevistas en profundidad, a autoridades de la facultad de medicina y a profesionales que en la encuesta reportaron haber sufrido acoso durante su formación de posgrado. Esta investigación constituye la tesis de grado de especialista en medicina familiar de la Dra. Ana Vargas.

Al momento el estudio está en fase de análisis de los resultados de la encuesta y en etapa de levantamiento de información de las entrevistas en profundidad, se espera que, para agosto del 2019, el estudio esté concluido y sea posible comunicar los resultados.

La encuesta fue socializada en medios electrónicos, enviada por e-mail y redes sociales, Facebook, Twitter e Instagram, a un total de 2.134 egresados y posgradistas de cualquier especialidad médica de la UCE, que hubiere o estén cursando sus estudios en esta institución desde el 2012 al 2019

La encuesta constaba de 20 preguntas de opción múltiple y un espacio para comentarios libres al final, el formulario estuvo abierto desde el 1 al 17 de febrero 2019

El total de respuestas fue de 358, el promedio de la edad de los encuestados fue de 34 años (desde 24 a 63), con un rango de 39 y una desviación estándar de 5.8. En cuanto al sexo: mujeres 257 (72%) y hombres 101 (28%). Con una razón de mujer/hombre de 2.5 a 1. En la orientación sexual: 255 heterosexuales, 2 homosexuales y 1 bisexual. En el estado civil: 49% casados, 38% solteros y 13% entre divorciados, separados, unión libre y viudos. De los encuestados 199 (56%) tenían hijos y 159 (44%) no, de los 199 padres el 50% tienen 1 hijo, el 41% 2 y el 9% 3.

La participación por especialidades fue mayoritariamente por medicina familiar, seguida de medicina interna, pediatría y ginecología. Una marcada preeminencia de las especialidades clínicas y con importante presencia de mujeres.

En cuanto a la pregunta de haber cursado asignaturas de género en la formación de posgrado, la mayoría, el 67% (239) respondió que no y el 33% (119) que sí. Notándose un vacío en la formación en general sobre este tema de salud pública.

Cuando se preguntó directamente si había vivido o presenciado violencia de género el 86% (308) respondieron afirmativamente y un 14% (50) negativamente.

Sobre las formas de violencia de género que se identificaron, la principal fue: los comentarios

peyorativos, seguida de acoso e impedimento para conciliar la vida familiar con el posgrado.

Al preguntar si conocían que se haya hecho un reporte de estos casos, el 63% dijo que no, el 33% que no tenía conocimiento si se hizo o no el reporte y un 4% que sí. Evidenciándose que la mayoría de casos no se denuncian a las autoridades.

Cuando se preguntó de quién proviene la violencia de género, las tres principales fuentes fueron: los tratantes, los profesores y los pacientes.

El trabajo doméstico y cuidado de los hijos recaen en el 85% en las mujeres (303) Versus el 2% (7) hombres y el 13% (48) que dicen no hay diferencia.

Otra pregunta que se hizo en relación al género y la apariencia física como variables importantes para lograr oportunidades de aprendizaje en el posgrado, reveló que sí lo son para 46% (166) de los encuestados y que no para el 54% (192).

Una respuesta inquietante sobre esta encuesta es la falta de conocimiento de los estudiantes sobre políticas que protejan o promuevan la igualdad de género. Ya que el 93% (333) desconocen y sólo el 7% sabe de alguna política. Por esta razón se comprende la falta de denuncias y la poca visibilidad del problema de violencia de género.

### **Conclusiones preliminares**

La violencia de género en la formación médica de posgrado es percibida por un 86% de hombres y mujeres, por lo que sigue siendo un problema el acoso, los comentarios peyorativos y las dificultades para conciliar la vida académica con la vida familiar. Las cargas del cuidado de los hijos se viven de manera asimétrica. Se reportó en los comentarios de la encuesta que, aun son amenazadas con expulsión en caso de embarazarse y se les niega los derechos de lactancia, se reintegran tras parto a los 7 días a cumplir con sus labores asistenciales y no salen 2 horas antes cuando están en período de lactancia, por no estar amparadas bajo la Ley Orgánica de Servicio Público LOSEP durante el posgrado.

## **Capítulo 9**

### **Feminismo, paternidad y nuevas masculinidades.**

Por: Aquiles Rodrigo Henríquez Trujillo

Médico de familia, docente e investigador del Grupo One Health, Universidad de Las Américas, Quito, Ecuador.

Declaro primero mis sesgos y etiquetas. Escribe un mestizo, 'sudaca' hispanohablante, cis-masculino, heterosexual, casado con una feminista de cepa, padre de tres, y formado como

médico de familia en la tradición occidental norteamericana y eurocéntrica ‘basada en la evidencia’. Todo un barroco mental.

### *Preámbulo*

Los cambiantes roles y las prácticas de los hombres como padres son un tema de creciente interés y debate social en la cotidianidad contemporánea (aunque podemos cuestionarnos ¿lo son?). Los feminismos nos han dado una nueva perspectiva sobre las masculinidades y sus roles, incluida la paternidad. Como en la historia de Andersen “El traje nuevo del emperador”, los feminismos nos gritan frontalmente “¡pero si está desnudo!” al ver pasar nuestros caducos roles patriarcales. Esos roles alienados y construidos por una ideología dominante hasta volverlos carne, quedan al descubierto ante la acertada crítica feminista. No profundizaré al respecto, porque tengo la certeza que las y los asistentes al SIAP Quito nos prodigarán con sus aportes.

Quiero que dialoguemos sobre: a) la alienación de la masculinidad en manos del patriarcado; b) de cómo esta alienación es tal, en el sentido que va, a la luz de la nueva evidencia científica, contra natura; c) de cómo los roles asumidos en torno a la paternidad, afectan la salud individual y familiar; y d) si lenguajear las diferencias sexo/genéricas desde la biología y la antropología social, enriquece nuestra perspectiva sobre las masculinidades.

Una comprensión más profunda de la paternidad en términos de la (re) configuración de las masculinidades es particularmente relevante, y existe un creciente número de estudios y relatos al respecto (ver las lecturas sugeridas al final).

El cambio aparente tiene que ver con que los hombres deseen, se conviertan, o se vean obligados a convertirse, en hombres más involucrados como padres en un sentido práctico (hacer) y afectivo (sentir). Entre las razones para el aparente cambio se incluyen el rol cambiante de las mujeres en la fuerza laboral, el aumento en el número de divorcios, y el declive de la autoridad tradicional patriarcal y masculina (Revisar: Claudio Naranjo 1994).

Si hablamos del prototipo occidental eurocéntrico y anglosajón, Mark Finn y Karen Henwood (2009) describen bastante bien el ámbito de los nuevos roles de la paternidad de la clase media blanca británica, donde se espera que los hombres cambien y rechacen la idea del padre tradicional autoritario, desinteresado, ausente y emocionalmente distante, que prodiga cuidado indirecto desde su rol de proveedor (‘salir a trabajar’) o con actos de servicio (arreglar la bicicleta o el juguete, hacer de chofer, bricolaje y arreglos varios en casa). El estereotipo del ‘nuevo’ o ‘buen’ padre está ampliamente representado en los medios de comunicación, e implica un estilo de paternidad compartido e igualitario, el padre que ‘cuida y se involucra emocionalmente’, y participa activamente en las responsabilidades domésticas y la vida

familiar. La pregunta que cabe es si estos nuevos roles, son un cambio genuino y necesario, o una extensión de roles de un modelo de desarrollo económico que no ha cambiado y solo busca nuevas formas de consumo, sin cambiar las condiciones de explotación de base.

### *De la alienación de las masculinidades en manos del patriarcado*

La maternidad y la paternidad capitalistas son el estereotipo de la alienación marxista (Revisar: [Karl Marx](#) (1844). Manuscritos económicos y filosóficos. [Primer Manuscrito: IV. El trabajo enajenado](#)). En el modelo capitalista estos roles no son naturales, sino una actividad ajena, forzada. ¿A quién pertenecen entonces? Al modelo económico. En la maternidad la mujer burguesa se ‘realiza’ en su rol reproductor que se ejerce en la esfera de lo privado, y en la paternidad el hombre burgués ya no tiene excusas para evadir su rol de ‘proveedor’ que ha de ejercer en la esfera de lo público. Ambos deben resignarse a sus roles históricamente establecidos por el patriarcado.

### *¿La masculinidad patriarcal va contra natura?*

Nuevos estudios muestran que convertirse en padre conduce a una fuerte disminución de los niveles de testosterona. Si bien se ha estudiado que en diferentes especies (incluidos los primates) los altos niveles de testosterona pueden ayudar a los machos a ganar una pareja para copular, los rasgos de conducta relacionados con la testosterona (como agresión y competitividad), son menos útiles cuando se trata de la crianza. En un estudio de cohorte en Cebú, los nuevos padres mostraron una caída del 26% en los niveles de testosterona matutina y una disminución del 34% en los niveles nocturnos, en comparación con sus coetáneos que no eran padres (Ver la nota de Elizabeth Norton en la revista Science). La caída de la testosterona parece ser un ajuste biológico que ayuda a los hombres a cambiar su conducta cuando nacen sus hijas/os. El estudio también reveló que los niveles de testosterona fueron más bajos en los hombres que pasaban mayor cantidad de tiempo dedicado al cuidado de sus hijos. Lo interesante de estos estudios es que contradicen la visión clásica de que los hombres ‘evolucionaron’ para ser cazadores y proveedores.

### *Paternidad, salud y mortalidad. Otras perspectivas sobre las masculinidades*

Si reconocemos las ventajas injustas que los hombres obtienen del patriarcado, también debemos reconocer que los privilegios patriarcales vienen también a un alto costo para los hombres (ver Juan Guillermo Figueroa (2014). Para Juan Guillermo el costo relacionado con la forma de vivir la paternidad patriarcal incluye estrés, soledad, miedos, tensiones, y en la

situación más extrema muertes, lo que abona a la fragilidad de las masculinidades patriarcales. El problema nuevo según Figueroa es cómo nombrar esta problemática dado que, en la discusión sanitaria, los problemas de salud asociados a la paternidad están ausentes, innominados. ¿Podemos hablar de mortalidad paterna, salud paterna, y paternidad sin riesgos? Me uno a Figueroa al decir ¿por qué no?

¿De qué formas no poder cumplir con lo que muchos hombres perciben como su principal atributo y responsabilidad como progenitores, la provisión de bienes materiales, se asocia con crisis que aumentan su riesgo de enfermedad y muerte? Sabemos por diferentes estudios que cada punto porcentual de las tasas de desempleo aumenta significativamente el riesgo de mortalidad en hombres adultos (Ver: Williams C, et al. Effects of economic crises on population health outcomes in Latin America, 1981–2010: an ecological study. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/1/e007546.full.pdf> ). Si hablamos de salud materna y mortalidad materna, debemos también hablar de ¿salud paterna, y mortalidad paterna?

*Lecturas recomendadas:*

1. Claudio Naranjo. **The End of Patriarchy: And the Dawning of a Tri-Una Society**. California: Amber Lotus; 1994.
2. Finn M, Henwood K. **Exploring masculinities within men's identificatory imaginings of first-time fatherhood**. Br J Soc Psychol. 2009; 48(Pt 3):547-62. DOI: 10.1348/014466608X386099
3. Elizabeth Norton. **Fatherhood Decreases Testosterone**. Science 2011. <https://www.sciencemag.org/news/2011/09/fatherhood-decreases-testosterone>
4. Juan Guillermo Figueroa Perea. **Algunas propuestas dialógicas para relacionar paternidad, salud y mortalidad**. Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades 2014; 77:55-75. <http://www.scielo.org.mx/pdf/izta/v35n77/2007-9176-izta-35-77-55.pdf>
5. Callum Williams, et al. **Effects of economic crises on population health outcomes in Latin America, 1981–2010: an ecological study**. BMJ Open 2016;6:e007546. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007546

## **PARTE III: Mujeres y Discriminación.**

### **Capítulo 1**

## La discriminación de las mujeres con discapacidades

José Daniel Cantos TUTOR: José Luis Contreras

*Las mujeres ancianas con problemas graves de salud mental se sienten muy incomprendidas, especialmente porque sufren con frecuencia violencia familiar y mal trato profesional.*

Los extremos de la vida son los momentos más vulnerables de cualquier persona. En Latinoamérica el hecho de ser mujer también influye en la aparición de discriminación y violencia de género. Sumado a estas condiciones, la enfermedad agregada puede aumentar de forma importante la exclusión social, mucho más si es de carácter mental. El caso propuesto que evidencia el relato de una paciente en una farmacia en Cochapamba es el claro ejemplo de la ley de cuidados inversos en salud propuesta en 1971 por Hart. En resumen, este principio indica que los cuidados sanitarios se dirigen más a quienes menos lo necesitan y viceversa.

