

La intervención social sanitaria desde la perspectiva de género

María Antonia Aretio Romero

Trabajadora Social Sanitaria – servicio Riojano de Salud. Doctora en Trabajo Social Universidad pública de Navarra, Licenciada en sociología. Diplomada en Salud y género – Escuela Nacional de Sanidad. España.

Correspondencia: toniar66@gmail.com

Cómo citar: Aretio, María Antonia (2025) "La intervención social sanitaria desde la perspectiva de género". *Revista Trabajo Social y Salud*, N°101, 78-104.

Resumen: El texto aborda la relación entre el trabajo social sanitario y la perspectiva de género, destacando su importancia como un marco ético y transformador en la práctica profesional. La autora reflexiona sobre la urgencia de integrar este enfoque para abordar las desigualdades estructurales y promover un trabajo social feminista. Desde una aproximación crítica y colaborativa, explora conceptos clave como género, patriarcado e interseccionalidad, señalando cómo estas dinámicas afectan la salud y el acceso a servicios sanitarios. El texto reconoce la influencia del feminismo en el trabajo social, recogiendo la contribución de algunas pioneras del trabajo social (Mary Richmond, Jane Adams...) Resalta la necesidad de superar el modelo biomédico tradicional, optando por enfoques biopsicosociales y feministas que fomenten la autonomía y la equidad. Asimismo, plantea propuestas para intervenir con perspectiva de género en algunos ámbitos y/o problemas de salud, desarrollando intervenciones integrales, transformadoras y horizontales, orientadas a la justicia social y los derechos humanos.

Palabras clave: Trabajo social sanitario, Feminismo, Perspectiva de género, Patriarcado, Justicia social

Abstract: The text explores the relationship between healthcare social work and the gender perspective, emphasizing its importance as an ethical and transformative framework in professional practice. The author reflects on the urgency of integrating this approach to address structural inequalities and promote feminist social work. Through a critical and collaborative approach, key concepts such as gender, patriarchy, and intersectionality are examined, highlighting how these dynamics impact health and access to healthcare services. The text acknowledges the influence of feminism in social work, collecting the contributions of some pioneers of social work (Mary Richmond, Jane Adams...) It underscores the need to move beyond the traditional biomedical model, adopting biopsychosocial and feminist approaches that foster autonomy and equity. Furthermore, puts forward proposals to intervene with a gender perspective in some areas and/or health problems, developing comprehensive, transformative and horizontal interventions, aimed at social justice and human rights.

Keywords: Healthcare social work, Feminism, Gender perspective, Patriarchy, Social justice

“Quienes escribimos debemos analizar la verdad de lo que decimos,
pero también la verdad del lenguaje con el que hablamos (...)
Y cuando las palabras de las mujeres se dicen a voces para que sean escuchadas,
es responsabilidad de cada una hacer lo posible por escucharlas, por leerlas y
compartirlas y analizarlas para ver cómo atañen a nuestras vidas”

Audre Lorde (2004)

Introducción

Este artículo surge del encargo realizado desde nuestra Asociación Española de Trabajo Social y Salud para impartir una ponencia en su XIV Congreso con objeto de empezar a reflexionar de manera colectiva acerca de la relación entre nuestra profesión (trabajo social) en el sistema sanitario con la perspectiva de género. Aunque en algunos espacios y momentos hemos abordado la relación entre ambos, lo hemos hecho de manera casi colateral, sin entrar a fondo en un debate que ya se ha tornado urgente. Desde ese cierto vértigo a lo que comporta empezar a reflexionar públicamente de manera más sistemática en este tema pendiente, con parte de sus andamiajes por construir, acepté el reto, en la confianza de aprovechar la oportunidad para profundizar yo misma en la materia.

Este texto es fruto de ese esfuerzo que, partiendo necesariamente de mi experiencia profesional, busca relaciones entre la teoría y la práctica con el objetivo de aportar algunas reflexiones que puedan ayudar a avanzar de manera colectiva en un debate necesario. Aportaciones particulares que son en esencia también colectivas, porque así es la construcción del conocimiento, siempre tirando de hilos que otras personas han ido lanzando a lo largo de la historia, traspasadas por el filtro de nuestra experiencia, profesional pero inevitablemente, y más cuando hablamos del género, también personal.

He procurado buscar conexiones que nos ayuden a hacernos esta interpelación muy oportuna: ¿puede hacerse trabajo social sanitario sin tener perspectiva de género? Para ello parto de algunos ejes, a modo de columnas centrales, para ir entrelazando reflexiones y saberes. Ejes como puntos de partida iniciales que me han parecido más relevantes ahora, pero, estoy segura de que cada cual vais a poder aportar otros de tal manera que esta reflexión pueda enri-

quecerse y ensancharse con vuestras miradas y vivencias. Os animo a ello, y deseo que así sea, para seguir aprendiendo y tejiendo juntas y juntos una red de conocimiento colaborativo, un marco teórico y vivencial que nos acoja a todas y nos sirva para mejorar nuestra práctica profesional, que se enriquezca de la diversidad que nos caracteriza dentro de un proceso de descubrimiento y afianzamiento profesional y personal.

Esta ponencia es por ello un atisbo abierto a la investigación, una propuesta que comparto con toda humildad, una invitación que facilite un espacio de diálogo para reflexionar colectivamente, mejorar nuestra consciencia, aumentando nuestra capacidad de autocrítica constructiva.

En este artículo se recogen, separados por motivos expositivos, algunas reflexiones en relación a estos cuatro ejes o columnas centrales:

- La perspectiva de género.
- Nuestra genealogía feminista: pioneras del trabajo social.
- El sistema sanitario.
- El trabajo social sanitario.

Al tiempo iré articulando conexiones entre ellos, para argumentar la oportunidad, la necesidad y la obligación ética que tenemos como profesionales de construir un trabajo social sanitario feminista. A lo largo de dichos bloques planteo algunas interpelaciones para favorecer esa exploración y análisis conjunto.

Mientras preparaba esta ponencia, han ido resonando una serie de palabras con una gran carga simbólica, cual mariposas que han estado revoloteando sugerentes buscando mi atención, provocando mi reflexión. Os las ofrezco a modo

de capa semitransparente con la que podemos revestirnos para hacer este viaje de exploración. Son: compromiso, subordinación, investigar, subversión, violencia, derechos (humanos), reclusión, justicia (social), igualdad, sumisión, conocimiento (científico), dominación, disciplina (ciencia), opresión, gafas violeta, explotación, cambio de mirada y posición, privilegios, ética, solidaridad, género, transformación, cuestionamiento, patriarcado, capacidades, desvelar, poder, vulnerabilidad, emancipación, conciencia crítica, libertad, autodeterminación, autoestima, inconformismo, respeto, dignidad, empatía, inclusión, estudio (rigor), cambio social, fortalezas, implicación, responsabilidad (colectiva), diversidad, equidad, interseccionalidad.

El género, en disputa, linterna privilegiada para alumbrar la realidad

Aprovechando el título del famoso libro de Judith Butler (2007), me sumerjo en este terreno, tan proclive en estos últimos años a la manipulación, enfrentamiento y conflicto, ya sea en el terreno político, social, cultural y, por supuesto, sanitario. No quiero abundar en este momento en mayores polémicas sobre lo que se ha venido definiendo como género, ni sobre lo que se pretende que sea el género y su performatividad, aunque sí sea necesario recoger algunas ideas fundamentales. Sí pretendo recoger parte de la luz que ha supuesto para el conocimiento científico desvelar la estructura de género que caracteriza nuestro marco sociocultural, impregnando la totalidad de nuestras vidas. También señalarlo como, tal vez, el mayor determinante social de la salud en su intrínseca relación con el patriarcado.

En la teoría feminista se entiende por género la construcción social y cultural de la feminidad y la masculinidad, tanto en lo referente a las características psicológicas que se atribuyen a cada sexo como a las pautas de su comportamiento normalizado. La diferencia sexual se naturaliza, transformándose en desigualdad cultural en detrimento de las mujeres. Un gran impulso a la difusión del género fue la conferencia de Beijing en 1995. Desde entonces la perspectiva de género se convirtió en recomendación internacional para estados y administraciones (Cobo y Ranea, 2020: 119).

Desde que el concepto de género surgiera en la década de los años 70 del siglo XX de la mano de Stoller y Rubin (Maquieira, 2001) hasta la actualidad el proceso de construcción, crítica y deconstrucción del mismo no ha cesado. Como dice Mari Luz Esteban (2002) “Hablar de género es hablar de feminismo y desde el feminismo”. La polémica y divergencia surgida en torno al mismo ha contribuido a hacerlo más complejo y flexible. Ejemplifica la capacidad del movimiento feminista y algunas de sus teóricas para cuestionar la praxis y la teoría y buscar el origen contextual e histórico de los conceptos, definiciones y categorías que constituyen la base del pensamiento científico occidental. Al mismo tiempo supone el desenmascaramiento de premisas anteriores basadas en la biología, esencialismo y universalismo con las que se legitimaba la desigualdad estructural entre hombres y mujeres. Entronca con la crítica a las categorías dicotómicas: mujeres/varones, naturaleza/cultura, doméstico/público, sentimiento/razón, cuerpo/mente y reproducción/producción.

Lejos parecen quedar ya las primeras conceptualizaciones acerca de lo que se entendió por género. En los inicios, de la mano de las teóricas anglosajonas, surge en oposición a sexo (que engloba las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de hombres y mujeres, que se asocian a su capacidad de procreación) para designar a la jerarquización de espacios y funciones sociales y la diferenciación en el acceso al poder implícitas en las ideas, representaciones y prácticas de hombres y mujeres (Esteban, 2006). Con el paso de los años la concepción llega a distar mucho como así se puede apreciar en esta definición de Butler.

“Efecto de un conjunto de normas y prácticas que regulan la identidad e imponen un modelo de heterosexualidad obligatoria, pero las identidades femenina y masculina no son uniformes ni estables, sino que se encuentran en un permanente proceso de construcción y, por consiguiente, pueden ser resignificadas (...) El género se convierte en algo que se hace en vez de algo que se es” (Esteban, 2002).

El concepto de género sirvió para ejemplificar la opresión, discriminación y reproducción del orden

patriarcal y las consecuencias que implicaba para las mujeres. Se desvelan las múltiples posiciones de género que se derivan de un “proceso de subjetivación atravesado por relaciones de poder asimétricas, relativas a la etnicidad, raza, clase, edad, orientación sexual, entre otras”. Ayuda a comprender que los sujetos se “en-generan en y a través de una red compleja de discursos, prácticas e institucionalidades, históricamente situadas que le otorgan sentido y valor a la definición de sí mismos y de su realidad” (Bonder, 2006).

Los debates surgidos desde las diversas corrientes feministas a propósito de la perspectiva de género han fructificado en algunas aportaciones sustanciales que se pueden aplicar al campo de la salud (investigación y práctica clínica). Partiendo todas ellas de la premisa de la opresión de las mujeres bajo el sistema patriarcal, reconocen que los elementos de género tienen repercusiones diferenciales en la salud de mujeres y hombres. Las propuestas terapéuticas feministas van a pasar siempre por reivindicar la alteración de las condiciones socioculturales que generan las diferencias, para fomentar la autonomía y auto-responsabilidad de las mujeres. Coinciden así mismo en la necesidad de superar el modelo biomédico (centrado en la mirada) para pasar al biopsicosocial-psicoanalítico (centrado en la escucha y el encuentro) y al feminista (fomento además de la autonomía). Defienden la transición de los métodos cuantitativos y positivistas a los cualitativos -sin desdeñar los cuantitativos, necesarios para algunos análisis- e interpretativos (Velasco, 2007).

Para el objetivo de esta ponencia es interesante señalar que el género:

- Es un principio básico de organización de las sociedades,
- Es relacional, implica un sistema de relaciones sociales, materiales, emocionales, simbólicas que atribuyen y distribuyen unas características, significaciones y expectativas al cuerpo sexuado y
- Articula las relaciones de poder que justifican las desigualdades de género (Mateos Casado, 2022a: 29).

La desigualdad construida a partir de las diferencias biológicas genera desigualdades importantes en la salud, ya sea tanto en la manera de disfrutar de la propia salud, de riesgos y frecuencias diferentes para

enfermar y morir así como para un acceso desigual a los servicios sanitarios en función del género (García, del Río y Martín, 2018).

El género se convierte en un eje fundamental de desigualdad y determinante principal de la salud que es preciso analizar junto con otros determinantes sociales de la salud (ingresos y recursos económicos, educación, vivienda, clase social, empleo y condiciones laborales, seguridad y medio ambiente). Pero además, siguiendo a García, del Río y Martín, es una categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo. Por otra parte, el ordenamiento social de lo masculino y femenino origina los sesgos de género en el sistema sanitario (asistencia e investigación) así como el acceso diferencial de mujeres y hombres al mismo.

Por ello, el concepto de igualdad de género es uno de los elementos clave del enfoque de género, definido por la OMS (2016) como “la ausencia de discriminación, en base a las características sexuales de una persona, en oportunidades y distribución de los recursos o beneficios en el acceso a los servicios”. Y este análisis de la desigualdad en salud por motivo de género nos lleva al término de equidad, que, aplicado a la salud, implica la necesidad de tratar igual a mujeres y a hombres cuando sus necesidades sean las mismas y que se debe atender de manera diferente aquellas necesidades que sean distintas.

