



Proyecto de sensibilización dirigido a profesionales sanitarios/os del área de salud sexual y reproductiva, para erradicar la violencia hacia las mujeres en el ejercicio de su profesión en la Comunidad Valenciana.

Presentado por:

Beatriz Hernández Martínez

Tutora:

Profª. Drª. Purificación Heras González

Máster Universitario en Igualdad de Género en el Ámbito Público y Privado
(Plan 2013)

[[Interuniversitario / A distancia](#)]

[16ª] Edición

Curso académico 2021/2022

Segunda convocatoria

Palabras clave: [biomedicina, salud sexual y reproductiva, profesionales de la salud, sensibilización, violencia hacia las mujeres,]

Índice

I INTRODUCCIÓN	1
II problema a resolver	2
2.1 Carencia de perspectiva de género y sensibilización en las/os profesionales de la salud en el ejercicio de su profesión	2
2.2 Violencias institucionalizadas en salud sexual y reproductiva de las mujeres	5
2.3 El género como determinante de salud	7
III ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	9
3.1 Antecedentes	9
3.1.1 Construcción del conocimiento científico. Perspectiva androcéntrica.....	9
3.1.2 Procesos biológicos desde una perspectiva androcéntrica	12
3.1.3 Modelo biopsicosocial como alternativa a la construcción del conocimiento científico desde la perspectiva biologicista.....	14
3.1.4 Violencias institucionalizadas en salud sexual y reproductiva	15
3.2 Estado de la cuestión	17
3.2.1 Programas de formación al personal sanitario	17
3.2.2 Grado de aceptación acerca de las formaciones ofertadas	21
3.2.3 Marco legislativo en el que presenta esta propuesta formativa	21
IV ASPECTOS METODOLÓGICOS	22
Fase 1	22
Fase 2	23
V DESARROLLO	23
5.1 Denominación del proyecto	23
5.2. Naturaleza del proyecto.....	24
5.3 Marco institucional.....	25
5.4. Finalidad del proyecto	25
5.5. Objetivos:	25
5.6 Metas	26

5.7 Beneficiarias/os	26
5.8 Localización física y cobertura espacial.....	27
5.9 Especificación operacional de las actividades y tareas a realizar	27
1. Información y orientación	27
2. Formación.....	27
3. Contenido teórico:.....	28
4. Métodos y técnicas a utilizar	28
5.10 Determinación de los plazos o calendario de actividades	29
5.11. Determinación de los recursos necesarios	30
a. Humanos:	30
b. Materiales:	30
c. Técnicos:	31
d. Financieros:	31
5.12 Cálculo de los costos de ejecución.....	32
5.13 Estructura organizativa y gestión del proyecto.....	32
5.14 Coordinación del proyecto	33
5.15 Indicadores de evaluación del proyecto.....	33
5.16 Factores externos condicionantes para el logro de los efectos e impacto del proyecto	34
VI CONCLUSIONES.....	34
VII BIBLIOGRAFÍA.....	36
BIBLIOGRAFÍA LEGISLATIVA	40
ANEXOS.....	41

Índice de tablas

Tabla 1. Consencuencias de la violencia por cuestión de género en la salud sexual y reproductiva de las mujeres	8
Tabla 2. Calendario de actividades	29
Tabla 3. Costes de ejecución.....	32
Tabla 4. Organigrama de dirección, ejecución y creación del proyecto.	33

I INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma desde 1946 que: “La salud es el bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad”. Sin embargo, en Occidente continúa vigente el paradigma biomédico. Este paradigma, establecido en el siglo XIX, tiene como objetivo encontrar la patología subyacente desde las alteraciones fisiológicas de la persona. Lo que implica que no tiene en la misma consideración las demás dimensiones que nos atraviesan en el proceso de salud-enfermedad. Desde esta perspectiva, el paradigma biomédico define salud como ausencia de enfermedad, por lo que los esfuerzos de las/os profesionales sanitarias/os se centran en intervenir en las alteraciones fisiopatológicas, dejando al margen la dimensión psicosocial. A ello se debe que patologías que eran consideradas como tal debido al sistema de creencias del momento, posteriormente se han desacreditado, tales como la histeria o la homosexualidad.

Si bien este sesgo cultural afecta a la sociedad occidental en todas sus dimensiones, vamos a centrar el foco de atención en la intervención a las/os profesionales sanitarias/os debido a que estas son las/os principales generadoras/es de salud. Subrayamos entonces que si en función de la perspectiva tenemos un concepto de salud-enfermedad, tanto la intervención, como el concepto en sí mismo está sujeto al cambio debido a que se trata de un constructo sociocultural. De la misma manera, el concepto de sexualidad está sujeto a intersecciones socioculturales. Dado que la sexualidad es uno de los ámbitos socioculturales más cargados de creencias y tabúes, con el objetivo de que no interfiera en la intervención de las/os profesionales sanitarias/os, nuestro proyecto se centra en la intervención con profesionales sanitarias/os del área de salud sexual y reproductiva.

La intervención objeto del presente Trabajo Fin de Máster (TFM) consiste en el desarrollo de un proyecto de formación en sensibilización en materia de género e igualdad, dirigido a profesionales sanitarias/os en el ejercicio de su profesión en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. La finalidad de este proyecto es ambiciosa, ya que pretende contribuir a erradicar las violencias que se siguen ejerciendo de diferentes formas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Para ello, la estrategia será formar al personal sanitario para que tomando conciencia, cambien el objeto de conocimiento científico, tengan una visión más inclusiva, identifiquen las violencias normalizadas, revisar las propias creencias frente a lo establecido,

cuestionar cómo se han construido las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, y evitar que sean generadoras/es de las mismas.

Este proyecto se propone como camino hacia un cambio de paradigma que permita la construcción del conocimiento científico y de la salud sexual y reproductiva sensibilizando en la igualdad de género, con el objetivo principal de hacer una propuesta de intervención que erradique o minimice la violencia ejercida hacia las mujeres en esta área. El proyecto se desarrolla para ser realizado en la Comunidad Valenciana con un número reducido de usuarias/os, con el propósito de ampliarlo hasta que se dé a nivel nacional.

El presente trabajo se estructura en dos fases. En primer lugar se abordará el contenido teórico del problema, siendo este la carencia de la perspectiva de género y sensibilización en las/os profesionales sanitarias/os en el ejercicio de su profesión. Las violencias institucionalizadas que se dan en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y cómo el género es un determinante de salud. A continuación, los antecedentes del conocimiento científico y la perspectiva de género, y en qué momento se encuentra la esta formación a las/os profesionales de salud sexual y reproductiva y las violencias institucionalizadas. Para ello se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica sobre la formación en materia de género e igualdad en el ámbito sanitario, abordando las formaciones ofertadas, tanto regladas como no regladas. En segundo lugar se encuentra desarrollado el proyecto de formación a profesionales sanitarias/os como respuesta ante esta situación, para de este modo contribuir a mejorar la atención por parte de las/os profesionales del área de salud sexual y reproductiva de las mujeres.

II PROBLEMA A RESOLVER

2.1 Carencia de perspectiva de género y sensibilización en las/os profesionales de la salud en el ejercicio de su profesión

La salud/enfermedad es un fenómeno que se ha abordado en todas las culturas. Cada una lo ha llevado a cabo desde su propio sistema de creencias, construyendo un modelo médico acorde a las necesidades socioculturales del momento. El modelo médico predominante de cada cultura ha definido qué es considerado como enfermedad y a qué procesos se les debe prestar atención. En la actualidad, en China, además de poder estudiar la Licenciatura y Doctorado en Medicina desde el modelo

biomédico Occidental, también se ofrece la Medicina Tradicional China, la cual se aproxima a la salud/enfermedad desde una perspectiva diferente al modelo biomédico Occidental.

El sistema sanitario occidental se sustenta sobre el modelo aceptado por la comunidad científica e implementado en la sanidad pública, el biomédico. Durante su desarrollo histórico ha colaborado con el control político y social en occidente, participando en el establecimiento de los criterios socioculturales de salud/enfermedad y cimentando los conceptos referidos al campo de la medicina en nuestra cultura (Aparicio Mena 2004).

Una de las formas mediante las que la biomedicina ha colaborado con el control político y social ha sido estableciendo y perpetuando la relación de poder del hombre sobre la mujer (Montero, Isabel et al. 2004). Desde el androcentrismo se han interpretado y explicado las diferencias biológicas, infravalorando, reduciendo al ámbito reproductivo, infantilizando e incluso invisibilizando los procesos biológicos de las mujeres. Por lo tanto, hablar de salud/enfermedad no implica hablar de procesos *naturales* en sí mismo, sino de conceptos que han pasado por un proceso evolutivo dentro de un sistema de creencias, relativas a un momento sociocultural determinado (Flores Domínguez, Carmina et al. 2019).

En 2003 la OMS aceptó el paradigma de los determinantes sociales, lo que significó abordar las enfermedades teniendo en cuenta múltiples factores. Uno de los determinantes sociales de salud reconocidos por la OMS es el factor social de la categoría género, siendo este fundamental en el proceso de salud para las mujeres. De este modo, para hablar de salud como generadora de bienestar, se debe ampliar la mirada biologicista característica de la biomedicina y tener en cuenta los determinantes sociales de salud, como es el género (Cabré i Pairet y Salmón Muñiz 2013).

La importancia de intervenir con las/os profesionales de la salud en sensibilización en materia de género para el ejercicio de su profesión, radica en que desempeñan un papel fundamental en la salud de las personas usuarias. En este sentido, María Teresa Ruiz Cantero (2018) menciona que el enfoque reduccionista influido por lo esperado en cada sexo sigue en el imaginario profesional, a pesar de que el concepto de sesgo de género en la atención sanitaria surgió en 1991. Según la autora, una de las consecuencias que podemos encontrar debido a estos sesgos en atención sanitaria son errores y retrasos en los diagnósticos e intervenciones. Por lo tanto,

cómo perciba el problema la/el profesional de la salud, el sistema de creencias que se active durante el tratamiento y el trato hacia la persona usuaria será clave en el desarrollo de la evolución del problema. Por este motivo, y dado el papel social de las/os profesionales de la salud, resulta imprescindible formar en materia de perspectiva de género en los estudios de la salud.

La importancia de la elaboración de un proyecto de sensibilización a profesionales sanitarios/as en igualdad de género para asegurar su formación radica en el impacto que genera el sesgo de género la salud de las personas usuarias. Ya que estos conocimientos atravesados por el sesgo de género en muchas ocasiones son el primer generador de violencia sobre estas. Algunas de las circunstancias en las que mujeres experimentan desigualdad en su bienestar determinado por el sistema de género son como plantea Purificación Heras González (2022, 30):

1. La experiencia continuada de violencia de género contra las mujeres.
2. Inversión diferencial de las mujeres en los cuidados en el entorno familiar.
3. Acceso de mujeres y hombres a alimentos, agua limpia, saneamiento e inmunización contra las enfermedades.
4. Relación diferente entre mujeres y hombres con los métodos de planificación familiar y salud sexual y reproductiva.
5. Proporción de los ingresos gastados en servicios de salud.
6. Altas tasas de fecundidad y escaso periodo intergenésico.
7. Distribución desigual de poder en los ámbitos sanitarios y políticas que no tienen en cuenta el sistema de género.
8. Estilo de vida, normas, valores y subjetividad.

Siendo que la OMS en 1984 decretó que la salud no debería ser abordada desde el paradigma de un objetivo a alcanzar, sino más bien como un concepto que debería amplificar los recursos sociales, personales y capacidades físicas de las personas, generando de este modo un mayor bienestar en ellas (Heras González 2022). El factor social de la categoría género y las circunstancias en las que las mujeres experimentan desigualdad en su bienestar debería ser abordado por las/os profesionales sanitarios/os durante su formación universitaria por profesorado formado (Colomer Revuelta y Sánchez López 2007).

