



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Vol 7  
Núm. 1  
2022

REVISTA DE  
INVESTIGACIÓN

mujer

salud

sociedad

ISSN 2385-7005

**m** **u** **s** **a** **s**

La vida en tiempos de  
Pandemia: Conciliación  
familiar y atención a la salud  
procreativa

# **IMPACTO DE LA COVID-19 EN MUJERES Y PROFESIONALES DE LA SALUD: ATENCIÓN EN SALUD PROCREATIVA Y PROBLEMAS DE CONCILIACIÓN**

*Covid-19 Impact on Women and Health Professionals: Reproductive Healthcare and Work-Life Balance*

Josefina Goberna-Tricas  
Universitat de Barcelona (*Barcelona, España*)

Correo electrónico: [jgoberna@ub.edu](mailto:jgoberna@ub.edu)



A finales de 2019 apareció una nueva situación mundial que ha causado profundos cambios en todo aquello relacionado con la atención a la salud y con la vida en general, manteniendo al planeta en estado de alarma: la amenaza del SARS-COV-2. El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con una exposición común a un mercado mayorista de mariscos, pescados y animales vivos en la ciudad de Wuhan. La enfermedad, en sus primeras fases se manifestaba fundamentalmente con fiebre, tos seca y dificultad respiratoria, aunque, como ahora sabemos, puede expresarse a través de una gran variedad de síntomas afectando a diferentes órganos, siendo la neumonía una de las principales complicaciones. A lo largo de los meses, la sintomatología de presentación, los días de incubación etc., se han ido modificando con las mutaciones del virus y el efecto de la vacunación poblacional.

En el caso concreto de la atención a la maternidad, la pandemia ha puesto en tela de juicio el concepto de seguridad que, hasta la fecha, se había otorgado al parto hospitalario. Los posibles efectos que el Coronavirus SARS-COV-2 podía tener sobre embarazadas y

recién nacidos eran totalmente desconocidos al inicio de la pandemia. Además, el confinamiento decretado durante los primeros meses de la primera ola modificó en gran medida la vida social, familiar y personal de los ciudadanos y ciudadanas, siendo especialmente importante en el caso de las mujeres; por ello, desde *MUSAS: Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, lanzamos una convocatoria en diciembre de 2020 para recibir trabajos científicos sobre el impacto de la Covid-19 en las mujeres. Se pedían artículos originales, de revisión bibliográfica y trabajos de investigación desde las perspectivas histórica, ética, social o antropológica que trataran sobre el impacto de la pandemia.

En este número, la primera investigación presentada y firmada por Hossain-López y Ruiz-Berdun nos muestra las dificultades de conciliación, durante los meses de confinamiento, por parte de los profesionales esenciales, en este caso entre las mujeres que prestan sus servicios en las Fuerzas Armadas Españolas; a continuación, en el artículo de Rodríguez-Cala et al., se nos muestra el impacto de la pandemia de la COVID-19 en profesionales de la salud en relación con aspectos de la esfera profesional, familiar y social desde una perspectiva de género; en el trabajo de Gómez-Fernández et al., se aborda la percepción de las matronas acerca de la necesidad de detección y abordaje de los casos de violencia de género, necesidad que se acentúa durante los meses de confinamiento por pandemia. Es sabido que la pandemia ha repercutido a nivel mundial. Por ello, desde Chile, Obando-Cid et al. nos muestran los cuidados y prioridades de la atención de matronería en tiempos de pandemia en dicho contexto. Como complemento, Fernández-Díaz y González-Sanz nos presentan un análisis bibliométrico de la producción científica sobre violencia obstétrica en revistas científicas hispanoamericanas; Cabanillas-Montferrer y Giménez-Bonafé ponen en evidencia el sesgo de género en la asistencia sanitaria y, para finalizar, Moreno et al. investigan sobre el mejor modelo y la calidad de atención en el proceso de pérdida gestacional tardía, mientras que Garrote-Muñoz y Giménez-Bonafé nos dan respuesta a la pregunta ¿Se puede dar el pecho sin embarazo previo? presentándonos un protocolo de inducción de la lactancia materna en mujeres que no han dado a luz.

# LA PANDEMIA DE LA COVID-19. UNA OPORTUNIDAD PARA APRENDER A CONCILIAR TRABAJO Y FAMILIA EN LAS FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS

*The COVID-19 Pandemic. An Opportunity to Learn How to Reconcile Work and Family in the Spanish Army*

Sheima Hossain-López<sup>1</sup>; Dolores Ruiz-Berdún<sup>2</sup>

Autora correspondencia: Sheima Hossain López

Correo electrónico: [sheima.hossainlopez@edu.uah.es](mailto:sheima.hossainlopez@edu.uah.es)

1. Doctoranda del Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Alcalá. (*Alcalá de Henares, Madrid, España*)<sup>1</sup>

2. Profesora Titular del Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. (*Alcalá de Henares, Madrid, España*)<sup>2</sup>

Recibido: 02/12/2020 Aceptado: 20/06/2021



---

<sup>1</sup> D<sup>a</sup> Sheima Hossain López es Oficial de las Fuerzas Armadas, perteneciente al Cuerpo Militar de Sanidad, especialidad fundamental de Enfermería. Sin embargo, este artículo corresponde a una investigación independiente en el marco de su tesis doctoral, adscrita al Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Alcalá.

<sup>2</sup> D<sup>a</sup> Dolores Ruiz-Berdún es profesora titular de Historia de la Ciencia en la Universidad de Alcalá e imparte la asignatura «Humanidades médicas: historia de la medicina y antropología médica» a los estudiantes del Grado de Medicina en el Centro Universitario de la Defensa, adscrito a la Universidad de Alcalá, sin que medie otra relación entre la autora y las Fuerzas Armadas.

## RESUMEN

El confinamiento, impuesto durante la primera ola de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, ocasionó el cierre de centros educativos complicando la situación para las familias con menores a cargo. El desafío fue aún mayor entre los trabajadores denominados «esenciales», como el personal de las Fuerzas Armadas españolas (F.A.S.). Dada la distribución asimétrica de las tareas de cuidado en España y la posición minoritaria de las féminas en la institución armada, la situación de las mujeres militares era potencialmente crítica. **OBJETIVO.** Analizar el uso de las medidas extraordinarias de conciliación, implementadas por el Ministerio de Defensa durante el estado de alarma. **MATERIAL Y MÉTODO.** Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y retrospectivo a través de un cuestionario electrónico, anónimo y autoadministrado a una muestra de 473 mujeres militares. **RESULTADOS.** Durante el periodo analizado, aumentó ligeramente el porcentaje de mujeres militares que hacían uso de medidas de conciliación familiar. Sin embargo, en casos de parejas/exparejas donde ambos progenitores son militares, se duplicó el número de padres que disfrutaron de ellas. Por su parte, las familias monomarentales optaron por la permanencia de la madre en el domicilio. **CONCLUSIONES.** El confinamiento cambió el perfil de uso de la conciliación familiar en las F.A.S., con mayor presencia de las madres en hogares monomarentales, pero también mayor corresponsabilidad en hogares con ambos progenitores militares. Nuevos análisis sobre los factores que han propiciado esta mayor corresponsabilidad podrían aportar valiosa información para lograr reducir las consecuencias profesionales de la maternidad en las mujeres de las F.A.S.

**Palabras clave:** Fuerzas Armadas Españolas; género; conciliación; pandemia; COVID-19.

## ABSTRACT

The lockdown, during the first wave of the pandemic of SARS-CoV-2 virus, caused the closure of educational centers, complicating the situation for families with dependent minors. The challenge was even greater among the so-called key workers, such as the personnel of the Spanish Armed Forces (SAF). Given the imbalanced distribution of care tasks in Spain and the minority position of females in the SAF, the situation of military women was potentially critical. **OBJECTIVE.** To analyze the use of extraordinary family-work balancing policies, implemented by the Ministry of Defense during the state of emergency, by servicewomen within the SAF. **MATERIAL AND METHOD.** A quantitative, cross-sectional, and retrospective study was carried out through an electronic, anonymous and self-administered questionnaire to a sample of 473 military women. **RESULTS.** During the analyzed period, the percentage of military women using measures to reconcile work and family life slightly increased. However, in cases of couples/ex-partners where both parents are military, the number of fathers benefiting from them doubled. On the other hand, single-mother families opted for the mother to stay at home. **CONCLUSIONS.** The mandatory lockdown changed the usage profile of measures to reconcile work and family within the SAF. Even though there was a greater presence of mothers in single-mother homes, there was also a greater co-responsibility in homes with both military parents. New analyses of the factors that have led to this greater co-responsibility could provide valuable information to reduce the professional consequences of motherhood for women in the SAF.

**Keywords:** Spanish Armed Forces; Gender; Work-Life Balance; Pandemic; COVID-19.

## INTRODUCCIÓN

La primera ola de la actual pandemia, causada por el virus SARS-CoV-2, situó a la población española en un escenario inimaginable para muchos hasta ese momento. Nuestra forma de vivir y relacionarnos, como individuos y como sociedad, cambió súbitamente y de manera indefinida. La distancia social se impuso como forma de protección frente al contagio y ha condicionado desde entonces el día a día de personas, familias, negocios e instituciones públicas y privadas.

Debido a la expansión de casos detectados de enfermedad causada por SARS-CoV-2 (COVID-19), el 11 de marzo de 2020, los centros educativos de las comunidades autónomas de Madrid y La Rioja cerraron sus puertas. El día 12 similares medidas fueron aprobadas por otras quince regiones españolas: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia, Navarra y País Vasco (RTVE, 2020). Finalmente, con el decreto del estado de alarma a nivel nacional, todos los centros educativos del país quedaron clausurados desde el día 15 de marzo (Gobierno de España, 2020).

A partir de ese momento y durante muchas semanas, España quedó paralizada en muchos aspectos. Comercios y negocios dedicados a actividades no esenciales suspendieron sus servicios o se reorganizaron para fomentar el trabajo a distancia. Mientras, como es obvio, sectores como la sanidad, la seguridad o el transporte, entre otros, tuvieron que mantener su actividad implementando las medidas de protección recomendadas en cada fase de la pandemia.

Entre estos sectores se encontraban las mujeres y hombres de las Fuerzas Armadas (F.A.S.) que debían seguir prestando sus servicios parte de los cuales, durante toda la crisis de la COVID-19, se han vinculado en gran medida a las medidas extraordinarias de seguridad, desinfección o asistencia sanitaria, integradas en la «Operación Balmis» (Expósito, Talironte y Hernández, 2020).

Con la presencia de menores en confinamiento domiciliario y sin poder contar con el apoyo de la familia extensa, madres y padres militares se encontraban ante el conflicto del deber inexcusable de su cuidado y custodia, por un lado, y sus obligaciones laborales, por el otro. El Ministerio de Defensa demostró ser consciente de esta dificultad desde el primer momento, incluso antes de que se decretara el estado de alarma. Así, el 11 de

marzo de 2020, publicó en *Boletín Oficial de Defensa* una resolución «sobre jornada laboral para el personal militar de las F.A.S., con motivo de las medidas excepcionales adoptadas por las autoridades de salud pública para la contención de la COVID-19» (Gobierno de España. Subsecretaría de Defensa, 2020). La norma tiene por objeto «regular las medidas laborales, de carácter extraordinario y temporal, que se apliquen al personal militar de las F.A.S. que se encuentre en situación de aislamiento por motivo de la COVID-19, y al que se vea afectado por el cierre de los centros educativos y de atención a mayores establecido por las autoridades sanitarias» (Gobierno de España. Subsecretaría de Defensa, 2020).