Este enfoque de los determinantes de la salud es preciso compaginarlo con una mirada interseccional, que incorpore el análisis conjunto del efecto de otras situaciones de subordinación. La interseccionalidad fue definida por Kimberlé Williams Crenshaw en el año 1995 como la expresión de un sistema complejo de estructuras de opresión, múltiples y simultáneas. (Mateos, 2022b: 50). Este enfoque afirma que las desigualdades son un proceso social derivado de las interacciones de sistemas de subordinación de género, clase social, raza/origen étnico y sexualidad, entre otros, que se retroalimentan y configuran de forma dinámica en el territorio y en el tiempo (Cobo y Ranea, 2020: 140-1). La interseccionalidad ayuda a comprender cómo diferentes categorías de discriminación, construidas social y culturalmente, interactúan en múltiples niveles, contribuyendo a una sistemática desigualdad social (García, 2018: 21). Todo ello aporta un análisis global de las diferentes

desigualdades que atraviesan la vida de las mujeres y las interacciones entre ellas, en las que el género es una de las más importantes, tal vez, la mayor.

Personalmente, me sigue pareciendo muy oportuno para nuestra intervención sociosanitaria tener presente el concepto de “vulnerabilidad” para la pérdida de salud o mayores problemas para restablecer la misma. Entronca mejor con nuestra tradición académica y con la experiencia. Nos permite situar con claridad que la migración (más en las situaciones de irregularidad administrativa), la diversidad funcional, la residencia en territorios pequeños con más control social y peor acceso a los recursos, las situaciones de empobrecimiento, las de exclusión social, ser muy joven o muy mayor, vivir situaciones de adicciones, la enfermedad mental, el aislamiento social, atravesar crisis vitales, carecer de vivienda digna, pertenecer a una minoría étnica o racializada, problemas con la identidad personal, la prostitución, la trata de seres humanos... son situaciones que condicionan la vida y las posibilidades de afrontar con éxito cualquier proyecto o problema personal, incluidos todos los relacionados con la salud (COVIGE, 2012). Si la persona vive con varias de estas situaciones de vulnerabilidad, el efecto limitante de las mismas es exponencial (Aretio, 2015: 82). Y ello también tiene que ver con el género.

La búsqueda de la igualdad de género es uno de los objetivos de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas. Está recogida además en multitud de normativa nacional (Instituto de las Mujeres, 2022) e internacional, lo cual otorga un carácter de obligatoriedad para nuestra profesión. Aplicar la perspectiva de género al trabajo social dentro de este marco general permite, entre otros frutos (Mateos, 2022a: 29):

- Investigar y analizar la realidad desde marcos epistemológicos críticos o feministas.
- Identificar las desigualdades generadas por los roles y estereotipos de género.
- Señalar las asimetrías y los privilegios de género.
- Desarrollar intervenciones profesionales para deconstruir el sistema de dominación patriarcal y machista operante así como alentar cambios en el imaginario socio-simbólico, avanzando hacia la justicia social y la equidad.

Resulta oportuno recoger la propuesta que realiza Sara Velasco (2007) respecto a los objetivos que tiene que contemplar un estudio para ser caracterizado como feminista:

- Desvelar y cuestionar: la exclusión, el silenciamiento y omisión, el tratamiento sesgado, la devaluación, la discriminación y la subordinación de lo femenino y de las mujeres mismas.
- Desvelar y cuestionar: las premisas biologicistas de las características y diferencias entre hombres y mujeres, las premisas esencialistas que ligan los hechos de ser mujer a la biología y no a la construcción cultural, las premisas universalistas que suponen una identidad igual para la mujer y todas las mujeres.
- Desvelar y cuestionar la lógica binaria de las díadas: hombre/mujer, femenino/masculino, activo/pasivo, público/privado y racional/emocional.

Este conjunto de consideraciones tiene relevancia asimismo en el tipo de intervención sociosanitaria a desarrollar con coherencia si se pretende incluir la perspectiva de género. Actuación que ha de desnaturalizar y visibilizar lo ocultado por el sistema patriarcal.

“La intervención de género analiza la identidad del sujeto y de la situación teniendo en cuenta la influencia de la estructura social en su subjetividad tanto como los componentes biográficos y físicos individuales (...) Introduce la mirada crítica de la realidad en los autoanálisis de las mujeres, lo que les permite darse cuenta de los condicionamientos que provienen de la opresión social patriarcal por ser mujer, distinguirlos de las atribuciones individuales y poner en valor su actividad y deseo. Así se desenredan posiciones pasivas, secundarias o idealistas que esperan satisfacciones del que ostenta el poder dominante, y se desentrañan culpas paralizantes. También proporciona agencia y empoderamiento a las mujeres” (Roca, 2011:31-32).

Todas estas constataciones tienen repercusiones directas en nuestra intervención profesional y sitúa el horizonte de nuestra práctica en escenarios más amplios. Es necesario cuestionarse y deconstruir el conocimiento previo adquirido, incorporar las “gafas moradas” para discernir la realidad, para desvelar lo silenciado y cambiar nuestro posicionamiento personal y profesional. Deriva, entre otros retos, a la importancia del trabajo interior con cada una, cada uno consigo mismo. Es imprescindible que cada profesional revise y haga consciente su propia historia de vida personal, cómo ha sido su proceso de socialización... para cambiar todo lo que no sea coherente con ese principio de equidad de género que debería sostener nuestra propia vida al tiempo que nuestra praxis profesional

Y ello, recogiendo las reflexiones de Silvia Navarro (2017: 385-386), debe conducir a “crear estrategias orientadas a combatir las desigualdades de género (...). La perspectiva de género es un radical y deliberado ejercicio político que busca transformar la realidad (...). Es una falacia apostar por una práctica transformadora que persiga la justicia social y, al mismo tiempo, volver la espalda a la equidad de género (...). Con nuestra práctica cotidiana podemos ser agentes de cambio o al servicio del (patriarcado)”.

Nuestra Herstory, el legado de nuestras predecesoras

Conocer y difundir nuestra genealogía feminista es un reto para ir ampliando juntas esa red de conocimiento y práctica profesional que nos acoja, sostenga e impulse para seguir construyendo una sociedad más justa, tal y como nos propone Belén Nogueiras (2018). En una dirección similar, Silvia Navarro (2017), en su obra “Saber femenino, vida y acción social”, se afana por dar visibilidad a tanta sabiduría femenina silenciada a lo largo de la historia. Nos anima a “cobrar conciencia de que construirnos no es algo iniciado y reiniciado de nuevo por cada una de nosotras (...) Lo nuestro es una carrera de relevos (...) en la que juntas llegaremos más lejos”. ¡Qué sugerente sentirse abrazada por esa corriente sorórica que viene de siglos! ¿No os parece? Y qué tranquilizador, por otra parte, saber que este camino hacia la igualdad es colectivo, lleno de esfuerzo, conocimiento y logros.

Los estudios feministas han realizado un ingente trabajo para rescatar las aportaciones de las mujeres en la historia y facilitar la revisión de la perspectiva de género en cada disciplina profesional. Así aparece el término Herstory, traducido como “el relato de ella”, para visibilizar las historias de tantas mujeres profesionales y/o académicas que han ido sembrando de feminismo las ciencias y cuyos méritos han estado, habitualmente, silenciados cuando no usurpados. En la Guía Profesional, Trabajo Social desde una perspectiva de género (parte I)¹ (Mateos, 2022:48), se recogen interesantes aportaciones de pioneras del trabajo social en esta línea, que animo a tener presentes.

El feminismo nos propone generar en nuestra intervención profesional relaciones que faciliten encuentros con la población desde mayor simetría y horizontalidad, lo más alejadas posibles de la verticalidad y jerarquía (actitudes más vinculadas con las relaciones patriarcales). Nos anima a acoger la diversidad que existe en la población. Escuchar de manera profunda y activa, sin prejuicios ni estereotipos, encontrando la unicidad y dignidad de cada persona. Atender especialmente a la población que está en los márgenes, en la periferia, la que tiene mayor vulnerabilidad social, para incorporarla, promover su participación social y resquebrajar los centros monolíticos del poder. El feminismo nos propone la mirada hacia las causas socioculturales de los problemas para desarrollar actuaciones integrales y transformadoras, no meramente paliativas. Nos impele a procurar procesos de capacitación, de empoderamiento (personal y colectivo), fomentando las fortalezas de cada persona, cada grupo, cada comunidad. Nos incita a combatir la discriminación y tener como referente la justicia, la igualdad y los derechos humanos.

Para el objeto de esta ponencia, voy a rescatar algunos retazos de los logros y empeños de algunas de las más significativas pioneras del trabajo social recogidas en dicha Guía Profesional para relacionarlos con este espíritu feminista que atraviesa la historia y que lanza retos a nuestra profesión hoy. Nuestra disciplina se enraíza sobre la experiencia de estas mujeres: sufragistas, reformadoras sociales, antiexclavistas,

¹ Esta Guía, y la II Parte, ha sido editada en 2022 por el Consejo General del Trabajo Social y está disponible para toda la población. Recomendando su lectura y consulta.

abolicionistas, académicas e investigadoras que abrieron terrenos hasta entonces inéditos, siendo punta de lanza de innovadoras iniciativas sociales, comunitarias y políticas. Me gustaría que nos ayudara a reforzar nuestras referencias para que sus hallazgos y reflexiones nos permitan discernir y tomar partido hoy con mayor consciencia.

Es casi obligado empezar por Mary Richmond, de quien tantas facetas se han mostrado. Para la reflexión que aquí nos ocupa me interesa subrayar:

– Su capacidad y empeño para vincular las condiciones de vida de personas y colectivos con sus problemas y necesidades sociales. Insistió mucho en la importancia de hacer un diagnóstico relacional que integre los diferentes factores sociales y psicosociales, junto a los individuales, que diera paso a una intervención eficaz teniendo en cuenta ese contexto.

– Su afán para fomentar la autonomía e independencia de las personas, con base en la técnica de la entrevista en profundidad; una entrevista que en sí misma sirviera para fortalecer a la persona o grupos y alumbrara procesos de cambio.

– Trabajó para erradicar el trabajo infantil, atender a la infancia desprotegida, creó la Asociación de Vivienda y asociaciones de caridad pública para afrontar de manera sistematizada las necesidades sociales. Investigó y fue docente.

Junto a Mary Richmond hay que nombrar a Jane Adams, nuestra Premio Nobel de la Paz. De ella destaco aquí:

– Fue pionera del trabajo comunitario y del abordaje de las necesidades específicas de las mujeres. Fundó la Hull House, centro para acoger a inmigrantes y casa de mujeres.

– Se comprometió políticamente en la defensa de los derechos de las mujeres, la infancia y la juventud, trabajando intensamente por el derecho al voto femenino, destacando por su pacifismo y feminismo.

De Sophonisba Preston me parece de interés el enfoque en la intersección de los problemas sociales, las políticas públicas con énfasis en inmigrantes, afroamericanos, infancia, clase trabajadora. Implicada en la capacitación vocacional, vivienda,

delincuencia juvenil.

Coetánea suya fue Mary Kingsbury, quien remarcó la importancia de las condiciones de trabajo, comprometida en el área de la vivienda, el barrio, el vecindario, como lugar de identidad, redes y recursos sobre todo para la población más desfavorecida. Abolicionista de la prostitución.

Alice Salomon, apoyando las madres abandonadas, solteras, procurando protección para sus criaturas. Pionera con una tesis sobre la desigualdad salarial entre mujeres y hombres. Lideró encuentros relevantes para el trabajo social.

Hay una larga e interesante genealogía de otras muchas profesionales de quienes sólo recojo unos trazos someros. Edith Abbott, investigadora al servicio de los derechos sociales y la inmigración. Ida Maud, trabajadora social sanitaria, asesora en temas de salud pública. Mary Cromwell, experta en salud mental, participó en el diseño de políticas públicas sanitarias. Grace Abbott implicada en la inmigración y en la lucha para abolir el trabajo infantil. Birdye Haynes, pionera trabajadora social negra, con enfoque holístico, comunitario e interseccional contra la segregación racial; trabajó en temas de empleo, vivienda, infancia, juventud, mujeres. Gordon Hamilton, docente defensora de la participación y autodeterminación de las personas y grupos. Gisela Konopka, desde el trabajo social grupal defendió la importancia de los vínculos, la relación entre lo individual, grupal y comunitario así como el valor del trabajo a favor de la democracia, la solidaridad y la justicia social. Irena Sendler, comprometida en la resistencia en la II Guerra Mundial ayudando a huir sobre todo a niñas y niños polacos del gueto de Varsovia.

Concepción Arenal, en nuestro país, es una excepcional pionera de la intervención social feminista. Fue la primera mujer que entró en la universidad española disfrazándose de hombre. Su labor fue prolífica, elaborando múltiples documentos y escritos en materia de beneficencia, derecho penal e internacional, problemas sociales. Fue ejemplar con su conducta y aportación crítica respecto a las leyes generadoras de injusticias sociales. La solidaridad social fue un eje esencial en su vida, marcada además por una acción, humanidad y compromisos permanentes. Junto a ellas, en épocas recientes, nos suenan más próximas las trayectorias de Montserrat

Colomer, Patrocinio de las Heras, Natividad de la Red, Teresa Zamanillo y otras conocidas y no nombradas que han dedicado su vida a sistematizar y dotar de teoría a nuestra profesión y a señalar el papel de subordinación de las mujeres en la estructura social.

De todas ellas, y tantas otras no recogidas por motivos de espacio, nos llega la gran energía y sabiduría que han desplegado para crear, arriesgar algunas hasta la vida, iluminar espacios y territorios llenos de injusticia y dolor, sembrar caminos nuevos con valores de solidaridad e igualdad, relacionar las condiciones de vida con las vivencias y necesidades individuales y colectivas. También para debatir, sistematizar, investigar, enseñar, trabajar en equipo, establecer lazos con otras profesiones con la mira en el bien común y en la justicia social.