Actualmente salud y género consiste en una asignatura optativa del grado universitario de Medicina y Enfermería disponible únicamente en algunas universidades de España. Como medida para solucionar esta situación, nace la propuesta de sensibilización en

materia de género e igualdad a las/os profesionales que ya se encuentran en el ejercicio de su profesión. Nos centramos en profesionales que se encuentran en el ejercicio de su profesión para dar cabida y como solución, para aquellas/os profesionales que no pudieron acceder a las optativas y están atendiendo a las/os usuarias/os.

Con todo ello, el concepto salud/enfermedad actual necesita una definición más cercana a la realidad social en la que se encuentra. Por lo tanto, una definición más acertada ha de integrar factores biopsicosociales y de género, aproximándose de este modo a la actualidad, teniendo presente las condiciones de vida de las personas en su diversidad más allá del binarismo de género. Abordar la transexualidad, la intersexualidad, la diversidad de identidades y orientaciones desde el placer es una tarea pendiente. «El placer sexual es la satisfacción y disfrute físico y/o psicológico derivado de experiencias eróticas compartidas o solitarias, incluyendo pensamientos, fantasías, sueños, emociones y sentimientos» WAS (2022).

2.2 Violencias institucionalizadas en salud sexual y reproductiva de las mujeres

Lo considerado culturalmente como *biológico* está sujeto a la interpretación bajo el paradigma del género, al igual que el concepto salud/enfermedad. Si nos centramos en la sexualidad de las mujeres, a lo anterior se le añade la influencia cultural judeocristiana junto a una visión androcéntrica. Desde esta tradición se han generado dos roles para las mujeres en relación a su sexualidad, uno positivo y otro negativo. Como negativo, la imagen de mujer pecadora ligada a su placer sexual, como positivo, mujer casta, ligada su sexualidad a la reproducción. Construyéndose de este modo, un modelo hegemónico que categoriza y estigmatiza a las mujeres como buenas o malas en función de su sexualidad (Ferrús Batiste y Heras González, 2022).

Cuestionar el modelo de sexualidad que ha llegado a las mujeres, es cuestionar inevitablemente la construcción del deseo, la anatomía y el sistema de creencias y actitudes atravesadas por la visión androcéntrica. Ampliar la mirada del campo de la sexualidad y la reproducción sobre el que se ha sustentado el sistema, supone implícitamente cuestionar la base del patriarcado.

Como plantea Purificación Heras González (2022), este cuestionamiento fue encabezado por mujeres que cuestionaron la relación de poder-saber institucionalizada desde el sistema sanitario que construyó sus cuerpos como locus del

poder y control sobre ellas, convirtiéndoles en una extensión del sistema patriarcal. Por ello, propusieron una ginecología menos invasiva y más respetuosa con sus cuerpos y sus decisiones. El movimiento social feminista supuso el inicio del empoderamiento *femenino*, de sus cuerpos y de sus decisiones en relación a su sexualidad, frente a una institución sanitaria paternalista que decidía por ellas. Para ello desarrollaron campañas por la liberación del aborto, la diversidad sexual, la anticoncepción, el libre disfrute de la sexualidad, las autoexploraciones y el autoconocimiento. Con todo ello demostraron que los procesos *naturales* son una construcción social que enmarca y limita a las mujeres.

Estas conductas de poder desde el sistema sanitario ejercidas sobre las mujeres a lo largo de la historia son violencias. Hablamos de violencias ya que la violencia no es una sola, sino que existen diferentes acciones que bajo circunstancias determinadas son definidas como violencia. Todo lo cual se recoge en el concepto de violencia social como indican Jordi Ferrús Batiste y Purificación Heras González (2022, 15):

Partiendo de la idea de que toda violencia es social, ya que todo acto violento se produce en un contexto de este tipo derivado del aprendizaje, incluso los actos individuales, se refieren a la violencia de género como violencia social desde una perspectiva sociocultural.

Por este motivo se hace imprescindible la implicación por parte de las/os profesionales sanitarias/os en el ejercicio de su profesión en el área de salud sexual y reproductiva. Esta implicación supone estar sensibilizadas/os sobre las violencias sexuales hacia las mujeres. A lo largo de la historia estas violencias sexuales se han dado de diferentes maneras, mediante violaciones, agresiones sexuales, embarazos adolescentes, matrimonios forzados y mutilaciones genitales, entre otras, cuya naturalización y legitimación las han hecho invisibles durante un largo período. Estas violencias en la salud sexual y reproductiva de las mujeres no son cosa del pasado, no hay que irse muy lejos para encontrarlas. Actualmente se siguen dando en forma de violencia obstétrica, vacunas innecesarias, y en el trato ginecológico por razón de orientación sexual. También se manifiestan en la sobremedicalización de algunos procesos como el embarazo, el parto y la menopausia y en la falta de atención a otros como la menstruación.

El abordaje de las violencias en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, se basa en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Esto exige responsabilidades políticas y sociales donde dan cabida a las

necesidades de las mujeres. Gracias a la reivindicación de estos derechos por parte de las mujeres se desarrolló la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de Marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* (BOE-A-2010-3514). Esta se desarrolló con el fin de mejorar la salud sexual y garantizar los derechos sexuales y reproductivos. Esta ley aborda los derechos sexuales desde tres líneas de actuación, atención a la salud sexual, promoción de la salud sexual y formación desde un enfoque de género para profesionales de la salud. Es en esta última línea de actuación sobre la que se basa el desarrollo de la propuesta de intervención. Y es que el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos pasa por reconocer, promover, respetar y defender los derechos sexuales y reproductivos.

2.3 El género como determinante de salud

El sesgo de género es el marco que interpreta las diferencias biológicas, y no al revés. Este hecho visibiliza la desigualdad por parte de la biomedicina a la hora de realizar las intervenciones, ya que no tiene en cuenta la especificidad de los problemas de salud de las mujeres. La definición de los cuerpos desde el género, apoyado en una visión binaria de los mismos, se ha servido de las diferencias sexuales para justificar la desigualdad. Desde esta visión se ha aceptado la condición de *natural* el sistema de género y con ello la sexualidad androcéntrica, cuando este proceso es absolutamente todo lo contrario a lo natural, ya que es el resultado de un constructo sociocultural. El género como determinante de salud explica el trato recibido en los procesos fisiológicos *femeninos* culturalmente estigmatizados (García Dauder y Pérez Sedeño 2017).

Actualmente en relación a estos procesos, sigue vigente la reapropiación de muchos de ellos. Tal y como está sucediendo con el trabajo de resignificación de la menstruación, el embarazo y la menopausia. En relación a este último, la endocrinóloga Carme Valls-Llobet (2009) y las antropólogas sociales Margaret Lock y Nancy Scheper-Hughes (1986), como indica Purificación Heras González (2022), han demostrado cómo la menopausia ha sido patologizada por la cultura occidental. Para ello, mostraron diferentes expresiones de la menopausia en mujeres de todo el mundo, lo que desmontó la construcción de la patologización de este proceso en Occidente.

En la gestación se ha dado un proceso de sobremedicalización, el cual ha tenido como resultado la pérdida progresiva del control de las mujeres sobre su proceso. Esta medicalización en los procesos de las mujeres, tienen de base la biomedicina que se

construyó usurpando los saberes de las mujeres y dejándolas fuera de sus propios procesos (Narotzky, 1995) como indica Purificación Heras González (2022). En cuanto al parto, la ginecóloga Enriqueta Barranco (2006) así como Purificación Heras González (2022), denuncian la alta tasa de cesáreas que se están llevando a cabo. Es en este proceso donde se ejerce la violencia obstétrica, siendo esta como plantea Amnistía Internacional (2005), consecuencias de la violencia por cuestión de género que afectan a la salud sexual y reproductiva de las mujeres (Sierra Deval 2020).

Tabla 1. Consecuencias de la violencia por cuestión de género en la salud sexual y reproductiva de las mujeres

Embarazo no deseado	Trastornos ginecológicos	Infertilidad	Aborto espontáneo
Enfermedad inflamatoria pélvica	Infecciones de transmisión sexual entre ellas el VIH	Complicaciones en el embarazo o aborto espontáneo	Hemorragias o infecciones vaginales

Tabla 1. Algunas de las consecuencias de violencia por cuestión de género, que afectan a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Fuente: Rosa María Sierra Deval (2020). Amnistía Internacional (2005)

Algunas violencias quedan recogidas mediante planes, programas y proyectos de intervención en el marco de la definición de la violencia hacia las mujeres recogido en la *Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género*. Otras, como la violencia obstétrica y la sobremedicalización, siguen institucionalizadas en el sistema sanitario, lo que demanda una respuesta efectiva a las violencias ejercidas hacia las mujeres en el área de la salud sexual y reproductiva. Como afirma María Teresa Ruiz Cantero (2019,12):

Estos comportamientos diferentes de mujeres y hombres, determinados por estereotipos (normas y valores) incorporados durante la socialización, tienen impacto en el cuerpo (células, hormonas y órganos), mientras que de manera biunívoca el cuerpo condiciona dichos comportamientos. Por tanto, es útil identificar las interacciones de sexo y género puesto que producen diferencias en la expresión de los estados de salud-enfermedad, y porque las diferencias por sexo pueden estar justificando sesgos de género en la atención sanitaria.

El sistema de género, como determinante de salud, demanda intervenir en estas desigualdades generadoras de violencias y esto es posible gracias a que el género no

es una variable estática, ni genética, sino que es a través de un proceso de socialización que varía en el tiempo y entre culturas (Ruiz Cantero 2019).

III ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

3.1 Antecedentes

En relación a artículos académicos que aborden la importancia en la sensibilización en materia de igualdad dirigido a las/os profesionales de la salud, en concreto en el área de salud sexual y reproductiva, no se ha encontrado información relevante en este sentido. Hemos hallado alguna referencia en publicaciones profesionales que reflexionan y denuncian esta falta de formación, por ejemplo, en la publicación El médico interactivo, con fecha de 24 de agosto de 2011, con un titular que muestra el reconocimiento de esta situación “14 de febrero, Día Europeo de la Salud Sexual: Atención Primaria y Salud Sexual, una relación marcada por la falta de preparación”. (2011) por parte del personal sanitario.

La poca o falta de información sobre dicha problemática, conlleva que a lo largo del trabajo deberemos dirigir nuestra atención a los antecedentes de la formación. Además, objeto de nuestro interés, son las violencias que se ejercen debido a esta desinformación acerca de las mismas en la atención a la salud sexual y reproductiva. La revisión documental que da fundamento a este proyecto se realizó la búsqueda en las Bases de Datos DIALNET, PUBMED, Google Académico, MEDLINE y MyS.

3.1.1 Construcción del conocimiento científico. Perspectiva androcéntrica

El contexto histórico en el que se desarrolla el conocimiento y saber de una ciencia, es el primer sesgo que actúa sobre la misma. A lo largo del desarrollo y la evolución de la medicina occidental podemos observar como echando la vista atrás, conceptos médicos que en aquel momento eran válidos, en la actualidad están obsoletos (Granados Cosme 2006). Como ha sucedido con la Talidomida, la lobotomía o las terapias de conversión. La medicina ha evolucionado a medida que ha ido evolucionando el contexto social. Pero hay un factor transversal que atraviesa todo este recorrido histórico sesgando el objeto de conocimiento, este es el androcentrismo. A través de esta mirada, el objeto sobre el que muestra interés científico, el objeto de estudio, es el cuerpo masculino. El cuerpo femenino queda relegado a un segundo plano, lo que origina inevitablemente que no se tengan en cuenta las diferencias

fisiológicas y biológicas más allá de las visibles o las centradas en la reproducción (Tasa-Vinyals, Mora-Giral y Raich-Escursell 2015).