Si pensamos en la paciente, podemos imaginarnos a una mujer de edad avanzada, posiblemente de escasos recursos económicos, descuidada en su higiene e imagen personal, seguramente ha sido maltratada físicamente, en su rostro se expresa el tormento psicológico que ha vivido. La mujer está sola, puede que haya escapado de algún encierro con la esperanza de que alguien la ayude o que alguien se acerque a preguntarle si está perdida. Puede que haya visto una farmacia con alguien vestido de blanco y entró, puede que alguien la haya mandado allí, puede que simplemente haya llegado por casualidad y que solo esté confundida. La mujer se acerca temerosa a preguntar, o tal vez suplicar, por ayuda.

Si pensamos en la persona que la atiende, ¿Qué podemos esperar? De acuerdo a la ley de cuidados inversos, la atención para los más necesitados no solo es deficiente en su cantidad, sino que lo es también en calidad. ¿Qué se le puede dar a una mujer así? Cualquier medicamento para el dolor o algún calmante. Seguramente escogió la primera pastilla que encontró o tal vez eligió la más barata. ¿En verdad esta persona la intenta ayudar? Tal vez solo sienta lástima o quiera las monedas que lleva la mujer. Es probable que la mujer no busque pastillas, sino que alguien la entienda y le de importancia, que la cuide y que la proteja.

Hace cualquier cosa para que se vaya, incluso venderle pastillas sin prescripción o sin explicación. Puede que ella haya entrado a otra farmacia a comprar las mismas pastillas o algunas de otra clase. Ella intentaría tomar todas buscando aliviar su condición. ¿Aquella persona que le vendió pensó en eso? Solamente la mujer conoce por cuántos lugares ha pasado pidiendo ayuda y cuántas pastillas ha consumido para aliviarse. Tantas personas le han dado tantos medicamentos que ahora ella piensa que es la mejor cura. Ingerir cuanta tableta le dispongan, aunque estas en verdad no le sirvan de nada. La polifarmacia también es una forma de agresión y más cuando esta se realiza para el beneficio comercial en vez del beneficio de un paciente. Podemos evidenciar que además de la falta de cuidado, el caso muestra una mala práctica y compromiso médico. Esto incluso es una agresión y esta mujer ya puede tener suficiente con las que vive a diario.

¿Qué será de ella luego de este evento? Debería ser atendida y evaluada por un equipo multidisciplinario para apreciar su estado de salud en conjunto a su bienestar físico y emocional. Convendría que se encuentre en un ambiente donde se sienta querida y se la cuide a pesar de su estado. Lastimosamente, esas condiciones están lejos de la realidad, es casi seguro que esto no pasará y que este evento quedará en el anonimato total. Luego de recibir cualquier cosa, la mujer sencillamente volverá a su encierro a recibir su agresión acostumbrada o deambulará un poco más para escapar de su realidad por un momento.

En el caso de esta paciente es complicado determinar quién puede tener responsabilidad o culpa de su situación. Se podría señalar a los familiares o cuidadores de la paciente y mencionar que ellos la han abandonado. La realidad es que la hemos abandonado todos ya que simplemente ignoramos estos eventos, ya sea porque no los entendemos o porque nos queremos librar de ellos pronto. Esto ocurre tanto en la consulta como fuera de ella. Esta paciente es despachada rápidamente sin ninguna explicación o cuidado adicional, lo que es un claro ejemplo de la aplicación de la ley de cuidados inverso.

Personalmente opino que las medidas para las situaciones de discriminación deben ser controladas por los gobiernos, exigidas por los ciudadanos, practicadas por el personal de salud y normalizadas por los pacientes. Hasta 2019 han pasado 48 años de la publicación de Hart y la situación de exclusión no ha cambiado, más bien, ha aumentado. En las sociedades actuales se han hecho invisibles a los que más necesitan de ayuda sanitaria, probablemente porque las actividades médicas se dirigen cada vez más hacia el sector privado y se potencian por las fuerzas del mercado antes de que lo hagan por la vocación y el servicio. Además, en algunos países (como en China o Vietnam) las leyes públicas perpetúan las situaciones de exclusión, no solamente con la salud, sino en los aspectos de educación, alimentación, vivienda, etc. Estos procesos nos están dirigiendo hacia una sociedad donde importa más lo material que lo humano, donde el aumento de las brechas sociales condicione la calidad de vida de las personas. La medicina no solo abarca el aspecto biológico de la enfermedad, llega hasta el psicológico y social. Por lo tanto, debería ser enfocada hacia todos estos campos. Considero que, si en verdad se buscara hacerlo, la exclusión de la atención disminuiría considerablemente y la discriminación hacia las mujeres con discapacidades se consideraría un problema real en vez de simplemente ocultarlo. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, este cometido se logrará únicamente cuando se entienda atender a un paciente no es solo tratar un problema biológico, sino buscar el bienestar de un ser humano que piensa y siente e incluso ama.

### Referencias

1. Baos, V. *Vimeo*. 11 de octubre de 2011. <https://vimeo.com/30972977> (último acceso: 14 de julio de 2019).
2. Hart, J. «The inverse care law.» *The Lancet*, 1971: 405-412.
3. Nambiar, D, y H Mander. *OMS*. 31 de octubre de 2016. <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/2/16-179325/en/> (último acceso: 15 de julio de 2019).

## Capítulo 2

### La mujer y el Aborto

Autoras: Ana Camila Rivadeneira, Dra. Ana Lucía Martínez

En mi cumpleaños número 15 me despierto sintiéndome cansada y mareada. Por dentro, siento como el remordimiento me quema las entrañas. Lo que ocurrió fue muy doloroso y humillante. Él me lastimó mucho, ha sido la peor sensación de mi vida. Nunca debí haberme vestido así, si yo no lo hubiese provocado nada de esto habría ocurrido.

Me duelen mucho las piernas, siento un increíble ardor entre ellas y mucho dolor en todo mi cuerpo manchado de moretones, además de varias rasguñaduras que trato de ocultar con mi ropa para ir a desayunar con mi familia. Al cabo de pocos días me lo encuentro en una reunión familiar, me mira con una sonrisa descarada como burlándose de lo que me ha hecho, no le he contado a nadie aun, pero tengo miedo de lo que pueda ocurrir si así lo hago, me ha amenazado con lastimar a mi hermana si le cuento a alguien.

El tiempo pasa y estoy ganando peso, no sé lo que me ocurre, pero en el colegio me siento mareada, la profesora de educación física me envía a la enfermería, pero mi malestar no parece disminuir. Preocupada, voy al hospital, donde me hacen varias preguntas que no sé cómo responder, me mandan unas pruebas y me leen el resultado de una de ellas. Las palabras vuelan como flechas que se me van clavando una a una en el corazón, y entonces, vengo a enterarme de que estoy embarazada. ¿Qué voy a hacer? ¿Qué les diré a mis padres?, lo que él me hizo provocó todo esto, no estoy lista.

Mi amiga me recomienda una persona que me puede ayudar con esta situación, llamó al número que me dio y me contesta un hombre, hacemos una cita. Llega el día, llevo todos mis ahorros y espero en el lugar pactado. Al poco tiempo llega el hombre, me da las pastillas y me explica cómo debo tomarlas, toma su dinero y se va.

Al regresar a casa mi familia no está, me encierro en mi cuarto y tomé las pastillas. Al poco tiempo comienzo a sentirme muy mareada, vomito, me duele la cabeza, luego comienzo a sangrar. Hay tanta sangre que ya he manchado mis sábanas y no se detiene, cada vez me siento peor. Poco a poco voy perdiendo el conocimiento, mientras que lo único que me mantiene aferrada a la realidad es el miedo, el remordimiento y la culpa.

Después de la que supongo fueron algunas horas despierto en el hospital, lo último que recuerdo son los gritos de mi madre al haberme encontrado en tal estado, siento algo de dolor en la barriga. Viene un médico y me explica que he tenido un aborto, me pregunta si yo lo provoqué y me advierte que es un delito y podría ir a la cárcel por ello. Asustada, niego lo sucedido mientras él me grita, haciéndome sentir cada vez más culpable. Lloro y le digo que he tomado unas pastillas para provocarlo, me habla de que soy una mala persona por hacerlo...

-Fuente Testimonial

Las mujeres muchas veces vivimos situaciones como la que está narrada en la historia anterior; a pesar de los grandes cambios sociales que han llevado a mejoras en la situación de

las mujeres, todavía no conseguimos que se respete nuestros derechos sobre nuestro cuerpo. Lo cual es fundamental si algún día queremos tener una verdadera equidad de género.

El embarazo a pesar de ser un proceso fisiológico cambia totalmente nuestra vida como mujeres; el quedarse embarazada en un momento o situación que no es la mejor es un gran problema, ya que muchas veces no contamos con el apoyo necesario para seguir adelante con esto o nuestra integridad tanto física como psicológica está amenazada por esta nueva situación. Es por eso que creo importante analizar este tema desde el lugar de las mujeres, vistas como seres integrales quienes luchamos día a día por tener igualdad en derechos y oportunidades.

La educación es un derecho que nos brinda la oportunidad de tomar decisiones informadas sobre nuestra salud; las mujeres debemos conocer sobre las formas que existen para evitar un embarazo no deseado y elegir el que mejor se adapte a nuestra situación, la prevención siempre es mejor al tratamiento.

También considero que debemos conocer sobre el aborto, ya que es una realidad que afecta a muchas mujeres; no solo visto desde la problemática de los abortos inseguros, sino como una alternativa a manejar un embarazo no deseado. Si el aborto no es manejado de una manera adecuada implica un gran riesgo para la vida de la mujer que incluso puede terminar en la muerte.

Tomando esto en cuenta, las leyes deben velar por el bienestar de los seres humanos que vivimos en sociedad; ya que muchas veces no se toma en cuenta todas las situaciones difíciles que debemos vivir. Por ello, considero que el legalizar el aborto no es una cuestión de juzgar si es bueno o malo, sino reconocer una realidad que viven miles de mujeres muchas veces solas y que la clandestinidad solo lleva a que existan desenlaces trágicos para ellas.

Los médicos debemos ser más empáticos con estas pacientes, considerar toda su situación antes de atenderlas. Muchas veces, como en el caso de la historia narrada al principio, nos dejamos llevar por nuestras creencias o valores personales anteponiendo los al bienestar de nuestros pacientes, lo cual no debería ocurrir nunca. Es cierto que tenemos la libertad de no realizar una petición o procedimiento que vaya en contra de nuestros valores, aunque este sea legal y esté en los protocolos. Debemos considerar la situación en su totalidad, viendo a nuestra paciente como un ser integral a quien muchas veces las conductas y actitudes que tomemos en ciertas situaciones pueden afectarle en gran manera.

## Referencias

1. León, W., Yépez, E., Nieto, B., & Vera, A. (2015). GPC Aborto terapéutico. Retrieved 23 July 2019, from <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Aborto-terap%C3%A9utico.pdf>
2. Montero, A., & Niño, R. (2016). Bioética en salud sexual y reproductiva (pp. 132-153). Santiago de Chile: Mediterráneo.
3. Ortiz-Prado, E., Simbana, K., Gomez, L., Stewart, A., & Cevallos-Sierra, G. (2017). Abortion, an increasing public health concern in Ecuador, a 10-year

population-based analysis. Retrieved 23 July 2019, from <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=37419>

4. Sánchez González, M. (2013). Bioética en ciencias de la salud (pp. 253-261, 189-198). Ámsterdam: Elsevier España.
5. Vera, A. (2017). Secreto Profesional. Retrieved 23 July 2019, from <https://issuu.com/santycadena1/docs/secreto-marzo->

## Capítulo 3

### La discriminación contra la mujer en el mundo científico y médico

Nathaly Janeth Robles Caraguay, [njrobles98@gmail.com](mailto:njrobles98@gmail.com), Lourdes Luzón, médica de familia, C.Salud Navamorcuende (Toledo, España) [lourdesluzon@gmail.com](mailto:lourdesluzon@gmail.com)

Históricamente la situación de la mujer tanto en el ámbito social como en el científico ha sido de discriminación y segregación. Desde un enfoque de género la mujer ha sido relegada a tareas de cuidado y atención del hogar. Los múltiples roles y cargas que la sociedad determina para la mujer, ha impedido que ocupe puestos de toma de decisiones y de reconocimiento en todos los ámbitos.

Según la UNESCO [1], del total de personas dedicadas a la ciencia en el mundo, solo el 27% son mujeres. De igual manera, a lo largo de la historia de los premios Nobel de ciencias, aquellos otorgados a mujeres han sido mínimos. Hasta el 2013, solo 15 mujeres han sido galardonadas, la primera y más conocida Marie Curie en 1903 y la última Carol Greider en 2009.

Por ello, se puede mencionar a Matilde Hidalgo, pionera en la lucha por la igualdad de género en Ecuador y Latinoamérica. En una época donde a las mujeres solo se les permitía estudiar la primaria, Matilde logra graduarse en Medicina en 1921 convirtiéndose en la primera médica del Ecuador, después de varios años de discriminación. También revolucionó la política al convertirse en la primera sufragista de Latinoamérica en 1924 [2].