Quiero aprovechar la oportunidad que nos da ser conscientes de este legado valioso que nos han dejado para suscitar algunas preguntas:

- ¿En qué medida nos sentimos concernidas por esta tradición profesional en tanto que ahora somos las y los profesionales que hemos de darle continuidad? ¿Nos interpela de alguna manera?
- ¿Cómo aprovechar tanta enseñanza para afrontar los retos que tenemos por delante en relación a la intervención con perspectiva de género?
- ¿En qué medida puede y debe alumbrar nuestras opciones profesionales?
- ¿Cómo podemos renovarlo, fortalecerlo para que el feminismo impregne cada día más nuestra práctica cotidiana?

Y, antes de terminar este punto, me parece oportuna hacer una conexión más. En estos años hemos asistido a la emergencia de la 4ª ola feminista, con una fuerza inmensa en casi todos los países del mundo. Ya en el año 2018 Luisa Posada definió a esta 4ª ola como un movimiento reactivo y una rebelión contra la configuración del “patriarcado violento” en sentido amplio: como violación, acoso, maltrato, asesinato, desigualdad económica y laboral, pornografía, prostitución, como trata... Hoy habría que añadir otros fenómenos de este poder sexualmente expresado, como la práctica de los vientres de alquiler.

En el caso de España la denuncia de la violencia contra las mujeres en sus diversas manifestaciones, incluyendo el derecho al aborto legal en la sanidad pública, la ampliación de los derechos de bajas maternales y parentales, la paridad económica y salarial son los ejes de las movilizaciones feministas. El año 2018 fue el año culmen de esta ola con la ocupación masiva de las calles por millones de mujeres y hombres. La Huelga general de cuidados ese 8 de marzo y el caso de la violación de la Manada en Pamplona fueron los momentos que concitaron el gran apoyo social a este conjunto de reivindicaciones que se han trasladado posteriormente al debate político, siendo el germen de leyes importantes como la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.

Muchas de las reivindicaciones feministas de esta 4ª Ola entran de lleno en la salud de las mujeres y, por deriva, implican responsabilidad y retos para el sistema sanitario.

El sistema sanitario, nuestro lugar y contexto de trabajo: retos y oportunidades

Y con todos esos interrogantes provocando y buscando respuesta en este diálogo compartido, me parece oportuno enlazar con el hecho que nuestra práctica profesional se ejerce en el sistema sanitario, potente donde los haya para condicionar la vida de las mujeres. Voy a centrarme en algunos rasgos del mismo relevantes para avanzar en esta exploración acerca de la relación que tiene el feminismo con nuestra profesión.

El sistema sanitario se ha caracterizado a lo largo de la historia por formar parte, estar adscrito y/o reforzar las estructuras sociales de dominación a través de lo que Foucault (1981) ha denominado biopoder, que da primacía a la biología respecto a otras dimensiones sociales. El evolucionismo social instalado en la modernidad reforzó valores afines al sistema social emergente (capitalismo), normalizando las desigualdades a través de conceptos e imágenes corporales.

“No existe relación de poder sin la constitución correlativa de un campo de conocimiento, ni conocimiento

alguno que no presuponga y constituya al mismo tiempo relaciones de poder” (Foucault, 1981).

Otra característica inherente del sistema sanitario es el énfasis en los aspectos biológicos (biomedicina) que acarrió la naturalización del cuerpo de la mujer (así como de otros colectivos discriminados), el reduccionismo explicativo del proceso salud/enfermedad, una visión esencialista y determinista que encasilla y refuerza a las mujeres en los roles tradicionales asignados según la división sexual del trabajo (Esteban, 2006). Tal y como refiere Belén Nogueiras en su tesis doctoral (2018)²

“La atención sanitaria que reciben las mujeres se realiza desde parámetros androcéntricos, sexistas, heterosexuales y centrados en los aspectos reproductivos, no teniendo en cuenta la diversidad de situaciones, contextos, sexualidades y estilos de vida de las mujeres y sus diferentes problemáticas y necesidades de salud.”

Por ello hay autoras que defienden que “el sistema médico-científico puede considerarse uno de los principales sistemas de generación y mantenimiento de las desigualdades y discriminaciones para las mujeres en nuestra sociedad” (Esteban, 1996). Sistema que medicaliza el cuerpo de las mujeres como parte de una estrategia general de control, poder y dominación (Valls, 2009).

Belén Nogueiras (2018) analiza el sistema sanitario a lo largo de la historia desde el feminismo y me parece oportuno recoger algunas de sus conclusiones en la relación que establece del mismo como instrumento al servicio del patriarcado:

“En el campo de la salud se manifiestan con total claridad, rotundidad y violencia los intereses del patriarcado

2 Recomiendo leer esta tesis que hace un recorrido histórico minucioso de la historia de la salud y la relación con las mujeres, la usurpación de su sabiduría en relación al cuidado de la salud, su relegación al anonimato y los esfuerzos de las mujeres por recuperar su protagonismo en este ámbito tan relevante para la vida, así como sus aportaciones. Muy ilustrativo para el contenido de esta ponencia.

en el dominio, control, apropiación, subordinación y exclusión de las mujeres del ámbito público. (...)”

“Articuló los discursos y prácticas sanitarias sin tener en cuenta el conocimiento, la experiencia, la palabra y las necesidades de las mujeres. Se sirvieron de esos discursos y sus aplicaciones clínicas para naturalizar la desigualdad y legitimar la ideología dominante que sustenta la subordinación de las mujeres en su biología, para controlar su sexualidad y su capacidad reproductiva e imponer una normatividad basada en la mística de la feminidad y el ideal maternal, que garantizase su dedicación al cuidado de la familia y al ámbito doméstico, construyendo, de este modo, una verdadera política sanitaria patriarcal. Por tanto, el ámbito de la salud es un escenario clave y una cuestión crucial y de alta relevancia política para el feminismo.”

“El patriarcado no solamente causa profundos daños en la salud de las mujeres, sino que el debilitamiento físico, emocional e intelectual de las mujeres aparece como una potentísima y necesaria herramienta para su control, dominación y sometimiento. Este debilitamiento al que se ven abocadas, aunque producido intencionadamente, refuerza la idea de que la vulnerabilidad y labilidad de su salud es debida a su naturaleza, lo que les dificultará deconstruirla y desafiarla.”

Por otra parte, prevalece una visión positivista de la enfermedad, que relega las dimensiones psicosociales, mantiene una estructura jerárquica en la relación profesional/paciente, reforzando la pasividad en las personas atendidas. La formación de los y las profesionales sanitarios sigue realizándose en la actualidad básicamente desde el paradigma biomédico, el cual dificulta la escucha de los factores

psicosociales en la relación sanitario/a-paciente. Así las mujeres aprenden a expresar el malestar bajo la forma de quejas somáticas. Este malestar no encuentra espacio para ser acogido, lo que redundará en una medicalización (Velasco, 2006) y cronificación de muchos problemas de salud que presentan las mujeres, así como en la pérdida de control experimentada por éstas. Algunos estudios constatan las resistencias de los y las profesionales de los servicios de salud a explorar las causas socioculturales porque los síntomas relatados no entran dentro de sus esquemas explicativos propios -biológicos o psicológicos- (Juárez, 2005). Además, y centrando el análisis en los y las profesionales de la medicina, debido a:

“La enculturación esencialista, biologicista y etnocéntrica del cuerpo y la salud, los análisis feministas son percibidos como una amenaza por muchos profesionales, ya que interrogan sus modos de vida, sus actitudes y prácticas asistenciales, el paradigma científico” (Esteban, 2006:10).

En nuestro país, en las últimas décadas y con un liderazgo considerable desde un grupo de profesionales sanitarias integradas en la Red de Investigación en Salud y Género, se han realizado algunos estudios en nuestro país para profundizar en este fenómeno desde la perspectiva epidemiológica (Ruíz y otras, 2006). También están surgiendo interesantes reflexiones en torno a las prácticas sanitarias existentes (Ruíz, Blanco y Vives 2004; Rohlf y Valls, 2003) partiendo en algunos casos de revisiones bibliográficas de experiencias similares en otros países. Todos estos trabajos coinciden en señalar la necesidad de un cambio acuciante en las prácticas sanitarias para atender a las mujeres de otra manera, con perspectiva de género y enfoque psicosocial. Por otra parte, la Red CAPS, red de mujeres profesionales de la salud, fomenta la perspectiva de género en el ámbito de la salud, así como otras importantes asociaciones feministas que abordan directamente el campo de la salud (Uría y Mosquera, 2013: 320).

A nivel institucional destaca el empeño mostrado por las profesionales que integran el Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad, así

como responsables políticas y técnicas integrado/as en la Comisión contra la VG del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. También hay que destacar que han sido muchos los esfuerzos de las feministas (en buena medida profesionales vinculadas al sistema sanitario) para introducir la perspectiva de género en el mismo (Nogueiras, 2018) mostrando que la salud de las mujeres implica mucho más que atender la salud reproductiva de las mismas desde un paradigma biologicista ante todo. Esfuerzos para demostrar que las diferencias de sexo no tienen que dar lugar a desigualdades en la atención sanitaria (García, del Río y Marcos, 2015; Ruíz, 2009). Así están emergiendo lentamente, y no sin resistencias, diferentes estructuras, grupos de trabajo, en la mayoría de los servicios de salud autonómicos para abordar los ejes del género y desigualdad. Desde todas esas entidades y personas se está generando una corriente de trabajo muy interesante que va insuflando el espíritu feminista para ir cambiando algunos programas y prácticas asistenciales. Es interesante dar importancia y visibilizar a todas estas iniciativas, conectarlas a modo de red para aumentar la capacidad de influencia en el sistema

En este complejo proceso de avance hay que reconocer algunos elementos positivos que se están dando:

Incorporación de algunos indicadores de la categoría de género en las encuestas de salud. Desde el punto de vista epidemiológico, es significativo visibilizar las desiguales condiciones de acceso a la salud, de vida y la repercusión que los roles diferenciales según sexos tiene en una morbilidad y mortalidad diferencial. Recoger en las encuestas preguntas relativas a la ocupación, clase social, nivel de estudios, trabajo reproductivo y productivo, tiempo para el cuidado de otros miembros de la familia y para una misma, morbilidad autopercibida y trastornos psicosomáticos, la red social de apoyo y satisfacción, utilización de los servicios sanitarios (Rohlf y otros, 2000). También se torna relevante la propuesta de Ruiz y colaboradores (Ruiz, Papí, Cabrera, Ruiz y Álvarez, 2006); al defender tres niveles de observación para analizar la caracterización del género: la identidad social de género en relación a los valores normativos, la posición social de las mujeres y hombres en relación a la organización de la estructura social y la identidad personal en

relación a la autopercepción.

Lograr que el género se contemple como un determinante de salud (Bonder, 2006). Poner de manifiesto las relaciones de subordinación, la repercusión en la salud (tanto para mujeres como para hombres) de los roles diferenciales. Incorporar los estilos de vida, los factores psíquicos y sociales así como la subjetividad. Este logro se aprecia en el planteamiento de algunos problemas de salud (violencia de género, atención al malestar de las mujeres, sobrecarga cuidadoras, corresponsabilidad masculina en los cuidados, adicciones, educación afectivo-sexual en infancia y juventud, actividades comunitarias de la mano de la red PACAP...) y, aunque todavía constituyen honrosas excepciones en el panorama sanitario español, apuntan hacia una transformación cualitativa considerable a medio plazo.

Elaboración de los informes de impacto de género en los presupuestos y nuevos programas. También las diferentes leyes de igualdad (tanto la Ley Orgánica del 2007 como otras autonómicas) contemplan el ámbito de la salud como espacio fundamental para virar la atención para disminuir las desigualdades por motivo de género.

El feminismo va generando un nuevo modelo de atención, con metodologías orientadas a la promoción y recuperación de la salud de las mujeres. Cada día son más los programas grupales dirigidos a abordar el malestar psicosocial de las mujeres. Son herramientas potentes para el empoderamiento y la toma de conciencia de las mujeres de la estrecha relación entre el malestar, la enfermedad y sus condiciones de vida, determinadas por el patriarcado, y para su transformación personal y social (Nogueiras, 2018).

También es oportuno señalar algunos retos pendientes como:

La confusión del sexo con el género muy presente en documentos y programas. Ante la importancia de considerar la perspectiva de género en los estudios de salud, muchos investigadores e investigadoras, que sin asumir este marco teórico, han confundido ambos conceptos, limitándose a escribir género en aquellos sitios donde sólo hay una referencia al sexo (en relación a datos que sólo están desagregados

por sexo) o a analizar el “género” sin comprender sus implicaciones o haciéndolo sólo en algunos aspectos parciales (Rohlfs, Borrel y Fonseca, 2000). La importancia que este asunto tiene y la capacidad para tratar ambos conceptos con la claridad necesaria (sexo y género) es clave para aportar calidad científica a una investigación (Krieger, 2003).

Evidenciar el sesgo de género al cuestionar el patrón de normalidad occidental: el modelo hegemónico correspondiente a un varón, adulto, sano, blanco, de clase media. El sesgo de género se aprecia con claridad en las personas que son utilizadas en la investigación (habitualmente hombres) así como en las necesidades que hay que tener en cuenta en los programas y planes de salud (Valls, 2009). Este sesgo de género tiene también repercusiones al hacerse diagnósticos insuficientes o excesivos y en un tratamiento inadecuado de ciertas enfermedades (García, del Río y Martín, 2018: 27).