En uno de los aspectos donde este sesgo queda reflejado, es en el estudio de la anatomía genital de la vulva. En ella se advierte como múltiples partes de la misma se denominan con nombres de hombres, lo cual no sucede en el pene. Además, el contexto histórico en el que se originan estos nombres manifiesta la transversalidad de la doble violencia hacia las mujeres racializadas de aquel contexto. En 1840 el médico James Marion Sims, torturó a mujeres esclavas de los campos algodoneos para estudiar su anatomía (Cronin 2020). En la actualidad, mantenemos nombres anatómicos tales como las glándulas de Bartolino, el punto G de Gräfenberg, glándulas de Skene o las trompas de Falopio, en vez hacer alusión a su uso, como podría ser trompas uterinas o el nombre de las esclavas a las que se torturó, como Anarcha, Lucy o Betsey (Cronin 2020).

En la actualidad el androcentrismo sigue ligado a la cultura occidental. Este se manifiesta mediante modos de actuar en base a creencias arraigadas culturalmente. Aunque se ha tomado conciencia de muchas de ellas, con otras aún se trabaja sobre las secuelas. Este es el caso de la histeria como patología femenina, cuyas secuelas a día de hoy implican en muchas ocasiones la negación, juicio, represión y tabú acerca del deseo sexual femenino.

En el Renacimiento la Medicina relevó a la iglesia en el estudio de la histeria. La medicina manifestó que el origen de la Histeria podría ser la represión sexual de las mujeres. Este hecho reconocía la existencia del deseo sexual de la mujer, pero aun así, no se impulsó el cambio hacia una sexualidad satisfactoria. Esto se ha mantenido hasta los últimos años, donde el deseo sexual femenino ha empezado a ser estudiado con rigurosidad científica. El cambio de paradigma se dio gracias a los movimientos sufragistas que impulsaron la igualdad entre mujeres y hombres (Fernández Laveda, Fernández García y Belda Antón 2014). Actualmente una de las secuelas más arraigadas descrita por Elena María Fernández (2014) es la idea mantenida de que el deseo de la mujer es menor que el del hombre por el hecho de ser mujer.

Con lo anterior vemos como las creencias construidas sobre un contexto sociocultural determinado juzgan, actúan e institucionalizan violencias. Esto también ha sucedido con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la homosexualidad. Adolfo Carratalá (2019) manifiesta como la postura desde la que se abordó la enfermedad

condiciono la estrategia de tratamiento. Esta postura se caracterizó por la indiferencia en un primer momento ante el VIH ya que en Estados Unidos afectaba a las llamadas “4H”; personas heroinómanas, homofílicas, haitianas y homosexuales como afirma G. Revuelta et al. (2002, citado en Carratalá 2019). Esta indiferencia reflejaba una muestra de homofobia al no considerar esta patología merecedora de atención lo que generó un rechazo y abandono a las personas con VIH. Tal y como han destacado Adalberto Campo-Arias y Edwin Herazo (2008), el estigma en el colectivo homosexual en relación al VIH sigue latente siendo objeto de discriminación y violencia en el ámbito sanitario. Esta situación refleja la necesidad de abordar las enfermedades desde la perspectiva de los derechos humanos. Pero además, desde la perspectiva de género ya que aunque la mortalidad es mayor en hombres según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia es más alta en las mujeres¹ (Ruiz Cantero 2019).

El recorrido histórico del concepto de homosexualidad parte de la connotación adquirida de delito por parte de la jurisprudencia y de patología por parte de las ciencias médicas. Si bien en la actualidad de España la homosexualidad no es delito, las agresiones homófobas siguen sucediendo fruto de una cultura arraigadamente homófoba. Tal y como indican los últimos datos de 2018 de la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), en el 68% de los casos se producen a personas de entre 19 y 35 años, lo que indica entre otras conclusiones, que es un problema que continua vigente en la actualidad.

La homosexualidad fue categorizada en el pasado como una enfermedad mental donde la medicina estableció un discurso de rechazo hacia la homosexualidad debido a que esta orientación sexual no respondía a la idea establecida culturalmente de la sexualidad como fin reproductivo (Granados Cosme 2006). Al poner en riesgo el sistema establecido, las personas homosexuales fueron categorizadas como enfermas mentales en la 1ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) basándose en teorías sin evidencias científicas. Si bien en la 2ª revisión en 1973 (DSM-II), se eliminó la homosexualidad como categoría diagnóstica de la sección de “Desviaciones Sexuales” (APA 1973). Este hecho sucedió gracias a la presión desde las ciencias sociales, las cuales afirmaban que, bajo el paradigma de carácter científico, estaban perpetuando creencias sociales y con ellas estableciendo

¹ “Perspectiva de género en medicina”. Teresa Cantero, María (2017). Monografías 39. Fundación dr. Antoni esteve. UNAIDS data 2017. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf

un criterio ideológico de normalidad/anormalidad de las conductas sexuales. Gracias a este cuestionamiento, la Asociación Americana de Psicología (APA) dejó de considerar la homosexualidad como una enfermedad mental.

En la actualidad el manual utilizado es el DSM-V. Este continúa sin incluir la homosexualidad como patología. Estas situaciones descritas reflejan como cuestionar las creencias arraigadas en cuanto a la sexualidad y poner atención en el contexto cultural del que nos hemos nutrido y en el que nos encontramos es un ejercicio de salud que afecta a todas sus dimensiones (Bacigalupe, Amaia et al. 2020).

3.1.2 Procesos biológicos desde una perspectiva androcéntrica

La construcción del conocimiento científico sobre los procesos biológicos de las mujeres se encuentra sesgada por el género. Como afirman las autoras S. García y Eulalia Pérez (2017) hay dos tipos de sesgos de género, siendo estos la tendencia a o bien exagerar o bien ignorar las diferencias de género en la salud. Los sesgos de género se dan en diferentes aspectos a la hora de abordar los conocimientos biológicos. Se dan en las prioridades científicas, en los modelos teóricos y en las preguntas de investigación, en el planteamiento de hipótesis y en la definición de variables, en los diseños y muestras empleadas, en la situación experimental, en la recogida y análisis de datos, en la interpretación de resultados y en su publicación (García Dauder y Pérez Sedeño 2017). Por ello debemos cuestionar el conocimiento que nos ha llegado con perspectiva de género. En lo referente a la menstruación, la socióloga Sara Lafuente (2016) entrevistada² por Izaskun Sánchez Aroca, en la revista Diagonal con fecha de 18 de octubre de 2016, muestra con el titular el reconocimiento de esta situación: “Ni esperma soberano ni óvulos pasivos”. Afirma que nos llega el mensaje de que los óvulos que no se convierten en embriones se nos presentan como óvulos perdidos, como si hubiera sido un gasto inútil. Esto es debido a que el ciclo menstrual es explicado desde la perspectiva reproductorista y androcéntrica, que la muestra como un fracaso. Si el objetivo del ciclo menstrual es producir óvulos para ser fecundados, si esta fecundación no se da es un fallo en el proceso. Por lo tanto, la

² Al respecto véase la entrevista de Izaskun Sánchez Aroca a Sara Lafuente, (2016). “Ni esperma soberano ni óvulos pasivos”. <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/31723-entrevista-sara-lafuente-ni-esperma-soberano-ni-ovulos-pasivos.html>

menstruación desde este paradigma ha sido interpretada como una gestación fallida, lo que genera un producto de desecho.

Como señala Carolina Martínez Pulido (2012), con los espermatozoides sucede lo contrario. La autora afirma que la producción de estos se describe como si fuese una gran hazaña dada su magnitud numérica, y no se plantea como un gasto inútil ya que el hombre produce alrededor de 200 millones de espermatozoides por eyaculación y sólo uno de ellos podrá unirse al óvulo. En la interpretación de la fecundación sucede algo similar, se refleja el sesgo de género en el relato del proceso. Siendo necesario para que se dé la fecundación, desde una perspectiva reduccionista, un óvulo y un espermatozoide, toda la narrativa que ha explicado este proceso alrededor parte del androcentrismo (Alonso Rosario y Soledad Casasola, 2019).

Esta descripción androcéntrica refleja los estereotipos de género en la interpretación de los procesos biológicos por parte de quienes los estudian. Como afirman Marina Alonso y María Soledad (2019), la narrativa androcéntrica que envuelve la fecundación manifiesta que esta es responsabilidad del vigor masculino, de la eyaculación. Depende prácticamente de la rapidez y fuerza de los espermatozoides.

El óvulo en cambio, tiene un papel secundario, es el anexo necesario e inevitable para que se cumpla el propósito de la fecundación, ya que sin el objetivo de ser fecundado no tiene razón de ser. El óvulo es una novia dormida que espera el beso mágico de su pareja que le infundirá el espíritu y le dará la vida (Emily Martin, citado en Velasco y A.Biber 2020)³.

Posteriormente gracias a otras investigaciones como las del Laboratorio de Biofísica de la John Hopkins University, se estudió que esta narrativa es una construcción más ideológica que científica. Tanto el espermatozoide como el óvulo tienen una participación igualitaria en el proceso de fecundación. Ninguna de las dos partes es la única responsable de que se dé el proceso sino que cada una tiene unas características determinadas, igual de necesarias para que se dé (Alonso Rosario y Soledad Casasola 2019).

³ Al respecto véase Alonso Rosario y Soledad Casasola (2019). Deconstruir las ciencias. Un recorrido por algunas metáforas sexistas en la comunicación de las ciencias.

<https://1library.co/article/%C3%B3vulo-novia-dormida-espera-m%C3%A1gico-pareja-infundir%C3%A1-esp%C3%ADritu.zlgvrpry>.

3.1.3 Modelo biopsicosocial como alternativa a la construcción del conocimiento científico desde la perspectiva biologicista.

En 1977 Engel abordó la necesidad de un modelo médico holístico más allá del modelo biopsicosocial (Borrell i Carrió 2002). Partiendo de este modelo, la sexualidad se debería abordar desde la salud en tres ámbitos de desarrollo, biológico, psicológico y social. El área de actuación de la biomedicina se centra en el biológico, desatendiendo en la mayoría de ocasiones a los otros dos. Como afirma Francesc Borrell i Carrió (2002) hay que cambiar la perspectiva biologicista e incorporar al paciente como sujeto y no como mero objeto del proceso asistencial.

Según la teoría biopsicosocial, los tres ámbitos bio-psico-social están relacionados entre sí, de modo que no se puede abordar uno sin que repercuta en los otros y viceversa. Por lo tanto, conforme a esta teoría, actuar exclusivamente sobre uno de estos ámbitos supone solucionar un problema específico de un ámbito concreto, pero no solucionar el problema que se ha manifestado. Esto es lo que ha sucedido cuando el esfuerzo ha sido focalizado exclusivamente en tratar una patología sin valorar los factores psicosociales de la persona (Borrell i Carrió 2002). Engel no negaba la corriente biomédica, ni que hubiera aportado avances significativos a la medicina, sino que debía ampliar su mirada para poder abordar la salud en todas sus dimensiones, por este motivo esta corriente fue objeto de crítica para este autor. Entre sus críticas a la biomedicina se encuentra (Borrell i Carrió, 2002,175):

Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad. Ésta aparece por la interrelación de diversas causas, no sólo moleculares, sino también psicológicas y sociales. A la inversa: de alteraciones psicosociales pueden derivarse enfermedades o «dolencias» que constituyen problemas de salud, incluso a veces con correlación bioquímica. 2. La simple anomalía biológica no arroja ninguna luz sobre la significación última de los síntomas para el paciente, ni asegura tampoco las actitudes y habilidades del clínico para recoger la información y procesarla de manera adecuada. 3. Las variables de índole psicosocial suelen ser importantes a la hora de determinar la susceptibilidad, gravedad y curso del padecimiento más biológico que pudiera considerarse. 4. La aceptación del rol de enfermo no viene determinado de manera mecánica por la presencia de una anomalía biológica. 5. El tratamiento biológico puede tener diversas tasas de éxito influido directamente por variables psicosociales, tal como deja patente el llamado efecto placebo, entre otros. 6. Además, la relación del profesional de la salud con el paciente también influye en el resultado terapéutico, aunque sólo sea por la influencia que pueda tener sobre el cumplimiento del tratamiento.