Tras su publicación, todo el personal de las F.A.S. quedaba al amparo de dicha medida excepcional, salvo quienes prestan su servicio en la Red Sanitaria de la Defensa, cuya regulación depende de la Inspección General de Sanidad (Gobierno de España. Subsecretaría de Defensa, 2020).

Dicha resolución, en vigor desde el 11 de marzo del presente año, ha supuesto una medida de conciliación sin precedentes en la historia de las F.A.S. españolas. La norma otorgaba a los jefes de Unidad la capacidad para «establecer las medidas de tele-trabajo, trabajo a turnos y otras de similar índole que consideren adecuadas a la situación particular de su unidad, teniendo en cuenta el grado en que esta se vea afectada por las medidas extraordinarias adoptadas por las autoridades de salud pública, con motivo del COVID-19», lo que pretendiendo conceder capacidad de adaptación a las diferentes circunstancias, ha podido ocasionar disparidades en su implementación efectiva (Gobierno de España. Subsecretaría de Defensa, 2020).

Ciertos datos, publicados en prensa nacional, refuerzan la extendida creencia de que, en las F.A.S., son las mujeres las principales usuarias de las medidas de conciliación (Europapress, 2018). Sin embargo, el anuario estadístico sobre personal militar, donde se recogen en cifras la proporción de personal en diferentes situaciones administrativas, no incluye dato alguno sobre el uso de medidas de conciliación (Ministerio de Defensa. Unidad de Estadística del Órgano Central, 2019 y 2020), como tampoco se recoge en los informes anuales emitidos por el Observatorio Militar para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en las F.A.S. (2020).

Por ello este estudio pretende explorar la experiencia que tienen las mujeres-madres, en servicio activo, en las F.A.S. con respecto a la aplicación de estas medidas

extraordinarias de conciliación durante los meses de confinamiento y desescalada (marzo-junio 2020).

### **Integración de las mujeres en las Fuerzas Armadas**

La incorporación de las mujeres a la milicia y su reconocimiento como profesionales estuvo vetada durante mucho tiempo. Así, por ejemplo, la Ley 56/1961 de 22 de julio, sobre derechos políticos profesionales y de trabajo de la mujer reconocía explícitamente la posibilidad de incorporación de estas a cualquier puesto de la función pública, salvo a aquellos que suponían excesivo esfuerzo y que se veían limitados tanto por los acuerdos internacionales suscritos por España como por «la pura naturaleza». Esto se refería, entre otros, a los Institutos y Cuerpos Armados, así como los Ejércitos de Tierra, Aire y la Marina, «salvo que por disposición especial expresa» se permitiera el acceso a servicios concretos (Gobierno de España, 1961).

La entrada en vigor de la actual Constitución Española, en diciembre de 1978, derogó esta ley, en aplicación de los artículos 14 y 30 referidos, respectivamente, a la igualdad y al derecho de la defensa de España (Gobierno de España, 1978). Sin embargo, aún harían falta diez largos años de democracia antes de que las mujeres pudiesen incorporarse a las Fuerzas Armadas españolas gracias a la publicación del Real Decreto Ley 1/1988 de 22 de febrero (Gobierno de España, 1988).

A pesar del avance que esto supuso, el Real Decreto señalaba limitaciones en base a «condiciones fisiológicas para la provisión y desempeño de determinados destinos» (Gobierno de España, 1988). Esta limitación se mantuvo durante más de una década, a pesar de que la Ley de Personal de 1989 equiparaba las formas de accesos a Centros Docentes Militares para aspirantes de ambos sexos (Gobierno de España, 1989). Así, incluso, el Reglamento de Tropa y Marinería, publicado ya en 1992, en su artículo 25, aún mantuvo la exclusión de la mujer de puestos operativos (Gobierno de España, 1992).

Fue la Ley 17/1999 de 18 de mayo, de Régimen del Personal de las F.A.S., que además ponía fecha al fin del Servicio Militar Obligatorio, la norma que equiparó definitivamente la situación de mujeres y hombres con respecto a escalas y destinos en el ejército (Gobierno de España, 1999). La integración definitiva de la mujer en las F.A.S. se produjo, a partir de ese momento, de forma paralela a la consolidación de la profesionalización.

Sin embargo, es la ley 39/2007 la que ha supuesto en estos treinta y dos años un mayor avance en materia de igualdad de género y conciliación de la vida familiar. En su artículo 6 hace referencia a la «Igualdad de género y conciliación de la vida profesional, personal y familiar» (Gobierno de España, 2007). Medidas que se han ido concretando en reglamentos de inferior categoría, regulando destinos, permisos o medidas conciliación familiar y de protección a la maternidad, entre otros (Gobierno de España, 2015, 2017, 2019).

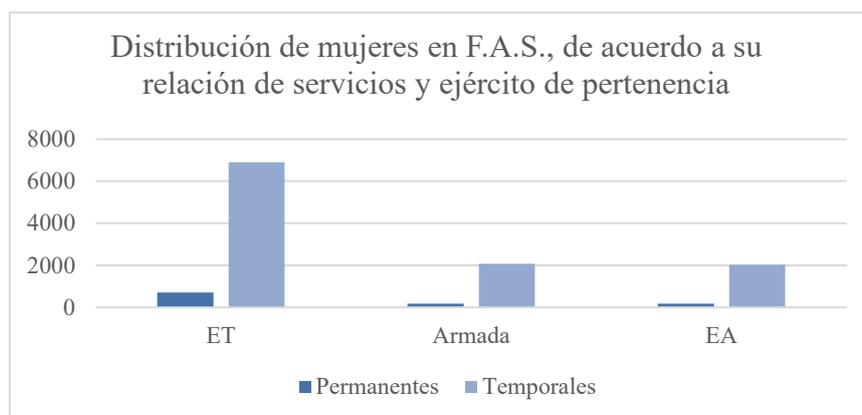
En la actualidad, de acuerdo con los datos publicados por el Observatorio militar para la igualdad entre mujeres y hombres en las F.A.S., 15453 mujeres forman parte de la institución, lo que constituye el 12,7% del personal militar (ver Figura 1). La mayoría de estas mujeres mantienen una relación de servicios temporal (ver Gráfico 1) con las F.A.S., por lo que su continuidad depende, según el tipo de contrato, bien de sucesivas renovaciones de compromiso, bien de la superación procesos de concurso-oposición que les permitan consolidar su carrera (Observatorio Militar para la Igualdad. Secretaría Permanente de Igualdad, 2020).

**Figura 1.** Media de efectivos durante el año 2019

	HOMBRES	MUJERES	% HOMBRES	% MUJERES
EJERCITO DE TIERRA	68.107	8.929	88,4	11,6
ARMADA	18.207	2.713	87,0	13,0
EJÉRCITO DEL AIRE	17.835	2.883	86,1	13,9
CUERPOS COMUNES	2.162	928	70,0	30,0
<b>TOTAL</b>	<b>106.311</b>	<b>15.453</b>	<b>87,3</b>	<b>12,7</b>

**Elaboración propia. Fuente:** Informe anual 2019 sobre personal del Ministerio de Defensa. Observatorio Militar para la Igualdad. Secretaría Permanente de Igualdad (2020).

**Gráfico 1.** Temporalidad de las mujeres en las Fuerzas Armadas



**Elaboración propia. Fuente:** Informe anual 2019 sobre personal del Ministerio de Defensa. Observatorio Militar para la Igualdad. Secretaría Permanente de Igualdad (2020). ET: Ejército de Tierra; E.A: Ejército del Aire.

## **Mujeres y hombres: división del trabajo y crisis de cuidados**

La presencia de menores en casa, debido al cierre de los colegios y a la imposibilidad de recurrir a apoyos externos de cuidado, retribuidos o no, como consecuencia inmediata de la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia de la COVID-19, ha supuesto un aumento de la carga de las labores domésticas a nivel global (Organización de las Naciones Unidas). En la fase inicial del confinamiento ya María Solanas (2020) se preguntaba con qué intensidad afectaría a las mujeres, «a su autonomía económica, su vulnerabilidad social y su falta de participación política». Respecto a la situación en España, María del Mar García Calvente et al. (2020), indican que «si ya partíamos [...] de un modelo de cuidados “familista”, la actual crisis de salud pública generada por el coronavirus ha provocado una súbita y abrupta re-familiarización de los cuidados, protagonizada por las mujeres del hogar».

Como afirma Bibiana Medialdea (2016), el hecho de «que las mujeres se inserten de forma subalterna en el mercado laboral es la contrapartida a su especialización en los trabajos que se desarrollan en el hogar (trabajo de cuidados y otras cargas domésticas)». Añade la economista que esta división sexual del trabajo, que sitúa a las mujeres a cargo de los cuidados y al hombre como proveedor, perdura en la sociedad española actual, que se supone igualitaria, y se consolidan de manera clara con la formación de la familia, es decir, con la llegada de la maternidad (Medialdea García, 2016).

De esta manera, como estimó Marta Domínguez (2019) en un informe del Observatorio Social de La Caixa, la carga de trabajo derivada de tareas domésticas es asumida en un 70% de las mujeres. La autora destacaba que, si este trabajo «no remunerado fuera considerado un sector de la economía, la parte realizada por las mujeres tendría un peso económico similar al del sector industrial» (Domínguez Folgueras, 2019).

La publicación del Instituto Nacional de Estadística (INE), *Mujeres y hombres en España 2019*, muestra datos interesantes al respecto. Según este informe, el 33,9% de las mujeres trabajadoras consagran 4 horas diarias al cuidado y educación de menores frente a las 2 horas de máximo dedicadas de media por el 36,7% del colectivo trabajador masculino. En cuanto a las tareas domésticas, los hombres trabajadores destinan a su realización una hora diaria, mientras las mujeres emplean el doble. Literalmente, se observa una doble jornada en el caso de las madres que, teniendo una pareja trabajadora,

dedican 37,5 horas semanales al trabajo no remunerado frente a las 16,4 que dedican las mujeres en la misma situación, pero sin descendencia (INE, 2020).

Por otro lado, diversas autoras añaden que esta especialización como cuidadoras se traduce en una reducción en el porcentaje de empleo (remunerado) de las mujeres y una mayor proporción de trabajo a jornada parcial (Alamillos Guardiola, 2016; Medialdea García, 2016). Así lo constata, más recientemente, la encuesta de población activa correspondiente al primer trimestre de 2020, que indica que de las 306.700 personas que, a causa del cuidado de menores o familiares dependientes, trabajan en España a jornada parcial, un 93% (285.300) son mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

La puesta en marcha, con urgencia, de un paquete de medidas de conciliación extraordinarias, debido a la crisis sanitaria, podría haber brindado una oportunidad para fomentar la corresponsabilidad en el cuidado y las tareas del hogar entre los miembros de las F.A.S., un colectivo mayoritariamente masculino. Sin embargo, supuso también el riesgo de estimular la desigualdad en el reparto de las cargas, facilitando las herramientas para que las mujeres militares asumieran el incremento de la demanda de cuidado durante la pandemia. Por tanto, parece pertinente valorar el uso que estas mujeres, como colectivo minoritario y vulnerable, han hecho de estas medidas.

El objetivo principal de este estudio es obtener datos en relación con el uso de medidas de conciliación, durante el periodo de alarma, que han hecho las madres militares en activo.