Las normas y estereotipos de género condicionan diferencias entre mujeres y hombres en la percepción de la salud, así como en los síntomas y en su disposición a actuar para proteger su salud (García, del Río y Martín, 2018: 29), lo que ocasiona, entre otros problemas, que las mujeres accedan a servicios de atención hospitalaria más tarde, generando mayor mortalidad en algunas patologías. Por parte de las y los profesionales se asume que la salud de mujeres y hombres son similares cuando no lo son, lo que suele derivar en un infradiagnóstico de algunos problemas de salud importantes (cardiovasculares, cáncer). Los estereotipos de género, como sabemos, asignan roles y funciones diferenciales para hombres y mujeres en el conjunto de la vida. En general, colocan a los hombres en situación de autonomía, de poder, de control sobre su vida y el entorno, centrados en la esfera pública y en “ser para sí mismos”. Por contrario, en el caso de las mujeres, son “seres para los otros” (Lagarde, 2006) centradas en el espacio de los cuidados, sostenimiento de la vida y los vínculos, en posición de subordinación y dependencia; están “al servicio de... todas y todos menos ellas”. Esos mandatos patriarcales, tan naturalizados a través de los estereotipos y que muchas veces desde el personal sanitario se refuerzan tanto, generan graves problemas de sobrecarga y de salud en las mujeres.

Por todo ello se considera que el sistema de salud y las prácticas de sus profesionales son uno de los

determinantes de salud.

Este conjunto de elementos ha contribuido en los últimos años a redefinir el campo llamado de “la salud de las mujeres”, abriendo puertas a la revisión de conceptos y prácticas asistenciales (ginecología, cardiología, medicina interna, salud mental, endocrinología, atención primaria). El feminismo ha logrado desactivar los discursos que atribuyen a las mujeres una debilidad natural derivada de su biología, en la que se ha fundamentado la labilidad de su salud. Propone la transformación de las instituciones y las políticas patriarcales que debilitan y enferman a las mujeres, entre ellas las instituciones y políticas sanitarias, promoviendo cambios estructurales mediante la elaboración y aplicación de políticas públicas de igualdad. (Nogueiras, 2018: 392). No obstante los avances, la medicalización de los problemas de salud de las mujeres (práctica ejercida también por las sanitarias mujeres) ha llamado la atención de algunas teóricas que han alertado de la desconexión existente todavía en nuestro país entre la reflexión feminista y las investigadoras y profesionales de la salud (Esteban, 1996; García, Jiménez y Martínez, 2010). El abordaje de la VG parece tender puentes entre ambos ámbitos (investigación/práctica asistencial) y puede alumbrar caminos de esperanza hacia una unión necesaria.

Hace 45 años que la Conferencia de la OMS celebrada en Alma-Ata (URSS, 6-12 septiembre 1978) recogía como principios de la atención primaria de salud la implicación de la comunidad en la solución de sus problemas de salud, incluyendo el trabajo coordinado con las organizaciones sociales, desde una perspectiva más horizontal. Últimamente, con el impulso que se quiere dar a la Atención Primaria, entre otros a través de la Estrategia para la atención primaria y comunitaria (Consejo Interterritorial, 2019), también se recoge la necesidad de incorporar el eje de la desigualdad de género como un determinante social de la salud importante a considerar en los planes y programas, destacando el problema de la violencia de género, la expresión más abrumadora de la desigualdad entre hombres y mujeres.

¿Qué más puede aportar el feminismo a esta revisión crítica del sistema sanitario?

Como se ha visto, el feminismo pone la mirada en las condiciones socioculturales y estructurales

que generan las situaciones de desigualdad, subordinación y opresión de las mujeres en relación a los hombres, a lo largo de todas las épocas y todo su ciclo vital. Por ello podemos deducir que su campo de acción pasa necesariamente por un enfoque biopsicosociopolítico. En ese sentido, las prácticas cotidianas vinculadas a los cuidados, la atención, promoción de la salud y recuperación de la vida han de incorporar análisis de las dimensiones sociales, políticas y económicas que trascienden incluso el sistema sanitario. Supone una concepción integral de la salud (Nogueiras, 2018).

El patriarcado enferma y mina la salud de las mujeres. Acuden al sistema sanitario buscando ayuda debido a muchas de las dolencias relacionadas con los mandatos de género. Si la intervención se realiza con la perspectiva de género puede convertirse en una oportunidad extraordinaria para aportar elementos y apoyos a las mujeres para hacer una evaluación crítica y consciente de su vida y tomar medidas para rebelarse y virar desde la subordinación hacia el empoderamiento. En ese sentido, el sistema sanitario puede ayudar de manera muy eficaz a las mujeres (y hombres) en su proceso de cambio hacia relaciones más igualitarias y, por supuesto, saludables. Puede ser una herramienta muy válida en el proceso de autonomía de las mujeres. También es necesario que el sistema sanitario se comprometa a transversalizar la perspectiva de género en su imprescindible diálogo y trabajo con el resto de sistemas de bienestar social. Pero para considerarlo así, de manera general, parece que todavía queda bastante camino por transitar ¿no os parece?

¿Qué hace el trabajo social sanitario ante este panorama?

Ciertamente, llegadas a este punto, podemos sentirnos un tanto abrumadas y abrumados ante los retos consecuentes que se intuyen de las anteriores constataciones, en la medida que, como profesionales del ámbito sanitario, nos sentimos concernidas por todo ello. Voy a plantear algunas premisas básicas y derivas lógicas que puedan ayudar a la reflexión en esta parte. También, voy a señalar algunos problemas y situaciones de salud en las que proponer pistas para intervenir con perspectiva de género o, mejor, feminista.

Entre las premisas me voy a centrar en: el enfoque contextual y psicosocial de nuestra profesión, el código ético y deontológico así como el marco legal que nos regulan para terminar con un breve análisis de la posición de nuestra profesión dentro del sistema sanitario.

Ya es un lugar común identitario la definición del trabajo social sanitario realizada por Amaya Ituarte (2012) que lo concibe como “la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales, que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento, como si se derivan de esas situaciones”. Esta mirada psicosocial abierta al contexto sociocultural más amplio donde las personas viven, empalma de lleno con la evidencia científica del feminismo que ha señalado al género como uno de los determinantes más importantes de la salud y de la conformación del sistema sanitario dentro del marco estructural patriarcal y neocapitalista que caracteriza a las sociedades contemporáneas. La importancia de la intervención sobre los determinantes sociales de la salud viene recogida en la Cartera de Servicios de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS, 2017).

No se pueden abordar los problemas de salud sin tener ese marco como encuadre de las actuaciones profesionales. Recordando a las pioneras del trabajo social (Richmond, Adams y tantas señaladas antes), nos insistían con sus investigaciones y prácticas lo indispensable de ejercer nuestra labor desde el marco sociocultural y los contextos comunes y particulares de cada grupo de población atendido. Sin comprender cada realidad particular en su contexto, no podremos jamás intervenir de manera realmente transformadora. Por ese lado parece entonces que no hay muchas dudas de cuál ha de ser nuestro enfoque profesional. Fuera de ahí, haremos mala práctica, incluso maleficencia (Silvia Navarro, 2017) porque no es posible la neutralidad: es imprescindible tomar postura.

Por otra parte, el trabajo social es relacional: se fundamenta en el vínculo, en el tacto, en el contacto con la persona o familia, y en cómo acompañar procesos de construcción o reconstrucción de su red

social para convertirla en fuente de oportunidades vitales. Es con los apoyos, dentro de las redes sociales y en los espacios micros de socialización e intercambio donde las personas desarrollan sus potencialidades y fortalezas. Sin ellas, una parte de la dimensión humana se pierde y nos sentimos anuladas, en falta. La pandemia por Covid-19 ha evidenciado esta necesidad hasta extremos no vistos antes en nuestras sociedades modernas, tal y como se ha puesto de relieve en el Informe Salud y Género 2022. Aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19 (Dirección General de Salud Pública, 2022). De hecho, todavía parte del sufrimiento generado por la limitación de los vínculos y relaciones se sigue haciendo presente hoy en día, entre otros, con un aumento notable de los trastornos mentales e incluso tasas de suicidio. En este punto me parece relevante señalar cómo la pandemia ha tenido un efecto indirecto positivo respecto a nuestra profesión dentro del sistema sanitario: ha puesto de manifiesto con mayor fuerza el importante rol que tenemos para activar, reforzar, procurar esos espacios de contacto, vínculo a través de las redes, los apoyos, los recursos sociales, tan diversos y heterogéneos según los territorios y circunstancias.

El capitalismo, con el que el patriarcado tiene una alianza permanente (Cobo, 2020: 39), pretende enfatizar una falsa autonomía de las personas, ofreciendo al mercado como el espacio central para satisfacer las necesidades. Es una falacia, puesto que sólo en el marco relacional desinteresado, donde las personas se manifiestan desde la lógica del encuentro y entrega se producen los afectos, atenciones, cuidados que nos permiten el reconocimiento profundo y sentirnos vinculadas de manera comunitaria con otras personas, dando satisfacción a nuestro ser social, donde nos reconocemos y nos reconocen, asentando y reafirmando nuestra identidad (Navarro, 2017: 88).

El feminismo pugna por una sociedad basada en relaciones de encuentro, igualdad, acogida a la diversidad, escucha como espacio de crecimiento personal y colectivo, interdependencia y cuidado mutuo. Silvia Federici plantea la importancia de volver a “encantar el mundo”, en el sentido de tejer de nuevo lo que el capitalismo ha separado. Esa es la tarea de lo común, de la cooperación con los otros, de reconstrucción de nuestro vínculo con el

mundo. Según esta autora “el mundo se desencanta cuando vivimos exclusivamente buscando nuestra felicidad y bienestar, a costa de la explotación de los otros o siendo indiferentes al sufrimiento de los demás” (Navarro, 2020: 162). Es esencial reconocer nuestra interdependencia y ecoddependencia, tal y como defiende Yayo Herrero: “somos seres sujetos a los límites físicos del planeta y que necesitamos a los otros, pues la vida sin vínculos y sin cuidados no es viable, a pesar de que en nuestra sociedad persista todavía, como valor social e indicador de éxito, la autonomía e independencia del sujeto”. (Navarro, 2020: 160). El trabajo social define como sujetos de intervención a las personas en interacción con su entorno, siendo este también sujeto de la intervención del trabajo social sanitario (Hervás, 2022).

Además nuestro código ético y deontológico no deja lugar a dudas el compromiso ineludible de nuestra profesión con la justicia social, la defensa de los derechos humanos, la importancia de transformar la realidad fomentando la igualdad de trato y oportunidades entre todas las personas. Tanto la perspectiva de género como la justicia de género están en los principios básicos de dignidad, libertad e igualdad y en otros como el respeto a la persona y la igualdad de oportunidades, derechos, equidad y participación (Mateos, 2022a: 14). Desde el espacio internacional, hay numerosos documentos relativamente recientes de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales en los que se establece el compromiso de nuestra profesión con la igualdad de género y con la necesidad incluso de desafiar “las políticas y prácticas injustas, opresivas o dañinas” (Mateos, 2022a: 26).

Si lo anterior no fuera suficiente y hubiera todavía alguien con algún atisbo de duda respecto a la necesidad de actuar con el prisma feminista, el marco legal e internacional que también nos obliga en tanto profesionales; no deja espacio para otro tipo de actuaciones que no estén dirigidas desde la perspectiva de género. Tanto la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género como la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, como nuestra Constitución Española, así como un amplio abanico de legislaciones autonómicas en materia

de igualdad y violencia de género lo estipulan con claridad. Si además le añadimos la importante legislación europea en las mismas materias así como las recomendaciones de la OMS para trabajar desde la perspectiva de género, parece que la respuesta es bastante rotunda.

Por lo tanto, y suscribiendo las palabras de Emiliana Vicente González, Presidenta del Consejo General del Trabajo Social (Mateos, 2022a: 12) “El trabajo social tiene que ser feminista, o no será”. Porque ya es tiempo en que nuestra disciplina deje de ser una profesión “de mujeres, para mujeres, pero sin considerar las aportaciones de la teoría feminista” (Berasaluze, 2009).

Junto a estos mandatos tan claros y determinantes, nos topamos con la realidad de la posición que nuestra profesión ocupa dentro del sistema sanitario. Feminizada (lo cual sabemos que resta poder, reconocimiento y prestigio (Báñez, 2004), casi marginal en cuanto a su representación numérica en relación a otras categorías profesionales con las que trabajamos a diario (medicina y enfermería), pese a los significativos avances de los últimos años en el aumento de plantilla global, y, además, con el reto todavía pendiente de lograr el reconocimiento como profesión sanitaria. Ciertamente, muchas barreras que sortear frente a tanto reto como nos plantea la obligación de incorporar el género como uno de los determinantes sociales centrales en las actuaciones sanitarias.

Bien es cierto que esta obligación legal y ética de trabajar con perspectiva de género la tienen el resto de las profesiones con las que compartimos el trabajo a diario, así como la administración sanitaria en su conjunto. Pero ya hemos constatado antes que el feminismo plantea la necesidad de trabajar con los factores psicosociales y estructurales que rodean los procesos de salud-enfermedad. Y ahí, nuestra profesión, tiene un liderazgo indiscutible. Y debe asumir tal reto en diálogo, complicidad y cooperación con el resto de disciplinas.

Así que, nos queda asumir este enorme reto cargadas con las mejores herramientas posibles. Como ayuda, voy a dar paso a la segunda parte de este capítulo: algunas propuestas para intervenir con perspectiva de género en algunos ámbitos y/o problemas de salud.