Por lo tanto, desde la biomedicina se debe ampliar la mirada occidental de la salud-enfermedad objeto de estudio, integrando diferentes maneras de interpretar la

realidad, la biología y los procesos. Intentando de este modo abarcar la complejidad de los fenómenos patológicos. Por este motivo se manifiesta la necesidad de integrar otras perspectivas al modelo biomédico vigente, de modo que la investigación científica sea lo más cercana a la salud posible (Ríos Osorio 2011).

3.1.4 Violencias institucionalizadas en salud sexual y reproductiva

La perspectiva de género aplicada a través del análisis feminista, al ámbito de la salud sexual y la reproductiva, visibiliza violencias institucionalizadas como está sucediendo con la violencia obstétrica (Camacaro Cuevas 2013). Con motivo de abordar estas violencias, surge la necesidad de formar a las/os profesionales de la salud en el ejercicio de su profesión, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. El interés en esta área de la salud, radica en que la salud sexual y reproductiva es uno de los campos más nutridos de prácticas legitimadoras de la violencia de género cultural e institucionalmente (Camacaro Cuevas 2013).

Para asegurar una sexualidad respetuosa y libre de violencias, se han de implantar, cumplir y respetar los derechos sexuales y reproductivos. El incumplimiento de estos derechos, es un indicativo de las violencias que se están ejerciendo en esta área de la salud. Actualmente, como afirma Purificación Heras González (2022), la reivindicación por el cumplimiento de los derechos humanos, y por lo tanto sexuales y reproductivos de las mujeres, se centra en el control sobre el propio cuerpo en el área de la salud sexual y reproductiva. La lucha pasa por conseguir la toma de decisiones informada, consciente y libre sobre los propios cuerpos de las mujeres.

Si bien se han tenido en cuenta y se han producido avances en este sentido, la reivindicación de los derechos sexuales ha generado una doble reacción. Por una parte, este proceso ha eliminado violencias existentes anteriormente como la toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos, y por otra, ha revelado problemas que se siguen dando en la actualidad en occidente. Uno de los objetivos fundamentales del enfoque desde la perspectiva de género es mostrar algunos de estos problemas, los cuales son los propios generadores de violencia como sucede con los paternalismos en las interpretaciones e intervenciones en la respuesta a las agresiones sexuales.

Las circunstancias en las que se manifiesta la violencia en sus diferentes formas es en el parto con la anteriormente mencionada violencia obstétrica, en el trato hacia las mujeres lesbianas, en esterilizaciones forzadas a mujeres, el exceso de medicalización

como ocurre con el embarazo, parto y menopausia, o falta de atención en procesos propios de las mujeres como en la menstruación, o la violencia ejercida junto a la interseccionalidad por ser mujer y por tener diversidad funcional (Heras González 2022).

Algunas de estas prácticas ya se empiezan a denunciar en España, como ocurre con el alto número de cesáreas innecesarias intervenidas que supera las sugeridas por la OMS (1985) la cual afirma que en promedio las maternidades deberían tener entre un 10% y un 15% de cesáreas. Como afirma Natalia Magnone Alemán (2010), sumado a la alta tasa de cesáreas innecesarias, existen prácticas obstétricas realizadas sin pensar en los beneficios de la mujer, configurándose de nuevo como ejemplos de violencia obstétrica, siendo ejemplo de ello la incisión en el periné en el período de expulsión del feto, denominada episiotomía. En este sentido, según los datos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en los noventa esta incisión era parte del proceso, se estima que se realizaban sobre el 87% de los partos. En 2006 se daba la episiotomía en un 54% de los partos vaginales aun siendo eutócicos. En la actualidad, aproximadamente, una de cada tres mujeres que tuvieron un parto vaginal eutócico terminaron con una episiotomía (Magnone Alemán, 2020).

Todas estas situaciones son expresiones de violencia en todas sus formas en el área de salud sexual y reproductiva fruto de una dimensión biopsicosocial. Todas ellas son parte del contexto sociocultural de violencia machista. Por este motivo es especialmente importante la implantación de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, así como la sensibilización en perspectiva de género a aquellas/os agentes de salud como generadoras/es de bienestar, no solo ausencia de enfermedad.

En este sentido es interesante resaltar antecedentes de otros lugares donde estas violencias institucionalizadas están recogidas legalmente. Como indica Natalia Magnone Alemán (2010), en Venezuela en 2007 se tipificó la violencia obstétrica. Esta se encuentra recogida en el Artículo 51 de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, de Venezuela, en ella establece las situaciones recogidas como violencias obstétricas siendo estas:

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.

- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

La propuesta que se persigue en este proyecto tiene como objetivo que los centros de salud sexual y reproductiva sean un espacio seguro libre de violencias de todo tipo hacia la mujer. Esta propuesta surge de la necesidad de examinar la labor del sistema biomédico en cuanto a la atención e intervención en las demandas específicas de salud sexual y reproductiva de las mujeres.

3.2 Estado de la cuestión

Para abordar cuál es el estado actual en el que se encuentra la sensibilización en materia de igualdad, a profesionales de la salud en salud sexual y reproductiva, se ha optado por una revisión bibliográfica. Esta revisión se ha hecho acerca de planes de estudio del grado de Medicina y Enfermería, programas formativos no reglados dirigidos al personal sanitario que se encuentra en el ejercicio de su profesión, y proyectos ya realizados por entidades o asociaciones.

Realizada la revisión, constatamos la carencia de formación reglada obligatoria sobre sensibilización en igualdad, tanto en la formación universitaria como durante el ejercicio de su profesión. Esto conlleva a que la formación dependa del interés individual de las/os profesionales y alumnado. Dada esta situación, las formaciones en igualdad para profesionales obtenidas desde distintas fuentes de momento son una alternativa ante la situación actual. Se encontraron diversas propuestas las cuales agrupamos en distintos ámbitos.

3.2.1 Programas de formación al personal sanitario

3.2.1.1 Buenas Prácticas (BBPP) en el Sistema Nacional de Salud (SNS)

La Comisión contra la violencia de género del Sistema Nacional de Salud (SNS), junto al Ministerio, y los Comités de las Estrategias en Salud, han desarrollado desde 2012 un proyecto conjunto con el fin de sistematizar las Buenas Prácticas (BBPP) en la

salud. Estas prácticas son recogidas mediante talleres monográficos, jornadas de difusión, replicación y un catálogo para poder acceder a ellas.

Debido al objeto de nuestro interés, seleccionamos las que se relacionan con el área de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género. Además, acotamos la búsqueda a la Comunidad Valenciana ya que este es el ámbito de aplicación al que está destinado el proyecto, por lo tanto seleccionamos las siguientes:

- Buenas prácticas en la Estrategia en Atención al Parto y Salud Reproductiva del SNS. Año 2019. .Implementación del uso del agua durante el proceso de parto en el Hospital de La Plana. Matronatación en gestantes.
- Buenas prácticas en la Estrategia de Salud Sexual del SNS. Año 2019. Impacto de un programa de salud sexual y reproductiva en el colectivo de mujeres con patología mental severa-moderada.
- Buenas prácticas en Violencia de Género. Actuación sanitaria

Mediante esta propuesta encontramos información específica y concreta sobre un tema determinado, pero no una formación que abarque la sensibilización en igualdad de género en todas las áreas de salud sexual y reproductiva.

3.2.1.2 Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES)

Por otro lado, encontramos la Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES), la cual tiene como objetivo contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de las personas que acuden a los servicios sanitarios, la calidad de los servicios y de los programas de salud y de la práctica profesional. En esta línea, la EVES propone programas de formación especializada las/os profesionales que ya se encuentran en el ejercicio de su profesión. Las actividades formativas tienen una duración diversa y algunas de ellas precisan de o bien entregar un trabajo o bien la superación de un examen. En cualquier caso, es necesaria la asistencia al menos al 80% de las horas del curso. Actualmente esta plataforma en el catálogo de cursos oferta 5 cursos en relación a la igualdad de género, de 137 ofertados. Ninguno de ellos aborda la salud sexual y reproductiva integral, EVES (2022) siendo estos:

- Introducción a la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en el sector sanitario.
- Violencia de género: Abordaje y detección precoz

- Actualización de enfermería en atención primaria. Protocolo de atención sanitaria en violencia de género
- Lenguaje inclusivo en el ámbito sanitario. El sistema sexo-género y su influencia en el lenguaje y la comunicación.
- Promoción para la salud. problemas de salud y estilos de vida. Promoción de la salud y equidad de género

3.2.1.3 Planes de estudios con perspectiva de género en las carreras universitarias de medicina y enfermería

Esta revisión bibliográfica aporta al objetivo del proyecto cual es el estado de la cuestión, siendo la misma la necesidad de integrar la perspectiva de género en el ámbito de actuación del personal sanitario en el ejercicio de su profesión. Si bien el personal sanitario es amplio y diverso, nos centramos como objeto de estudio al ámbito de la salud sexual reproductiva y sus agentes, siendo estas/os profesionales de la medicina y enfermería. La revisión bibliográfica de los planes de estudios actuales en los Grados de Medicina y Enfermería en la Universidad de Valencia manifiesta la inexistencia de una asignatura troncal de género y salud. En el plan de estudios del Grado en Enfermería de la Universidad de Valencia (Anexo I) hay dos asignaturas que ofrecen un acercamiento a la perspectiva de género, siendo estas sociología, género y salud y salud de la mujer, de la sexualidad y de la reproducción.

Esta situación evidencia la necesidad de crear dicha asignatura, ya que si bien en Enfermería hay dos asignaturas que ofrecen esta aproximación, resulta insuficiente para el ejercicio de la profesión. La perspectiva de género debería ser transversal en la educación universitaria de profesionales de la salud, ello implicaría la revisión con perspectiva de género de todo el contenido. Debido a las resistencias que esta revisión histórica supondría, con aspiración de que esto suceda en algún momento, en la actualidad en algunas facultades de medicina se ha implantado una asignatura optativa de género y salud, lo que genera unos antecedentes para que esta asignatura se de en la comunidad valenciana. Los planes de estudio del área de salud sometidos a revisión bibliográfica han sido las facultades que ofrecen el Grado de Medicina y Enfermería. Las universidades que ofertan una asignatura optativa de género y salud son:

- UIB Universitat de les illes Balears. En el curso académico: 2022/23 23067 - Género y Salud. Impartida en la titulación de Grado en Medicina. Optativa de 3 créditos,
- Universidad de Salamanca. En el curso académico: 2017/18. Género y Salud. Impartida en la titulación de Grado en Medicina. Optativa de 3 créditos, impartida en el sexto curso en el segundo semestre, en el área de psiquiatría.
- UAM. Universidad autónoma de Madrid. La asignatura es Género y Salud. Impartida en la titulación de Grado en Medicina. Con el código: 18574. Optativa de 3 créditos, impartida en el primer o segundo curso, en el segundo semestre.

Al tratarse de asignaturas optativas, este esfuerzo queda limitado por la naturaleza de la demanda social y de las características de la asignatura siendo esta una optativa de entre 3 y 6 créditos, (Anexo II). La asignatura de género y salud debería ser troncal y transversal en los estudios universitarios para cubrir las necesidades actuales. Las/os profesionales sanitarias/os tienen un papel fundamental en el área de la intervención en la salud, siendo objeto de nuestro estudio el área de salud sexual y reproductiva, es aquí imprescindible la revisión en materia de género e igualdad.