Como objetivos secundarios se plantearon: a) explorar el uso que dichas mujeres hacían con anterioridad de las medidas de conciliación familiar ofertadas por el Ministerio de Defensa y b) analizar, en los casos que ambos progenitores son militares, el perfil de uso de medidas de conciliación familiar provistas por el Ministerio de Defensa antes y durante el estado de alarma.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño y difusión**

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y retrospectivo a través de un cuestionario electrónico, anónimo y autoadministrado. Estudiados los aspectos normativos y éticos, y tomando en cuenta las normas deontológicas de buena praxis, se garantizó la

confidencialidad y la seguridad de los datos haciendo uso de la información recogida exclusivamente para la elaboración de la investigación propuesta.

Para ello, las mujeres que accedían cuestionario electrónico eran informadas en primer lugar, y antes de responder ninguna pregunta, de la ausencia de vínculo institucional del mismo con las Fuerzas Armadas y de la filiación de las investigadoras. Asimismo, se remarcaba que su participación sería voluntaria y anónima, entendiendo su consentimiento implícito al facilitar sus datos para el estudio.

El cuestionario fue diseñado *ad hoc*, y tras ser sometido al consenso de expertos, se validó en un grupo piloto.

Tras el pilotaje, el enlace de acceso al cuestionario fue distribuido a través de redes sociales el 18 de junio de 2020. El enlace al formulario se mantuvo activo hasta alcanzar un volumen suficiente de respuestas de acuerdo con la muestra estimada (ver apartado «Población y Muestra»), hito alcanzado tres días después de su activación.

La difusión se llevó a cabo, principalmente, en grupos vinculados a mujeres militares, dado que la población diana eran las madres militares en servicio activo. Además, se hizo llegar también a las principales asociaciones profesionales de personal militar, si bien no se obtuvo colaboración en este sentido.

## **Población y muestra**

Los criterios de inclusión fueron ser mujer, madre con hijas/os menores de 18 años o dependientes y estar en situación administrativa de servicio activo en las Fuerzas Armadas. Como criterios de exclusión, se aplicaron los siguientes:

- No tener asignada ningún vacante (ni en destino ni en comisión de servicio).
- Estar destinada en la Red Hospitalaria de la Defensa.

Puesto que se desconocía de manera concreta el número de mujeres que son madres en las Fuerzas Armadas, por no estar recogido en las estadísticas oficiales disponibles del Ministerio de Defensa, se consideró como población para el cálculo del tamaño muestral la cifra media de mujeres miembros de las Fuerzas Armadas durante el año 2019, esto es, 15.453 (Ministerio de Defensa, 2<sup>a</sup>20a). Así, haciendo una estimación con un margen de error del 5% y un intervalo de confianza del 95%, la muestra significativa debía ascender a 375 cuestionarios.

Tras la aplicación de los citados criterios de inclusión y exclusión al total de cuestionarios recibidos (588), la muestra quedó conformada por 473 cuestionarios, con volumen muestral un 26% superior a lo estimado.

El cuestionario estaba estructurado en tres bloques referidos a: I. Datos demográficos individuales, II. Composición del núcleo familiar, III. Uso de medidas de conciliación antes de la pandemia y durante el estado de alarma.

Las diferentes variables estudiadas, entre las que encontramos variables continuas, discretas, dicotómicas y politómicas, se recogen en la Figura 2.

**Figura 2.** Estructura y contenido del cuestionario

<b>BLOQUES Y VARIABLES INCLUIDAS</b>			
<b>I.- DATOS DEMOGRÁFICOS INDIVIDUALES</b>		<b>II.- COMPOSICIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR</b>	
<b>Ítem</b>	<b>Valores variables</b>	<b>Ítem</b>	<b>Valores variables</b>
Edad	Años	Tipo de familia:	Monoparental, biparental; pareja/expareja miembro/no miembro de F.A.S.)
Relación de servicios con las F.A.S.	Temporal o permanente	Número de hijos/as	Número
Escala:	Oficial, Suboficial o Tropa Ejército de Pertenencia: Ejército de Tierra, Ejército del Aire, Armada o Cuerpos Comunes.	Edad de los hijos/as:	0-3, 3-6, 6-12, 12-18, >18
Destino:	Unidades de los Ejércitos o Armada, Órgano Central/UME, Órgano Central (Red Hospitalaria de la Defensa) u otros	Hijos/as con discapacidad o necesidad especial	No/Si (1 hijo con discapacidad / necesidades especiales) /Si (más de un hijo con discapacidad / necesidades especiales)
<b>III.- USO DE MEDIDAS DE CONCILIACIÓN ANTES DE LA PANDEMIA Y DURANTE EL ESTADO DE ALARMA</b>			
<b>Ítem</b>	<b>Valores variables</b>		
¿Disfrutaba, con anterioridad a la pandemia, de alguna medida de conciliación familiar?	Sí/No		
En caso afirmativo, ¿a qué medida de conciliación se acogía?	Flexibilidad, Reducción de jornada, otras (campo abierto)		
¿Disfrutaba, en su caso, su pareja o cónyuge antes de la pandemia de alguna medida de conciliación familiar?	Sí/No		
En caso afirmativo, ¿a qué medida de conciliación se acogía su pareja o cónyuge?	Flexibilidad, Reducción de jornada, otras (campo abierto)		
¿Cómo tuvo conocimiento, por primera vez, de la existencia de la resolución 430/04057/20, que regula la posibilidad de flexibilizar la jornada durante el cierre de centros educativos?	Información facilitada por vía oficial en mi Unidad; A través de lectura directa de la norma; A través de oficinas de información fuera de mi unidad (OFAP, Observatorio de la vida militar o similar); De forma no oficial (por compañeros/as, amistades o redes sociales); De forma no oficial (a través de asociaciones profesionales); Acabo de enterarme de su existencia. No he dispuesto de información en este tiempo.		

<p>¿Se ha acogido a alguna medida de cuidado de hijos al amparo de dicha resolución (430/04057/20)?</p> <p>En caso afirmativo, indique el tipo de medida (puede marcar varias):</p> <p>En caso de haberle retirado, por parte de su Unidad, alguna medida (prevista en dicha resolución 430/04057/20) de la que disfrutaba. Indique cual ha sido la/s circunstancia/s que lo han motivado:</p> <p>En caso de pareja/cónyuge militar ¿Se ha acogido su pareja o cónyuge a alguna medida de cuidado de hijos al amparo de dicha resolución (430/04057/20)?</p> <p>En caso afirmativo, indique el tipo de medida ha disfrutado su cónyuge/pareja (puede marcar varias):</p> <p>En caso de haberle retirado a su pareja/cónyuge, por parte de su Unidad, alguna medida (prevista en dicha resolución 430/04057/20) de la que disfrutaba. Indique cual ha sido la circunstancia/s que lo han motivado:</p>	<p>Sí; No, no la he necesitado; No, no se me ha facilitado por parte de mi Unidad: No, la he solicitado, pero ha sido denegada.</p> <p>Permanencia en domicilio; teletrabajo; Flexibilidad en el horario, dentro de su turno habitual, sin reducción de la duración total del mismo; Cambio de turno: Reducción de la duración de jornada; Otra [...].</p> <p>Cambio de fase en la desescalada; Previsión de fin del estado de alarma (previsto 21/06/2020); Necesidades del servicio; Otra [...].</p> <p>Sí; No, no la ha necesitado; No, no se le ha facilitado por parte de mi Unidad: No, la ha solicitado, pero ha sido denegada</p> <p>Permanencia en domicilio; teletrabajo; Flexibilidad en el horario, dentro de su turno habitual, sin reducción de la duración total del mismo; Cambio de turno: Reducción de la duración de jornada; Otra [...].</p> <p>Cambio de fase en la desescalada; Previsión de fin del estado de alarma (previsto 21/06/2020); Necesidades del servicio; Otra [...].</p>
---	--

El formulario estaba compuesto en total por 27 ítems, la mayoría de respuesta múltiple. En algunos casos se permitía la redacción libre, por parte de las participantes, de opciones que pudieran no haber sido contempladas en la respuesta. Por ejemplo, para explicar su modelo de familia o el tipo de medida de conciliación que se disfrutaba.

### **Análisis estadístico**

Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo, realizando un estudio de frecuencias absolutas y relativas de las diferentes respuestas. Los cálculos y gráficos se obtuvieron a través de hojas de cálculo Microsoft Excel 2013.

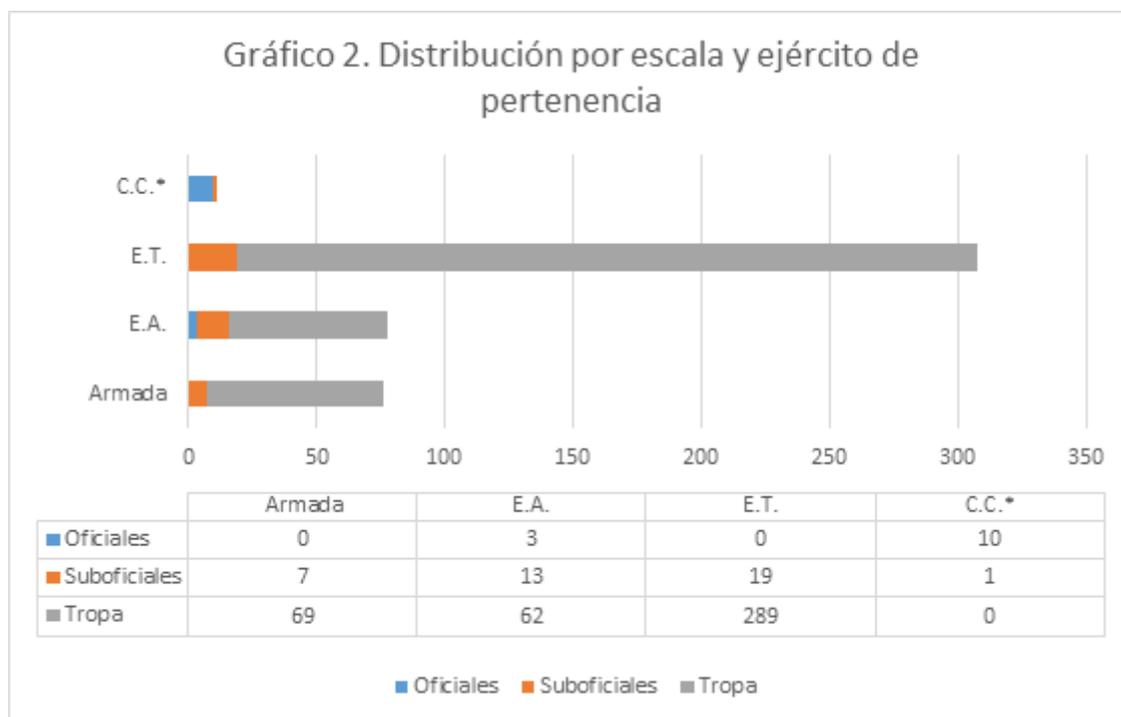
## **RESULTADOS**

### **Características sociodemográficas de la muestra**

Como se ha adelantado, la muestra estuvo conformada por los cuestionarios correspondientes a 473 mujeres, cuya edad media fue 37,5 años ( $\sigma$  4.76), con un rango de 1 a 4 hijas/os (media 1,7). El 81% de ellas tenía una vinculación temporal con las Fuerzas Armadas, mientras que el 19% tenía consideración de militar de carrera.

Por escalas y ejércitos, la distribución fue la indicada en el gráfico 2, con una marcada ausencia de mujeres Oficiales. Cabe destacar que las escasas oficiales que participaron pertenecían a los mayoritariamente a los Cuerpos Comunes de la Defensa. Hubo tan solo tres pertenecientes al Ejército del Aire y ninguna de la Armada o del Ejército de Tierra.