Actualmente, las plazas académicas y laborales ofrecen igualdad para hombres y mujeres. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del 2010 en Ecuador, el 12,27% de hombres y el 12,81% de mujeres mayores de 24 años poseen un título universitario, demostrando una inserción satisfactoria de las mujeres en lo académico [3]. Aunque existen avances en la incorporación de la mujer al mundo laboral remunerado, la educación, la ciencia y la vida política, aun la sociedad sigue inmersa en el androcentrismo y el patriarcado. Teorías culturales y biologicistas han catalogado que la mujer tiene como principales objetivos la reproducción y la maternidad, atribuyéndoles características como la ternura y la delicadeza y las han relegado a ser incapaces de generar aportes en el campo científico.

Partiendo de ello, hay evidencia de que las mujeres participan menos que los hombres en congresos científicos presenciales, situación que no sucede en los virtuales. Un hombre

realiza 1.8 preguntas por cada pregunta formulada por una mujer [4]. Así mismo, las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres para dar charlas en estos eventos y es más probable que participen en alternativas menos visibles como los posters. Se encontraron razones históricas, fenómenos discriminatorios y rasgos comportamentales entre los factores que intervienen.

Por ejemplo, la teoría del rol social explica que las personas tienden a inferir qué características se necesitan para tener éxito en un puesto, al analizar a las personas que lo ocupan, y parece que las mujeres no encuentran demasiados modelos en los que inspirarse[5]. Existen otros factores externos que contribuyen a una menor participación femenina como la hipótesis de que es menos probable que una mujer participe si el orador, moderador o el primero en realizar una pregunta es un hombre, así como que exista un tiempo determinado para la ronda de preguntas o la urgencia por terminar debido a la programación de un evento posterior en la misma sala.

Además, las mujeres piensan en su reputación científica y en cómo se vería afectada al participar en un evento. También influye su autoestima y capacidad de autopromoción, relacionadas con experiencias pasadas en el ámbito académico, prejuicios sociales e incluso de acoso, por lo que podría considerarse un mecanismo de autoprotección.

Los SIAPs se diferencian del resto de eventos científicos, entre otros motivos, porque incentivan de forma activa la participación virtual y presencial de sus participantes, independientemente de su edad, género o categoría profesional. Procuran que la elección de sus ponentes sea paritaria y facilitan la participación de mujeres permitiendo por ejemplo que lleven a sus bebés. De esta forma, la participación de mujeres ponentes va desde el 42% en el SIAP de Murcia al 72% en el de Zaragoza. En cuanto a asistencia suele haber alrededor del 60% de mujeres y la participación en intervenciones oscila entre un 48.5% en el de Chile a un 64% en el de Lleida.

Por eso, se necesitan estrategias que lleven a cambios estructurales en la participación de eventos científicos y en las publicaciones, por ejemplo:

- Que se invite por igual a hombres y mujeres como ponentes
- Incentivar la participación de mujeres con sus hijos, creando espacios para ellos y fomentando su participación dentro de las salas.
- Dejar más tiempo para preguntas y menos para exposición
- Que no haya presiones de evento posterior en la misma sala
- Moderadores entrenados para mantener la equidad en la participación

En conclusión, varios factores intervienen para que las mujeres participen menos que los hombres en las conferencias. Por ejemplo tienen conflictos con su autoestima y prefieren no hacer el ridículo al preguntar algo “incoherente” que arriesgarse a afectar su reputación científica. De igual manera puede que rechacen participar como ponentes debido a que

desempeñan otras actividades como el cuidado de los niños, lo que les impide concentrarse en su totalidad en lo académico e incluso para “no incomodar” al resto de participantes, o por el simple hecho de evitar ser catalogadas como “malas madres” al disminuir el tiempo que pasan con sus familias.

### **Conflictos de intereses**

La autora-ponente y la tutora declaran no tener conflictos de interés.

### **Referencias**

1. UNESCO. (2014). *Igualdad de Género*. Disponible en INDICADORES UNESCO DE CULTURA PARA EL DESARROLLO: <https://es.unesco.org/creativity/sites/creativity/files/digital-library/cdis/Iguldad%20de%20genero.pdf>
2. Estrada, J. (1997). *Una Mujer Total* Matilde Hidalgo de Procel. Guayaquil: Poligráfica
3. Valle, C. (2018). *Atlas de Género INEC*. Disponible en Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Atlas\\_de\\_Genero\\_Final.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Atlas_de_Genero_Final.pdf)
4. Carter, A., Croft, A., Lukas, D., & Sandstrom, W. (2018). *Women’s visibility in academic seminars: Women ask fewer questions than men*. Disponible en Plos One: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202743>
5. Hinsley, A., Sutherland, W., & Johnston, A. (2017). *Men ask more questions than women at a scientific conference*. Disponible en Plos One: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185534>

## **Capítulo 4**

### **La discriminación de las mujeres que ejercen el trabajo sexual**

**Dra. Gabriela Valencia Jiménez**

#### **Introducción**

En Ecuador el trabajo sexual no se estipula como un delito, pero esto no es suficiente para que las mujeres de este grupo se desenvuelvan en un estado seguro; además que puede ser cuestionado por una sociedad revisora de la moral; por lo que es complejo alcanzar el derecho pleno a la salud de este grupo, es decir, se enfrentan, viven y trabajan en contextos donde hay un alto nivel de estigma por su trabajo y sufren discriminación que agudiza su situación de vulnerabilidad por desigualdad e inequidad.

En el marco del Manual de atención integral en salud a personas que ejercen el trabajo sexual, estipula los lineamientos para la atención médica integral digna con enfoque de derechos, en un servicio que le traten libre de juicios, basados en los principios que eviten el estigma y la discriminación por parte de todo el personal cualificado que aborde las necesidades especiales y particulares, e implica solvencia técnica y ética. En cuanto a la calidad los servicios de salud deben ser efectivos y oportunos, y que su atención no se centre en la genitalización de la salud, en la prevención de ITS o en la entrega de condones; sino que permite reconocerlas como personas íntegras y sujetas de derecho.

La dinámica de la vida cotidiana en un centro de salud, pueden demostrar que por las esferas personales marcadas por situaciones sociales y económicas de las usuarias, el personal sanitario puede crear condiciones no adecuadas y generar expresiones sutiles o de juicios de valor expresando lo siguiente: *“todos los viernes vienen las cariñositas”, “vienen acompañadas por los chulos por lo que hay que atenderles rápido, porque hay mujeres con niños aquí en el centro de salud”*; que estigmatiza, margina, excluye y propende a un trato discriminatorio a estas usuarias, evidenciándose un problema social en el ámbito de la salud.

Es esta la razón, por la que surgió la necesidad de sugerir este trabajo preliminar de la discriminación de las mujeres que ejercen el trabajo sexual.

El objetivo es determinar a través de una encuesta si las mujeres que asisten al centro de salud perciben discriminación.

Al sistematizar los datos, las mujeres no perciben ni han sentido ningún tipo de discriminación en sus esferas personal y ocupacional, y esto podría ser a consecuencia de creer en una respuesta internalizada al trato injusto o discriminación que no origina una respuesta contestataria, empero convoca a iniciar un estudio desde la noción de la otredad, considerando a este ensayo como un aperitivo que ha estimulado el apetito para profundizar en el estudio de la discriminación.

Cabe destacar que el 25% de las mujeres sufren violencia por el estigma de su actividad laboral y los agresores son sus propios clientes y las administradoras de los establecimientos en donde ejercen el trabajo sexual.

### **Discusión**

La discriminación es el proceso mediante el cual uno o varios miembros de un grupo socialmente definido son tratados de forma diferente, y especialmente de forma injusta, debido a su pertenencia a ese grupo. Este trato injusto nace de creencias de origen social que cada grupo tiene acerca del otro; existe un aspecto de dominio de la discriminación por parte de ciertos servidores públicos que si bien es cierto cumplen con el rol y funciones realizando las acciones de salud pertinentes; pero con un desafecto por sus construcciones sociales, podemos pensar que el “uno” identidad, construye, y codifica al “otro”, es posible la aproximación al origen de la discriminación, y el trato injusto; crea esta intolerancia y la exclusión que no es sino la negación sistemática en la historia, a la idea y a la práctica a ella asociada, de que los otros son simplemente otros.

Por ello se habla de la necesidad de contar con un aparato legal, ya que por sí solas no pueden protegerse es decir mantenemos, la consideración, de que son culpables porque su “delito es dedicarse al trabajo sexual” y tener límites a acceder a condiciones socioeconómicas

adecuadas y necesitan de la ayuda de los otros -tipo referido a los grupos dominantes, subordinado y a la ideología justificada-.

Comparable al “delito de portación de cara” y tener identidad con su cultura y necesitan de la ayuda de los otros -blancos-; a través de una normatividad internacional y nacional, que prohíbe la discriminación por razones de sexo, etnia y otras; y ésta es considerada como una aborrecible forma de violencia que se busca eliminar en el mundo, para garantizar la plena igualdad de los derechos humanos entre hombres y mujeres.

Asimismo pensar que la prostitución constituye un trabajo y por esta razón una actividad lícita entre personas adultas, siempre y cuando no haya coacción, violencia y explotación; reclama a las autoridades a proteger de manera efectiva los derechos de las personas que ejercen la prostitución, sujetos discriminados y sometidos a la indignidad de no merecer la protección del Estado, por tanto es deber considerar a la trabajadora sexual, como sujeto de especial protección, por ser la parte débil del contrato y por las condiciones propias del trabajo y la discriminación histórica y actual, de la que suele ser víctima por la actividad que ejerce.

Se considera que las expresiones del personal de salud no fueron técnicamente adecuadas ni como personas, ni como profesionales de la salud, y genera una discriminación sutil, y que no ha sido percibida por las mujeres que acuden al control no significa que no sean víctimas de discriminación.

Por lo que es importante trabajar con las mujeres para poderles brindar oportunidades de crecimiento y desarrollo en la sociedad que fomente una cultura de respeto y no solo tolerancia hacia las diferencias marcadas.

Es necesario erradicar la discriminación como práctica de exclusión, y es una condición indispensable para lograr igualdad, ya que lesiona el ejercicio de los derechos fundamentales de las personas, definitivamente saber cómo evitarla requiere la comprensión de lo que esto conlleva.

El papel como profesionales de salud y sobre todo como médicos familiares y comunitarios es emplazándonos en un lugar adecuado para enfrentar esta problemática:

- a) Desde una posición de facilitadores de ejercicio de derechos y de promotores de una vida libre de exclusión y discriminación.
- b) Desde la aplicación del conocimiento técnico y ético.
- c) Desde el cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria de la Salud, sobre todo la longitudinalidad y continuidad.
- d) Con la práctica de medidas de compensación a través de “acciones afirmativas”.
- e) Desde la perspectiva que alguna vez hemos sido discriminados o discriminador/a.

### **Bibliografía**

1. Krieger, N. (2002) Glosario de epidemiología social. Revista Panamericana de Salud Pública.

2. Krieger, N.; Sidney, S. (1996) Racial discrimination and blood pressure: the CARDIA Study of Young black and White adults. *American journal of public health*.
3. Diego Fernando Ayubi Mejía Prozorov, Asistente, Relaciones, Petrozavodsk, & Colegiado, (2015) La Prostitución en el contexto laboral internacional: Un referente para el ámbito nacional 1 2. 1-46.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) Manual de atención integral en salud a personas que ejercen el trabajo sexual.
5. Prozorov, S., Asistente, I., Relaciones, P. De, Petrozavodsk, D., & Colegiado, A. (2015). El Otro como pasado y presente: más allá de la lógica de la «otredad temporal» en la teoría de las Relaciones Internacionales, 179-204.
6. Bedoya, R. (2017). Medicina Familiar. Reflexiones desde la práctica
7. Checa, Sofía (2016) Prostitución femenina en Quito: actores, perspectiva moral y enfoque médico. *Procesos Revista Ecuatoriana de Historia UASB*
8. Open Democracy (2018) La propuesta de Amnistía para despenalizar el trabajo sexual: contenido y descontentos
9. Asamblea Constituyente (2008) Constitución de la República del Ecuador
10. (2006) Plan nacional para combatir la trata de personas, el tráfico ilegal de migrantes, explotación sexual laboral y otros modos de explotación y prostitución de mujeres, niños, niñas y adolescentes, pronografía infantil y corrupción de menores
11. Ministerio de Salud Pública (2014) Reglamento para el control y funcionamiento de los establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual
12. Organización Mundial de la Salud (2017) Declaración conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros de atención de la salud
13. El país (2018) Discriminación positiva trans. Available from: <https://search-proquest-com.puce.idm.oclc.org/docview/2089171826?accountid=13357>
14. EFE News Service (2018) La universidad de harvard, a juicio por un caso de discriminación positiva: JUSTICIA DISCRIMINACIÓN. Available from: <https://search-proquest-com.puce.idm.oclc.org/docview/2119950416?accountid=13357>.
15. León, C. (2010). Reinventando al otro. El documental indigenista en el Ecuador. Quito: La Caracola Editores
16. Derrida, J. (1977). Posiciones. Valencia: Pre-textos.
17. Díaz, M.; Polo L. (2017) Desarrollo y Otredad: Un análisis sobre el Trabajo Sexual en Quito
18. Bahamonde, M. (Año 2, Vol 2 - Nº. 1) La falsa concepción de la acción positiva a favor de las mujeres como medida de discriminación directa USFQ
19. Reascos, N. (2010) La cultura, las culturas y la identidad