3.2.1.4 Normativas, Protocolos, Planes y guías de actuación médica

Por otra parte, la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género por parte del ministerio de igualdad ofrece protocolos, planes y guías de actuación al personal sanitario en materia de igualdad, de nuevo no hay una formación en sensibilización integral en igualdad en el área de salud sexual y reproductiva, sino temas específicos y protocolos de actuación, tales como:

- Pautas básicas comunes del Sistema Nacional de Salud para la actuación sanitaria ante casos de agresión a mujeres por objeto punzante (“pinchazo”) en contextos de ocio.
- Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud (2012).
- Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Mutilación Genital Femenina.
- Guías de los derechos de mujeres víctimas de violencia de género.
- Plan de acción contra la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes del sistema de protección a la infancia, aprobado el 5 de mayo de 2022 en la Conferencia Sectorial extraordinaria conjunta de Igualdad y de Infancia y Adolescencia.
- Plan integral de Lucha contra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual 2015-2018

3.2.2 Grado de aceptación acerca de las formaciones ofertadas

La falta de datos en cuanto al interés por parte del personal sanitario que se encuentra en el ejercicio de su profesión en materia de género e igualdad y por parte del alumnado que se encuentra estudiando el grado, nos impide hacer una evaluación del impacto de esta cuestión. Pero dada la búsqueda en cuanto a oferta de cursos y asignaturas, podemos deducir que no se están desarrollando medidas suficientes al respecto. Aunque existe el área de buenas prácticas, no hay datos relevantes en cuanto a interés profesional. Los datos ofrecidos por el ministerio de igualdad por parte de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género son de otras esferas relacionadas con la violencia de género.

3.2.3 Marco legislativo en el que presenta esta propuesta formativa

El marco legislativo en el que se contextualiza el objeto del presente trabajo es la *Ley de Igualdad 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*. Esta ley recoge la respuesta a estas circunstancias por parte del sistema nacional de salud en el *Capítulo II. Acción administrativa para la igualdad*. En el *Artículo 27. Integración del principio de igualdad en la política de salud*. Recoge los siguientes apartados:

1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.
2. Las Administraciones públicas garantizarán un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros.
3. Las Administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, las siguientes actuaciones: a-f.

Por lo tanto, el artículo 27. Integración del principio de igualdad en la política de salud, implica al sistema nacional de salud en dar respuesta a estas circunstancias. Si bien en los años posteriores a esta ley se han diseñado estrategias y programas de salud específicos (Heras González 2022), aún queda mucho recorrido por delante. La propuesta que aquí se plantea acerca de una formación en materia de género e

igualdad dirigida a profesionales sanitarias/os en el ejercicio de su profesión en el área de salud sexual y reproductiva queda recogida bajo el amparo de la mencionada Ley de Igualdad 3/2007. Dado que esta formación que planteamos como necesaria no se está llevando a cabo de esta manera específica, queda patente la necesidad de desarrollar dicho proyecto recogido en este marco legislativo.

IV ASPECTOS METODOLÓGICOS

El desarrollo de la propuesta del presente trabajo se ha realizado en dos fases, una de investigación y recopilación de información acerca del tema de interés como es la formación en género e igualdad a las/os profesionales sanitarias/os, que es todo el contenido ya expuesto, y otra de desarrollo del proyecto de intervención en sensibilización para las/os mismas/os.

Fase 1

Con el objetivo de diseñar un proyecto de formación en sensibilización dirigido a profesionales sanitarias/os del área de salud sexual y reproductiva, para erradicar las violencias dirigidas hacia las mujeres en el ejercicio de su profesión en la comunidad valenciana, el estudio está orientado en diferentes partes. Por una parte, conocer cuáles son las violencias ejercidas en el área de salud sexual y reproductiva hacia las mujeres, y por otra, conocer el origen del desarrollo y perspectiva del contenido teórico de la salud sexual y reproductiva en el contexto de la biomedicina. Además, todo ello sostenido bajo el marco legislativo que sustenta la formación por parte del personal sanitario de integrar conocimientos en género e igualdad. Siendo estas leyes la *Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género*⁴, *Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*⁵, y *Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*⁶.

Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica acerca 37 artículos. Esta búsqueda se ha realizado mediante las palabras clave Histeria, VIH, homosexualidad, igualdad de género, biomedicina, salud sexual y reproductiva, violencia obstétrica, teoría biopsicosocial. De los textos obtenidos, se acotan los publicados desde 2000 a 2022.

⁴ Véase BOE-A-2004-21760. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>

⁵ Véase BOE-A-2007-6115. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>

⁶ Véase BOE-A-2010-3514. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>

Si bien hay poca bibliografía que coincida con el tema específico que se quiere abordar, es objeto de estudio las formaciones actuales, por lo que más de 22 años no son relevantes para el trabajo que aquí presentamos. Predominan estudios cualitativos debido a la naturaleza de la búsqueda, siendo esta recogida de información teórica. Los artículos seleccionados son de habla hispana y de intervención en España y Latinoamérica.

Fase 2

En cuanto a la segunda parte, el desarrollo del proyecto de intervención ha seguido la metodología adoptada del manual de Ander-Egg, Ezequiel y Aguilar Ibañez, María José. LUMEN/HVMANITAS. 2005. *Cómo elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. A partir de esta guía se tendrán presentes los objetivos generales y específicos del proyecto de intervención formativo planteado. La estructura que se sigue en el desarrollo del proyecto de intervención a través de la formación es la siguiente:

1. Denominación del proyecto
2. Naturaleza del proyecto: Descripción del proyecto. Marco institucional. Finalidad del proyecto. Objetivos. Metas. Beneficiarios. Productos. Localización física y cobertura espacial
3. Especificación operacional de las actividades y tareas a realizar
4. Métodos y técnicas a utilizar
5. Determinación de los plazos o calendario de actividades
6. Determinación de los recursos necesarios: Humanos. Materiales. Técnicos. Financieros
7. Cálculo de costos de ejecución y elaboración del presupuesto
8. Estructura organizativa y de gestión del proyecto
9. Indicadores de evaluación del proyecto
10. Factores externos condicionantes o pre-requisitos para el logro de los efectos e impacto del proyecto

V DESARROLLO

5.1 Denominación del proyecto

Proyecto de sensibilización dirigido a la prevención de la violencia hacia las mujeres para profesionales sanitarias/os en el ejercicio de su profesión en el área de salud sexual y reproductiva de la Comunidad Valenciana.

5.2. Naturaleza del proyecto

El presente proyecto se trata de un proyecto de sensibilización a través de la formación en perspectiva de género y políticas de igualdad, a profesionales de la sanidad del área de salud sexual y reproductiva. Está dirigido a profesionales que se encuentren en el ejercicio de su profesión en la comunidad valenciana.

Se realizará mediante una formación en formato online a través de la plataforma de l'Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES) de la Conselleria de Sanitat. Las sesiones al ser en formato online, previo consentimiento informado quedarán gravadas. Se propone este formato con el fin de facilitar lo máximo posible la accesibilidad al curso, teniendo en cuenta las necesidades de las/os profesionales de la salud, y sus turnos de trabajo. De modo que puedan ver la sesión fuera del horario del curso e independientemente de su horario laboral.

Esta formación se divide en módulos de contenido teórico que desarrollaremos más adelante en este mismo trabajo, y en actividades como complemento a la formación. Estas actividades se avisarán previamente mediante un cronograma, y todas ellas estarán relacionadas entre sí con un conductor de contenidos cronológicamente elaborado. El contenido teórico de este proyecto será realizado por un equipo de profesionales multidisciplinares formadas en género y políticas de igualdad y sexualidad, de diferentes esferas formativas, siendo estas, psicología, medicina, enfermería, trabajo social y sociología. Aunque el contenido y la revisión de las dudas que puedan ir surgiendo serán solventadas por el equipo, la formación y coordinación la dará una de ellas, de modo que las profesionales que realicen la formación puedan dirigirse a una persona de referencia y no un equipo.

La formación está dirigida al personal sanitario de medicina y enfermería que se encuentre ejerciendo actualmente en el área de salud sexual y reproductiva. La prioridad es profesionales que se encuentre ejerciendo en esta área de la salud, pero dadas las características de la formación, si no se completaran las plazas con profesionales de este servicio podrían ampliar a otras áreas. Dado que actualmente no existe formación universitaria reglada obligatoria en materia de género e igualdad, este proyecto surge como medida ante esta situación. La necesidad de perspectiva de género en el ámbito de la salud por parte del personal sanitario cada vez es más evidente. Debido a la dificultad de disponer de conocimientos e información acerca de los sesgos de género para poder aplicarlos en el ejercicio de su profesión, este

proyecto surge de la necesidad de formación especializada para las/os profesionales de la sanidad.

5.3 Marco institucional

El desarrollo del proyecto es a través l'Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES) de la Conselleria de Sanitat, la cual es una unidad administrativa de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Las funciones de la misma son apoyar a la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública a través de la formación, docencia, e investigación. Estas actividades están dirigidas a cualquier profesión sanitaria que contemple la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Las actividades que se realizan en esta unidad han de pasar unos criterios de calidad y posteriormente serán acreditadas. Estos criterios tienen validez en todo el Sistema Nacional de Salud.

5.4. Finalidad del proyecto

Los fines a los que pretende contribuir este proyecto son favorecer la igualdad en el área de salud sexual y reproductiva mediante la formación del personal sanitario, siendo estas/os agentes generadores de salud y bienestar. Para de este modo, mejorar la calidad en la atención sanitaria que reciben las mujeres en los centros de salud sexual y reproductiva en cuanto a perspectiva de género y sensibilización. Mediante esta sensibilización, las/os profesionales conozcan y actúen ante las violencias institucionalizadas en salud sexual y reproductiva. Además, mejorar técnicas de comunicación en la atención a las personas usuarias y mejorar las habilidades en el manejo de situaciones conflictivas.

5.5. Objetivos:

El objetivo general del proyecto es:

A través de la formación, proporcionar material didáctico de aplicación práctica sobre la importancia de la sensibilización e implementación de una perspectiva de género e igualdad en el ejercicio de las/os profesionales sanitarias/os que pertenecen al área de salud sexual.

Los objetivos específicos del proyecto son:

- Detectar incumplimientos de los derechos en salud sexuales y reproductivos.
- Proporcionar material teórico sobre igualdad y sesgos de género en el proceso de salud-enfermedad.

- Analizar las intervenciones médicas en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género.
- Ofrecer información relativa a la normativa de violencia de género.
- Aportar ejemplos prácticos sobre la correcta utilización del lenguaje inclusivo.
- Mostrar técnicas de comunicación efectiva y manejo de situaciones conflictivas, indicadas en la prevención de violencias en salud sexual y reproductiva.

5.6 Metas

Tras finalizar la formación, el personal sanitario que la haya recibido deberá haber adquirido las siguientes competencias:

- Estar familiarizadas/os con diferentes herramientas para detectar los incumplimientos de los derechos en salud sexual y reproductiva.
- Tener conocimiento sobre los conceptos relativos a igualdad y sesgos de género en el proceso de salud-enfermedad.
- Identificar el sesgo de género en las intervenciones médicas en salud sexual y reproductiva.
- Poder aplicar el lenguaje inclusivo de forma adecuada en su ejercicio laboral.
- Obtener recursos didácticos para implementar la perspectiva de género de forma práctica en su puesto de trabajo.

5.7 Beneficiarias/os

Existen tres grupos de beneficiarias/os:

1. La institución, tanto la Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES), como la Generalitat Valenciana en el área de la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública de Valencia. Y por último el área de salud sexual y reproductiva de la comunidad. Esta va a contar con unos servicios de refuerzo en materia de formación en igualdad. Esta formación hará que las intervenciones sean generadoras de nuevas actitudes más respetuosas y conscientes con las condiciones idóneas para su desarrollo.

2. Las mujeres que acudan a los centros de salud sexual y reproductiva tendrán un trato igualitario. Teniendo en cuenta el sesgo de género y las violencias interseccionales, tendrán un trato libre de estigmas y juicios personales por parte del personal sanitario, lo que favorecerá que puedan acudir y sea un centro generador de salud.

3. El personal sanitario de los centros de salud. Este personal aumentará su preparación y conocimientos sobre temas que afectan directamente al desempeño de su función profesional en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y la igualdad.

Productos:

- Lograr en un plazo de tres meses la mejora del trato asistencial a las mujeres atendidas en el área de salud sexual y reproductiva.
- Formación de 50 trabajadoras/es gestionadas/os directamente por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Realizar un diagnóstico de la situación actual haciendo una evaluación pre-formación y post-formación con las personas asistentes.
- Lectura de al menos el 85 por ciento de los contenidos en línea y superación del test final de evaluación, con un mínimo del 80 por ciento de acierto.