**Gráfico 2.** Distribución de las encuestas recibidas por escala y ejército de pertenencia



E.A.: Ejército del Aire; E.T.: Ejército de Tierra; C.C.: Cuerpos Comunes de la Defensa. \* No existe personal de tropa perteneciente a los Cuerpos Comunes.

La mayoría de ellas formaba parte de un núcleo familiar biparental (76,5%; n=362) con un cónyuge, pareja de hecho o conviviente, que en un gran número de casos (n=211) pertenecía también a las Fuerzas Armadas. Solo un 4% (n=20) declaraban ser divorciadas en régimen de custodia compartida. En total, un 16,5% (n=78) pertenecían a una familia monoparental, incluyendo en este grupo a madres solteras, viudas y aquellas que, estando divorciadas, ostentaban la custodia completa y, por tanto, la responsabilidad única y plena del cuidado de sus hijas y/o hijos. Finalmente, 13 (2,75%) se encontraban en situaciones no incluidas en ninguna de las anteriores.

Resulta importante señalar que un 83,5 % de las participantes tenía al menos un hijo o hija menor 12 años y un 53,5% tenía dos o más descendientes menores de esta edad. Además, 26 de las participantes declaraban tener algún descendiente con necesidades especiales de cuidado o discapacidades. Todas estas personas, por tanto, estarían englobadas en el ámbito

de aplicación de las normas que rigen las medidas de conciliación familiar en el seno de las F.A.S., en condiciones normales (Gobierno de España, 2015).

### **Uso de medidas de conciliación antes de la pandemia**

Un alto porcentaje, 61,9% de las militares encuestadas tenían concedida, antes de la pandemia, algún tipo de medida de conciliación familiar. La medida de la que se hacía uso con mayor frecuencia (n=165) era la reducción de jornada por cuidado de menores, seguido de medidas de flexibilidad horaria (n=88). Solo 18 de las 473 participantes declaraban que era su pareja, y no ellas, quien disfrutaba de medidas de conciliación. En este caso, primando la flexibilidad horaria (10) sobre el resto de las medidas. Un poco mayor es la proporción de parejas en que los dos progenitores tenían concedidas medidas de conciliación familiar (8,2%, n=39). Nuevamente, las medidas más frecuentes adoptadas por las parejas de las participantes eran medidas de flexibilidad horaria (n=17), y tan solo en nueve casos el cónyuge o pareja gozaba de reducción de jornada con pérdida retributiva.

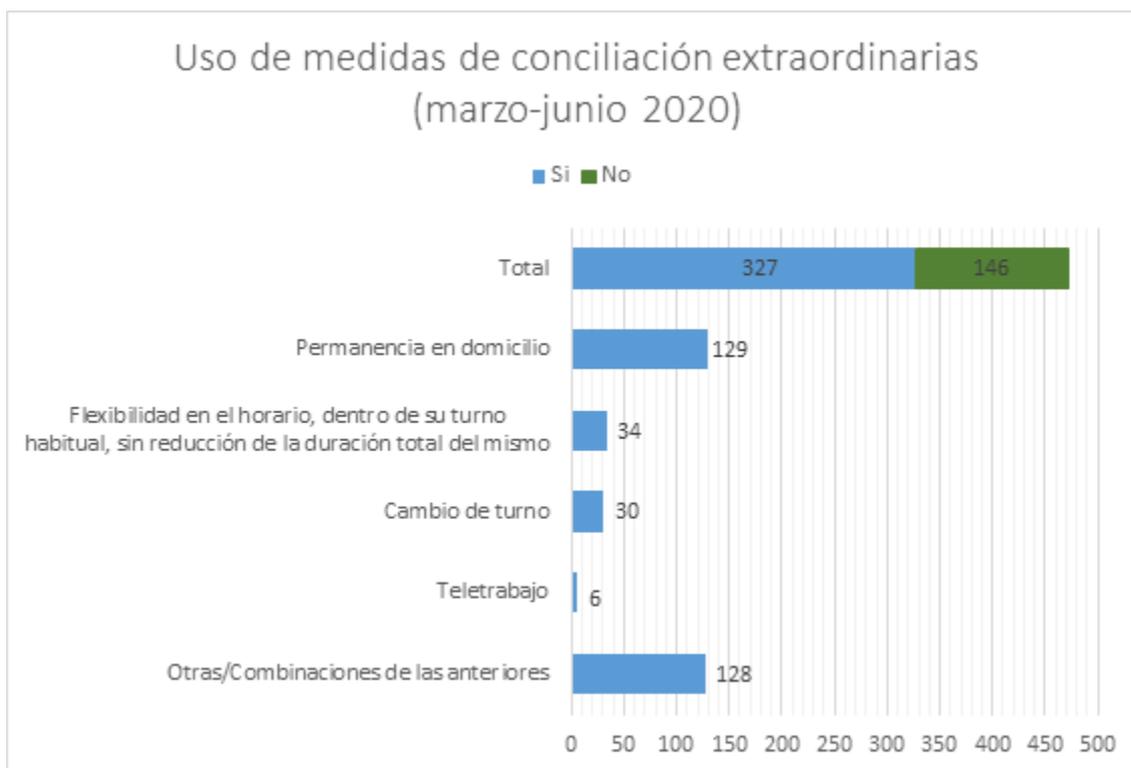
En el caso de las familias monomarentales (n=75), una gran mayoría (70,3%) utilizaba medidas de conciliación familiar de manera previa a la pandemia, fundamentalmente, reducciones de jornada (32) y medidas de flexibilización horaria (16).

### **Uso de medidas de conciliación durante el estado de alarma**

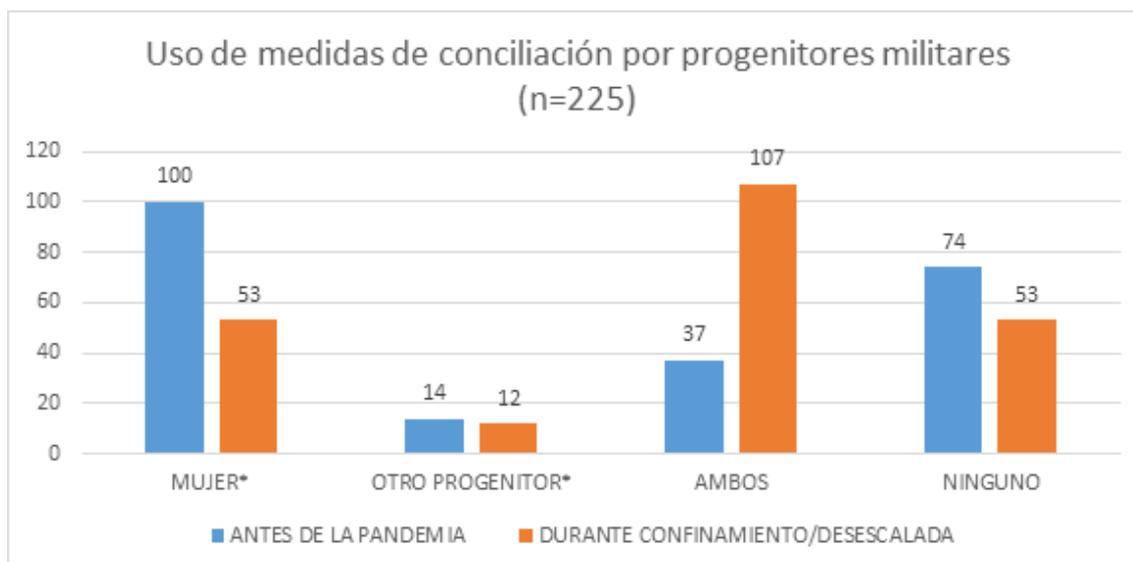
La primera pregunta que se realizó, en este bloque, a las mujeres participantes fue en relación con la vía por la que habían tenido conocimiento de las medidas de conciliación extraordinarias para el periodo de cierre de centros educativos. Los canales informales fueron la vía mayoritaria para obtener información inicial (44,6%), principalmente obtenida a través de compañeros/as, amistades o redes sociales. Los canales oficiales proporcionaron la información inicial al 36,1% de las madres encuestadas, englobando en este grupo tanto la información provista por las propias Unidades de destino como la obtenida por fuentes como la intranet del Ministerio de Defensa, oficinas de información al personal, etc. Una minoría (n=35) declaraba no haber tenido conocimiento, hasta la fecha de cumplimentación del cuestionario, por ninguna vía, y el resto habían recibido información simultánea de fuentes oficiales y no oficiales.

Un 66,17 % de las encuestadas había hecho uso de algún tipo de medida amparada en esta resolución (Gráfico 3). Las medidas implementadas incluyeron la permanencia en domicilio para el cuidado del menor, el teletrabajo, los cambios de turno, la alternancia con la pareja para acudir al centro de trabajo y atender a los/as hijos/as; o combinaciones de varias de ellas.

**Gráfico 3.** Uso de las participantes de medidas de conciliación extraordinarias (marzo-junio 2020)



Se ha indagado, de manera particular, en aquellos casos en que ambos progenitores pertenecían a las F.A.S. En este grupo, que incluye tanto parejas o exparejas con custodia compartida (n=225), se ha observado el uso que estos habían hecho de las medidas de conciliación excepcionales puestas a su disposición durante la pandemia. La comparación entre las frecuencias de uso de medidas de conciliación antes y después de la pandemia puede observarse en el Gráfico 4.

**Gráfico 4.** Uso de medidas de conciliación en parejas/exparejas de progenitores militares (n=225).

(\*) Uso de medidas de manera exclusiva, sin que el otro progenitor opte por ellas.

En cuando a las madres a cargo de una familia monoparental (n=78), la frecuencia de uso de medidas de conciliación ha aumentado ligeramente durante el confinamiento. Si bien se ha pasado, en la mayoría de los casos, de la reducción de jornada o la flexibilidad a la permanencia en domicilio para el cuidado de los menores a cargo (Tabla 1).

**Tabla 1.** Cambio en el uso de medidas de conciliación en familias monoparentales durante el Estado de Alarma

FAMILIAS MONOPARENTALES (N=78)			
Antes de la pandemia (n)		Periodo de Alarma (n)	
Flexibilidad horaria	16	Permanencia en domicilio	11
		Reducción de jornada	3
		Sin cambios	2
Reducción de jornada	32	Permanencia en domicilio	26
		Sin cambios	6
Otras medidas	7	Permanencia en domicilio	5
		Sin cambios	2
No usa medidas de conciliación	23	Permanencia en domicilio	9
		Flexibilidad horaria	1
		Exoneración de guardias	1
		Sin cambios	12

Cabe destacar que, durante el periodo estudiado, se concedieron medidas de conciliación familiar a progenitores militares con descendientes mayores de 12 años,

habitualmente no amparados por la normativa de la institución. Si bien, en la muestra, el número de mujeres que solo tienen hijas/os entre 12 y 18 años no es suficiente para obtener conclusiones (22), sí puede abrir el debate sobre las necesidades de custodia y cuidado de este grupo de edad.

Tanto en el caso de las madres participantes como, en su caso, de sus parejas o exparejas militares, el fin de las medidas excepcionales de conciliación familiar se ha debido al fin de estado de alarma, el avance de las fases en la desescalada o las necesidades del servicio.