20. Barros Y. (2014) La otredad y la discriminación de géneros
21. Santoyo S. (2015) Modelos de Regulación de la Prostitución en la Unión Europea
22. Dussel E. (1994) El encubrimiento del otro

## Capítulo 5

### Salud de las mujeres privadas de Libertad

Daniela Valladarez, Glenda Cárdenas, Martino Gliozzi y Xavier Maldonado  
[danivv1990@gmail.com](mailto:danivv1990@gmail.com)

#### Introducción.

Para el 14 de junio de aquel año en la mañana tuvieron que llevarte nuevamente de urgencia a la Maternidad porque estabas por dar a luz. Te operaron y despertaste sin saber nada de tu hijo. *“Me enteré que un niño murió, y sentí como que me apuñalaban el corazón. Empecé a llorar y la enfermera comenzó a gritarme: ¿y usted porque está aquí, por droga?, cuando reviso el cuaderno y vio que yo era presa”* (Mujeres de Frente, 2006)

Han pasado ya casi 14 años de esta vivencia de una mujer sin libertad y hasta el día de hoy es fácil escuchar cuando llega a recibir atención médica tal vez ya no la misma enfermera, ya no la misma mujer encarcelada, pero si otra mujer que ni siquiera tolera la comparación con ella al estar en igual estado de gestación y solo termina dando su juicio propio y la maltrata con una mirada o una palabra.

Hablar de la salud las Personas Privadas de la Libertad, es entrar en un terreno fangoso, gran parte de la sociedad prefiere voltear la vista y entre dientes coincidir en que el Estado no debería preocuparse tanto por su salud, ya que han cometido delitos y deben pagar por ellos. Cuando las PPL son mujeres el panorama es peor ya que llevan una doble carga de discriminación, como lo expresa Noelia Igareda *“La sociedad tiene el pensamiento de que una mujer, una madre, una esposa que llega a delinquir tiene que ser un monstruo... es la antimujer”* (Saïans, 2015)

Se ha incurrido a una especie de venganza social que se cristaliza en la cárcel punitiva, que erróneamente intenta modificar el comportamiento delictivo basándose en la imagen de personas motivadas por el temor en lugar de factores constructivos, derivando en el fomento de la reincidencia delictiva (Larrauri, 1998)

Como consecuencia de la reciente crisis económica mundial, entre otras causas, en los últimos años, se ha producido un deterioro generalizado de los servicios sanitarios brindados a la población penitenciaria. Este hecho es más notorio en la atención a las mujeres, sobre todo en quienes requieren atención especializada en ginecología.

#### Análisis de los hechos.

En Ecuador existen 36 centros penitenciarios, en abril de 2019 se reportó 40.096 personas reclusas, considerando que la capacidad es para 27.742 se habla de un hacinamiento del 42%. En los últimos 10 años la población se triplicó, debido en gran parte a la aplicación de un nuevo código penal que aumenta los delitos y endurece las penas. (Rosero-Muñoz, 2019)

En un estudio realizado en Ecuador se expone que el 41% se encuentra en unión libre, mientras el 34% eran solteras; el rango de edad estaba entre 18 y 39 años y el 40% terminó la primaria. (Almeida, 2017) En relación al tipo de delito por la cual se las ha juzgado, se encuentra que el 77% de las reclusas en Guayaquil están cumpliendo pena privativa de libertad

por delitos relacionados a estupefacientes. El 31% se dedicaban a actividades domésticas previamente a la detención, el 53% tenía actividades laborales legales y el 2% actividades ilegales. (Galardo & Nuñez-Vega, 2006) La mayoría de las mujeres privadas de su libertad penitenciarias se involucran en el tráfico de drogas por tener un “perfil” de vulnerabilidad, de esta manera son escogidas para ser de mulas y transportar drogas dentro del país. (Pontón-Cevallos & Torres, 2007)

Se conoce que los Países Escandinavos y los Países Bajos de Europa tienen bajos porcentajes de reclusión femenina, pero países como España y Portugal, quienes tienen algunos conflictos en la equiparación de derechos entre los sexos, presenta mayor porcentaje en reclusión femenina. (Naredo-Molero, 2004)

A pesar de estar presente en la Constitución del Ecuador, el derecho a la salud en las Personas Privadas de su Libertad no se cumple de forma integral. El protocolo habitual que se sigue en las prisiones es insuficiente, ineficaz y de mala calidad, consta de una exploración médica al ingreso, con la opción a realizar un examen de VIH/SIDA y dependiendo de los problemas que se encuentren, se planifica una derivación a diversas especialidades que, por lo general, no se cumple.

En las reglas de las Naciones Unidas para una atención integral de las reclusas y medidas no privativas de la libertad se indica que se deberá completar el examen de ingreso a las penitenciarías, con un examen exhaustivo para poder reconocer todas las condiciones de salud que presentan entre ellas la presencia de enfermedades de transmisión sexual o de transmisión sanguínea; las necesidades de atención de salud mental, incluidos el trastorno postraumático del estrés y el riesgo de suicidio o de lesiones autoinfligidas; el historial de salud reproductiva de la reclusa; y situaciones sobre toxicomanía e indicios de abuso sexual o cualquier signo de violencia. (UNODC, 2011)

La atención se centra en solucionar problemas de forma rápida, da igual si se trata de una condición aguda o crónica: para una gastroenteritis o hipertensión arterial, el margen temporal de resolución será el mismo.

Los profesionales de salud que atienden son en su mayoría, quienes se encuentran realizando su año de medicatura rural o son profesionales del Ministerio de Salud que hacen itinerancias de otros Centros de Salud con lo que el concepto de longitudinalidad de la atención se pierde. Vale recordar que hace varios años eran profesionales contratados por el Ministerio de Justicia.

Esto es parte del nuevo modelo de gestión penitenciaria que prioriza la “seguridad” por sobre la “salud”. Esta inversión de polos lleva a barbaridades como que la decisión de traslado para atención de mayor complejidad se condiciona por la disponibilidad de guías penitenciarios para el traslado y no por la condición de salud. Se ha reportado valores cercanos al 40% de barreras para la atención de urgencias. En el Centro de Latacunga, para 5.700 Personas Privada de la Libertad existen 4 psicólogos, es decir es un modelo centrado en la “seguridad”. (Redacción Plan V, 2019)

Hay muy poca información y muy dispersa sobre la situación de salud. Son frecuentes la hipertensión arterial, diabetes, obesidad, tuberculosis, migraña. Pero también las enfermedades de transmisión sexual, las diarreas y las infecciones respiratorias, es decir, el perfil es similar al de “fuera” pero con prevalencias más altas.

No se habla de la falta de lactarios, de los problemas de alimentación con dietas hipercalóricas, del consumo de sustancias, de las lesiones autoinfligidas, de los problemas de fertilidad y anticoncepción, de la falta de agua potable, de la falta de recreación y ejercicio, de los problemas dentales. No se habla de la tristeza y la nostalgia, tampoco del olvido: las mujeres reciben menos visitas y tienen menos apoyo familiar que los hombres. Las violaciones, los castigos, los tratos degradantes, “no existen, son rumores malintencionados.”

No se piensa en integrar la salud de las PPL con su familia, no existe el concepto de protección social. El código civil 2015 del Ecuador en su artículo 61 protege a las mujeres embarazadas, pues se podría diferir su sanción penal evitando riesgos social y de salud innecesarios al momento del parto. Sin embargo no siempre es cumplido presentando en ocasiones abortos o partos en las celdas.

La discriminación por el hecho de ser mujer es muy evidente al momento de vivir su sexualidad, no se permite la visita conyugal cuando su pareja es otra mujer. Y si su pareja es hombre, debe certificar que se encuentran casados, cosa que en los hombres no se pide.

Se medicaliza la atención, que se encuentra centrada en la administración de algunos medicamentos, priorizando lo curativo sobre lo preventivo que se reduce a un par de charlas obligatorias.

Parecería que negar el acceso a una salud integral, de calidad, humana, se ha convertido en otra forma de castigo desde el Estado y que es avalada por la sociedad.

Deducir propuestas ¿Nos queda espacio para la esperanza?

La salud de las Personas privadas de su libertad no debe centrarse en charlas sobre educación sexual o drogas, ni en atención médica despersonalizada. Es urgente aplicar estrategias de prevención de riesgos y daños.

El cumplimiento íntegro de los derechos humanos de las personas privadas de su libertad, tanto en aspectos físicos como la correcta alimentación, el cuidado de la salud, la eliminación de la insalubridad y hacinamiento, etc.; y aspectos emocionales como el apoyo de sus seres queridos, el trato digno, entre otros; es una condición necesaria más no suficiente para que el Sistema de Rehabilitación Social funcione. (Iturralde, 2017)

Hay que integrar a la familia en los procesos, fomentar vínculos sociales, acogerlos como sociedad cuando recuperen su libertad. ¿Y la rehabilitación? ¿Se debe rehabilitar a las PPL o a la sociedad? No se trata de juzgar, no somos jueces, sino de devolverles la vida, sus derechos que han sido histórica y sistemáticamente arrebatados por los grupos de poder. Se trata de recuperar la sensatez en la comprensión de la salud.

Preguntas para el debate:

### **¿Cómo entender la salud en contextos de privación de la libertad?**

La dignidad humana no se transa ni se cuestiona independientemente si se está en libertad o no. Hay que tener claro que La prisión daña la salud. Las sentencias judiciales son de pérdida de libertad, no de pérdida de salud, el problema es que, sin importar cuánto mejoren el acceso y la calidad, existen consecuencias para la salud menos visibles, pero igualmente graves, si no más graves, de vivir en prisión relacionadas con el confinamiento en sí. (Vanjani, 2017)

### **¿Podemos hacer algo desde la medicina familiar para mejorar la salud de las PPL?**

Para un contexto de privación de libertad, el desafío de la Medicina Familiar es muy grande, mantener la longitudinalidad de la atención es clave, permite mantener el vínculo que los sistemas penitenciarios han intentado destruir, incluida la relación con la familia. Debe ser flexible, muchas veces la atención se debe brindar en celdas o espacios poco adecuados. Finalmente debe ser polivalente, es tan importante poder resolver problemas clínicos, como brindar apoyo afectivo. Hay que reivindicar que la atención primaria es también para las personas que han sido privadas de su libertad, que son más frágiles y que en muchos casos son las víctimas de una sociedad que las condenó casi desde que nacieron. Por ejemplo, difundiendo y apoyando a organizaciones como la Asociación Pro-derechos Humanos de Andalucía (España)

### **¿Las mujeres PPL se merecen lo que están viviendo porque fallaron a la sociedad?**

La pregunta es ¿Quién falló a quién? ¿No es la sociedad quien les falló? Nadie merece la cárcel, que además se aplica con mayor dureza y amplitud a los delitos que cometen los pobres (el Código Penal castiga menos, y más suavemente, a los delitos típicos de la clase alto, por más que lleguen a causar daño inmenso social).

Declaración de conflictos de interés.

Las autoras y los tutores virtuales declaran no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía.