5.8 Localización física y cobertura espacial

El proyecto se desarrollará en el Campus Virtual de la EVES, Escola Valenciana d'Estudis de la Salut. Al tratarse de una plataforma online las personas usuarias pueden hacer uso del mismo independientemente de la ubicación en la que se encuentren, para de este modo dar facilidades para la realización del curso. La localización física sobre la que se enmarca el proyecto es el área de la comunidad valenciana, aplicado a los centros sanitarios con área de salud sexual y reproductiva, gestionados por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

5.9 Especificación operacional de las actividades y tareas a realizar

Formación de 40 horas de tres meses de duración en formato online. El inicio será el 03/10/22 y finalizará el 19/12/22.

1. Información y orientación

Información y orientación sobre la existencia del proyecto de formación al personal sanitario mediante la plataforma EVES. Esta actividad se realizará a partir del mes de septiembre.

2. Formación

Clases de formación online para las personas usuarias profesionales de la salud que se hayan inscrito al curso previamente. Se realizará la clase de manera telemática en directo para poder participar activamente en el transcurso de la misma. La sesión quedará grabada para aquellas personas que no puedan conectarse el momento en el

que se realiza la sesión. Tienen hasta que finalice el curso para poder ver la sesión. Se trabajará un tema por semana.

El contenido teórico se desarrollará en diez sesiones repartidas en tres horas diarias todos los lunes de 17-20h durante los meses de octubre, noviembre y diciembre. Un total de treinta horas de formación online.

Grupos de discusión: Se realizarán con una periodicidad mensual con una hora de duración. Los grupos son de discusión sobre los temas planteados por las usuarias en relación a los trabajados esa quincena. Lo que hace un total de cuatro horas. Estos serán dos viernes durante el curso, de 18-19h.

Proyecto de mejora: Se evaluarán los protocolos y procesos ya existentes en salud sexual y reproductiva y se analizarán conforme estén integrados los contenidos básicos del curso. Esta tarea se desarrollará a nivel individual y posteriormente una puesta en común. Para esta finalidad se dedicarán seis horas repartidas en los dos últimos días del curso.

3. Contenido teórico:

Módulo 1: Salud sexual y reproductiva. Se realizará durante el mes de octubre con una duración de 9 horas, distribuidas en 3 horas diarias.

Módulo 2: Género y proceso de salud/enfermedad/atención. Se realizará durante el mes de octubre con una duración de 6 horas, distribuidas en 3 horas diarias y noviembre con una duración de 3 horas, distribuidas en 3 horas diarias.

Módulo 3: Indicadores de violencias hacia las mujeres. Se realizará durante el mes de noviembre con una duración de 6 horas, distribuidas en 3 horas diarias.

Módulo 4: Marco normativo específico sobre la violencia sobre las mujeres. Se realizará durante el mes de noviembre con una duración de 6 horas, distribuidas en 3 horas diarias.

4. Métodos y técnicas a utilizar

Consideramos que los métodos más adecuados deben incidir en:

El principio de actividad. Las personas usuarias de la formación participarán activamente durante la misma. En todo momento se buscará hacerles partícipes escuchando sus necesidades, casos concretos, experiencias, cómo abordar determinadas situaciones y resistencias que puedan surgir en la dinamización. Todo

ello con la finalidad de que la formación sea aplicable al día a día de su ejercicio profesional.

La socialización y cooperación. Fomentar la integración y habilidades sociales entre las personas participantes. El objetivo es crear redes de apoyo, comisiones de igualdad, durante el ejercicio de formación de modo que posteriormente sea aplicable al trabajo. De esta forma se practicará el apoyo mutuo donde las dudas o dificultades que pueda tener una compañera puedan estar solventadas por otra y sientan que no están solas en ningún momento. Juntas somos más fuertes, no se trata de una competición individual sino de un trabajo de equipo en sinergia.

La individualización. En este sentido se abordará el respeto hacia las resistencias, dudas o curiosidades individuales de cada persona usuaria, comprendiendo que esas dudas nutren al grupo. Así mismo se trabajará la individualidad con el estudio personal de cada usuaria del material didáctico ofrecido en las sesiones.

5.10 Determinación de los plazos o calendario de actividades

El inicio será el 03/10/22 y finalizará el 19/12/22. El último día para la preinscripción será el 26/09/22.

Tabla 2. Calendario de actividades

Actividades	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Presentación formación				
Formación online				
Módulo 1				
Módulo 2				
Módulo 3				
Módulo 4				
Grupos de discusión				
Proyecto de mejora				

5.11. Determinación de los recursos necesarios

a. Humanos:

Recursos aportados por la asociación, entidad o grupo de trabajo encargado:

- Graduada/o en Psicología.
- Graduada/o en Trabajo social.
- Graduada/o en Enfermería.
- Graduada/o en Sociología.
- Graduada/o en Medicina.

Además, todas ellas deberán tener formación en sexología y género y políticas de igualdad. Todas estas profesiones han sido seleccionadas para desarrollar el proyecto debido a que abarcan la salud desde el ámbito biopsicosocial. Biológico con enfermería y medicina, psicológico con psicología y social con trabajo social y sociología. Gracias a que se trata de un equipo multidisciplinar cada una de ellas podrá aportar una visión especializada en un ámbito para nutrir al máximo la formación. El contenido será revisado y elaborado por todas/os las/os profesionales. La graduada en psicología será quien se encargue de la docencia. Esto es debido a que desde la psicología se aborda la salud desde una dimensión biopsicosocial y de las graduadas que conforman el equipo es la única que dispone de los conocimientos del área de psicología.

b. Materiales:

El presente proyecto de intervención se plantea como una propuesta de formación basada en una revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias, sobre la sensibilización en igualdad de género en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, recibida por parte de las/os profesionales sanitarias/os. Para abordar este tema se ha optado por realizar un proyecto de intervención a las/os profesionales sanitarias/os que ya se encuentran en el ejercicio de su profesión, con el objetivo de solventar cuanto antes las violencias que se puedan dar por falta de formación. Para ello, se ha evaluado previamente qué material y qué contenido debe ofrecer la formación en sensibilización, así como el impacto favorable que tendrá resolver las carencias en los proyectos ya realizados a profesionales sanitarias/os que ya se encuentran ejerciendo y mejorar de este modo su práctica profesional.

Uno de los objetivos principales que persigue esta formación es identificar las violencias sobre la sexualidad ejercidas en las mujeres en el área de la salud y reproductiva y solventarlas con formación en género e igualdad al personal sanitario para poder solventarlas. Cumpliendo este objetivo se busca responder a la necesidad de implantar la igualdad y el feminismo en el sistema de salud público en el ámbito de la sexualidad.

Debido a que se trata de una formación online, las personas usuarias necesitarán disponer de un dispositivo electrónico desde el que puedan acceder a la plataforma virtual así como acceso a internet. Los materiales docentes serán enviados por correo electrónico proporcionado por las usuarias en su pleno consentimiento del uso de sus datos exclusivamente para el curso realizado tal y como indica la Ley de protección de datos.

c. Técnicos:

La infraestructura desde la que se realizará el curso es el Campus Virtual de la EVES a través de la plataforma e-learning GVA. En cuanto al espacio no se necesita ningún espacio físico para la realización de esta formación debido a que se trata de una plataforma Online.

d. Financieros:

En lo referido a los recursos financieros la persona encargada de la docencia y coordinación del proyecto recibirá un importe de 80,00 €/hora, tal y como estipula el protocolo de gestión económica de las actividades formativas de la EVES. Esto se da en base a la normativa vigente (*Decreto 64/2011, de 27 de mayo, del Consell, que modifica el Decreto 24/1997, de 11 de febrero, sobre indemnizaciones por razón del servicio y gratificaciones por servicios extraordinarios, se regula el importe máximo en el pago de las actividades*). Las actividades formativas dirigidas al personal de la CSUISP, o GVA, según el grupo profesional al que se dirige la actividad formativa el importe oscila, siendo los grupos A1, A2, 80,00 €/hora. El resto del equipo multidisciplinar debido a que su tarea es menor cantidad, estará menos horas realizando el proyecto, por lo que su remuneración será de 40,00 €/hora.

5.12 Cálculo de los costos de ejecución

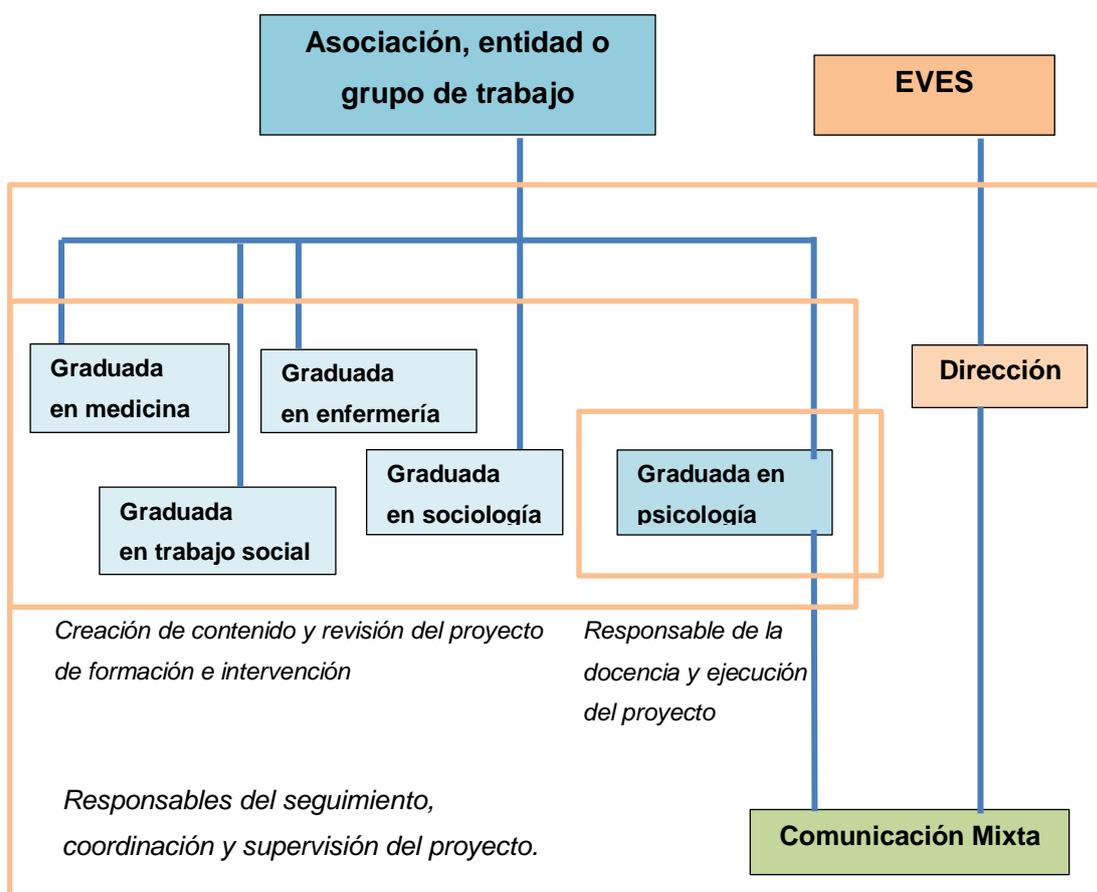
Tabla 3. Costes de ejecución

Capítulos presupuestarios	Total coste
Coste personal técnico:	
Graduada/o en Psicología. 40h	3200
Graduada/o en Trabajo social. 10h	400
Graduada/o en Enfermería. 10h	400
Graduada/o en Sociología. 10h	400
Graduada/o en Medicina. 10h	400
Imprevistos:	
5% del total	240
Total	5.040

5.13 Estructura organizativa y gestión del proyecto

Una persona del equipo multidisciplinar será la docente encargada de la impartición de la formación, así como de la realización y coordinación del proyecto, esta persona será la graduada en psicología. Será la encargada de distribuir el trabajo al resto de componentes del proyecto siendo la responsable última del mismo. Además, de entre sus funciones será la profesional encargada de ejecutar directamente el programa con las personas usuarias, siendo estas las/os profesionales de la salud. Para el desarrollo del proyecto será necesaria la colaboración en la creación del material de las componentes del comité organizativo de la asociación, entidad o grupo de trabajo, siendo las graduadas en medicina, enfermería, trabajo social y sociología. Estas últimas a su vez serán responsables de realizar el seguimiento del proyecto, informando quincenalmente de las actividades realizadas a las personas encargadas de la implantación del proyecto para evaluar la docencia del mismo. Todo el proyecto será evaluado previamente por la escuela valenciana de estudios de la salud (EVES).