El malestar psicosocial de las mujeres

Es uno de los fenómenos que más estudios ha recabado desde el feminismo sanitario en los últimos años, tal vez, debido a su magnitud: Velasco (2009), Nogueiras (2018), Burin (1991), Durán (2007), Artacoz (2009). Los mandatos de género en la actualidad implican tal sobrecarga para todas las mujeres (doble y triple jornada) que es difícil no “morir en el intento” de ser mujer en esta sociedad hoy día conciliando tareas y objetivos tan extensos en todos los ámbitos de la vida (la “doble presencia” que supone el cuidado de lo/as demás, la responsabilidad del hogar y trabajo fuera del hogar, además de las tareas/presiones derivadas de la vida social, cuidado corporal según los cánones imposibles de los códigos de belleza contemporáneos, participación sociopolítica,...) además de la “carga mental” que implica sentirse responsable las 24 horas de la gestión familiar (Mateo, Danet y Martín, 2019). Me gusta mucho esta cita de Marcela Lagarde con la que creo que nos podemos sentir identificadas buena parte de las mujeres y sintetiza mucho esa presión constante que vivimos para dar respuesta satisfactoria a tantos frentes:

“El estereotipo de género de finales del siglo XX y principios del XXI es el de la sincrética y sobremoderna, a la vez tradicional y moderna que se ocupa de todo, trabaja, estudia, tiene pareja y familia, es madre, y todo lo hace bien. No se siente escindida. El exceso aparentemente no la daña, el sincretismo parece no ocasionarle conflictos, la desigualdad para ella es un problema ideológico y no siente que viva injusticias. Está de acuerdo con su segundo lugar, participa y es sexualmente emancipada pero, moderada y fiel, es una buena amante, cuida su salud y hasta el medio ambiente, y practica alguna disciplina corporal y espiritual, lleva su casa a las mil maravillas, cumple con su ciudadanía y es una excelente anfitriona. Tiene una pareja magnífica que hasta la ayuda, e hijos e hijas perfectos. Parió sin dolor, es multiorgásmica, exitosa y feliz. Su autoestima está reluciente” (Lagarde, 2000: 180).

Esta formidable presión que sienten la mayoría de las mujeres para ser las mejores en el espacio de los cuidados, en todos los ámbitos de la vida y también para cumplir a la perfección con los cánones estéticos del momento, ser, en definitiva la “superwoman”, enferma, física y psicológicamente. Cuando acuden al sistema sanitario solicitando ayuda, es frecuente que la respuesta sea la medicalización de esos malestares, habitualmente con psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos) cuyo consumo está aumentando de manera alarmante entre la población femenina de mediana edad de nuestro país (Consejo Interterritorial de Salud, 2022).

Un primer paso consiste en la entrevista individual en hacer un abordaje psicosocial del problema, situando en el conflicto con los mandatos de género la génesis del malestar y los problemas de salud generados. Pero, además, es relevante realizar un abordaje grupal de esta situación. Desde hace unos años en muchos centros de atención primaria, habitualmente de la mano de trabajadoras sociales sanitarias feministas, se están desarrollando grupos de fomento del bienestar psicosocial de las mujeres. Son conocidos los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud andaluces (Consejería de Sanidad y Consumo, 2023), los grupos de mujeres en Madrid (Millán, Jiménez y Blanco 2021: 221), Castilla y León, Murcia (Millán, Jiménez y Blanco, 2021: 232), La Rioja y seguro que muchos más sitios y que muchas de vosotras y vosotros conocéis mejor que yo. También se están desarrollando proyectos grupales para mujeres con la misma finalidad fuera del marco sanitario, de la mano de los espacios de igualdad, vocalías de mujeres,... (Nogueiras, 2018).

El abordaje grupal del malestar de las mujeres tiene beneficios y virtudes que desbordan el marco de esta ponencia. Pero tenemos a compañeras expertas en el tema que han escrito suficiente sobre ello y cuya lectura os recomiendo (Millán, 2018), Burin (2002), Roca (2011).

Los logros de estos programas grupales son enormes (Zamanillo, 2008), al mismo tiempo que el nivel de satisfacción de las mujeres y profesionales que participan en ellos (Aretio y Aguilar, 2023). En estos momentos ya hay evidencia científica suficiente de la eficiencia y bondad de estos grupos como para recomendar su inclusión de manera generalizada dentro de la Cartera de Servicios de Trabajo Social

en Atención Primaria de Salud. Con ello lograríamos muchos objetivos relevantes: impulsar el trabajo grupal sanitario, abordar de manera grupal y colectiva problemas de salud con génesis colectiva con la ventaja que tiene para desmontar la culpa que atrapa a las mujeres y fomentar su empoderamiento personal y colectivo a la vez que su participación social y comunitaria.

El espacio de los cuidados

En íntima relación con el punto anterior, este ámbito del cuidado de la vida es una fuente donde se aprecian grandes desigualdades entre hombres y mujeres y en el que, desde nuestra intervención profesional, podemos ayudar a virar hacia mayor equilibrio. En nuestro país, más de las tres cuartas partes de las personas que requieren cuidados los reciben exclusivamente del sistema informal. El cuidado de la vida ha estado asignado tradicionalmente a las mujeres por sus mandatos de género (Durán, 2007). Además de atender a la población en situación de algún tipo de dependencia (menores, población de edad avanzada o con algún tipo de dependencia) históricamente las mujeres también han asumido los cuidados de una parte de la población independiente, los hombres, como bien nos recuerda Soledad Murillo. Todo ello genera una sobrecarga en buena parte de la población femenina, que se encuentra inmersa en el cuidado para los otros, pero no tiene tiempo para sí (Lagarde, 2005).

En los últimos años están acaeciendo una serie de cambios: demográficos (envejecimiento de la población, aumento de la población en situación de dependencia, disminución de la proporción de gente no dependiente para cuidar), laborales (incorporación masiva de las mujeres a empleos remunerados fuera del hogar) educativos (aumento progresivo del nivel de instrucción de las mujeres en relación a los hombres, lo que provoca un mayor deseo y opción de las mujeres para dedicar más tiempo al trabajo remunerado y reducir el asignado a los cuidados de otras personas), culturales (resistencias masculinas a dedicar tiempo para los cuidados en la misma proporción que las mujeres, sobre todo los cuidados que puedan resultar menos gratificantes), políticos (dificultades y resistencias para incrementar desde el ámbito público la provisión de cuidados hacia la población dependiente), que está conduciendo a un

escenario de crisis en el sistema de cuidados (Mateo, Danet y Martín, 2019).

Es cierto que en las últimas décadas los hombres van incorporándose lentamente a este espacio del cuidado a otras personas (y al suyo propio), pero, todavía dedican muchas menos horas diarias y años que las mujeres. Cuando los hombres cuidan, en general es de manera distinta, asumiendo las tareas más placenteras (o menos penosas)³, reservándose más tiempos de autocuidado, pidiendo apoyos antes (del Río, García y Martín, 2020: 21), de tal manera, que, incluso, ahí la mirada de género aporta un análisis diferencial. Además se da la paradoja de los cuidados: buena parte de las mujeres que han dedicado la mayor parte de su vida a cuidar, cuando les llega el momento de ser cuidadas, no encuentran quienes las cuiden en la misma manera que ellas han cuidado (del Río, García y Martín, 2020: 17). Se puede concluir, en general, que el espacio de los cuidados, aun aportando también elementos placenteros y de satisfacción personal como se recogerá un poco más adelante, es, sobre todo, un ámbito que genera conflicto y problemas de salud (física, psíquica y social) a buena parte de la población femenina, destacando además el sentimiento de culpabilidad que atraviesa a buena parte de las cuidadoras por no poder cumplir al 100% con el rol de cuidados asignado a su género y no poder conciliar bien con el resto de esferas personales y laborales, que, a menudo, se ven casi abandonadas cuando el cuidado es intenso.

La mirada feminista nos lleva también a incorporar en este punto una evaluación crítica de la precariedad, cuando no explotación, en la parte del cuidado realizado con contratos laborales o mediante servicios públicos, de la iniciativa social o del mercado, directamente. Me refiero por una parte a las cadenas globales de cuidados: muchas mujeres empobrecidas emigran a nuestro país, dejando en el suyo a sus hijas e hijos, u otras personas dependientes, a cargo de otras personas, para cuidar a una parte de nuestra población dependiente. Muchas lo hacen como empleadas de hogar internas, en condiciones con frecuencia

3 Como puede ser sacar a pasear a menores, personas dependientes, hacer gestiones, compras... tareas que se asocian a un menor impacto en salud (pero no, por ejemplo tareas de aseo y asistencia personal, realizadas en mayor medida y mucho más tiempo por mujeres).

de abuso y/o explotación (sin apenas derechos laborales, ni tiempo para sí, aisladas, violentadas...). También somos conscientes como profesionales de la salud de la precariedad y pésimas condiciones de trabajo de muchas de las auxiliares de ayuda a domicilio, de trabajadoras de centros residenciales de personas dependientes. Que el cuidado se preste fuera del hogar no suele ser tampoco garantía de equidad ni justicia. Todos esos grupos de mujeres acumulan, entre otros problemas producto de su precariedad y las condiciones a menudo muy duras de sus trabajos, importantes problemas de salud. Una realidad marcada por el sufrimiento, vulneración de derechos, sobrecarga, problemas de salud e injusticia que no debería ser indiferente a nuestra profesión. Desde nuestro código ético, el posicionamiento ha de ser claro en la dirección de reivindicar cambios estructurales en varios niveles de las cadenas de cuidados; por supuesto también, con un posicionamiento sociopolítico.

En este punto me parece oportuna traer a colación la aportación de Carol Gilligan en relación a la ética del cuidado (Durán, 2015). Los cuidados también tienen aspectos muy positivos, incluso placenteros. El cuidado, imbuido por la cultura femenina, implica desplegar actitudes, que van más allá de realizar tareas de vigilancia, control. También implica afecto, cercanía, respeto, empatía, vínculo con el otro, preocupación por los demás. Ella puso de relieve que las mujeres relativizan los cánones normativos, privilegian la compasión, el cuidado, la responsabilidad y la culpabilidad frente al otro concreto..., tienen otra manera de sentir la moral, relacionada con la intimidad, el cuidado y la responsabilidad por los demás. Se le denomina “ética del cuidado”, para diferenciarla de la “ética de la justicia”. La ética del cuidado se propone para la vida, la humanidad: es una ética radicalmente feminista. En ella hay una tendencia a adoptar el punto de vista del otro particular, con sus peculiaridades, prestar atención a los sentimientos, los detalles. Define la moral desde las relaciones interpersonales. La ética del cuidado es una ética relacional, en la que importa no tanto el deber ser y hacer, sino la experiencia de vivir juntos. Carol Gilligan dice que en un contexto patriarcal el cuidado es una ética femenina y en un contexto democrático, el cuidado es una ética humana. La ética del cuidado exige que nos veamos a nosotras mismas, nuestras relaciones con las

demás personas y con la naturaleza.

Esa ética del cuidado aporta una mirada positiva al ámbito de los cuidados, como fuente de relación, socialidad, vínculos profundos, reconocimientos, horizontalidad, diálogo, entrega, descubrimiento, intimidad compartida. Son valores conectados con la tradición feminista del cuidado y respeto por la vida. Valores que nos humanizan, nos vinculan, nos ayudan a ser mejores personas, a ampliar la humanidad que nos habita.

Desde el trabajo social, desde el feminismo se abre el reto por delante de defender esta visión y experiencia del cuidado haciéndola compatible en lo cotidiano con las condiciones materiales y sociales en las que han de prestarse los cuidados a las personas más necesitadas de ellos, con dependencia en diverso grado, en distintos tramos de la vida (al principio, en el medio y en el final de la misma).

Pero para cuidar bien es necesario estar bien. Y hay una parte del autocuidado de las mujeres que está en déficit estructural. Es necesario visibilizar esta parte, reconocerla, dar derecho a las personas que cuidan a cuidarse, a demandar atención y mimo también, a liberarse de la parte del cuidado que las sobrecarga y anula. Hay que romper con culpabilidades y mandatos extenuantes para las mujeres en este espacio. Es imprescindible dar paso a un modelo sociocultural, político y económico de reparto equitativo de cuidados, donde la corresponsabilidad esté en el centro y se desplace más responsabilidad hacia la provisión pública de cuidados. Un modelo donde progresivamente vaya desapareciendo esa figura de “la cuidadora principal” para desplazar el foco a un “entorno de cuidados, cuidadoso, con la vida en el centro”. Un nuevo tiempo donde los trabajos remunerados en el campo del cuidado sean de calidad, reconocidos y realizados en condiciones de justicia y respeto a los derechos humanos de quienes ahí trabajan.

Por otra parte, esta ética del cuidado, tiene que traspasar a todo el sistema sanitario (y a la sociedad, por supuesto): nuestras organizaciones y equipos de trabajo han de convertirse en contextos de cuidado y espacios promotores del autocuidado, para que así el personal sanitario pueda vivir y experimentar en sus trabajos esta ética que luego pretende trasladar a la ciudadanía. Y, aún más, es interesante que

para que todo ello pueda ser posible los liderazgos dentro de la organización sanitaria se empapen del “estilo femenino natural” en los roles de liderazgo, caracterizado por un “feliz encuentro de lo racional y lo emocional, del corazón y la cabeza, y por ser abierto, flexible, comunicativo, persuasivo, no combativo, innovador, con un alto sentido de la calidad y centrado en las personas (Navarro, 2020: 242).

¿Qué os parece, compañeras y compañeros? Sin duda, ahí tenemos mucho campo de intervención feminista ¿cierto?