## DISCUSIÓN

Los datos vienen a corroborar la opinión de M.<sup>a</sup> Cándida Alamillos (2016) y Bibiana Medialdea (2016) en tanto que, también en el caso de las madres militares y de manera habitual, son ellas, y no sus parejas, quienes de manera habitual optan por reducir las jornadas de trabajo. Tal y como muestran los resultados obtenidos, esta tendencia se mantiene incluso cuando ambos comparten el mismo ambiente y tienen a su alcance exactamente las mismas medidas de conciliación familiar. Tal como afirma Marta Fernández Prieto «las medidas de conciliación son herramientas imprescindibles para la incorporación de mujeres al mercado de trabajo, pero su implementación debe garantizar una corresponsabilidad real para hacer efectiva la igualdad de hombres y mujeres en el mercado de trabajo» (2020). En este sentido, de acuerdo con nuestros datos, la crisis sanitaria parece haber estimulado, significativamente en el contexto de la comunidad militar, la cantidad de padres que ha disfrutado de medidas de conciliación, quizá por la mayor sensibilidad institucional hacia la necesidad del cuidado de menores. Así, la adopción de medidas de conciliación por parte de los dos progenitores, en el caso de parejas y exparejas militares, ha permitido en muchos casos contar con los servicios de ambos durante la pandemia de manera coordinada y armónica. Sin forzar a la madre ni al padre a asumir en solitario la responsabilidad de la atención de los menores, abandonando su puesto.

Diversas investigaciones se han interesado por las razones que condicionan las diferencias entre padres y madres a la hora de acogerse a medidas de conciliación laboral, cuando la accesibilidad a estas es similar para ambos grupos. En 2013, Simon B. Burnett et al. destacaron que «los padres se sienten con frecuencia invisibles en su trabajo en cuanto a su rol paterno. Los padres perciben que, mientras medidas favorables a las

familias parecen en teoría accesibles para ambos padres, en la práctica tienen como objetivo las madres trabajadoras» (2013). De la misma manera, José A. Fernández Cornejo et al. identificaron factores relacionados con «cultura organizacional en el entorno de trabajo» entre aquellos que operan sobre «la capacidad de agencia» de los padres en el uso de medidas de conciliación, es decir, en la decisión efectiva de acogerse a este derecho laboral (Fernández-Cornejo et al., 2018). Destacan principalmente el «estigma de la conciliación» que marca a «quienes usan las medidas de conciliación son considerados menos productivos y menos comprometidos con la empresa», lo que a corto, medio o largo plazo puede tener un impacto en la carrera profesional de estos trabajadores, habitualmente, mujeres. Afirma este estudio que una mayor corresponsabilidad por parte de los padres lleva aparejada una menor penalización profesional sobre las madres (Fernández-Cornejo et al., 2018).

Otro estudio, más reciente, del mismo equipo investigador, vuelve a señalar a la cultura institucional respecto al escaso uso de medidas de conciliación por parte de los padres, alegando que una mayoría de ellos afirman «que en sus empresas se considera más natural que una madre solicite una medida de conciliación que el que lo haga un padre» (Fernández-Cornejo et al., 2019).

Respecto a las madres solteras, viudas o divorciadas con custodia exclusiva, sin querer entrar en el debate de otros autores sobre si el uso del neologismo monomarental es o no adecuado lingüísticamente (Flores Acuña, 2017), su situación durante la pandemia ha dejado clara la vulnerabilidad de un sistema de cuidados en el que la corresponsabilidad no es una opción. Si bien los resultados obtenidos eran esperables, no dejan de ser ilustradores de la absoluta dependencia de los menores con respecto a sus madres. En este sentido parece importante reflexionar sobre el impacto que las pérdidas retributivas, asociadas al uso de medidas de conciliación, suponen en estos casos y cómo pueden situar a estas familias en el riesgo de exclusión social, señalado por Rosa Santibañez et al. (2018).

En otro orden de cosas, resulta interesante destacar que el derecho a medidas de conciliación familiar para el personal militar en condiciones de normalidad, como para el resto de la administración pública, está prevista solo para progenitores con menores a cargo de menos de 12 años (Gobierno de España, 2015). Sin embargo, la situación de confinamiento ha puesto de manifiesto la necesidad de cuidados también en el caso mayores de 12 años, que no tienen suficiente autonomía para permanecer en soledad en

el domicilio. Una situación similar a lo que puede producirse durante guardias, ejercicios de adiestramiento, despliegues o navegaciones de días, semanas o meses de duración. Quizá esta nueva perspectiva haga plantearse cómo las necesidades de conciliación del personal militar pueden diferir de las del funcionariado de otras administraciones públicas, debido a la propia naturaleza de la actividad que desarrollan.

### **Limitaciones y fortalezas**

Entre las limitaciones de este estudio habría que destacar aquellas derivadas del uso de un formulario autoadministrable, como el envío de cuestionarios por personas no pertenecientes a la población de estudio, duplicidades o cuestionarios incompletos. Esto obligó a la eliminación de un alto número de encuestas recibidas para la obtención de la muestra definitiva.

Sin duda, la distribución demográfica de la muestra provoca ciertas dudas sobre la posibilidad de extrapolar los hallazgos al colectivo de mujeres oficiales con marcadas características diferenciales, probablemente derivadas, entre otras causas, de su posición en la jerarquía militar o de la influencia de procesos de aculturación institucional más largos durante los periodos formativos en academias militares.

El tamaño de la muestra, el uso de datos primarios y el momento de recolección de estos constituyen, por el contrario, la fortaleza de este estudio.

## **CONCLUSIONES**

Las mujeres militares, madres en servicio activo han incrementado el uso de medidas de conciliación durante el estado de alarma. Tanto durante estos meses como de manera habitual son ellas las que asumen mayoritariamente la carga de la conciliación laboral.

Sin embargo, en los casos en que ambos progenitores son militares, las condiciones de excepcionalidad vividas durante el periodo de confinamiento y la oferta de medidas más flexibles, sin pérdida retributiva, ha duplicado el número de casos en que el padre, principalmente en coincidencia con la madre, ha optado por solicitar medidas de conciliación familiar. Esto no solo puede contribuir a la mayor corresponsabilidad en el hogar, sino a aminorar las consecuencias profesionales de la maternidad en las mujeres de las F.A.S.

En el caso de familias monoparentales, las mujeres han optado de forma mayoritaria por la permanencia en domicilio para el cuidado de sus hijos. Lo que expone de forma

clara la vulnerabilidad social y económica de estas familias, que dependen de una madre que es a la vez la única cuidadora y fuente de ingresos exclusiva.

Por otro lado, en este contexto militar, parece necesario prestar atención a las necesidades de conciliación para atender el cuidado de menores mayores de 12 años que, aun con una dependencia menor, siguen sin ser autónomos para prescindir completamente de la presencia de sus figuras parentales.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALAMILLOS GUARDIOLA, M<sup>a</sup> Cándida. La maternidad tardía: expresión contemporánea del patriarcado occidental. En: *Revista de Antropología Experimental*. 2016, núm. 16, pp. 213-221.
- BURNETT, Simon B., et al. Fathers at Work: A Ghost in the Organizational Machine. En: *Gender, Work and Organization*. 2013, vol. 20, núm. 6, pp. 632-646. ISSN 1468-0432.
- DOMINGUEZ FOLGUERAS, Marta. *¿Cuánto Vale El Trabajo Doméstico En España?*. Observatorio Social de La Caixa, diciembre 2019. [Consulta: 30 de junio de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3tyjJwb>.
- EUROPAPRESS. *Más de un tercio de las mujeres militares se acogen a reducciones de jornada frente al 3,75% de hombres*. 7 de octubre de 2018. [Consulta: 17 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3fwpOAY>.
- EXPÓSITO, José Luis; TARILONTE, Elena; HERNÁNDEZ, Víctor. Operación Balmis. Todos los días son lunes. Las Fuerzas Armadas apoyan a la población y a los servicios públicos en sus esfuerzos para contener la epidemia. En: *Revista Española de Defensa*. 2020, vol. 33, núm. 371, pp. 10-24.
- FERNÁNDEZ-CORNEJO, José Andrés; ESCOT, Lorenzo (coords.). *Brecha madre-padre en el uso de las medidas de conciliación y su efecto sobre las carreras profesionales de las madres*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2018. [Consulta: 1 de julio de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3laA9yV>.
- FERNÁNDEZ-CORNEJO, José Andrés, et al. ¿Por qué los hombres utilizan poco las medidas de conciliación de la vida laboral y familiar? ¿Puede hacer algo la política económica? En: *Researchgate*. 2019. Disponible en: <https://bit.ly/323tuqM>.
- FERNÁNDEZ PRIETO, Marta. Conciliación de responsabilidades de progenitores y cuidadores e igualdad de oportunidades en la directiva (UE) 2019/1158. En: *Revista de Derecho Social y Empresa*. 2020, núm.12, pp. 3-30.
- FLORES ACUÑA, Estefanía. Nuevos modelos de familia y léxico español actual. En: *Tonos digital: Revista de estudios filológicos*. 2017, núm. 32.
- GARCÍA-CALVENTE, María del Mar; DEL RÍO LOZANO, María; MAROTO NAVARRO, Gracia. Género, cuidados y coronavirus: antes, durante y después de la pandemia. En: Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Familias. *Comprender el COVID-19 desde una perspectiva de salud pública*. Granada: Profesionales de la Escuela Andaluza de Salud Pública, 8 de mayo de 2020. [consulta: 25 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/genero-cuidados-y-coronavirus-antes-durante-y-despues-de-la-pandemia/>

- GOBIERNO DE ESPAÑA. Ley 56/1961, de 22 de julio, sobre derechos políticos, profesionales y de trabajo de la mujer. En: *Boletín Oficial del Estado*. 24 de julio de 1961, núm. 175, pp. 181.004-11.005.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. Constitución Española. En: *Boletín Oficial del Estado*. 29 de diciembre de 1978, núm. 311.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. Real Decreto ley 1/1988, de 22 de febrero, por el que se regula la incorporación de la mujer a las Fuerzas Armadas. En: *Boletín Oficial del Estado*. 23 de febrero de 1988, núm. 46, p. 5.672.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. Ley 17/1989, de 19 de julio, reguladora del régimen de personal militar profesional. En: *Boletín Oficial del Estado*. 20 de julio de 1989, núm. 172, pp. 23.129-23.147.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. Ley 984/1992, de 31 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Tropa y Marinería profesionales de las Fuerzas Armadas. En: *Boletín Oficial del Estado*. 31 de agosto de 1992, núm. 209, pp. 30.037-30.042.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. Ley 17/1999, de 18 de mayo, de régimen de personal militar profesional. En: *Boletín Oficial del Estado*. 19 de mayo de 1999, núm. 119, pp. 18.751-18.797.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. Ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la carrera militar. En: *Boletín Oficial del Estado*. 20 de noviembre de 2007, núm. 278, pp. 47.336-47.340.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. Orden DEF/253/2015, de 9 de febrero, por la que se regula el régimen de vacaciones, permisos, reducciones de jornada y licencias de los miembros de las Fuerzas Armadas. En: *Boletín Oficial del Estado*. 18 de febrero de 2015, núm. 42, pp. 13.193-13.208.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. Real Decreto 577/2017, de 12 de junio, por el que se modifica el Reglamento de destinos del personal militar profesional aprobado por el Real Decreto 456/2011, de 1 de abril de 2017. En: *Boletín Oficial Del Estado*. núm. 140, pp. 48.542-48.549.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. Orden DEF/111/2019, de 8 de febrero, por la que se regula la estructura y funcionamiento del observatorio militar para la igualdad entre mujeres y hombres en las Fuerzas Armadas. En: *Boletín Oficial del Estado*. 9 de febrero de 2019, núm. 35, pp. 12.403-12.407.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. En: *Boletín Oficial del Estado*. 14 de marzo de 2020, núm. 67, pp. 25.390-25.400.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. SUBSECRETARÍA DE DEFENSA. Resolución 430/04057/20, del subsecretario de defensa, sobre jornada laboral para el personal militar de las Fuerzas Armadas, con motivo de las medidas excepcionales adoptadas por las autoridades de