1. Almeida, L. (2017). Mujeres con pena privativa de libertad: ¿Quiénes son y cómo viven en una cárcel de Ecuador? (F. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ed.) *Urvio, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, 21, 240-255. doi:http://dx.doi.org/10.17141/urvio.21.2017.2937
2. Gallardo, C., & Nuñez-Vega, J. (2006). *Una lectura cuantitativa del sistema de cárceles en Ecuador*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO, Programa de Estudios de la Ciudad, Quito. Obtenido de <http://www.flacso.org.ec/docs/encuestacarceles.pdf>
3. Iturralde, C. (2017). La educación superior en las cárceles. Los primeros pasos de Ecuador. *Alteridad. Revista de educación*, 13(1), 84-95. doi:https://doi.org/10.17163/alt.v13n1.2018.06
4. Larrauri, E. (1998). Criminología crítica: Abolicionismo y Garantismo. *Ius et Praxis*, 4(2), 27-64. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=197/19740205>
5. Mujeres de Frente. (2006). Los Partos de Rosa y Sandra. *Sitiadas*, 15-17.
6. Naredo-Molero, M. (2004). ¿Qué nos enseñan las reclusas? La criminalización de la pobreza desde la situación de reclusas extranjeras y gitanas. (U. d. León, Ed.) *Humanismo y Trabajo Social*(3), 67-94. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1456443>

7. Pontón-Cevallos, J., & Torres, A. (2007). Cárceles del Ecuador: los efectos de la criminalización por drogas. (F. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ed.) *Urvio: revista latinoamericana de seguridad ciudadana*, 1, 55-73. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10469/1399>
8. Redacción Plan V. (2019). Ernesto Pazmiño: en dos años tendremos 50 mil presos. Entrevista. *PlanV*. Obtenido de <https://www.planv.com.ec/historias/entrevistas/ernesto-pazmino-dos-anos-tendremos-50-mil-presos>
9. Rosero-Muñoz, A. B. (26 de 05 de 2019). En 10 años el número de presos se triplicó; existen tres razones. *El Comercio*. Obtenido de <https://www.elcomercio.com/actualidad/numero-presos-carceles-ecuador-sobrepoblacion.html>
10. Saiáns, B. (2015). Anti mulleres: Existir mal - Documental. Recuperado el 10 de 08 de 2019, de <https://www.youtube.com/watch?v=VOkOb-8kTuA>
11. UNODC. (2011). *Reglas de Bangkok. Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes y sus Comentarios*. Naciones Unidas, Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito. Obtenido de [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok\\_Rules\\_ESP\\_24032015.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ESP_24032015.pdf)
12. Vanjani, R. (2017). On Incarceration and Health — Reframing the Discussion. *N Engl J Med*, 376, 2411-2413. doi:DOI: 10.1056/NEJMp1702373

## Capítulo 6

### Los cribados de cáncer en las mujeres; el cribado de cáncer de ovario.

MD. Lizeth Anabel Sánchez. Dra. Mariola Gracia

En la empresa en que trabaja, en Santiago de Chile, le han ofrecido a Carla el cribado de cáncer de ovario en el examen anual. Su madre murió de esa enfermedad, pero Carla duda en general del diagnóstico precoz con los cribados de cáncer y decide consultar primero con una ginecóloga amiga. [Los cribados de cáncer en las mujeres; el cribado de cáncer de ovario]

DIARIO PERSONAL

Día uno:

Querido diario:

Me llamo Carla, soy periodista, y madre soltera. El padre de mi hija me abandonó apenas supo que yo estaba embarazada. Mi hija Vanessa tiene 15 años.

Hoy, como cada día, me levanté a las 5 de la mañana, tomé el desayuno y fui al trabajo. Después he comido y por la tarde me comunicaron a través de correo electrónico que mañana deberé asistir a la revisión de salud anual en la empresa y surgen en mí innumerables dudas. Supongo que en el fondo me da miedo que vengan novedades, ya que me gusta tenerlo todo bajo control. Aun así, algo se contradice en mi interior.

Después de terminar mi jornada de trabajo, he llegado a casa, donde estoy escribiendo esto.

Hoy, cumplo 45 años de edad, la vida con mi hija adolescente se hace cada vez más difícil y ser una madre soltera lo hace aún peor. Ella ni siquiera ha recordado que hoy es mi cumpleaños.

Día dos:

Querido diario:

Hoy te escribo para contarte el ajetreado y doloroso día que he pasado. Me he levantado muy temprano y me he dirigido a la cita con el médico ocupacional de la empresa. Durante la entrevista con el doctor, tuve que recordar la muerte de mi amada madre, llamada Carmen. Vino a mi memoria la razón por la cual mi mamá ya no está en este lugar, un terrible tumor de ovario, y no imaginé que me inundarían los sentimientos de pérdida, la frustración por no haber podido hacer nada para salvarla y algo que me quitaba aún más la tranquilidad fue el miedo de que yo también pudiera padecer la misma enfermedad. Pude sentir que el doctor me miraba con compasión y se quedó en silencio por algunos segundos. Luego me dijo que debo realizarme el screening de cáncer de ovario, pero tengo miedo...mucho miedo. Le respondí al doctor que me dejara pensarlo.

Sin más que escribir, trataré de descansar, claro...si logro conciliar el sueño y de afrontar la realidad de que mi mamá falleció. Ay, si supieras cuanta falta me haces, mamá Carmita.

Día tres.

Me he levantado y he tratado de comer algo, sinceramente tengo muy poco apetito. He pensado en ir a visitar a mi amiga Fanny, a quien no la veo desde que murió mi mamá. Ella siempre me ha brindado su amistad y apoyo incondicionales. Ella es ginecóloga y seguramente me ayudará a encontrar la valentía para realizarme mi chequeo ginecológico.

Después de terminar mi jornada laboral, he ido a casa de Fanny y después de una larga conversación sobre la familia y el trabajo, le he comentado lo del chequeo ginecológico, ella muy profesionalmente y sin ademanos me ha hablado de los factores de riesgo; es decir, de todo aquello que está vinculado a la probabilidad de padecer una enfermedad como el cáncer y me ha dado ejemplos de factores de riesgo modificables como el alcohol y el tabaco y de factores no modificables como la edad y los antecedentes familiares. Pero después de esto pude notar que por nuestra amistad profunda le fue complicado darme consejos de salud.

También me ha sugerido consultar con una Médica de Familia, y esta doctora ha sido para mí un pilar fundamental, pues me ha tratado como una persona y no como un conjunto de enfermedades como la mayoría de médicos con los que he consultado anteriormente. Me ha orientado de manera integral, ha sido empática conmigo y ha sabido ganarse mi confianza, ya

que aparte de tener conocimientos amplios sobre Medicina también me hablado de la importancia de fortalecer los lazos con mi hija adolescente y mi comunidad. Y me ha explicado claramente que mis antecedentes familiares de cáncer de ovario me aumentan el riesgo de padecer cáncer de ovario hasta en un 5% y que si yo llegara también a tener cáncer de ovario mi hija tendría hasta un 15% mayor riesgo de padecerlo. Lo cual verdaderamente me ha preocupado y ha hecho que yo decida realizarme el screening de cáncer de ovario con una ecografía, a pesar de que me ha comentado que no existe suficiente evidencia científica que respalde dicho screening; sin embargo, he decidido realizarme la ecografía endovaginal.

Después de todo, ha sido un día productivo. Mi hija y yo hemos comprendido que el cáncer de ovario tiene un difícil diagnóstico y un mal pronóstico por lo que hemos decidido llevar una vida saludable y acudir al médico rutinariamente, pues hemos entendido que estas son las mejores estrategias para prevenirlo o detectarlo precozmente. Ahora con el apoyo de mi hija, amigos y de mi Médica de cabecera me siento más fuerte y empoderada de mi salud y bienestar en general.

## REFERENCIAS

1. [Grossman DC](#), [Curry SJ](#), et al. Screening for Ovarian Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. [JAMA](#). 2018 Feb 13;319(6):588-594. doi: 10.1001/jama.2017.21926.
2. Daniel L. Clarke-Pearson, M.D. Screening for Ovarian Cancer. *N Engl J Med*. 2009; 361:170-177. DOI: 10.1056/NEJMcp0901926.
3. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. [Novedades en el cribado del cáncer de ovario](#). 15/02/2018

## Capítulo 7

### Excesos preventivos durante el embarazo

Gabriel Ricardo Molina Sánchez (Residente Primer Año, Medicina Familiar, FUCS) Raquel Gómez Bravo

### INTRODUCCIÓN

La ecografía obstétrica se considera importante para el seguimiento de la mujer en los controles prenatales, gracias a algunos beneficios identificados como son: la determinación de la edad gestacional, presencia de embarazo múltiple, viabilidad y ubicación intrauterina, seguimiento del crecimiento fetal, alteraciones placentarias además de determinación de posibles malformaciones fetales.

El problema de este estudio radica en que no existe un consenso en las indicaciones de su realización, número de veces que se debe realizar en una gestación, cuando debe ser rutinaria y en qué condiciones puede ser aplicada para actividades como la determinación de aneuploidía. (Hobbins, 2013) Un ejemplo claro es la diferencia que existe entre las distintas

guías nacionales para la realización de la ecografía durante el embarazo; países como Noruega recomienda la realización de una ecografía entre la semana 17 a 19 como parte del control prenatal, Ecuador y Colombia por su parte recomiendan la realización de dos ecografías: una en la semana 11 a 14 y la segunda en la semana 18 a 22, México y España recomiendan que debe realizarse una por trimestre.

Otro ejemplo lo ofrecen Instituciones como la Organización Mundial de la Salud y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, basándose en revisiones realizadas por sociedades como Cochrane que se centran en beneficios, costo-efectividad asociado al sitio de realización y seguridad materno-fetal; sin llegar tampoco a un consenso (World Health Organization, 2018) (ACOG, 2016)

### **RIESGOS MATERNOS Y FETALES**

Si bien se considera que la ecografía es un método diagnóstico con una buena seguridad al no ser invasivo, es importante tener en cuenta que sí pueden existir efectos tanto en la madre como en el feto en desarrollo.

- 1) En primer lugar, en relación al feto, el uso indiscriminado de ultrasonografías puede llevar a sobrediagnóstico (ej. Falsos positivos para malformaciones fetales y aneuploidías), subdiagnóstico (falsos negativos o diagnósticos parciales en condiciones del feto), errores en los reportes (técnica inadecuada, mala comunicación de resultados al paciente). Teóricamente, es importante tener en cuenta los posibles efectos biológicos, que podemos dividir en:
  - a. Térmicos: asociados de forma indirecta al uso del ultrasonido. Tienen efecto en el feto al principio del embarazo, al generar aumento de la temperatura fisiológica por encima de 1.5°C; sin embargo, es difícil de demostrar dado el momento de aparición de los posibles efectos;
  - b. Mecánicos: se generan directamente por cambios alternos de presión y pueden ser por cavitaciones acústicas y mecanismos no cavitarios. Este tipo de efecto biofísico no ha sido descrito claramente en humanos pero sí en modelos animales, de ahí que se deban tener en cuenta de forma teórica (Abramowicz, 2013).
- 2) Respecto a la madre:
  - a. En primer lugar, pueden evidenciarse situaciones de ansiedad y estrés, teniendo en cuenta que la ecografía como método de “asegurar” un bienestar fetal sólo se basa en valores estadísticos, dando resultados que en algunos casos no son totalmente comprensibles para la paciente y que, a pesar de indicar condición de normalidad, nunca darán respuestas exactas sobre posibles diagnósticos del desarrollo fetal.
  - b. En segundo lugar, se puede generar un efecto social no deseado en las mujeres, donde se puede juzgar que la mujer que no se realice una ecografía se encuentra alejada emocionalmente del feto en formación o que no está preocupada por la condición de salud de ella y su hijo. (Thomas, Roberts, & Griffiths, 2017)

- c. También genera un sentido de responsabilidad centrado en la mujer, en el caso de la posibilidad de una interrupción voluntaria del embarazo, si el estudio reporta alguna condición que pueda generar discapacidad o un alto riesgo de muerte para el feto (por ejemplo, trisomía 13 – 18). La mujer puede tener la libertad de finalizar el embarazo, pero puede verse inmiscuida en una situación moral o incluso legal dependiendo de las condiciones sociales asociadas al entorno. (Brauer, 2016)

## OTROS CASOS

Además del uso de la ecografía y la evaluación de la condición fetal, se ha extendido el uso de otras actividades como son la consejería y evaluación genética, que tienen una visión de medicina biológica donde se dicta que el embarazo siempre tendrá condiciones de riesgo que hay que controlar. Y controlando los riesgos, se podrán obtener generaciones futuras saludables, medicalizando el embarazo innecesariamente; pero al ser actividades socialmente bien vistas y aceptadas dado los resultados que ofrece, cualquier decisión personal que vaya en contra de las mismas suele ser juzgada por el entorno donde se está desarrollando la materna. Las gestantes se ven abocadas a cumplir con la realización de estas actividades, generando una biomedicalización de la consejería, donde su realización no solo estará enfocada a los riesgos del feto, también tendrá efectos socialmente en la madre. (Gross, 2010)

Otras actividades rutinarias, como son la ingesta de ácido fólico y otros suplementos (hierro y yodo), vacunas, frotis, continuos análisis de sangre y orina, también son cuestionables y responden a la ley de cuidados inversos “reciben más quienes menos los precisan”.

## PROPUESTA

Se ha generalizado el uso de la ecografía en el control prenatal, pero es importante que desde el rol de la medicina familiar se busque generar conciencia de su uso a fin de disminuir, en la mayor medida posible, cualquier efecto negativo tanto en la madre como en el feto, máxime cuando los ensayos clínicos disponibles concluyen que no existe relación evidente entre éstas y los resultados en salud perinatales, la ecografía de rutina en el embarazo normal no aporta ningún beneficio. (Gérvás, Juan; Pérez-Fernández, 2016)

Por medio de los conceptos que se brindan dentro de la prevención cuaternaria, como la reducción de actividades que generen daños posteriores en los pacientes, la eliminación de las ecografías sistemáticas de rutina en un embarazo normal contribuiría a desmedicalizar la gestación.