La salud sexual y reproductiva

Dos de los objetivos del patriarcado (controlar la sexualidad y descendencia de las mujeres y garantizar la disponibilidad sexual de las mujeres para los hombres) tienen una relación directa con este ámbito. Por ello en el tema de la sexualidad femenina y la reproducción es muy fácil encontrar mucha presión (no sólo en el sistema sanitario, sino también en el social y cultural) para que las mujeres se ciñan a los cánones establecidos según los modelos de género dominantes en cada momento y también se hallan sesgos y estereotipos de género. Es muy habitual que la práctica sanitaria alrededor de la esfera reproductiva esté centrada en los aspectos biológicos de la misma. Más allá de ese enfoque es necesario indagar en la vivencia y necesidades de las mujeres en relación con su sexualidad y placer erótico así como la manera en que sienten y desean ser o no ser madres, continuar o no con embarazos deseados o forzados, así como las condiciones sociales que permiten o dificultan la reproducción, crianza y maternidad.

Además es un terreno muy propicio para indagar, en el caso de las parejas heterosexuales, en las posibles desigualdades que puedan existir en cada pareja y detectar, en numerosas ocasiones micromachismos, cuando no violencia de género invisibilizada.

La educación sexual ha estado caracterizada en buena parte en las generaciones del siglo pasado, y, por supuesto, anteriores, en una represión del deseo y placer femenino, en un desconocimiento del propio cuerpo que se concebía, en este ámbito, al servicio del placer masculino. En la actualidad, con la violencia explícita y objetualización del cuerpo de las mujeres que se transmite a través de la pornografía, redes sociales, buena parte de las canciones, películas

y series, el modelo de educación afectivo-sexual que se traslada mayoritariamente a la infancia y juventud –y también al resto de grupos etarios– está lleno de violencia y explotación del cuerpo femenino (Cobo, 2020).

Hoy en día la evidencia científica muestra que la principal fuente de educación afectivo-sexual de nuestra infancia y juventud, desde edades muy tempranas (incluso menos de 8 años) se realiza a través de esta cultura de la pornografía, donde se erotiza y normaliza el uso de la violencia por parte de niños, chicos adolescentes y hombres hacia las mujeres (Ruiz Repullo, 2021). Va unido de una hipersexualización de las niñas y adolescentes que ha dado en generar lo que se ha denominado “ pornosocialización de niñas y adolescentes”. En este momento de cambio social, donde las identidades de hombres y mujeres se están redefiniendo, la pornografía es una herramienta muy potente en ese proceso en el cual a las mujeres se les asigna un papel pasivo, ser meros objetos para el deseo masculino, sin deseo propio, receptoras de violencia de género (Cobo, 2020). Es necesario relacionar además este ámbito con el auge alarmante del uso de la prostitución como medio naturalizado y de fácil acceso para satisfacer el deseo masculino y la trata de mujeres que lleva aparejada. Este es un campo muy fértil para la intervención del trabajo social sanitario feminista en todos sus niveles (individual, grupal, comunitario). El cuerpo de las mujeres no debería ser ni objeto de negocio, ni campo de batalla para las luchas masculinas.

No en vano desde el feminismo se ha venido vindicando por el conocimiento del propio cuerpo femenino -recordamos los grupos de autoexploración física fomentados por el Colectivo de las Mujeres de Boston- (Nogueiras, 2018) y por la vivencia del propio deseo en libertad y autonomía como uno de los ejes de las agendas feministas desde hace décadas. El acceso a medios eficaces, seguros, accesibles de planificación y prevención de los embarazos e infecciones de transmisión sexual y el aborto es un campo sembrado de luchas feministas y de polémicas en la actualidad en buena parte del mundo; también en nuestro país.

Por ello es tan relevante aportar un enfoque feminista a los programas relacionados con la sexualidad y reproducción. En los últimos años, impulsados por

la toma de conciencia, el mandato legal al tiempo que por el aumento de la prevalencia de la violencia sexual contra las niñas, jóvenes y mujeres, desde numerosos servicios sanitarios autonómicos se están impulsando programas de educación afectivo sexual con enfoque feminista. Desde la Comisión Nacional contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial de Salud (COVIGE), en la que se hayan integradas todas las comunidades autónomas, se está ultimando la redacción de un Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual⁴ que va a recoger actuaciones dirigidas tanto a la promoción, la prevención como a la atención con enfoque de género dentro de las cuales el rol del trabajo social sanitario está incorporado, de la misma manera que ocurre en la Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico del año 2022.

Desde hace unos años se puede constatar que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres están siendo objeto de pugna directa por parte de sectores conservadores de la sociedad vinculados a la ultraderecha en diversas partes del mundo, incluido nuestro país. Por ello, además de nuestra actuación profesional contemplada en protocolos y programas y otras que se puedan impulsar, es relevante que con nuestra actitud y actuaciones realicemos trabajo comunitario y también con incidencia sociopolítica para defender y ampliar estos derechos tan esenciales para las mujeres.

Las etapas de cambio de ciclo vital de las mujeres

Hay una tendencia en auge auspiciada por la industria farmacológica para medicalizar los periodos de crisis vital, los de tránsito a otra etapa de la vida o incluso situaciones cotidianas de la vida atribuibles a las condiciones de vida y de trabajo (Valls, 2009). Esta tendencia sostenida también por esa fuerza del biopoder en alianza con el sistema sanitario ha crecido mucho en las últimas décadas en relación con las vidas de las mujeres.

El ejemplo de la medicalización de la menopausia es paradigmático, igual que el embarazo, la crianza.

4 En el momento de publicación de este artículo, este Protocolo ya está aprobado y publicado.

La industria farmacológica ha encontrado un nicho de oro en el campo de la reproducción asistida. Muchas de las campañas del cribado preventivo de enfermedades están puestas en cuestión hace años por importantes investigaciones y asociaciones profesionales⁵ (vacuna contra el virus del papiloma humano, mamografías y tantas otras “patologías” recientemente creadas). En nuestro país hay investigadoras como Carme Valls (2009) y asociaciones profesionales, como la Red CAPS de mujeres profesionales del ámbito de la salud que edita la revista Mujeres y Salud, que llevan muchos años publicando evidencias y alertando de esta situación, al tiempo que mostrando alternativas respetuosas con las mujeres que merecen la pena tenerse en cuenta.

En relación con la vejez, se está cuestionando cada vez más la sobremedicalización de las mujeres en esta etapa vital con toda la prescripción de psicofármacos contra la tristeza derivada de la soledad, el aislamiento, la escasez de participación social y pérdida de vínculos que acontecen en la última etapa de la vida. Frente a los psicofármacos, es más eficaz y ético abordar esas situaciones con programas de acompañamiento a la soledad no deseada, tejido asociativo, apoyos grupales y redes sociales (Nogueiras, 2021:68).

Antes de terminar este punto una breve mención al encarnizamiento terapéutico y la iatrogenia que suponen las operaciones de cirugía estética a las que de manera cotidiana se someten miles de mujeres en nuestro país, para cumplir con los cánones imposibles dictados por una industria que ve en el cuerpo de las mujeres sobre todo una fuente ingente de negocio (Valls, 2009)

Como profesionales del trabajo social considero que es muy relevante que aumentemos nuestra investigación y contribución en estos campos. Estoy convencida de que podemos aportar mucho bienestar y salud a las mujeres, que podemos ayudar a desculpabilizar, a señalar nuevas responsabilidades y a apuntar al marco colectivo como campo de intervención. En la intervención individual y grupal

5 La Plataforma No gracias en nuestro país desempeña un papel muy activo para mostrar estas tendencias perversas, desmontando campañas de la industria farmacéutica y grupos corporativos con conflictos de intereses.

tenemos bastante campo por mejorar, relacionando todos esos cambios de ciclo vital, esas crisis y situaciones cotidianas con la perspectiva psicosocial y sociocultural. De nuevo, el abordaje grupal y comunitario es un espacio idóneo para articular procesos de consciencia y empoderamiento de las mujeres.

Las condiciones sociolaborales

Las condiciones laborales de las mujeres (mayor precariedad de contratos, de jornadas, brecha salarial, acoso laboral, mayor presión, menor tiempo para la formación, más dificultad para la conciliación) en un momento histórico de cambio social y de aumento de presión para la mejora de la competitividad de las empresas, provocan efectos directos e indirectos en la salud de las mujeres que también acaban siendo, a menudo, objeto de medicalización.

En los últimos años estamos asistiendo a un patrón socioeconómico marcado por la progresiva feminización de la pobreza (EAPN, 2024:126) y al aumento de la desigualdad económica y social (Servente, 2023). Si a la precariedad de los trabajos que tiene más de un tercio de la población se suma la dramática situación de la vivienda en nuestro país y el incremento progresivo de hogares monomarentales con varios menores a cargo, podemos comprender el caldo de cultivo de muchos malestares que terminan dañando la salud de las mujeres.

Aunque brevemente, es obligado hacer mención a las condiciones de trabajo de muchas de las mujeres migrantes en nuestro país. Además de lo ya recogido antes en el sector de los cuidados, también están en condiciones muy vulnerables, cuando no de explotación directa en el sector agrario (no puedo dejar de señalar la situación muchas veces dramática de las mujeres marroquíes que recogen las fresas en el sur...), o en el sector servicios. Si a ello se suma la situación de irregularidad administrativa, el campo está abonado directamente para todo tipo de abusos. Nuestro compromiso profesional con estos colectivos de mujeres me parece urgente, para atenderlas pero también para desvelar las condiciones de explotación laboral en que están.

En este ámbito, además de realizar la intervención individual/familiar necesaria, es fundamental una perspectiva sociopolítica que conecte esos dolores

y toda esa sintomatología que detectamos en las vidas de las mujeres no para medicalizar, sino para activar tejido social que pueda generar procesos participativos donde la ciudadanía señale las causas estructurales de los problemas a la vez que se puedan articular soluciones colectivas para defender sus derechos con justicia.

El medioambiente

La pandemia por Covid-19 ha mostrado la íntima conexión entre el desarrollo global de los sistemas de la vida en el mundo y nuestra salud. Desde hace años venimos asistiendo a las terribles consecuencias del cambio climático en todo el mundo. El enfoque “One health” (Organización Mundial de Sanidad Animal, 2022) recoge esa íntima conexión entre nuestra salud individual y la salud del planeta. De hecho, en los nuevos planteamientos de la salud pública ya se va incorporando.

Por otro lado, la contaminación ambiental (aire, viviendas, agua, alimentos) está impactando en nuestra salud, alterando ciclos hormonales, incrementando el riesgo de enfermedades por cáncer o cardiovasculares, respiratorias, del sistema nervioso y endocrino. Además, aplicando la perspectiva de género, muchas de estas sustancias tóxicas se ha comprobado que impactan más en las mujeres (Valls, 2009: 199).

Una parte del proyecto moderno del progreso se vincula de manera directa con el beneficio económico, cual tautología que es difícil desmontar. Este afán económico tan depredador está causando daños inmensos a nuestro ecosistema y está poniendo en peligro la vida. Este capitalismo (Navarro, 2020: 160) voraz está precipitando una crisis de modelo de civilización en el cual el estilo de vida actual se evidencia insostenible durante mucho más tiempo. La mirada feminista, un enfoque saludable sobre este determinante estructural de la salud, aconseja reorientar de manera radical nuestro modelo de producción y consumo, para garantizar las condiciones de vida y de trabajo de la mayoría. Es una ética humanista, centrada en el cuidado y sostenimiento de la vida, una vez más.

Por lo tanto, aunque sea sólo a modo de pincelada, considero de interés no perder de vista esta perspectiva ecológica, tan relacionada con el

feminismo en ese interés común por cuidar la vida, de las personas y del planeta.

La violencia de género

Para terminar esta relación de algunos campos en los que estimo muy propicia la intervención desde el trabajo social sanitario con espíritu feminista, es imprescindible recoger algunas reflexiones sobre la violencia de género, el exponente de la desigualdad extrema entre hombres y mujeres.

Sobre la violencia de género se ha venido investigando mucho en los últimos años. También desde el trabajo social sanitario, algo que es motivo de orgullo profesional. Estamos en condiciones de poder recoger algunas evidencias, tras la dilatada experiencia de estos años que coinciden con la intervención social y sanitaria en el periodo de la democracia en nuestro país.

La violencia de género daña y destruye la vida de las mujeres, sus hijas e hijos y otras personas de su núcleo afectivo y de convivencia, como otras personas dependientes a su cargo. Por ello, enferman más y acuden al sistema sanitario pidiendo ayuda. En muchas ocasiones estos dispositivos de salud son casi los únicos lugares donde ellas pueden recibir la ayuda necesaria para cambiar la situación. Se convierten así en “espacios privilegiados” de soporte para las mujeres. La responsabilidad que recae en el sistema sanitario es muy elevada; por ello se torna tan relevante la atención prestada en el mismo.

Aunque la atención prestada desde salud a la violencia de género ha evolucionado y mejorado bastante en las últimas décadas⁶, es obligado reconocer que todavía queda un largo camino por recorrer para que sea todo lo adecuada que las mujeres y sus entornos precisan. A lo largo de estos años se han elaborado importantes protocolos y procesos de formación para profesionales en el conjunto del país para mejorar la intervención en las diferentes fases, al tiempo que se han activado medios para mejorar la detección precoz con diferentes sistemas de cribado.