- Salud Pública para la contención del COVID-19. En: *Boletín Oficial de Defensa*. 2020, vol. 36, núm. 50, pp. 6.374-6.375.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Mujeres y hombres en España*. Disponible en: <https://bit.ly/33LeiiM>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Ocupados a tiempo parcial por motivo de la jornada parcial, sexo y grupo de edad. En: *Encuesta de Población Activa Primer trimestre 2020*. [Consulta: 25 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=4181&L=0>.
- MEDIALDEA GARCÍA, Bibiana. Discriminación laboral y trabajo de cuidados: el derecho de las mujeres jóvenes a no elegir. En: *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*. 2016, vol. 1, núm. 1, pp. 90-107.
- MINISTERIO DE DEFENSA. SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA. UNIDAD DE ESTADÍSTICA DEL ÓRGANO CENTRAL. *Estadística de personal militar de complemento, militar de tropa y marinería y reservista voluntario, año 2019*. Madrid: Ministerio de Defensa, mayo de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3qy3UUr>.
- MINISTERIO DE DEFENSA. SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA. UNIDAD DE ESTADÍSTICA DEL ÓRGANO CENTRAL. *Estadística de personal militar de carreras de las FAS de las categorías de oficial general, oficial y suboficial y de personal militar de carrera en el cuerpo de la Guardia Civil 2019*. Madrid: Ministerio de Defensa, mayo de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3FB2ywl>.
- OBSERVATORIO MILITAR PARA LA IGUALDAD. SECRETARÍA PERMANENTE DE IGUALDAD. Informe anual 2019 de evolución de la mujer y el hombre en las Fuerzas Armadas. En: *Ministerio de Defensa Homepage*. Madrid: 2020. [Consulta: 7 de julio de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3qHaesV>.
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe. En: *CEPAL homepage*. Santiago de Chile: División de Asuntos de Género, abril 2020. [Consulta: 23 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/33jedTB>.
- RTVE. *Todas las Comunidades Autónomas cierran los centros educativos para frenar el coronavirus*. Madrid: 12 de marzo de 2020. [Consulta: 20 de junio de 2020] Disponible en: <https://bit.ly/3I53I4O>.
- SANTIBAÑEZ, Rosa; FLORES, Natalia; MARTÍN, Alba. Familia monomarental y riesgo de exclusión social. En: *IQual. Revista de Género e Igualdad*. 2018, núm. 1, pp. 123-144.
- SOLANAS CARDÍN, María. La crisis del COVID-19 y sus impactos en la igualdad de género. En: *Real Instituto Elcano Homepage*. 1 de abril de 2020. [Consulta: 25 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3nsF9Ha>.

# PERSPECTIVA DE GÉNERO EN PROFESIONALES DE LA SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

*A Gender Approach to Health Professionals During the COVID-19 Pandemic*

Ana Rodríguez-Cala<sup>1</sup>, Candela Calle-Rodríguez<sup>1</sup>, Anna Pons-Rodríguez<sup>2</sup>, Noemí Durán-García<sup>1</sup>

Autor correspondencia: Ana Rodríguez-Cala

Correo electrónico: [arcala@iconcologia.net](mailto:arcala@iconcologia.net)

1. Instituto Catalán de Oncología. (*Hospitalet de Llobregat, España*)
2. Institut Català de la Salut. (*Lleida, España*)

Recibido: 24/07/2020 Aceptado: 27/07/2021



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** La pandemia de COVID-19 ha generado una crisis sanitaria con un contundente impacto social, derivado en gran medida de las políticas de confinamiento de la población. Estudios anteriores han puesto en evidencia las desigualdades de género que generan las pandemias. **OBJETIVO.** Esta investigación tiene como objetivo identificar el impacto de la pandemia de la COVID-19 en profesionales de la salud desde perspectiva de género, en aspectos de la esfera profesional, familiar y social. **MATERIAL Y MÉTODO.** El estudio es de tipo exploratorio descriptivo, con una metodología de investigación cuantitativa transversal. El instrumento para la recogida de los datos es un cuestionario estructurado administrado por correo electrónico. Se realiza un análisis descriptivo de las principales características de las personas participantes según el género. **RESULTADOS.** Los resultados del estudio apuntan a la existencia de desigualdades entre profesionales de la salud, determinadas por el género, en referencia a la participación en la toma de decisiones, la diferente carga que suponen las tareas de cuidado, el impacto en aspectos emocionales y percepciones sobre lo que supone la pandemia para hombres y mujeres. **CONCLUSIONES.** El papel de la mujer debe ser tenido en cuenta en la gestión de las pandemias. Especialmente debe implicarse a las mujeres en la toma de decisiones en el ámbito de la salud para tratar aspectos relacionados con el abordaje sanitario, así como las consecuencias sociales y emocionales que afectan a las profesionales derivadas de la carga asistencial y la falta de corresponsabilidad en los cuidados.

*Palabras clave:* género; coronavirus; pandemias; personal de salud; COVID-19.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** The COVID-19 pandemic has brought about a health crisis with a strong social impact, largely derived from population confinement policies. Previous studies have highlighted the gender inequalities that pandemics generate. **OBJECTIVE.** This research aims to identify the impact of the COVID-19 pandemic on health professionals with a gender perspective in aspects related to their work, family, and social spheres. **MATERIAL AND METHOD.** The study is descriptive exploratory, with a cross-sectional quantitative research methodology. The instrument for data collection is a structured questionnaire administered by email. A descriptive analysis of the main characteristics of the participants according to gender is performed. **RESULTS.** The results of the study point to the existence of inequalities between health professionals, determined by gender, in reference to participation in decision-making, the different burden of care tasks, the impact on emotional aspects and perceptions about what supposes the pandemic for men and women. **CONCLUSIONS.** The role of women must be taken into account in the management of pandemics. Women should be especially involved in decision-making in healthcare to deal with the social and emotional consequences that affect health professionals, and which derive from the care burden and the lack of co-responsibility in the provision of care

*Keywords:* Gender Identity, Coronavirus, Pandemics, Health Personnel, COVID-19.

## INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la pandemia por el coronavirus SARS-Cov-2. En España, el mismo mes se declara el estado de alarma en todo el territorio español (Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19), iniciando un confinamiento de la población que durará, en diferentes grados, hasta el 21 de junio del mismo año.

La pandemia de COVID-19, provocada por el SARS-Cov-2, ha generado un gran impacto en nuestra sociedad, además del sanitario, con consecuencias psicológicas que repercuten en la vida laboral, social y familiar de las personas, según recogen Balluerka et al. (2020). Esta situación afecta especialmente a las mujeres, que sufren mayor precariedad y pobreza laboral en algunos de los sectores afectados por la crisis, como han apuntado Solanas (2020) y Alon et al. (2020).

Además, las mujeres realizan la mayor parte del trabajo doméstico y el cuidado de personas dependientes, como muestra un estudio del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (2020), asumiendo una mayor carga mental. A las dificultades habituales de conciliación y falta de corresponsabilidad, durante el estado de alarma se le suma el cierre de los centros educativos, el teletrabajo y el confinamiento, con la consiguiente sobrecarga de trabajo.

El confinamiento también ha afectado a las mujeres que han hecho teletrabajo y han tenido que compaginarlo con las tareas del hogar y el cuidado de hijos e hijas y personas dependientes. Esta situación ha provocado ansiedad y estrés en muchas personas, especialmente en las mujeres, como evidencia Benlloch (2020).

En el caso de las profesionales de la salud, la pandemia las ha situado en el centro de la crisis sanitaria, por la alta feminización del sector. En España, las mujeres representan el 68% del personal sanitario (51% en medicina, 84% en enfermería, 72% en farmacia y 82% en psicología), según los datos publicados por el Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (2020) a partir de la Encuesta de Población Activa (EPA).

Así, las mujeres han estado más expuestas a la enfermedad, puesto que su contacto directo con pacientes afectados por coronavirus implica un elevado nivel de exposición al contagio. Situación a la que hay que sumar la presión derivada de doblar turnos y hacer más horas extra. Además de la presión asistencial, se han enfrentado a la situación de

confinamiento familiar con consecuencias emocionales y psicológicas como observan Liu et al. (2020), y como se ha evidenciado también en anteriores pandemias por Holroyd et al. (2008).

Las proporciones de la crisis de la COVID-19 son aún desconocidas y tendrá graves consecuencias sociales y económicas que afectarán de manera diferente a mujeres y hombres, como apuntan diversos trabajos (véase, por ejemplo, Castellanos-Torres et al., 2020; Wenham et al., 2020; The Lancet, 2020), por lo que la perspectiva de género será crucial para que las soluciones que se implementen eviten que lo peor de la pandemia recaiga sobre ellas.

Con esta investigación se pretende profundizar en algunos de los aspectos que podrían generar desigualdades de género. El objetivo es identificar el impacto de la pandemia de la COVID-19 en profesionales de la salud desde una perspectiva de género, en aspectos de la esfera profesional, familiar y social.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Diseño**

El diseño del estudio es de tipo exploratorio descriptivo, identifica percepciones, opiniones y comportamientos de los profesionales de la salud durante la epidemia de COVID-19 desde una perspectiva de género. La metodología de investigación es cuantitativa transversal y analiza el fenómeno estudiado durante las semanas centrales de la crisis sanitaria en el ámbito nacional (España). La recogida de información se realizó mediante cuestionario autocompletado. Para su diseño se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Google Scholar y Dialnet sobre la perspectiva de género y se seleccionaron los artículos que tenían relación con el estudio.

### **Población**

La población objeto de estudio son profesionales del sector salud en activo en hospitales y atención primaria, de centros públicos y privados, durante la crisis de la COVID-19 en España.

## Muestra

La técnica de muestreo es no probabilística por accesibilidad. El criterio de inclusión son profesionales del sector salud en activo durante la crisis de la COVID-19 en España (hospitales y centros de atención primaria). Profesionales del sector salud incluye personal médico, personal de enfermería, personal técnico de cuidado de enfermería (TCAE), personal técnico, farmacia hospitalaria y personal directivo. La muestra la componen 2.478 profesionales sanitarios de 46 provincias diferentes.

## Instrumento y variables

El instrumento para la recogida de los datos es un cuestionario estructurado. Debido al carácter exploratorio del estudio, se plantean diferentes preguntas de investigación construidas a partir de la escasa bibliografía disponible en el momento del diseño (Tabla 1).

**Tabla 1.** Temas y preguntas de investigación incluidas en el diseño del cuestionario

Tema	Fuente	Pregunta de investigación
<b>Aspectos profesionales</b>		
Carga de trabajo sanitario	Solanas (2020) Holroyd (2008) Liu (2020) Wenham (2020)	¿Mujeres y hombres han asumido la misma carga de trabajo asistencial durante la crisis del coronavirus?
Implicación en la toma de decisiones	UN Women (2020)	¿Mujeres y hombres han participado de forma igualitaria en la toma de decisiones para el abordaje de la enfermedad?
<b>Aspectos relacionados con el hogar y los cuidados</b>		
Reparto de tareas domésticas y de cuidados	Solanas (2020) UN Women (2020)	¿El impacto del confinamiento familiar es igual para mujeres y hombres?
<b>Aspectos emocionales</b>		
Impacto emocional	Holroyd (2008) Liu (2020)	¿La percepción sobre el riesgo de contagio es igual para hombres y mujeres? ¿El impacto emocional de la pandemia es igual para hombres y mujeres?