Es importante la concienciación del uso de este y otros medios diagnósticos, y el análisis de otras prácticas rutinarias durante el embarazo, para que sean evaluados adecuadamente y de forma independiente, desde el punto de vista profesional, ético y social, no sólo por los profesionales, sino por los pacientes y la sociedad en general.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abramowicz, J. S. (2013). Benefits and risks of ultrasound in pregnancy. *Seminars in Perinatology*, 37(5), 295–300. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2013.06.004>

2. ACOG. (2016). Practice Bulletin Number 179: Ultrasound in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 128(6), e1–e16. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002158>
3. Brauer, S. (2016). Moral implications of obstetric technologies for pregnancy and motherhood. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19(1), 45–54. <https://doi.org/10.1007/s11019-015-9635-8>
4. Gérvas, Juan; Pérez-Fernández, M. (2016). *El encarnizamiento Médico con las mujeres. 50 intervenciones excesivas sanitarias y cómo evitarlas*. los libros del lince.
5. Gross, S. E. (2010). “The alien baby”: Risk, blame and prenatal indeterminacy. *Health, Risk and Society*, 12(1), 21–31. <https://doi.org/10.1080/13698570903508713>
6. Hobbins, J. C. (2013). Overview of imaging in pregnancy: History to the present, including economic impact. *Seminars in Perinatology*, 37(5), 290–291. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2013.06.002>
7. Thomas, G. M., Roberts, J., & Griffiths, F. E. (2017). Ultrasound as a technology of reassurance? How pregnant women and health care professionals articulate ultrasound reassurance and its limitations. *Sociology of Health and Illness*, 39(6), 893–907. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12554>
8. World Health Organization. (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Retrieved from <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>

## Capítulo 8

### Ética y prevención en la mujeres; salud persecutoria.

Evelyn Ayala Flores, Dra. Carmen Nadal

Desde siempre se admite que “más vale prevenir que curar”, pero sería bueno preguntarse ¿Qué tan cierto es esto?, tal vez hemos dado paso a influencias externas para creer que el beneficio para un paciente concreto y para la sociedad en su conjunto radica en prevenir un riesgo, una enfermedad o una situación que podría llegar a afectar probablemente la salud; pero muy seguramente no hemos formado nuestro criterio con requisitos éticos y técnicos ineludibles para así recomendar la prevención con garantías de eficacia y seguridad; en el presente resumen se abordará el concepto de prevención con sus respectivas ventajas y desventajas, así también se expondrá como ejemplo práctico la situación de hombres y mujeres uruguayos frente a una normativa de salud muy poco favorable.

De acuerdo con la OMS la prevención se define como la actividad sanitaria que pretende evitar daños futuros con actividades realizadas en el presente, tiene como objetivo disminuir las complicaciones de enfermedades y proteger a personas y grupos en riesgo de

agentes agresivos; esta actividad forma parte del perfil profesional de la mayoría de médicos en distintas ramas y más aún en los médicos de atención primaria, sin embargo, muchas veces se convierten solo en propagadores de la prevención que se involucran sin demasiado espíritu crítico en las actividades preventivas.

Debemos tomar en cuenta también que existen diferentes tipos de profesionales en función del modo de situarse ante el paciente, es decir que, conjuntamente con los conocimientos científico-técnicos y los medios disponibles, los médicos ponen en juego su moral, demostrando su actitud y compromiso, los cuales se ven influenciados por el tipo de educación profesional que han recibido, no sólo formal, sino informal. Es decir, los discursos acerca de la salud y más aún de su prevención significan modos de pensar, escribir y hablar diversos, en el cual muy probablemente el consenso sea motivo de discusiones y en muchos de los casos de satisfacción de intereses ajenos al bienestar del paciente.

Por otro lado, la prevención debe suponer un beneficio real para la vida del paciente, sustentándose en el conocimiento científico y pruebas correctamente evaluadas, caso contrario esta afirmación carecerá de sentido. “Actuar en beneficio del paciente exige asegurarse de que la efectividad del método diagnóstico o intervención a realizar ha sido demostrada y se ha hecho una correcta evaluación de los resultados” (Losilla & Rogelio, 2010, pág. 32).

La bioética defiende que no todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable. Las actividades preventivas se rigen por los principios éticos generales de la medicina. No toda intervención anticipada es, por definición, una intervención responsable. Los profesionales deben determinar la evidencia científica, elaborar las recomendaciones y proponerlas al paciente. En nuestra sociedad, los pacientes tienen derecho y acceso a medidas sanitarias, y son autónomos para elegir si las aceptan. Pero no es lo mismo ofrecer una actividad preventiva al paciente que atender a su solicitud. (Losilla & Rogelio, 2010, pág. 30)

El mundo en general viene acompañado de desconfianza, inseguridad e incertidumbre; uno de los ejemplos de esta situación lo tenemos en el campo de la salud, la prevención se ha vuelto un elemento obsesivo; vivimos en un alto nivel colectivo de inseguridad emocional en relación a los innumerables riesgos actuales y consideraciones de escenarios futuros muy poco favorables, es así que se ha procedido a la medicalización de las situaciones naturales de la vida (duelo, problemas sentimentales, fracaso escolar, menopausia), obligando que la persona traslade el cuidado de sí misma a agentes externos.

Un claro ejemplo de este escenario es Uruguay, tras iniciada la primera dictadura por Gabriel Terra en 1933 quien disolvió la Asamblea General y en su lugar creó la Asamblea Deliberativa, la cual en 1934 sacrificó los derechos individuales de los ciudadanos en aras del bien común; mediante la creación de dos leyes (9.202 y 9.697), la primera de ellas buscaba adoptar las medidas necesarias para evitar la propagación de los males venéreo-sifilíticos, estableciendo que todo habitante del país debe someterse a las medidas profilácticas o de asistencia que se le impongan, cuando su estado de salud, pueda constituir un peligro público. Con la ley 9.697 Terra extendió la libreta de prostituta a toda la población por medio del carné de salud universal; ambas leyes siguen en vigencia y actualmente fueron modificadas con la creación del llamado “control de salud” (ex carné de salud).

El control de salud es obligatorio para cualquier ciudadano que pretenda trabajar, estudiar en la universidad estatal, obtener la licencia de conducir y realizar actividad física y

prácticas deportivas a nivel de federación, se expide con una vigencia máxima de 2 años y para conservar el trabajo o postularse a uno nuevo hay que presentar el carné vigente. En el conjunto de análisis paraclínicos y de laboratorio básicos obligatorios que incluye el protocolo genérico (entre otros, requiere reacciones serológicas de sífilis, Papanicolaou y mamografía); el único análisis opcional es el de VIH, en cumplimiento de la recomendación 200 de la OIT.

Esta normativa de control de salud se va en contra de la autonomía e integridad del paciente es decir sobre los principios bioéticos; en primer lugar, toda intervención médica (preventiva, diagnóstica y terapéutica) sólo podrá realizarse con el consentimiento informado de la persona según la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos del 2005; es decir carece de sentido un diagnóstico preventivo si el paciente está en toda su potestad de no querer saber sobre su enfermedad y mucho menos tratarla. En segundo lugar, el número de exámenes entre hombres y mujeres de la misma edad varía; como hablar de una equidad de género laboral, si para poder acceder a un trabajo siendo mujer estoy obligada a realizarme chequeos preventivos de cáncer propios de mi sexo y para los varones esta sea una decisión voluntaria; ahora bien, como consecuencia de lo anterior el riesgo de sufrir iatrogenia preventiva en las mujeres es mayor en comparación a los hombres y esto lejanamente se considera igualdad de género.

Al parecer el muy conocido “todo extremo es malo”, es muy cierto y se aplica en todas partes y más aún en medicina; ahora bien, cada uno de nosotros en base al conocimiento y porque no en base a la experiencia deberá tomar conciencia y saber establecer límites frente a ciertas prácticas, que lo novedoso no nos ciegue, sino más bien sea una oportunidad para definirnos como médicos y más aún como humanos.

### Referencias

1. Rosengurtt Ana. Bio totalitarismo en el Uruguay. Rev. de Derecho Público [Internet]. 2016 Julio [citado 2019 Julio 17]; 49: 169-185. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/305181514\\_BIOTOTALITARISMO\\_EN\\_EL\\_URUGUAY](https://www.researchgate.net/publication/305181514_BIOTOTALITARISMO_EN_EL_URUGUAY)
2. Losilla Mercedes, Rogelio Altisent. Ética de la prevención: ¿es mejor prevenir que curar?
3. AMF [Internet]. 2010 [citado 2019 Julio 17]; 6(9):498-504. Disponible en: [http://amf.semfy.com/web/downloader\\_articuloPDF.php?idart=88&id=No\\_todo\\_es\\_clinica.pdf](http://amf.semfy.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=88&id=No_todo_es_clinica.pdf)
4. Castiel Luis David, Álvarez-Dardet Carlos. La salud persecutoria. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2007 Junio [citado 2019 Julio 17] ; 41( 3 ): 461-466. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000300019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300019&lng=en). Epub May 15, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000029>

5. Decreto 274/017. Ministerio de salud pública, Montevideo, Uruguay, 3 de octubre de 2017. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/274-2017>
6. Gervas J. Historia epistolar para no dormir: Uruguay contra Ana (para obligar a hacerse la mamografía “preventiva”). Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014 [citado 2019 Julio 17]; 9(31):174-6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)889](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)889)

## Capítulo 9

### “Enfermedades terminales en las mujeres”

Ximena Pozo, Médica de familia, Máster en Atención y Cuidados paliativos. Docente en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y Universidad Central del Ecuador. Quito – Ecuador. [expoza@puce.edu.ec](mailto:expoza@puce.edu.ec)

Resumen: Las enfermedades tienen una fase terminal que requiere asistencia profesional: cuidados paliativos. Se incluye: *la mujer enferma en el final de la vida*: datos de la atención realizada en la unidad de cuidados paliativos del Hospital de atención integral del adulto mayor en Quito. *La mujer cuidadora*: resultados preliminares de una investigación al respecto. *La mujer gestora del desarrollo de los cuidados paliativos en Latinoamérica*: la actual directiva de la Asociación Latinoamericana de Cuidados paliativos está formada por mujeres, además logros en diferentes países por gestoras de programas públicos.

Las enfermedades tienen una fase terminal que requiere nuestra asistencia profesional: cuidados paliativos. En este tema es apropiado recordar “solo” a tres mujeres gestoras de los cuidados paliativos:

Cicely Saunders:

*“No me dispuse a cambiar el mundo sino a hacer algo para aliviar el sufrimiento.”*

*“Tú importas por ser tú,  
tú importas hasta el  
último momento de tu  
vida y haremos todo*

*cuanto esté a nuestro  
alcance no sólo para  
ayudarte a morir en paz  
sino también a vivir  
hasta que mueras.”*

Marie De Hennezel<sup>[1]</sup>:

*“Después de años de acompañar a personas que viven sus últimos momentos no sé mucho más sobre la muerte misma, pero mi confianza en la vida no ha hecho más que crecer. Sin duda vivo todo más intensamente, con la conciencia “afinada” ... me he vuelto más atenta a los que me rodean, consciente de que no siempre los tendré a mi lado, deseosa de descubrirlos y de contribuir en la medida de mis posibilidades a que sean lo que están llamados a ser.*

*Cierto es que, luego de años junto a los que llamamos moribundos, pero que no dejan de ser seres que viven hasta el fin, me siento yo misma más viva que nunca, esto se lo debo a los que creo haber acompañado y en la enseñanza de humildad en la que los ha sumido el sufrimiento han resultado ser maestros.”*

La muerte íntima, 1997

Elisabeth Kübler-Ross<sup>[2]</sup>:

*“Los que tienen la fortaleza y el amor suficientes para sentarse junto a un paciente moribundo en el silencio que va más allá de las palabras sabrán que ese momento no es espantoso ni doloroso, sino el pacífico cese del funcionamiento del cuerpo. Observar la muerte pacífica de un ser humano nos recuerda la caída de una estrella; en un cielo inmenso, una de entre un millón de luces brilla sólo unos momentos y desaparece para siempre en la noche perpetua. Ser terapeuta de un paciente moribundo nos hace conscientes de la calidad de único que posee cada individuo en este vasto mar de la humanidad. Nos hace conscientes de nuestra finitud, de la limitación de nuestra vida. Pocos de nosotros viven más de setenta años, y no obstante, en ese breve tiempo, la mayoría creamos y vivimos una biografía única, y nos urdimos en la trama de la historia humana.”*

Con su trabajo y perseverancia abrieron el camino de los cuidados paliativos en el mundo, inspirándonos a todos!

**La mujer enferma en el final de la vida**

El Hospital de atención integral del adulto mayor, cuenta con una unidad de cuidados paliativos de 9 camas, la única unidad pública del país.

Las estadísticas de atención de los dos últimos años son:

	2017	2018	2019 ene - jul
Número de pacientes mujeres	161	172	109
Promedio edad	64	66	63
Edades	16 - 103	19 - 100	15 - 103
Cuidadoras asistentes a talleres de formación			79%
Fuente: Estadística del Hospital de atención integral del adulto mayor.			