El trabajo social sanitario desempeña un papel

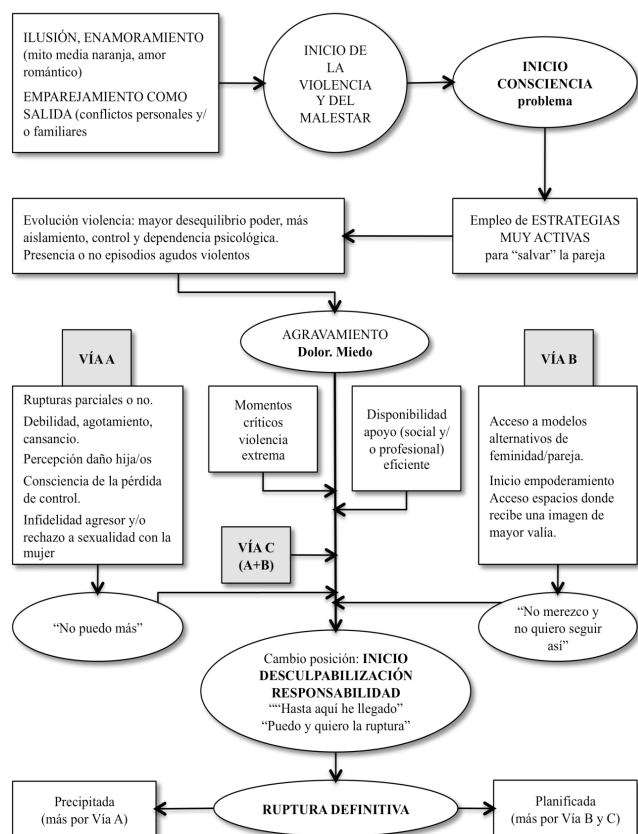
destacado en la atención a la violencia de género en el sistema sanitario (reconocido tanto en la práctica como en los diferentes protocolos de actuación asistencial elaborados (COVIGE, 2012). Quiero recoger aquí, de manera muy resumida, un hallazgo que la investigación desde nuestro campo ha revelado en el proceso de atención a las mujeres. En mi tesis doctoral (Aretio, 2015) y en varios artículos (2021) y publicaciones (2022) se ha evidenciado hacia dónde ha de apuntar la intervención social sanitaria en este campo para ayudar con mayor eficacia a las mujeres sometidas al infierno de la violencia de género para reconocerla, ser conscientes de las implicaciones para sus vidas, encontrar fuerza para afrontarla y poder superarla con las menores secuelas posibles.

Frente al manido discurso habitual que ensalzaba la necesidad de interponer la denuncia legal cual mantra mágico que va a cortar con la violencia de género y a “salvar” a las mujeres de la destrucción violenta (Aretio, 2007), la investigación evidenció (Aretio, 2015) que lo más relevante es desarrollar procesos de empoderamiento con las mujeres mientras están en la relación violenta, procurando apoyos, medidas, recursos diversos y muy amplios y, dentro de un proceso de ayuda y vínculo tejido por el respeto, empatía y fomento de la autodeterminación de cada mujer, acompañando a cada mujer para que sea ella quien vaya tomando las decisiones que considere más oportunas en cada momento para enfrentar esa violencia.

Hay un largo proceso que implica la toma de conciencia y la organización de todos los apoyos para dar el paso a la ruptura. Esta se puede hacer básicamente a través de dos vías (planificada o precipitada). La precipitada, concentra una mayor parte de factores en negativo que van desgastando y destruyendo a la mujer hasta llegar un punto en el que se ve casi forzada a la ruptura por vías precipitadas. La vía planificada incluye otro tipo de proceso en el que el empoderamiento se va realizando con la suma de varios factores en positivo que le permiten llegar al momento de la ruptura de otra manera, con los apoyos preparados y ella recuperada parcialmente. El proceso en global se recoge en la Figura 1.

Figura 1: Del emparejamiento a la ruptura en una relación de pareja heterosexual violenta

6 Es destacado el esfuerzo desplegado desde el Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad en este campo, así como la mayoría de los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas.



Fuente: Aretio, 2015.

Hay dos tipos de factores que son imprescindibles para garantizar la ruptura y salida en las mejores condiciones posibles de la relación violenta: la autonomía económica y la autonomía subjetiva. Junto a ellos, también el abordaje de posibles conflictos previos en la infancia/juventud que han podido condicionar la subjetividad de cada mujer. En conjunto, son factores relacionados de manera directa con el campo de lo psicosocial y con el ámbito de intervención del trabajo social sanitario. La proximidad de esta profesión al contexto de la mujer (individual/familiar, grupal y comunitario) permite realizar un abordaje global adaptado a las necesidades peculiares de cada una. Por todo ello, el trabajo social sanitario es una de las más relevantes o “la” profesión clave en la intervención ante la violencia de género dentro del sistema sanitario.

El abordaje de la VG (ya sea en la parte de prevención como en la de intervención) se puede realizar desde el trabajo social sanitario tanto en el nivel individual, grupal o comunitario. En relación al abordaje grupal ya se ha señalado en el apartado del malestar psicosocial de las mujeres las aportaciones realizadas por compañeras a lo largo de nuestro

país (Millán, Jiménez y Blanco 2021: 221) y Millán (2018). Incorporar la perspectiva feminista comporta también realizar intervenciones adecuadas en el ámbito comunitario en el campo de la prevención de la violencia de género, muchas de ellas relacionadas con las actividades de promoción de una adecuada salud afectivo-sexual en infancia, juventud, espacios de mujeres ya señaladas también antes. Incluir programas de educación para la salud (grupales o comunitarios) para fomentar una masculinidad igualitaria, así como la corresponsabilidad de los hombres en el cuidado de la vida es, sin duda, una línea estratégica de actuación muy interesante y también eficaz para reducir a medio plazo la violencia de género. Sin duda, está siendo un espacio emergente para desarrollar el trabajo social sanitario.

Dentro del campo de la intervención comunitaria quiero recoger una iniciativa interesante que se ha impulsado desde el sistema sanitario riojano. La mirada feminista nos insiste en la importancia de aflorar los enormes y muy diversos esfuerzos que realizan las mujeres de manera cotidiana para resistir y afrontar la violencia. Es necesario romper con el estereotipo de pasividad con el que muchas veces se las etiqueta. Así reconocer su capacidad parece un reto ineludible que también se estima de interés para este trabajo en la línea de la estrategia de empoderamiento que recoge Sara Velasco (2009: 219) a partir de otras aportaciones (ONU, 1999; Gita Sen, PirooskaÖstlin y Asha George, 2007) en la que se defiende el uso de tácticas de:

- Devolución la palabra a las mujeres.
- Aumento de la capacidad de decisión, el control y la autoestima.
- Proporcionar cauces de participación.

Por ello, recogiendo también una de las propuestas que habían realizado las mujeres supervivientes a la violencia de género dentro del proceso de mi tesis doctoral y que se habían incorporado en la planificación sanitaria riojana⁷, se ayudó en la creación y consolidación de un grupo de autoapoyo de mujeres supervivientes a la violencia de género en La Rioja. Ha sido un proceso lento, como suelen serlo los procesos de fondo vinculados con la

⁷ Muchas de las conclusiones y propuestas de mi tesis doctoral se incorporaron dentro del III Plan de Salud 2015-2019, dentro de la Línea Estratégica de Atención a la Violencia de Género.

atención a la violencia de género desarrollados a nivel comunitario, pero fructífero: en la primavera del año 2022 se registraba Siemprevivas, grupo de autoapoyo de mujeres supervivientes a la violencia de género. Todavía acompañadas desde el sistema sanitario, han venido a ocupar un espacio propio de protagonismo colectivo de las supervivientes, tanto para desempeñar las funciones propias de un grupo de autoapoyo (acogida, acompañamiento, formación a otras mujeres dispuestas a afrontar la salida de la violencia) como el espacio sociopolítico de ser la voz de las mujeres, para evaluar, proponer políticas públicas en materia de violencia de género. Seguro que como esta iniciativa que ha dado un fruto tan positivo existen otros procesos grupales y comunitarios alentados por profesionales del trabajo social sanitario a lo largo de este país. Estaría muy bien recopilarlos y darles visibilidad.

Para concluir este apartado de la atención a la violencia de género quiero señalar que sigue siendo necesario hacer una reorientación significativa en el sistema sanitario hacia un estilo horizontal, participativo, que fomente la escucha, el trabajo en red con colectivos y asociaciones de mujeres y/o comunitarias. En definitiva, pasar de ser un organismo reproductor de las desigualdades de género a poder convertirse en un espacio que devuelva el poder a las mujeres. Traspasar el protagonismo de sus profesionales a las mujeres. En el mejor sentido, desmedicalizar y desjudicializar la atención a la violencia de género para orientarla hacia el contexto sociocultural. Por ello es muy recomendable empezar a contemplar el espacio del Buentrato⁸ como un horizonte muy estimulador, como guía y alternativa para las actuaciones en este marco de intervención contra la violencia. Una propuesta innovadora (Sanz, 2016) que enfatiza la importancia de construir relaciones de buentrato a nivel personal, relacional y social, tanto en el “adentro” como en el “afuera”. Para ello es imprescindible conocer cuáles son las relaciones de maltrato en las que están viviendo las mujeres así como los efectos que les generan a ellas y a su entorno. Nuestra profesión tiene una importante responsabilidad en todo ese proceso.

8 Fina Sanz define el “Buentrato” como una forma de expresión del respeto y amor que merecemos y que podemos manifestar en nuestro entorno, como un deseo de vivir en paz, armonía, equilibrio, de desarrollarnos en salud, bienestar y goce (Sanz, 2016: 114).

Concluyendo, sin terminar del todo, porque se abren horizontes...

Bueno, llegar a esta parte final ya es un esfuerzo. A lo largo de los anteriores puntos ya se han ido recogiendo bastantes propuestas y derivas que bastarían por sí mismas. No obstante, voy a recoger algunas breves conclusiones finales en relación con cada uno de los ejes sobre los que he estructurado esta ponencia. De nuevo, aunque aparezcan separadas, entre todas ellas guardan una íntima conexión.

Lo que nos enseña el Género:

- ❖ Es una potente herramienta científica que nos permite analizar, evaluar e intervenir sobre la realidad con una ética asentada en la justicia social, los derechos humanos y el desmontaje de los privilegios patriarcales que dañan a más de la mitad de la humanidad.
- ❖ Es necesario vincularlo con las condiciones de vulnerabilidad y con una mirada interseccional que integre en un diagnóstico complejo y completo el conjunto de las desigualdades que atraviesan las vidas de las mujeres para avanzar hacia intervenciones integrales que tengan la equidad como horizonte.
- ❖ El patriarcado moldea la socialización global y la subjetividad de todas las personas. También las de las y los profesionales del trabajo social sanitario. Si queremos intervenir con perspectiva feminista es imprescindible que acometamos un profundo proceso de deconstrucción personal y profesional para desmontar patrones sexistas y engenerarnos en una nueva identidad basada en la igualdad, autonomía y respeto.

Nuestra historia y antecedentes, nos recuerdan que...

- ❖ Muchas de nuestras predecesoras y pioneras del trabajo social ejercieron trabajo social feminista, innovando, comprometiéndose a fondo en la lucha por la justicia y la igualdad. Nos acompañan con un legado ingente que conecta con la trayectoria de lucha feminista global, encarnada ahora en la 4ª ola feminista.

- ❖ Todo este espíritu tan fuerte nos anima a seguir emprendiendo retos para dar respuesta hoy en día con un trabajo social feminista, emancipador, que opte por la periferia, por los márgenes, por las personas en situación de mayor vulnerabilidad.
- ❖ Las leyes, el espíritu de nuestra era acompaña a nuestro código ético y deontológico que nos señala solo una salida posible: un trabajo social sanitario con gafas violeta, con corazón y razón comprometidos y acompasados por la defensa de los derechos humanos y la justicia social. Sin excusas, con la actitud valiente que nos llega de la fuerza feminista, esa que ha sabido desafiar a la historia en las diferentes épocas.

El sistema sanitario, en el que trabajamos:

- ❖ En sus líneas esenciales el sistema sanitario ha sido y sigue siéndolo en buena medida un aliado fundamental del patriarcado, contribuyendo a su refuerzo.
- ❖ Pero también dentro del mismo se han ido abriendo desde hace décadas espacios de reflexión y rebeldía profesional feminista que van mostrando la urgencia de intervenir de otra manera, apoyando a las mujeres en un proceso imparable ya de liberación y emancipación. Estos espacios y grupos profesionales van sembrando semillas de igualdad, escucha, atención a los mandatos de género. Espacios alentados por el avance legal que impele también al espacio sanitario a transformarse para empujar hacia la igualdad de género.

El trabajo social sanitario ante tantos retos:

- ❖ Por sus características e identidad, es la profesión idónea para realizar un abordaje feminista (centrado en la escucha, acompañamiento, fomento de la autonomía, incorporando los factores psicosociales y el contexto general y específico) en el sistema sanitario.
- ❖ En sus tres niveles de intervención (individual/familiar, grupal y comunitario) puede desarrollar muchas iniciativas dentro de un marco de intervención feminista.

- ❖ Existen en estos momentos varios ámbitos (malestares psicosociales de las mujeres, cuidados, salud sexual y reproductiva, etapas de cambio vital, condiciones sociolaborales, medio ambiente y violencia de género) urgidos de manera especial para desplegar y afianzar intervenciones con las gafas violeta del feminismo.
- ❖ Por su posicionamiento dentro del sistema sanitario, es necesario que las y los trabajadoras sociales realicen un proceso de deconstrucción personal y profesional desde la perspectiva de género para virar hacia un desempeño profesional impregnado por la sabiduría y práctica feminista.
- ❖ Es conveniente generar espacios grupales y colectivos profesionales para formarse en perspectiva feminista al tiempo que seguir reflexionando y avanzando colectivamente para desarrollar un trabajo social sanitario feminista.
- ❖ El cuidado y autocuidado personal y profesional debe formar parte de este proceso tanto de deconstrucción como de nueva engeneración feminista.
- ❖ Desde el trabajo social sanitario tenemos el compromiso de deconstruir y modificar actitudes aprendidas en la socialización, a través del trabajo social individual, grupal y comunitario. Para hacer posibles relaciones de convivencia, en paz, donde el diálogo y el respeto por los derechos humanos sustituyan a la violencia y la solidaridad sustituya a la enemistad y a los conflictos, y la igualdad de derechos entre género sustituya al sometimiento de las mujeres al orden patriarcal.