<b>Aspectos sociales</b>		
Salud sexual y reproductiva	Solanas (2020) UN Women (2020)	¿La percepción del acceso a la anticoncepción y la atención pre y postparto es igual para hombres y mujeres sanitarios?
Violencia de género	Solanas (2020) Ruiz-Pérez (2020)	¿La percepción sobre la violencia de género es igual para hombres y mujeres sanitarias?
Desequilibrios de género	Solanas (2020) The Lancet (editorial) (2020) UN Women (2020) Wenham (2020)	¿El impacto social de la pandemia afecta más a las mujeres?
<b>Reconocimiento social</b>	-	¿El sentimiento de reconocimiento público es igual para mujeres y hombres?

El objetivo que se persigue con el cuestionario es traducir las variables empíricas, sobre las que se desea información, en preguntas concretas capaces de suscitar respuestas fiables, válidas y susceptibles de ser cuantificadas. El cuestionario incluye 30 preguntas divididas en características sociodemográficas, aspectos profesionales, aspectos relacionados con el hogar y los cuidados, aspectos emocionales, aspectos sociales sobre el impacto de la pandemia, con el género como variable determinante. Para la validación de la comprensión del cuestionario, se realizó prueba piloto con 5 profesionales (2 medicina, 2 enfermería, 1 auxiliar), que derivó en una modificación en la pregunta referida a la profesión.

### **Técnica de recogida de datos**

Encuesta administrada por correo electrónico con acceso a cuestionario en línea. Para la captación de participantes se solicitó la colaboración voluntaria de los colegios profesionales médicos y de enfermería, para que distribuyeran el cuestionario entre las personas colegiadas. No se tiene constancia del número de colegios que realizaron difusión del cuestionario. También se solicitó la colaboración a dos sociedades, la Sociedad Española de Calidad Asistencial y la Sociedad Española de Directivos de la salud, que distribuyeron la encuesta entre las personas asociadas previa validación de la junta directiva de ambas.

La recogida de los datos se realizó mediante el cuestionario estructurado autoadministrado a través de un aplicativo informático en línea. El trabajo de campo tuvo lugar entre los meses de abril y mayo de 2020.

### **Análisis de datos**

Se realizó un análisis descriptivo de las principales características de las personas participantes según el género. Todas las variables eran categóricas, fueron descritas por medio del número de casos y el porcentaje respecto al total por categoría y según el género. No se tuvieron en cuenta los datos *missing*. Para evaluar las diferencias de cada variable según el género, se realizó un Test Chi-cuadrado.

La significación estadística se fijó a un nivel de 0,05 (p-valor < 0.05). El paquete estadístico que se utilizó para realizar el tratamiento de los datos y su análisis estadístico fue el R versión 3.5.0., usando la librería «compareGroups».

### **Consideraciones éticas**

Todos los datos obtenidos en esta investigación han sido tratados de manera anónima para preservar la confidencialidad, conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

El estudio no ha pasado por un CEIC, ni se ha solicitado consentimiento informado a las personas participantes, en tanto que la información recogida es opinión de profesionales mediante un cuestionario de respuesta voluntaria que no incluye datos personales.

## **RESULTADOS**

### **Características sociodemográficas**

En primer lugar, se presenta la descripción de los participantes y las características sociodemográficas (Tabla 2). El total de participantes que respondieron a la encuesta fue de 2.478 profesionales de la salud (426 hombres y 2.052 mujeres), de 46 provincias diferentes. La edad de mayor representatividad ha sido de 30 a 50 años (189 hombres y 1.014 mujeres), seguido de más de 50 años (181 hombres y 771 mujeres).

**Tabla 2.** Descripción características sociodemográficas de las personas encuestadas

	<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Test Chi p-value</b>
	<b>N=2.478</b>	<b>N=426</b>	<b>N=2.052</b>	
Edad				0,127
[18-30)	293 (12,0%)	52 (12,3%)	241 (11,9%)	
[30-50)	1.203 (49,1%)	189 (44,8%)	1.014 (50,0%)	
>=50	952 (38,9%)	181 (42,9%)	771 (38,1%)	
Profesión				<0,0001
Directivo/a	125 (5,0%)	43 (10,1%)	82 (4,0%)	
Enfermero/a	967 (39,0%)	109 (25,6%)	858 (41,8%)	
Farmacéutico/a	19 (0,8%)	1 (0,2%)	18 (0,9%)	
Médico/a	549 (22,2%)	138 (32,4%)	411 (20,0%)	
TCAE	362 (14,6%)	29 (6,8%)	333 (16,2%)	
Técnico/a	151 (6,1%)	43 (10,1%)	108 (5,3%)	
Otro/a	305 (12,3%)	63 (14,8%)	242 (11,8%)	
Lugar de trabajo				0,191
Centro Atención Primaria	565 (22,9%)	105 (24,7%)	460 (22,6%)	
Hospital de la Red de Utilización Pública	1.594 (64,7%)	257 (60,5%)	1.337 (65,6%)	
Hospital Privado	73 (3,0%)	14 (3,3%)	59 (2,9%)	
Otros	232 (9,4%)	49 (11,5%)	183 (9,0%)	
Estado civil				0,2252
Casado/a	1.344 (54,3%)	232 (54,6%)	1.112 (54,2%)	
Divorciado/a	184 (7,4%)	24 (5,6%)	160 (7,8%)	
En pareja	448 (18,1%)	68 (16,0%)	380 (18,5%)	
Separado/a	51 (2,1%)	9 (2,1%)	42 (2,0%)	
Soltero/a	423 (17,1%)	87 (20,5%)	336 (16,4%)	
Viudo/a	27 (1,1%)	5 (1,2%)	22 (1,1%)	
Personas a tu cargo				0,048
Ninguna	957 (38,9%)	186 (43,9%)	771 (37,8%)	
Solo hijos	1.302 (52,9%)	213 (50,2%)	1.089 (53,5%)	
Solo padres	96 (3,9%)	14 (3,3%)	82 (4,0%)	
Hijos y padres	106 (4,3%)	11 (2,6%)	95 (4,7%)	
Lugar de residencia habitual durante la pandemia				0,333
Hotel	21 (0,8%)	6 (1,4%)	15 (0,7%)	
Piso compartido	109 (4,4%)	24 (5,6%)	85 (4,2%)	
Vivienda de otro familiar	133 (5,4%)	25 (5,9%)	108 (5,3%)	
Vivienda propia	2.144 (86,8%)	359 (84,5%)	1.785 (87,2%)	
Otros	64 (2,6%)	11 (2,6%)	53 (2,6%)	

En cuando a la profesión, hay representatividad de diferentes disciplinas. Entre los hombres participantes (n=426), el 32,4% son médicos, el 25,6% enfermeros, el 10,1% técnicos, el 10,1% directivos, el 6,8% TCAE y el 15,0% otros. Las mujeres participantes

(n=2.052) se distribuyen en un 41,8% enfermeras, un 20,0% médicas, un 16,2% TCAE, un 5,3% técnicas, un 4% directivas y el 12,7% otras. La mayoría de los profesionales que contestan el cuestionario, el 64,7% (257 hombres y 1.337 mujeres) trabajan en hospitales públicos, el 22,9% (105 hombres y 460 mujeres) trabajan en atención primaria y solo un 3% (14 hombres y 59 mujeres) en hospital privado.

El 54,3% (232 hombres y 1.112 mujeres) está casado/a, el 18,1% (68 hombres y 380 mujeres) vive en pareja y solo el 27,7% (125 hombres y 560 mujeres) son personas sin pareja, solteras, divorciadas, separadas o viudas. Más de la mitad, el 52,9% (213 hombres y 1.089 mujeres) tienen hijos/as a su cargo, el 4,3% (11 hombres y 95 mujeres) hijos/as y padres y el 3,9% (14 hombres y 82 mujeres) refieren tener a los padres. El 38,9% (186 hombres y 771 mujeres) no tiene personas a cargo.

La residencia habitual para el 86,8% (359 hombres y 1.785 mujeres) ha sido la vivienda propia. El 5,4% (25 hombres y 108 mujeres) han estado en vivienda familiar, el 4,4% en pisos compartidos (24 hombres y 85 mujeres) y el 3,4% en hotel u otros (17 hombres y 68 mujeres).

### **Aspectos profesionales**

En cuanto a los aspectos relacionados con la actividad profesional de las personas encuestadas (Tabla 3), a la pregunta cuantas horas han trabajado la última semana, el 52,0% (n=219) de hombres y el 59,4% (n=1.182) de mujeres han realizado jornada completa (21-40 horas), el 43,2% (n=182) de hombres y el 34,2% (n=680) de mujeres refiere haber trabajado más horas de la jornada (p-valor=0,005).

En referencia a las horas en contacto directo con pacientes la última semana, el 28,4% (n=118) de los hombres y el 27,2% (n=541) de las mujeres contestan de once a treinta horas, y el 29,8% (n=124) de los hombres y el 36,3% (n=722) de las mujeres responden que prácticamente han estado en contacto todas las horas (p-valor=0,072).

El 57,8% (n=245) de los hombres no ha realizado teletrabajo la última semana y el 16,3% (n=69) ha hecho diez horas o menos. En el caso de las mujeres, han sido el 66,8% (n=1.342) y el 12,3% (n=247), respectivamente (p-valor=0,005).

A la pregunta si han formado parte de alguna comisión o grupo de trabajo durante la pandemia, el 61,2% (n=259) de los hombres y el 74,5% (1.505) de las mujeres refiere que no (p-valor<0,001). Y sobre si se ha tenido en cuenta su opinión a la hora de tomar

decisiones, siempre y casi siempre contestan el 27,1% (n=115) de los hombres y el 19,2% (n=392) de las mujeres. Y nunca o rara vez el 37,2% (n=158) de los hombres y el 42,1% (n=860) de las mujeres (p-valor=0,015).

**Tabla 3.** Descripción aspectos profesionales de las personas encuestadas

	Total N=2.478	Hombre N=426	Mujer N=2.052	Test Chi p-value
¿Cuántas horas has trabajado la última semana?				0,005
Ninguna	65 (2,7%)	10 (2,4%)	55 (2,8%)	
Media jornada (1-20)	82 (3,4%)	10 (2,4%)	72 (3,6%)	
Jornada completa (21-40)	1.401 (58,1%)	219 (52,0%)	1.182 (59,4%)	
Más horas que la jornada completa	862 (35,8%)	182 (43,2%)	680 (34,2%)	
¿Cuántas horas has estado en contacto directo con pacientes la última semana?				0,072
Ninguna	630 (26,2%)	121 (29,1%)	509 (25,6%)	
Pocas (menos de 10)	269 (11,2%)	53 (12,7%)	216 (10,9%)	
Media (de 11 a 30)	659 (27,4%)	118 (28,4%)	541 (27,2%)	
Prácticamente todas	846 (35,2%)	124 (29,8%)	722 (36,3%)	
¿Cuántas horas has realizado teletrabajo la última semana?				0,005
Ninguna	1.587 (65,2%)	245 (57,8%)	1342 (66,8%)	
Pocas (de 1 a 10)	316 (13,0%)	69 (16,3%)	247 (12,3%)	
Media (de 11 a 30)	296 (12,2%)	59 (13,9%)	237 (11,8%)	
Muchas (más de 30)	234 (9,6%)	51 (12,0%)	183 (9,1%)	
¿Formas parte de alguna comisión o grupo de trabajo para el abordaje de la pandemia?				<0,001
No	1.764 (72,2%)	259 (61,2%)	1.505 (74,5%)	
Me consultan de forma puntual	222 (9,1%)	60 (14,2%)	162 (8,0%)	
Sí	457 (18,7%)	104 (24,6%)	353 (17,5%)	
Durante esta pandemia, ¿se ha tenido en cuenta tu opinión a la hora de tomar decisiones?				0,015
Nunca	588 (23,8%)	95 (22,4%)	493 (24,1%)	
Rara vez	430 (17,4%)	63 (14,8%)	367 (18,0%)	
Algunas veces	736 (29,8%)	118 (27,8%)	618 (30,2%)	
Casi siempre	296 (12,0%)	65 (15,3%)	231 (11,3%)	
Siempre	211 (8,5%)	50 (11,8%)	161 (7,9%)	
No he expresado ninguna opinión	208 (8,4%)	34 (8,0%)	174 (8,5%)	

### Aspectos relacionados con el hogar y los cuidados

En relación con las tareas del hogar y los cuidados (Tabla 4), el 65,1% de las mujeres (n=1.298), contestan que han dedicado a tareas del hogar de 1 a 14 horas la última semana,

y el 32,7% (n=652) más de 25 horas. El 67,1% de los hombres ha dedicado de 1 a 14 horas y el 30,3% más de 25 horas. No se observan diferencias significativas en la dedicación a las tareas del hogar (p-valor=0,590).