Fuente: Estadística del Hospital de atención integral del adulto mayor.

La información acerca de pacientes mujeres en la unidad de cuidados paliativos y cuidadoras que asisten a talleres de formación en el Hospital del día:

### La mujer cuidadora

El Dr. David Alexander García Rezabala, residente del tercer año de Medicina familiar y comunitaria de la Universidad Central del Ecuador realiza la investigación: *Selección del cuidador familiar de pacientes dependientes y su relación con el nivel de sobrecarga, en el centro de salud “El Blanqueado”, año 2019.*

Es un estudio cualitativo, descriptivo, con entrevistas a profundidad a cuidadores que presentaban sobrecarga.

Los resultados preliminares son:

- La mayoría de las mujeres cuidadoras coinciden en que tanto un hombre como una mujer pueden desempeñar adecuadamente el rol de cuidador.
- Las mujeres naturalizan el cuidado y lo conciben como una obligación o deber moral con sus familiares dependientes.
- El apoyo familiar a las cuidadoras es mínimo y en la mayoría de los casos no existe, en silencio anhelan que alguien ayude a sostener el peso de la carga a pesar de estar resignadas a que eso no sucederá.
- Las participantes expresaron que la sobrecarga no está en relación con el proceso de selección, sino con la falta de apoyo para el cuidado.

## La mujer gestora del desarrollo de los cuidados paliativos en Latinoamérica

La actual directiva de la Asociación Latinoamericana de Cuidados paliativos, esta formada íntegramente por mujeres, las tareas realizadas se resumen en: unión y trabajo con las asociaciones de cada país, apoyo en áreas de docencia e investigación, organización – actualización de algunos procesos de la asociación.

Los países cuyas presidentas de sociedades/asociaciones nacionales son mujeres son: México, Guatemala, Panamá, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Paraguay, Uruguay, Chile y Argentina.

Como ejemplo de lo realizado por mujeres gestoras de los cuidados paliativos en sus países, se presenta a las doctoras Gabriela Píriz y Nilda Camaño<sup>[3]</sup>:

Prof. Adj. Dra. Gabriela Píriz Alvarez, Montevideo – Uruguay. Especialista en Medicina Interna, Medicina Paliativa y Gestión de la Calidad en Servicios de Salud,

Asesora responsable del Área Programática Cuidados Paliativos, Ministerio de Salud; Jefa del Servicio de Medicina paliativa Hospital Maciel; Coordinadora de la Unidad Docente Asistencial de Cuidados Paliativos y de la Clínica ECHO Cuidados Paliativos en la Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Logros:

- Creación Servicio de Medicina paliativa Hospital Maciel, Centro de Referencia Nacional y Centro de Formación Profesional: desarrollo de modelo de atención continua e integral en sala, domicilio y consultorio.
- Impulso e Implementación de Política Nacional de Cuidados Paliativos en el Ministerio de Salud
- Inserción e implementación de Cuidados Paliativos en la currícula de pregrado Facultad de Medicina
- Optimización y desarrollo de Diplomatura de Cuidados Paliativos Facultad de Medicina
- Desarrollo de Clínicas ECHO Cuidados Paliativos: formación profesional permanente virtual
- Desarrollo de Asociación Civil “Amigos de Cuidados Paliativos” que colabora con necesidades básicas de pacientes, familiares y formación de los profesionales

Dra. Nisla Camaño Reyes, Panameña, madre de tres hijos: Víctor Alejandro y Natalia, Médico egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá,

Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Latina de Panamá, Maestría en Cuidados Paliativos de la Universidad de Valladolid, España, Coordinadora Nacional de Cuidados Paliativos de la Caja de Seguro Social desde 2014 hasta la fecha, Miembro Fundador de la Asociación Panameña de Cuidados Paliativos, Presidente de la Asociación Panameña de Cuidados Paliativos para el período 2017-2019 y re elegida para el período 2019-2021, Vocal Titular de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, Board Member de la Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance.

Logros:

- Creación de la Unidad de Cuidados Paliativos del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid de la Caja de Seguro Social
- Incorporación de la Coordinación de Cuidados Paliativos dentro de la estructura administrativa de la Caja de Seguro Social
- Implementación y fortalecimiento del Programa Nacional de Cuidados Paliativos en la Caja de Seguro Social, aumentando de 4

equipos de cuidados paliativos existentes en 2008-2014 a 21 equipos en el período de 2015-2018

- Organización y gestión del Plan de Docencia de la Caja de Seguro Social en Cuidados Paliativos
- Representante de la Caja de Seguro Social para la Reglamentación de Ley 14 de Sustancias Controladas y de la Ley 90 de Dispositivos Médicos
- Miembro del Grupo de Interdisciplinario de Educación Continua que establece la Ley 14 de Sustancias Controladas
- Miembro Fundador y organizador para la constitución legal de la Asociación Panameña de Cuidados Paliativos, sociedad civil, impulsa políticas de salud y participación ciudadana en el acceso a medicamentos controlados y a recibir Cuidados Paliativos
- Culmina el proceso de acreditación del Programa Nacional de Maestría en Ciencias Clínicas con Especialización en Medicina Paliativa, que había iniciado la Dra Yolanda Vargas en el período 2015-2019
- Tutor de Diplomado de Cuidados Paliativos
- Facilitadora en Talleres de Uso racional de sustancias controladas para fines médicos, organizado por la UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito).

En Ecuador se inicia el desarrollo de cuidados paliativos en el Ministerio de Salud Pública, bajo el marco del Plan Nacional de Cuidados paliativos 2015 – 2017, entre los principales logros:

- Se incorporó en el Código Orgánico de la Salud el tema de cuidados paliativos (*Artículo 4.-Atención Integral e Integrada. Artículo 14.- Cuidado en enfermedad en fase terminal*)
- Norma de Atención en cuidados paliativos
- Curso básico presencial de Cuidados Paliativos con duración de 16 horas, para equipos calificadoros de discapacidad del I y II nivel en los años 2015 y 2016, con un total de 967 participantes
- Convenio internacional con el Instituto Catalán de Oncología, Programa Qualy, Centro colaborador de la OMS para programas públicos de cuidados paliativos que permitió la formación de 4 profesionales con Maestría en Cuidados Paliativos, en el SNS; con el compromiso de realizar maestría y/o especialidad en cuidados paliativos en el país

- Unidad de cuidados paliativos, en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en la ciudad de Quito, dispone de 9 camas, para pacientes mayores de 18 años
- Establecimiento especializado en cuidados paliativos: Centro de Atención Integral para Personas con Cáncer, ubicado en la ciudad de Quito, que atiende a personas de provincia
- Equipos de soporte mixto de cuidados paliativos en los hospitales: Francisco Icaza Bustamante (Guayaquil), Eugenio Espejo (Quito), Albert Gilbert (Guayaquil) y General de Macas (Macas)

Estas primeras acciones han dado paso a que se cuente en el país con una Especialidad médica en cuidados paliativos en la Universidad Católica de la ciudad de Guayaquil, la Asociación Ecuatoriana de Cuidados paliativos, la creación de unidades y servicios de cuidados paliativos en el ámbito público y privado, pasando de 16 áreas de atención en el año 2014 a 51 en el año 2018, además la disponibilidad de morfina en tabletas en algunas unidades del sistema público.

Conclusión: los cuidados paliativos son el área médica que atiende a personas con enfermedades crónicas, avanzadas con pronóstico de vida limitado, mejora la calidad de vida de los pacientes, familiares y/o cuidadores, basados en una filosofía que combina ciencia y arte; en Latinoamérica se desarrolla por el trabajo apasionado de muchas mujeres.

---

[1] Marie De Hennezel, La muerte intima, 1997

[2] Elisabeth Kübler-Ross, Sobre la muerte y los moribundos. 1975 de la edición en castellano para todo el mundo: Grupo editorial Random House Mondadori, S. L. Sexta edición en este formato: noviembre 2007

[3] Comunicaciones personales, vía mail.

## Capítulo 10

### **La obesidad como problema social; el rechazo en las consultas a las mujeres obesas.**

Jeanneth Zambrano Álvarez (Médico residente, Postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria UCE, Quito-Ecuador) [jazacoss@gmail.com](mailto:jazacoss@gmail.com) . Carmen Elena Cabezas.

*"La comida está más allá de nuestras necesidades; se ha convertido en commodity, ha sido reformulada para convertirla en una sustancia adictiva"* Dr. Robert Lustig (USA)

La obesidad, se ha convertido en los últimos tiempos en un fenómeno de creciente preocupación pública y se considera en primera instancia un asunto de orden médico. Por ende, es sólo en dicho dispositivo y prácticas que la obesidad se hace factible y conceptualizable como un problema de salud.(Energici, Acosta, Borquez, & Huaiquimilla, 2017). Por otro lado, la teoría del balance energético: engordamos porque comemos más y nos movemos menos, describe, pero no explica lo que sucede. Esta postura, contribuye a creer que son los individuos y no el mundo en el que viven, la causa del problema y los responsables de su solución. (Flichtentrei, 2018) Esto muestra claramente la propuesta biomédica, desde donde se estudia la obesidad, sus complicaciones a nivel individual y el impacto en la salud pública.

Un estudio realizado en México en un grupo de adolescentes con obesidad según su IMC, entre hombres y mujeres con una edad entre 15 y 19 años; se encontró que la percepción de la imagen corporal se adquiere desde muy temprana edad, repercutiendo en la forma de cómo se sienten aceptados o no dentro de un grupo social, y la idealización de un cuerpo esbelto y lo indeseable que puede llegar a ser un cuerpo obeso. Así mismo el estudio menciona que tanto los “normales” y obesos comparten el deseo de adelgazar y el miedo a engordar; debido a la presión social contra la obesidad que se ejerce de forma más acentuada sobre las mujeres, que sobre los varones.(Bermúdez & Hernández, 2012)

Estos datos, hacen evidente que tanto el conocimiento como la realidad no son más que un constructo social y que estos están determinados histórica y culturalmente; y que, la obesidad como un significado negativo asignado socialmente redundando en la marginación e intolerancia (Beltrán, 2015). Además, refleja el reduccionismo impuesto por el modelo biomédico, el cual cosifica la obesidad en factores de riesgo, siendo el estilo de vida de la persona obesa uno de ellos y del cual el sistema la responsabiliza (revictimización). Así mismo, los datos obtenidos muestran la perversidad (eugenesia) en base de la cual los sistemas de salud categorizan lo “normal” de lo patológico. Esto invisibiliza la realidad, traducéndose en desconocimiento, negligencia y en último término maltrato a la persona.

Es importante, ver más allá de “la punta del iceberg” en este sentido los operadores de salud deberíamos hablar de procesos y no de factores de riesgo, ya que en el nicho biológico, se encuentran en una constante dialéctica las matrices de poder, el metabolismo sociedad-naturaleza, los cuales determinan modos de vida (a nivel grupal) y estilos de vida (a nivel individual) y por ende modos y estilos de consumo que finalmente se expresan en modos y estilos de enfermar de los colectivos y de los individuos(Breilh, 2013)

En último término, la segregación y la vulnerabilidad provocada por el poder imperante (político, económico, cultural, científico) genera procesos malsanos, que a nivel biológico provocan incremento del cortisol (stress crónico) el cual promueve la adiposidad, su distribución abdominal, la resistencia a la insulina, hiperinsulinemia, diabetes, hipertensión y cambios conductuales que incrementan el hambre y orientan la selección de alimentos hacia los de alta densidad calórica. El exceso de insulina ejerce su función anabólica y antilipolítica, mientras que los receptores de cortisol señalan dónde almacenar la grasa acumulada. (Flichtentrei, 2018) Finalmente, a esto se suma los estereotipos de género, impuesto históricamente por un patriarcado hegemónico el cual se ha instaurado en los sistemas de salud, generando desigualdad y maltrato al género femenino.

### **Bibliografía.**

1. Beltrán, M. (2015). Constructos Sociales que Marcan la Diferencia / Social Constructs Conceive a Difference. *Revista Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*, (11), 42–50.
2. Bermúdez, B., & Hernández, F. (2012). La estigmatización del cuerpo obeso: Percepción en un grupo de adolescentes mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(1), 21–27.
3. Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva)*. *Epidemiología crítica latinoamericana: Raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica*. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3524>
4. Energici, M. A. E., Acosta, E. A., Borquez, F. B., & Huaiquimilla, M. H. (2017). GORDURA, DISCRIMINACIÓN Y CLASISMO: UN ESTUDIO EN JÓVENES DE SANTIAGO DE CHILE. *Psicología & Sociedade*, 29. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29164178>
5. Flichtentrei, D. (2018). Disparen sobre la víctima. Puntos de vista. Recuperado 28 de julio de 2019, de IntraMed website: <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=92556>

## **Capítulo 11**

### **La tiroides de las mujeres**

Lusy Paulyna Orellana-Navarrete (médica familiar, cirujana general y laparoscópica, docente en la Universidad de Las Américas y en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador) [paulynao@gmail.com](mailto:paulynao@gmail.com), @paulynaorellana

El médico que más sabe cura con menos rigor.