Tabla 4. Organigrama de dirección, ejecución y creación del proyecto.



5.14 Coordinación del proyecto

La persona que se encargará de la coordinación, ejecución y seguimiento de todas las actividades y formaciones que se realizan a lo largo del proyecto será la graduada en psicología. Dentro de las labores de este cargo se encuentra la organización del temario, la gestión de los posibles imprevistos que puedan suceder, el control de asistencia y seguimiento individualizado de las personas usuarias. Así mismo las componentes del equipo multidisciplinar mencionadas anteriormente desarrollarán la tarea de evaluación, revisión y los cambios que se deban realizar a la hora de generar el contenido de la formación.

5.15 Indicadores de evaluación del proyecto

Para determinar si se cumplen los objetivos y metas propuestos en la formación, se realizará la evaluación de los siguientes aspectos:

- Se examinará el conocimiento adquirido por las profesionales de la salud que hayan realizado el curso al final del mismo.
- Se atenderá al porcentaje de participación en el curso, tanto en asistencia como en la realización de las actividades propuestas durante el mismo.

5.16 Factores externos condicionantes para el logro de los efectos e impacto del proyecto

Hay una serie de factores externos condicionantes que son relevantes para conseguir llevar a cabo el desarrollo del proyecto y por ende que se dé el impacto social esperado. Estos factores se escapan al control de la parte ejecutante puesto que no dependen de las decisiones ni acciones de la misma. Los factores externos relevantes son:

- Aprobación del proyecto por parte de la administración. Para poder llevar a cabo el proyecto es necesario que desde la administración se apruebe el desarrollo e implantación del proyecto. Sin la aprobación no se obtendrían los recursos necesarios para desarrollar el proyecto desde su plataforma de actuación. Es de vital importancia que se involucre en este proyecto permitiendo que desde el EVES se proporcione esta información y sea accesible para el personal sanitario.
- La predisposición del personal del personal sanitario a realizar la formación.
- Que las usuarias estén predispuestas a acudir a los CSSR.

VI CONCLUSIONES

Las conclusiones presentadas surgen por una parte como resultado de la revisión realizada a lo largo de la primera parte de este trabajo, en el contexto del marco teórico, apoyándome en los resultados obtenidos de dicha búsqueda. Y por otra, surgen en relación al desarrollo y elaboración del proyecto de sensibilización.

La sexualidad en el marco de la biomedicina occidental se enmarca en una perspectiva predominantemente biológica y reproductorista. La aceptación de la existencia de la función erótica humana ha modificado profundamente las ideas sobre las conductas sexuales desviadas de la reproducción. Redefiniendo el concepto de *normalidad* y *anormalidad* de los actos sexuales acorde a la actualidad. De este modo ha quedado patente que estos no son conceptos biológicos sino constructos socioculturales. En la actualidad aún existe contenido en la formación del área de la

salud sexual y reproductiva que es susceptible de ser revisado bajo el paradigma de la perspectiva de género. Estas son las violencias en el área de salud sexual y reproductiva institucionalizadas que las/os profesionales de la salud son susceptibles de ser generadoras/es de ellas en el ejercicio de su profesión debido al desconocimiento de las mismas.

Esto hace necesario que las instituciones formadoras del personal de la salud como es el ámbito universitario incluyan dentro de los programas académicos una mirada más profunda, cualificada, sistemática, integrada y rigurosa sobre los derechos sexuales y reproductivos y una visión sensible a la perspectiva de género. Para que de este modo el personal sanitario este dotado de todas las competencias necesarias para ofrecer, asesoría, asistencia y atención en un marco de derechos igualitarios.

La perspectiva de género aporta claridad al conocimiento científico con sesgo de género imperante en la construcción del conocimiento biomédico. Desde dónde y cómo se ha construido el conocimiento científico biomédico, interfiere en las/os agentes generadoras/es de salud. Diversos estudios socioantropológicos muestran lo erróneo que es aplicar un criterio teleológico al comportamiento sexual ya que le aleja del conocimiento científico y le acerca a sus creencias personales.

La oferta de formaciones en sensibilidad este ámbito, y en concreto en el área de salud sexual y reproductiva en la comunidad valenciana es mínimo y no abarca todo el contenido que, por la relevancia de las profesionales en cuanto a ser generadoras de salud, debería abarcar. Si bien en universidades de otras comunidades autónomas fuera de la comunidad valenciana, en las que se imparte el grado de medicina, si se da una formación reglada, esta es de naturaleza optativa, esta no es suficiente debido a que se trata de una optativa de pocos créditos para la magnitud de lo que se debería abordar. Este proyecto surge como medida paliativa con la esperanza de que vaya en aumento la demanda y la conciencia en cuanto a la necesidad.

Si bien es cierto que nos encontramos en un momento en el que se ha puesto en evidencia la opresión y las violencias *invisibles* ejercidas hacia las mujeres, es el momento de no sólo comprenderlas o visibilizarlas, sino combatirlas. La visibilización de la desigualdad de género en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, revela la opresión de la que las mujeres hemos sido y somos objeto, y el sistema mediante el cual se ha perpetuado. Abordar estas violencias y cuestionar el conocimiento con

perspectiva de género significa hacernos visibles combatiendo de este modo el patriarcado.

Las desigualdades de género son complejas de abordar en todos sus grados y dimensiones, resulta de vital importancia actuar cuanto antes promoviendo cambios estructurales que aseguren un marco legal de actuación. Estos cambios estructurales son la base generadora de una cultura igualitaria, ya que del mismo modo que los movimientos sociales fuerzan los cambios legislativos, las leyes sustentan, dan validez y permiten estos cambios. Por este motivo, la declaración por parte de la OMS de la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública fue un paso decisivo para su abordaje. Del mismo modo, la declaración de la OMS, acerca una definición de salud integradora, siendo un aspecto clave para abordar el género como generador de violencia debido al impacto que tiene sobre la salud, tanto física como psicológica de las mujeres. Las declaraciones de la OMS aportan argumentos a favor que sustentan la reivindicación para abordar esta desigualdad generadora de violencia y alejada del concepto de salud, es nuestro derecho reivindicar que se cumplan los derechos sexuales y reproductivos.

Con la transición en la que estamos inmersas en la que luchamos porque la formación en igualdad de género esté en todas las esferas, esperamos que en un futuro no muy lejano todas las violencias dirigidas hacia las mujeres en el área de salud sexual y reproductiva hayan sido solventadas, los nombres anatómicos reapropiados, los cuerpos propios, las decisiones conscientes, no sobremedicalizadas, los procesos equitativos, los métodos anticonceptivos igualitarios, e incluso los partos pensando en el beneficio y bienestar de quien pare y no de quien ayuda, y quien sabe, si como plantea Casilda Rodríguez (2015) que el parto orgásmico incluso fuera la norma.

VII BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, Marina y María Soledad. 2019. *Deconstruir las ciencias: Un recorrido por algunas metáforas sexistas en la comunicación de las ciencias*. Universidad Nacional de Rosario.
- Ander-Egg, Ezequiel y María José Aguilar. 2005. *Como elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Lumen-Humanitas.
- Aparicio Mena, Alfonso Julio. 2004. «Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional china, en contacto con diferentes culturas». *Gaceta de Antropología*, 20.

- Bacigalupe, Amaia, et al. 2020. «El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020». *Gaceta sanitaria*, 34(1):61-67.
- Bernabeu-Mestre, J., et al. 2008. «Categorías diagnósticas y género: los ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina española contemporánea». *Aclepio*, 60: 83-102.
- Borrell i Carrió, Francesc. 2002. «El modelo biopsicosocial en evolución». *Med. Clin.*, 119: 175-9.
- Cabré, M. y F. Salmón. 2013. «Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud». *Universidad de Santander*.
- Camacaro Cuevas, Marbella. 2013. «La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres». *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 18:185-192.
- Campo-Arias, Adalberto y Edwin Herazo. 2008. «Homofobia en estudiantes de medicina: Una revisión de los diez últimos años». *Universidad autónoma de Bucaramanga*, 108: 90.
- Carratalá, Adolfo. 2019. «La criminalización de la transmisión de VIH en los medios: periodismo de sucesos entre el sensacionalismo y la homofobia». *Revista española de comunicación en salud*, 2: 38-51.
- Chávez, Mayra Lilia y Norma Angélica Sánchez Maya. 2018. «Violencia obstétrica y morbilidad materna. Sucesos de violencia de género». *Revista de El Colegio de San Luis*, 16: 76-103.
- Colomer, Concha y María del Pilar Sánchez. 2007. *Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género en salud*. Madrid Ministerio de Sanidad y Consumo Universidad Complutense.
- Corona Vázquez, Teresa et al. 2014. «La mujer y la salud en México». *Academia Nacional de Medicina*.
- Corral Liria, Inmaculada et al. 2012. «Vinculación del género en la profesión de enfermería». *Facultad de Comunicación. Universidad de Sevilla*, 72-85.
- Cronin, Monica. 2020. «Anarcha, Betsey, Lucy, and the women whose names were not recorded: The legacy of J Marion Sims». *Anaesthesia and Intensive Care*, 48 (3): 6-13.

- Fernández, Elena María, Águeda Fernández e Irene Belda. 2014. «Histeria. Historia de la sexualidad femenina. Cultura de los cuidados». *Revista de Enfermería y Humanidades*, 39: 39-70.
- Fernández Moreno, Sara Yaneth. 2007. «La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud». *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6: 52-76.
- Figueroa Navarro, M. Carmen. 2017. «Dando pasos por la igualdad de género en la Universidad». *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 2: 2.
- Flores, Carmina, Diego Meraz y Denise Niza. 2019. «La mujer en la medicina del siglo xxi». *Educ. Med.*, 20: 325-328.
- García, S. y Eulalia Pérez. 2017. *Las “mentiras” científicas sobre las mujeres*. Los libros de la catarata.
- Granados Cosme, José Arturo. 2006. «Medicina y homosexualidad: Prácticas sociales en tensión». *Cuicuilco*, 13: 293-319.
- Guevara Ríos, E. 2022. «Violencia Obstétrica». *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 10: 7-8.
- Gutiérrez Cía, Isabel y Blanca Obón Azuara. 2008. «Perspectiva de género en la investigación en Medicina. Una perspectiva ética y legal». *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, 40: 38-45.
- Heras González, Purificación. 2022. *Manual para la prevención de la violencia de género*. Universitat Jaume I, Servei de Comunicació i Publicacions.
- Lebrero, Enrique. 2006 «25 años de experiencia del colectivo Acuario en salud sexual y reproductiva». *Dialnet*, 10:24-28.
- Maestro, Ángeles y Enrique González. 2017. *Salud mental y capitalismo*. Cisma Editorial.
- Magnone Alemán, Natalia. 2010. *Tesis en sociología. Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización*.
- Martínez Pulido, Carolina. 2012. *La senda mutilada. La evolución humana en femenino*. Editorial Minerva Biblioteca Nueva.
- Montero, Isabel, et al. 2004. «Género y salud mental en un mundo cambiante». *Gaceta sanitaria*, 18: 4.
- Montesó Curto, Pilar. 2008. «Salud mental y género. Causas y consecuencias de la depresión en las mujeres». *Dialnet*.