Por delante nos esperan retos apasionantes. Tenemos mucho camino recorrido, muchas luces nos han ido alumbrando desde el pasado. Ya sabemos con bastante certeza algunos caminos que tenemos que transitar y cómo. Otros están abiertos a la exploración, innovación. Si lo hacemos con esas gafas violetas que nos vamos poniendo, si lo hacemos desde la sororidad feminista, el viaje promete ser apasionante. Ojalá que para el mismo, muchas de las palabras que me han acompañado estas semanas mientras

pensaba y redactaba esta ponencia y que os señalaba al principio de la misma se tornen cada vez más esperanzadoras, abiertas a un horizonte feminista que nos permitirá reforzar, sin duda los principios fundacionales de nuestra profesión. Porque, ya lo sabemos, el trabajo social o es feminista, o no será.

Porque, parafraseando esa famosa canción de Silvio Rodríguez *"la era está pariendo un corazón, no puede más, se muere de dolor, de injusticia, de desigualdad, y hay que acudir corriendo, desde el trabajo social sanitario también, pues se cae el porvenir (...) debo dejar la casa y el sillón,* los esquemas patriarcales que nos dañan, para dar paso a un tiempo nuevo de esperanza y cuidado..., y si hace falta, *quemando el cielo,* para vivir en paz y equidad".

Agradecimientos

Necesito hacer constar el esfuerzo que han dedicado Silvia Navarro y Raquel Millán, excelentes profesionales, compañeras y, sobre todo, amigas, para leer, revisar y enriquecer el borrador inicial de esta ponencia en sus tiempos de descanso. Sus aportaciones han contribuido a mejorar el texto final y a hacerlo más completo y atinado. A ellas, mi gratitud y reconocimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Aretio Romero, M^a Antonia (2007). "Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres" en *Gaceta Sanitaria*, 21(4), 273-7.
- Aretio Romero, M^a Antonia (2015). Las supervivientes que salieron del infierno. Factores que ayudan a las mujeres a superar la violencia de género en la pareja heterosexual. Tesis doctoral dirigida por Miguel Laparra Navarro (dir.tes) y María Jesús Miranda López (dir.tes). Universidad Pública de Navarra. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/18436>.
- Aretio Romero, M^a Antonia (2021a). "Las dos vías que protagonizan las mujeres para cortar con la violencia de género en la pareja" en *Cuadernos de Trabajo Social*, 34(1), 155-168.
- Aretio Romero, M^a Antonia (2021b). "Acompañamiento profesional a las mujeres para afrontar y superar una relación de pareja heterosexual violenta II. Los apoyos necesarios para la ruptura y superación" en Ruiz-Jarabo Quemada, Consue; Millán Susinos, Raquel; Andrés Domingo, Paloma y Nogueiras García, Belén (2021). *La Violencia contra las mujeres*. Madrid: Díaz de Santos, 169- 191.
- Aretio Romero, M^a Antonia y Aguilar Raposo, Urbina (2023). "Programa grupal de fomento del bienestar psicosocial de las mujeres". Comunicación presentada al XIV Congreso Estatal Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
- Artazcoz, Lucía (2009). "¿Conciliar empleo y vida familiar o renunciar a uno de ellos? Dos alternativas con impacto en la salud" en Montoro, C., López, D. (Ed.): *La conciliación y sus costes socio-sanitarios*. Pamplona: Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra.
- Asociación Española de Trabajo Social y Salud (2017). *Carta de Servicios de trabajo social sanitario*. Madrid: AETSyS.
- Bañez Tello, Tomasa (2004). El trabajo social en Aragón. El proceso de profesionalización de una actividad feminizada. Tesis doctoral disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/8412>
- Berasaluze Correa, Ainoha (2009). "El devenir del trabajo social en clave de género" en *Zerbitzuan* n° 46, (133-140).
- Bonder, Gloria (2006). *Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente*. Recuperado de <http://www.colmex.mx/centros/ces/piem/lectura4.doc>. [3 de noviembre de 2011].
- Burin, Mabel (1991). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, Mabel (2002). *Estudios sobre la subjetividad femenina*. Buenos Aires: Librería de Mujeres.
- Butler, Judith (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Cobo, Rosa y Ranea, Beatriz (eds.) (2020). *Breve diccionario de feminismo*. Madrid: Catarata.
- Cobo, Rosa (2020). *Pornografía. El placer del poder*. Barcelona: Penguin Random House.
- Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2012). *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.
- Consejería de Sanidad y Consumo (2023). Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud (GRUSE). Junta de Andalucía, Disponible en: <https://www.gruse.es/course/view.php?id=4>
- Consejo General del Trabajo Social. (2020). *Código deontológico del trabajo social*. Madrid: CGTS.
- Consejo Interterritorial de Salud (2019). *Estrategia para la atención primaria y comunitaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Dirección General de Salud Pública (2022). *Informe Salud y Género 2022. Aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Informes, Estudios e Investigaciones 2022.
- Durán, María Ángeles (2007). *El valor del tiempo. ¿Cuántas horas te faltan al día?* Madrid: Espasa.
- Durán Palacio, Nicolasa María (2015). "La ética del cuidado: una voz diferente" en *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, Vol. 2, n° 1 (12-21).

- EAPN España. 2024. El Estado de la Pobreza. Seguimiento de los indicadores de la Agenda UE 2030. Disponible en: <https://www.eapn.es/estadodepobreza/descargas.php>
- Esteban, M^a Luz (2002). "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud", en Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T, Yago T. *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva.
- Esteban, M^a Luz (2006). "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque feminista y antropológico". *Salud Colectiva* 2(1) (9-20).
- Federici, Silvia (2019). *Tornar a encantar el món. El feminisme i la política dels comuns*. Barcelona: Tigre de Paper.
- Foucault, M. (1981). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- García Calvente, María del Mar; Del Río Lozano, María; y Marcos Marcos, Jorge (2015). *Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. ISBN: 978-84-695-7988-6
- García Caliente, M^a del Mar; Jiménez Rodrigo, M^a Luisa y Martínez Morante, Emilia (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Serie Monografías EASP, n° 48. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública
- Gilligan, Carol (1986). *La moral y la teoría psicológica del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico (2022). Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Herrero, Yayo; Pascual, Marta y González Reyes, María (2018). *La vida en el centro. Voces y relatos ecofeministas*. Madrid: Libros en Acción.
- Hervás de la Torre, Agustina (2022). "Trabajo social en salud. Capítulo 1" en *Trabajo Social en diferentes sistemas y ámbitos de intervención: salud, forense, penitenciario y educación*. Investigaciones e informes del Consejo General del Trabajo Social, 12. Madrid: Consejo General del Trabajo Social.
- Ituarte Tellaeche, Amaya (2012). "Cuestiones básicas en el proceso clínico de atención psicosocial" en *Trabajo Social y Salud*, n° 72, pág.5. Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
- Instituto de las Mujeres (2022). *III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025*. Madrid: Instituto de las Mujeres. Ministerio de Igualdad. Gobierno de España.
- Juárez Ramírez, Clara (2005). *Ya no quisiera ni ser Yo: La experiencia de la violencia doméstica en un grupo de mujeres y varones provenientes de zonas rurales y urbanas en México*. Tesis doctoral. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili.
- Krieger, Nancy (2003). "Genders, sexes, and health: what are the connections- and why does it matter?" *International Journal of Epidemiology* n° 32. (652-57).
- Lagarde y de los Ríos, Marcela (2000). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Madrid: Horas y horas.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela (2005). *Para mis socias de la vida*. Madrid: Horas y horas.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela (2012). *El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías*. México: Gobierno de la Ciudad de México, Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.
- Lorde, Audre (2003). *La hermana, la extranjera*. Madrid: Editorial Horas y horas.
- Maquieira, Virginia (2001). "Género, diferencias y desigualdad", en Beltrán, E., Maquieira, V., Álvarez, S. y Sánchez, C. *Feminismos: debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Ciencias Sociales, Alianza.
- Mateo Rodríguez, Inmaculada; Danet, Alina y Martín Barato, Amelia (2019). *Conciliar con salud, una cuestión de género*. Cuadernos para la salud de las mujeres, n° 1. Granada: Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Junta de Andalucía.
- Mateos Casado, Cristina. (2022a). *Guía profesional. Trabajo social desde una perspectiva de género. Parte I*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social.
- Mateos Casado, Cristina. (2022b). *Guía profesional. Trabajo social desde una perspectiva de género. Parte II*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social.
- Millán Susinos, Raquel (2018). "Visibilizar cómo influyen en la salud de las mujeres las relaciones de desigualdad y de violencia" en *Servicios Sociales y Política Social*, Consejo General del Trabajo Social n° 116, 11-26.
- Millán Susinos, Raquel; Jiménez Pérez-Muelas, Juana Teresa y Blanco Prieto, Pilar (2021). "Intervención grupal con mujeres: prevención de la violencia y promoción de su salud y autonomía. Experiencias en centros de salud" en Ruiz-Jarabo Quemada, Consue; Millán Susinos, Raquel; Andrés Domingo, Paloma y Nogueiras García, Belén. *La Violencia contra las mujeres*. Madrid: Díaz de Santos, 221-238.
- Navarro Pedreño, Silvia. (2004). *Redes sociales y construcción comunitaria*. Madrid: CCS.
- Navarro Pedreño, Silvia. (2017). *Saber femenino, vida y acción social*. Madrid: CCS.
- Navarro Pedreño, Silvia. (2020). *Pensamiento creativo y acción social innovadora*. Madrid: CCS.
- Nogueiras García, Belén (2018). *La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: Discursos y prácticas (España, 1975-2013)*, Tesis Doctoral, Madrid: Universidad Complutense. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/49892/1/T40529.pdf>.
- Nogueiras García, Belén (2021). "La necesaria incorporación del paradigma feminista en las teorías, los discursos y las prácticas sociosanitarias" en Ruiz-Jarabo Quemada, Consue; Millán Susinos, Raquel; Andrés Domingo, Paloma y Nogueiras García, Belén (2021). *La Violencia contra las mujeres*. Madrid: Díaz de Santos, 61-80.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2016). *La salud y el bienestar de las mujeres en Europa: más allá de la ventaja de la mortalidad*. OMS. Regional Office for Europe.
- Organización Mundial de Sanidad Animal. WOAH. (2022). *Riesgos sanitarios mundiales y desafíos del mañana*. Organización Mundial de Sanidad Animal. Disponible en: <https://www.woah.org/es/que-hacemos/iniciativasmundiales/una-sola-salud/>

- Posada Kubissa, Luisa (22 de octubre de 2018). «El sujeto político feminista en la 4ª ola». eldiario.es.
- Roca Cortés, Neus y Masip Serra, Julia. (2011) *Intervención grupal en violencia sexista*. Barcelona: Herder.
- Rohlfis, I., Borrell, C. y Fonseca, MC. (2000). "Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos". *Gaceta Sanitaria* nº14 (Supl 3). (60-71).
- Rohlfis Barbosa Izabella y Valls Llobet, Carmen (2003). "Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública". *Gaceta Sanitaria* nº 17(4). (263-5).
- Ruiz Cantero, María Teresa (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Granada: Ed. Nueva Salud Pública, 14. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ruiz, P., Plazaola, J., Blanco, P., González, JM., Ayuso, P., Montero, MI. y Grupo de Estudio para la Violencia de Género (2006). "La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria". *Gaceta Sanitaria* nº 20 (3). (202-8).
- Ruiz Pérez, Isabel; Blanco Prieto, Pilar; Vives Casares, Carmen (2004). "Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias". *Gaceta Sanitaria* nº 18 (Supl 2). (4-12).
- Ruiz Repullo, Carmen (2021). El efecto socializador de la pornografía y sus consecuencias en la adolescencia. Conferencia online. Redforma. Red Andaluza de Formación contra el Maltrato a las Mujeres. Seminario violencia de género. Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: <https://www.easp.es/project/seminarios-violencia-de-genero/#1>
- Sanz Ramón, Fina (2016). *El buentrato como proyecto de vida*. Barcelona: Kairós.
- Sen, Gita y Östlin, Piroška. (2007). La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Organización Panamericana de la Salud.
- Servente, Diego (2023). "La desigualdad social en España: un desafío que exige soluciones" en Moncloa. Disponible en: <https://www.moncloa.com/2023/02/24/desigualdad-social-espana-1868006/>
- Velasco, Sara (2009a). Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Política Social, 55.
- Velasco, Sara (2007). "Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista". Material docente del Diploma de Salud Pública y Género. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de la Mujer, Observatorio de Salud de la Mujer.
- Velasco, Sara (2009b). *Sexos, género y salud*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Velasco, Sara (2006). *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria de salud*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Uría Urraza, Marian y Mosquera Tenreiro, Carmen (2013). "Las mujeres en la historia de los cuidados de la salud y la enfermedad", en Díaz Martínez, Capitolina y Dema Moreno, Sandra (eds), *Sociología y género*. Madrid: Tecnos (301-324).
- Valls Llobet, Carmen (2009). *Mujeres, salud, poder*. Madrid: Cátedra, Feminismos.
- Zamanillo (2008). *Trabajo social con grupos y pedagogía ciudadana*. Madrid: Síntesis.