Entre los principales problemas tiroideos de las mujeres tenemos: el hipotiroidismo que se produce por una ablación de la glándula que puede ser debida a enfermedad o cirugía. Puede deberse a una dieta con déficit de aporte de yodo, o por un problema de tipo autoinmune ya que se le asocia con la presencia de anticuerpos antitiroideos circulantes y en algunos casos es consecuencia del efecto de anticuerpos que bloquean el receptor de la TSH. El hipotiroidismo secundario en las mujeres ocurre por enfermedad hipofisaria, deficiencia de TSH secundaria a la necrosis hipofisaria luego del parto o por un tumor hipofisario o tumor de zonas adyacentes.

El hipotiroidismo terciario se refiere a una secreción inadecuada de TRH (hormona liberadora de tirotrópina) por parte del hipotálamo. Otros problemas que afectan a las mujeres son el hipertiroidismo, el hipotiroidismo materno, la enfermedad tiroidea asociada a la obesidad, el cáncer de tiroides.

Al momento el 65% de hipotiroidismo en las mujeres se debe a tiroiditis crónica de Hashimoto, el hipotiroidismo post tiroidectomía o el uso de radioyodo y el 1 por ciento por fármacos que bloquean la producción de hormonas tiroideas.

Para abordar la enfermedad de la glándula tiroidea con las pacientes, es importante informar sobre la ubicación, el tamaño, la estructura, y las anormalidades de esta glándula; la base para diagnosticar un problema en la tiroides está en elaborar una historia clínica completa, un examen físico minucioso en el que se incluya la palpación de la glándula y búsqueda de signos indirectos de mala función tiroidea, la evaluación finaliza con exámenes de laboratorio. Una determinación de TSH u hormona estimulante de la tiroides de inicio es necesaria.

Los resultados de laboratorio pueden variar dependiendo de factores como por ejemplo la presencia de Globulina transportadora de tiroxina, TBG, que en caso de estar aumentada puede dar resultados elevados de T4 libre, los estados propios de la mujer que se asocian con TBG elevada son: el embarazo, el uso de anticonceptivos y terapia estrogénica, las anemias, tumores productores de estrógenos, defecto genético familiar. La disfunción tiroidea se asocia con una mayor tasa de pérdida del embarazo. Las preparaciones de vitamina D pueden reducir la autoinmunidad tiroidea en mujeres tratadas con levotiroxina con tiroiditis de Hashimoto y estado normal de vitamina D. La deficiencia de hierro se asocia con un aumento del anticuerpo de peroxidasa tiroidea (TPO-ab) durante el embarazo temprano y es un factor de riesgo para el aumento del anticuerpo de tiroglobulina (TG-Ab) durante el segundo trimestre del embarazo.

En cuanto al riesgo cardiovascular, existen estudios que sugieren que el hipotiroidismo subclínico a largo plazo con  $TSH > 7 \text{ mUI/l}$  y  $\leq 10 \text{ mUI/l}$  se asocia con un mayor riesgo de enfermedad arterial coronaria en mujeres  $\leq 65$  años, incluso en aquellas con bajo riesgo cardiovascular.

En cuanto al tratamiento de hipotiroidismo y embarazo, existen estudios que muestran que un gran porcentaje de mujeres no fueron tratadas de manera consistente con las guías clínicas. Además, hubo diferencias significativas en la salud general y las comorbilidades entre las mujeres embarazadas tratadas con levotiroxina y las no tratadas. Las investigaciones futuras, que pueden incluir análisis multivariantes de estos o similares datos, sobre las razones de las diferencias entre las cohortes que se observaron en los estudios descriptivos pueden tener respuestas que mejoren los estándares de atención de las mujeres embarazadas con

hipotiroidismo.

En el Ecuador para el 2015 el hipotiroidismo se presentó en cerca del 8% en las mujeres adultas con una mayor prevalencia en mujeres mayores de 65 años, y el hipotiroidismo congénito con una incidencia relativamente alta de 1 en 1,500 nacimientos para ese mismo año.

Las mujeres están más expuestas a cambios hormonales y respuestas inmunológicas propias de su genotipo y fenotipo, esta situación no se encuentra bien descrita aún, aunque se describe una asociación de tiroiditis en mujeres que presentan el Antígeno Leucocitario Humano DR4 (HLA-DR4), con altas concentraciones de citoquinas, principalmente el factor de necrosis tumoral  $\alpha$  (TNF $\alpha$ ).

Cuando hablamos de cáncer de tiroides nos sorprende ver las estadísticas de los EEUU, en las que el cáncer de tiroides se incrementó siete veces más que el cáncer de mama, seis veces más rápido que el cáncer de próstata, y cinco veces más rápido que el cáncer de testículo, esta situación ha causado una alarma en la población en general, y llama la atención sobre todo porque el cáncer de tiroides no causa dolor, y sin embargo estamos frente a una verdadera pandemia de cáncer de tiroides con un incremento de 300% en las últimas tres décadas, las estadísticas tomadas del Instituto Nacional del cáncer indican baja mortalidad para este tipo de cáncer.

Existen guías para el manejo de los trastornos de la tiroides, sobre todo para el hipotiroidismo y el cáncer de tiroides, que son los más frecuentes en las mujeres, sin embargo hay que destacar, que el estudio de su etiología y posible tratamiento inició a mediados de 1800. En 1915 Edward Calvin Kendall aisló la tiroxina, la misma que fue sintetizada en 1927. El mismo año, el profesor David M. Lyon ensayó la hormona en sus pacientes del Hospital Real de Edimburgo. Y su uso se hizo popular en 1950. Por tal motivo podríamos decir que el tratamiento de este tipo de patología es relativamente nuevo, y que la mayoría de los problemas de la tiroides son diagnosticados de forma incidental.

Una ecografía de cuello es necesaria para evaluar una glándula tiroidea solo si en el examen físico encontramos alteraciones o crecimiento mayor a un centímetro de diámetro, la ecografía además permite evaluar las estructuras del cuello como ganglios linfáticos, aunque esto pueda llevar a sobre-diagnósticos, y sobre-medicación. La PAAF del nódulo tiroideo es una exploración costo efectiva y la única que permite diferenciar si un nódulo es benigno o maligno.

Al momento aún no se establece el momento de iniciar la dosis de levotiroxina en pacientes hipotiroideos, ya que no existen evidencias absolutas que apoyen el cribado y tratamiento del hipotiroidismo subclínico por ahora se recomienda iniciar el tratamiento cuando la TSH es mayor a 10 mUI / l y los anticuerpos son positivos.

### **Referencias.**

1. Krassas GE. Enfermedad tiroidea y reproducción femenina. *Fertil Steril*. 2000; 74: 1063–70.
2. Taylor P, Minassian C, Rehman A, Iqbal A, Draman M, Hamilton W, Dunlop D, Robinson A, Vaidya B, Lazarus J, Thomas S, Dayan C, Okosieme O. Niveles de TSH y riesgo de aborto involuntario en mujeres en largas término levotiroxina: un estudio basado en la comunidad. *JCEM* 2014; 99: 3895–902.
3. Vadiveloo T, Mires G, Donnan P, Leese G. Pruebas de tiroides en mujeres embarazadas con disfunción tiroidea en Tayside, Escocia: el estudio de epidemiología, auditoría e

- investigación de la tiroides (TEARS). *Clin Endocrinol.* 2013; 78: 466–71.
4. Chandra A. Prevalencia de hipotiroidismo en pacientes con enfermedad renal crónica: un estudio transversal del norte de la India. *Riñón Res Clin Pract.* 2016; 35: 165–8.
  5. Khan I, Okosieme OE, Lazarus JH. Desafíos actuales en el manejo farmacológico de la disfunción tiroidea en el embarazo. *Experto Rev Clin Pharmacol.* 2017; 10: 97-109.
  6. Maraka S, Mwangi R, McCoy R, Yao X, Sangaralingham L, Singh Ospina N, O’Keeffe D, De Ycaza A, Rodriguez-Gutierrez R, Coddington C, Stan M, Brito J, Montori V. Tratamiento hormonal tiroideo en embarazadas mujeres con hipotiroidismo subclínico: evaluación nacional de EE. UU. *BMJ.* 2017; 25: i6856.
  7. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, Grobman WA, Laurberg P, Lazarus JH, Mandel SJ, Peeters RP, Sullivan S. 2017 Directrices de la Asociación Americana de Tiroides para el diagnóstico y manejo de la tiroides enfermedad durante el embarazo y el parto. *Tiroides.* 2017; 27: 315–89

## Epílogo

Todo empezó con un sueño, el poder plasmar en un documento escrito lo trabajado sobre el tema de mujeres y salud, durante el año 2019, un trabajo colaborativo que contó con la brillante participación de estudiantes y docentes, motivados todos por abordar un problema social desde un punto de vista médico integral,

Nuestra profesión de servicio a la comunidad tiene mayor sentido cuando abordamos los problemas sociales, para buscar una solución planteada desde la academia. El grupo de trabajo de la presente obra, está formado por una amalgama de personas del Ecuador y el Mundo, este trabajo colaborativo contó el apoyo de discusiones realizadas en forma asincrónica virtual y con una jornada presencial.

¿Qué son los SIAP? Pues son seminarios de crecimiento profesional y humano, espacios en los que todo aquello que “sin darse en Medicina, es necesario para ejercer bien la Medicina”. Con rigor científico se exploran y abordan temas mediante la metodología de la “enseñanza inversa”, para enriquecer tanto a asistentes como a ponentes. Los SIAP son encuentros multiprofesionales, que facilitan la participación y aprendizaje tanto a distancia como presencial, con el objetivo de mejorar el trabajo relacionado con la sanidad y en especial la Atención Primaria.

El contenido de este trabajo se relaciona con la adquisición de competencias para abordarlo de forma integral, con reflexión, y profundidad, luego de una discusión multidisciplinaria, con el apoyo de expertos. El trabajo duro y ordenado de Juan Gérvas y Mercedes Pérez-Fernández, así como del del Comité Organizador local, presidido por Paulyna Orellana y Edison Endara fue apoyado por la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar y por la Universidad de Las Américas con su sede en Quito.

Se estudiaron 12 temas, y dos reuniones satélites. El encuentro presencial, contó siempre con un ambiente cálido de camaradería que aportó para los resultados finales de este evento tenga un balance positivo. La reunión presencial se realizó el viernes por la mañana se dio espacio a las ponencias Satélite, un formato original en las que una o un estudiante o residente, apoyada por tutor o tutora virtual, desarrolla un caso clínico propuesto. La calidad de estos casos es cada vez mayor, los y las participantes más jóvenes demuestran tener un espíritu muy crítico y muchas ganas de aproximarse a la verdad en el mundo de la “infoxicación”, para no construir su conocimiento en forma de “torres de arrogancia sobre cimientos de ignorancia”.

Y tras ellos, las ponencias presenciales y multidisciplinarias, divididas en dos partes: el Seminario Social del viernes por la tarde, y el Seminario Clínico del sábado por la mañana. En el Seminario Social hicimos memoria el papel protagónico que tiene la mujer en una sociedad que a veces la invisibiliza. Analizamos los roles sociales de las mujeres, su participación y su discriminación.

Han pasado ya varios meses desde la conclusión del evento, y ante tanta valiosa información, los organizadores hemos decidido compartir el resultado de esos meses de trabajo, seguros de que será un texto que permitirá informar sobre el tema, y proporcionar un material para la reflexión.

Esperamos que este texto les sea útil, y sirva para su crecimiento personal así como profesional.

## Referencias

1. Gérvas J. Los Seminarios de Innovación en Atención Primaria: presentación general. Equipo CESCO. [acceso 12 de abril de 2020]. Disponible en: <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2016/06/siap-presentaci%C3%B3n-general.pdf>
2. Gérvas J. Seminarios de Innovación en Atención Primaria: un mundo en ebullición. Acta Sanitaria. [acceso 12 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/seminarios-de-innovacion-en-atencion-primaria-un-mundo-en-ebullicion/>
3. Gérvas J. Seminarios de Innovación en Atención Primaria: Discriminación sanitaria bizarra contra las mujeres. Acta Sanitaria. [acceso 12 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/discriminacion-sanitaria-bizarra-contra-las-mujeres/>
4. Gérvas J. Seminarios de Innovación en Atención Primaria: Ser mujer o es una enfermedad, estar embarazada tampoco. Acta Sanitaria. [acceso 12 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/ser-mujer-no-es-una-enfermedad-estar-embarazada-tampoco/>
5. Minué, S. 35 Seminarios de Innovación en Atención Primaria: entre la leyenda y la epopeya. Blog El Gerente de Mediado. [acceso 12 de abril de 2020]. Disponible en: <https://gerentedemediado.blogspot.com/2017/08/35-seminarios-de-innovacion-en-atencion.html>