- Ngozi Adichie, Chimamanda. 2018. *El peligro de la historia única*. Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.U.
- Quintana-Lopez, V. A., et al. 2022. «Percepción de igualdad de género en la formación de universitarios del área de la salud». *Revista ProPulsión*, 4:78-91.
- Raguz, María. 1995. «Aportes de género a la salud sexual y reproductiva». *Revista de Psicología*, 13 (1): 17-35.
- Regalado, Mónica Elizabeth, Aldo Rafael Medina y Ana Anaya. 2022. «La igualdad de género en la medicina: una lucha constante». *Atención Primaria Práctica*, 4 (3).
- Ríos Osorio, Leonardo Alberto. 2011. «Una reflexión acerca del Modelo de Investigación Biomédica». *Salud Uninorte*, 27 (2): 289-297.
- Rodrigañez, Casilda, Ana Cachafeiro y María Jesús Blázquez. 2015. *Ensayos sobre el útero*. Ediciones la social.
- Rodríguez Camargo, Pablo Andrés. 2016. «Sexualidad humana, una asignatura pendiente en los currículos de medicina». *Bogotá, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud*.
- Ruiz Cantero, María Teresa. 2019. *Perspectiva de género en medicina*. Fundación Dr. Antoni Esteve.
- Sánchez, Irene et al. 2017. *Putas e insumisas. Violencias femeninas y aberraciones de género. Reflexiones en torno a las violencias generalizadas*. Virus Editorial.
- Sanfelippo, Luis. 2011. «Razones de un silencio: Sexualidad e histeria entre 1885 y 1896». *Anuario de investigaciones*, 18: 207-216.
- Salinas Urbina, Addis Abeba y Edgar Carlos Jarillo Soto. 2013. «La confrontación de la sexualidad en la práctica profesional de los futuros médicos: la mirada de los pasantes de medicina». *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (3): 733-742.
- Sierra Deval, Rosa María. 2020. *Trabajo final de máster en: Igualdad y género en el ámbito público privado. Propuesta de curso formativo en atención a mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito sanitario*.
- Sierra Martín, César. 2020. *Historia de la medicina en la antigüedad*. Editorial Síntesis.
- Tellez Infantes, Anastasia. 2018. *Despejando la senda de la igualdad*. Editorial Universidad Miguel Hernández de Elche.

- Usall i Rodié, Judith et al. 2004. «Género y salud mental en un mundo cambiante». *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 18 (1): 175-181.
- Vieira Spacov, Lara y Diogo Severino Ramos da Silva. 2019. «Violencia obstétrica». *Derecho y Cambio Social*, 55: 485-500.

BIBLIOGRAFÍA LEGISLATIVA

Legislación internacional

- **ONU, 1948.** Declaración Universal de los Derechos Humanos. Ratificación en Boletín Oficial del Estado núm. 243, de 10 de octubre de 1979, páginas 23564 a 23570. Referencia: BOE-A-1979-24010.
- **1979.** Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación sobre la mujer (Cedaw). Tratado internacional. Ratificación en Boletín Oficial del Estado núm. 69, de 21 de marzo de 1984, páginas 7715 a 7720. Referencia: BOE-A-1984-6749.
- **1993.** Conferencia de Viena de 1993, Conferencia mundial de Derechos Humanos organizada por las Naciones Unidas.
- **1995.** Declaración y Plataforma de Acción de Pekín

Legislación comunitaria

- **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2000.** (2010/C 83/02).
- **Convenio de Estambul, 2011.** Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Ratificación en Boletín Oficial del Estado núm. 137, de 6 de junio de 2014, páginas 42946 a 42976. Referencia: BOE-A-2014-5947.

Legislación estatal

- **Ley Orgánica 1/2004,** de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género. Boletín Oficial del Estado núm. 313, de 29 de diciembre de 2004. Referencia: BOE-A-2004-21760.
- **Ley Orgánica 3/2007,** de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado núm. 71, de 23 de marzo de 2007. Referencia: BOE-A2007-6115.

- **Ley Orgánica 2/2010**, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado núm. 215, de 7 de septiembre de 2022. Referencia: BOE-A-2010-3514

ANEXOS

Anexo I Guía docente de las asignaturas del grado de enfermería.

1. Salud de la mujer, de la sexualidad y la reproducción.
2. Sociología, género y salud.

Anexo II Guía docente de las asignaturas optativas del grado de medicina.

1. Género y Salud. Universitat de les Illes Balears.
2. Género y Salud. Universidad de Salamanca.
3. Género y Salud. Universidad Autónoma de Madrid.

**FICHA IDENTIFICATIVA****Datos de la Asignatura**

Código	34378
Nombre	Salud de la mujer, de la sexualidad y la reproducción
Ciclo	Grado
Créditos ECTS	4.5
Curso académico	2018 - 2019

Titulación(es)

Titulación	Centro	Curso	Periodo
1200 - Grado de Enfermería	Facultad de Enfermería y Podología	2	Segundo cuatrimestre
1213 - Grado de Enfermería (Ontinyent)	Facultad de Enfermería y Podología	2	Primer cuatrimestre

Materias

Titulación	Materia	Carácter
1200 - Grado de Enfermería	16 - Enfermería en el ciclo vital	Obligatoria
1213 - Grado de Enfermería (Ontinyent)	16 - Enfermería en el ciclo vital	Obligatoria

Coordinación

Nombre	Departamento
DONAT COLOMER, FRANCISCO	125 - Enfermería
MAESTRE PORTA, MARIA SALUD	125 - Enfermería

RESUMEN

El imperativo biológico, convertido en rol de género establece que la función reproductora compete a la mujer. Es por ello que hemos propuesto para esta asignatura una triple denominación que, intencionadamente, expresa las tres áreas de su contenido pero remarcando su independencia.

La salud de la mujer.- Las diferencias estructurales y funcionales entre los organismos del hombre y de la mujer, centradas sobre todo en el aparato genital, pero no sólo, determinan una “salud específica de la mujer”, que se fundamenta en la normalidad o la alteración de estas estructuras diferenciadas. El mantenimiento de esta salud, la prevención de sus alteraciones, y los cuidados cuando se altere, constituyen una parte sustancial de la asignatura.

Salud de la reproducción. – Esta parte se presenta intencionadamente separada de la anterior, porque consideramos la reproducción como una función compartida de los dos sexos, y así se enfocará desde esta asignatura. Aquí se van a analizar la fisiología del proceso, la atención en las dificultades para conseguir un embarazo y el manejo profesional de las medidas para evitarlo. Una vez se ha instaurado un embarazo, se constituye en un importante objetivo sanitario, en el que además se hace una inversión de futuro al cuidar de la salud fetal. La fisiología de la gestación, sus alteraciones y el conocimiento y las habilidades sobre sus cuidados, tanto preventivos como curativos constituye contenido de esta parte.

**FICHA IDENTIFICATIVA****Datos de la Asignatura**

Código	34368
Nombre	Sociología, género y salud
Ciclo	Grado
Créditos ECTS	6.0
Curso académico	2017 - 2018

Titulación(es)

Titulación	Centro	Curso	Periodo
1200 - Grado de Enfermería	Facultad de Enfermería y Podología	1	NULO

Materias

Titulación	Materia	Carácter
1200 - Grado de Enfermería	10 - Sociología	Formación Básica

Coordinación

Nombre	Departamento
RUBIO GIMENEZ, LLORENÇ	330 - Sociología y Antropología Social
VIDAL BLANCO, GABRIEL	125 - Enfermería

RESUMEN

La materia de Sociología, propia del área de las Ciencias Sociales, se integra en el módulo I «Formación Básica Común», constituido básicamente por materias propias del área de las Ciencias de la Salud.

Que en el Plan de estudios de Enfermería se integren tanto las ciencias biológicas como las sociales se debe al hecho de que todas ellas se requieren para el estudio del proceso de salud-enfermedad. Si bien dicho proceso posee una clara materialidad biológica en la medida que afecta a personas y grupos poblacionales, su dimensión, desde el punto de vista de la Salud Pública, es fundamentalmente colectiva, y por tanto se requiere de los instrumentos que, aporta la Sociología para abordar técnica y teóricamente el objeto de estudio de la salud y la enfermedad como un proceso social, en su dimensión histórica, socio-política, económica y de género. Todas estas dimensiones son necesarias para proporcionar una explicación más integradora de la realidad social.

Estructura y la organización el programa de la asignatura en su dimensión teórica y práctica



Curso Académico: 2022/23

23067 - Género y Salud

Información del Plan Docente

Titulación: 564 - GMED - Grado en Medicina

Código: 23067

Tipo: Optativa

Créditos: 3.0

Curso: 4

Semestre: Segundo semestre

Profesorado: Carme Vidal Mangas

1. Idioma/s de impartición

1.1. Idioma de impartición de la asignatura

- Catalán

9. Evaluación del aprendizaje de los estudiantes

GÉNERO Y SALUD

GRADO EN MEDICINA

CURSO 2017/2018

1. DATOS DE LA ASIGNATURA (Fecha última modificación: 20-06-18 12:16)

CÓDIGO	103569	PLAN	235	ECTS	3.00
CARÁCTER	OPTATIVA	CURSO	6	PERIODICIDAD	Segundo Semestre
ÁREA	PSIQUIATRÍA				
DEPARTAMENTO	Medicina				
PLATAFORMA	Campus Virtual de la Universidad de Salamanca (https://studium.usal.es)				

DATOS DEL PROFESORADO

PROFESOR/PROFESORA	Carmen López Sosa	GRUPO/S	1
DEPARTAMENTO	Medicina		
ÁREA	Psiquiatría		
CENTRO	Fac. Medicina		
DESPACHO	Sexología (2ª planta)		
HORARIO DE TUTORÍAS	-		
URL WEB	http://campus.usal.es/~sexologia/		
E-MAIL	lopezsosa@usal.es	TELÉFONO	666 598339

PROFESOR/PROFESORA	María Ángeles Díez Sánchez	GRUPO/S	1
DEPARTAMENTO	-		
ÁREA	-		
CENTRO	Fac. Medicina		
DESPACHO	Facultad de Medicina. 2ª planta		
HORARIO DE TUTORÍAS	-		
URL WEB	-		
E-MAIL	madiez@usal.es	TELÉFONO	923294540-1889

PROFESOR/PROFESORA	Gloria María Bueno Carrera	GRUPO/S	1
DEPARTAMENTO	Medicina		
ÁREA	Psiquiatría		
CENTRO	Fac. Medicina		
DESPACHO	2º planta Facultad de Medicina		
HORARIO DE TUTORÍAS	-		
URL WEB	https://moodle.usal.es/		
E-MAIL	gloriabueno@usal.es	TELÉFONO	1889

PROFESOR/PROFESORA	María Pilar Sánchez Conde	GRUPO/S	1
DEPARTAMENTO	Cirugía		
ÁREA	Cirugía		
CENTRO	Fac. Medicina		
DESPACHO	Departamento de Cirugía. 1.13 (Anestesiología)		
HORARIO DE TUTORÍAS	-		



Asignatura: SALUD Y GÉNERO
Código: 18574
Centro: Medicina
Titulación: GRADO EN MEDICINA
Nivel:
Tipo:
Nº de créditos:

ASIGNATURA / COURSE TITLE

SALUD Y GÉNERO / HEALTH AND GENDER

1.1. Código / Course number

18574

1.2. Materia / Content area

1.3. Tipo / Course type

Formación optativa / Elective subject

1.4. Nivel / Course level

Grado / Bachelor (first cycle)

1.5. Curso / Year

1º ó 2º ó0/ 1st or 2nd

1.6. Semestre / Semester

2º / 2nd (Spring semester)

1.7. Número de créditos / Credit allotment

3 créditos ECTS / 3 ECTS credits

1.8. Requisitos previos / Prerequisites

Es recomendable que el alumno esté familiarizado con los conceptos de salud y enfermedad y conozca algunas patologías para así poder seguir mejor el desarrollo de la materia.