**Tabla 4.** Descripción aspectos relacionados con el hogar y los cuidados

	Total N=2.478	Hombre N=426	Mujer N=2.052	Test Chi p-value
¿Cuántas horas has dedicado la última semana a tareas del hogar?				0,590
Ninguna	55 (2,3%)	11 (2,6%)	44 (2,2%)	
De 1 a 14	1.581 (65,4%)	283 (67,1%)	1.298 (65,1%)	
Más de 25	780 (32,3%)	128 (30,3%)	652 (32,7%)	
¿Cuántas horas has dedicado la última semana a cuidado de hijos/as?				<0,001
No tengo hijos	1.461 (59,8%)	273 (64,2%)	1.188 (58,9%)	
Ninguna	43 (1,8%)	9 (2,1%)	34 (1,7%)	
De 1 a 10	206 (8,4%)	33 (7,8%)	173 (8,6%)	
De 11 a 20	168 (6,9%)	44 (10,4%)	124 (6,1%)	
De 21 a 56	318 (13,0%)	49 (11,5%)	269 (13,3%)	
Todas las que no estoy trabajando	247 (10,1%)	17 (4,0%)	230 (11,4%)	
¿Cuántas horas has dedicado la última semana a cuidado de personas dependientes?				0,015
No tengo personas a mi cargo	1.939 (85,3%)	361 (90,2%)	1.578 (84,2%)	
Ninguna	9 (0,4%)	0 (0,0%)	9 (0,5%)	
De 1 a 10	216 (9,5%)	30 (7,5%)	186 (9,9%)	
21 o más	88 (3,9%)	7 (1,8%)	81 (4,3%)	
Todo el tiempo que está en casa	22 (1,0%)	2 (0,5%)	20 (1,1%)	
¿Has sentido dificultad para compaginar tu vida familiar y laboral durante la pandemia?				0,225
Nunca o rara vez	874 (35,4%)	164 (38,5%)	710 (34,7%)	
Algunas veces	836 (33,8%)	144 (33,8%)	692 (33,9%)	
Siempre o casi siempre	760 (30,8%)	118 (27,7%)	642 (31,4%)	

A la pregunta cuantas horas ha dedicado la última semana al cuidado de sus hijos, el 8,6% (n=173) de las mujeres contestan de 1 a 10 horas, el 6,1% (n=124) de 11 a 20 y el 13,3% (n=269) de 21 a 56 horas. En el caso de los hombres, la distribución es del 7,8% (n=33), 10,4% (n=44) y 11,5% (n=49), respectivamente. El 11,4% (n=230) de las mujeres y el 4,0% (n=17) de los hombres refieren dedicar todas las que no están trabajando (p-valor<0,001). Sobre el cuidado de personas dependientes, el 15,3% (n=287) de las mujeres y el 9,8% (n=39) de los hombres les ha dedicado alguna hora la última semana (p-valor=0,015).

Si ha sentido dificultad para compaginar su vida familiar y laboral durante la pandemia, contestaron siempre o casi siempre el 31,4% (n=642) de las mujeres y el 27,7% (n=118) de los hombres, nunca o rara vez el 34,7% (n=710) y el 38,5% (n=164), respectivamente (p-valor=0,225).

### **Aspectos emocionales**

En cuanto a los aspectos emocionales (Tabla 5), a la pregunta si han sentido ansiedad durante la pandemia, el 32,0% (n=654) de las mujeres contestaron siempre o casi siempre y el 48,6% (n=993) algunas veces. Los valores son inferiores en el caso de los hombres: el 18,6% (n=79) sintió ansiedad siempre o casi siempre y el 47,3% (n=201) algunas veces (p-valor<0,001).

Si ha tenido dificultad para concentrarse, el 25,6% (n=521) de las mujeres refieren siempre o casi siempre y el 53,1% (n=1.083) algunas veces. El 17,5% (n=74) de los hombres ha tenido dificultad para concentrarse siempre o casi siempre y el 48,2% (n=204) algunas veces (p-valor<0,001).

Referente a la pregunta si ha tenido dificultades para dormir, el 39,2% (n=801) de las mujeres dicen siempre o casi siempre y algunas veces el 42,2% (n=862). En el caso de los hombres, han tenido dificultad para dormir siempre o casi siempre el 29,0% (n=123) y algunas veces el 38,7% (n=164) (p-valor<0,001).

Si ha sentido miedo a contagiarse de la COVID-19, el 38,2% (n=781) de las mujeres han contestado siempre o casi siempre y el 39,1% (n=800) algunas veces. En los hombres, estos valores han sido el 31,2% (n=133) y el 34,3% (n=146), respectivamente (p-valor<0,001).

**Tabla 5.** Descripción aspectos emocionales

	<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Test Chi p-value</b>
	<b>N=2.478</b>	<b>N=426</b>	<b>N=2.052</b>	
¿Has sentido ansiedad durante la pandemia?				<b>&lt;0,001</b>
Nunca o rara vez	541 (21,9%)	145 (34,1%)	396 (19,4%)	
Algunas veces	1.194 (48,4%)	201 (47,3%)	993 (48,6%)	
Siempre o casi siempre	733 (29,7%)	79 (18,6%)	654 (32,0%)	
¿Has tenido dificultad para concentrarte durante la pandemia?				<b>&lt;0,001</b>
Nunca o rara vez	580 (23,6%)	145 (34,3%)	435 (21,3%)	
Algunas veces	1.287 (52,3%)	204 (48,2%)	1.083 (53,1%)	
Siempre o casi siempre	595 (24,2%)	74 (17,5%)	521 (25,6%)	
¿Has tenido dificultad para dormir durante la pandemia?				<b>&lt;0,001</b>
Nunca o rara vez	519 (21,0%)	137 (32,3%)	382 (18,7%)	
Algunas veces	1.026 (41,6%)	164 (38,7%)	862 (42,2%)	
Siempre o casi siempre	924 (37,4%)	123 (29,0%)	801 (39,2%)	
¿Has sentido miedo de contagiarte de COVID-19?				<b>&lt;0,001</b>
Nunca o rara vez	613 (24,8%)	147 (34,5%)	466 (22,8%)	
Algunas veces	946 (38,3%)	146 (34,3%)	800 (39,1%)	
Siempre o casi siempre	914 (37,0%)	133 (31,2%)	781 (38,2%)	

### Aspectos sociales

Respecto a la opinión de las personas encuestadas sobre el impacto social de la COVID-19 (Tabla 6), a la pregunta si creen que la enfermedad está teniendo un impacto diferente en hombres y mujeres, el 46,2% (n=945) de las mujeres y el 40,0% (n=170) de los hombres opinan que sí. Solo un 19,0% (n=389) de las mujeres y un 28,2% (n=210) de los hombres considera que no ha habido impacto diferenciado según el género (p-valor<0,001). Referente a la pregunta si esta crisis afectará más a las mujeres, el 39,6% de las mujeres contestan que sí, frente al 19,0% (n=81) de los hombres. Un 23,5% (n=482) de las mujeres considera que no, frente al 40,6% (n=173) de los hombres que opina lo mismo (p-valor<0,001).

Si consideran que la mujer ha visto disminuido el acceso a la anticoncepción y a la atención pre y postparto, no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres. El 39,8% (n=814) de las mujeres y el 35,95 de los hombres considera que sí, y el 17,4% (n=355) de las mujeres y el 21,7% (n=92) de los hombres afirma que no (p-valor=0,079).

El 90,1% (n=1.843) de las mujeres y el 80,6% (n=341) de los hombres consideran que hay más riesgo de violencia de genero con el confinamiento. Solo un 1,5% (n=31) de las mujeres y un 4,3% (n=18) de los hombres dice que no (p-valor<0,001). Respecto a la valoración del reconocimiento social, el 54,0% (n=119) de las mujeres y el 53,3%

(n=226) de los hombres sienten que la ciudadanía está reconociendo su trabajo durante la pandemia. El 37,3% (n=766) de las mujeres y el 34,2% (n=145) de los hombres ha sentido el reconocimiento algunas veces (p-valor=0,009). El 31,8% (n=653) de las mujeres cree que la reputación de la profesión habrá mejorado cuando finalice la pandemia, y un 42,4% (n=871) considera que no. No existen diferencias significativas respecto a sus compañeros de profesión, un 37,1% (n=158) cree que sí mejorará y un 41,5% (n=177) afirma que no (p-valor=0,056).

**Tabla 6.** Descripción aspectos sociales

	<b>Total N=2.478</b>	<b>Hombre N=426</b>	<b>Mujer N=2.052</b>	<b>Test Chi p-value</b>
¿Crees que la enfermedad está teniendo un impacto diferente en hombres que en mujeres?				<0,001
No	509 (20,6%)	120 (28,2%)	389 (19,0%)	
No lo sé	845 (34,2%)	135 (31,8%)	710 (34,7%)	
Sí	1.115 (45,2%)	170 (40,0%)	945 (46,2%)	
¿Crees que esta crisis afectará más a las mujeres?				<0,001
No	655 (26,5%)	173 (40,6%)	482 (23,5%)	
No lo sé	929 (37,5%)	172 (40,4%)	757 (36,9%)	
Sí	892 (36,0%)	81 (19,0%)	811 (39,6%)	
¿Consideras que las mujeres han visto disminuido el acceso a la anticoncepción y a la atención pre y postparto durante la pandemia?				0,079
No	447 (18,1%)	92 (21,7%)	355 (17,4%)	
No lo sé	1.054 (42,7%)	179 (42,3%)	875 (42,8%)	
Sí	966 (39,2%)	152 (35,9%)	814 (39,8%)	
¿Consideras que, con el aumento de la tensión debido al confinamiento, hay más riesgo de violencia de género?				<0,001
No	49 (2,0%)	18 (4,3%)	31 (1,5%)	
No lo sé	236 (9,6%)	64 (15,1%)	172 (8,4%)	
Sí	2.184 (88,5%)	341 (80,6%)	1.843 (90,1%)	
Durante la pandemia, ¿sientes que la ciudadanía está reconociendo tu trabajo?				0,009
Nunca	56 (2,3%)	18 (4,2%)	38 (1,9%)	
Rara vez	173 (7,0%)	35 (8,3%)	138 (6,7%)	
Algunas veces	911 (36,8%)	145 (34,2%)	766 (37,3%)	
Casi siempre	1.007 (40,7%)	161 (38,0%)	846 (41,2%)	
Siempre	328 (13,3%)	65 (15,3%)	263 (12,8%)	
Cuando finalice la pandemia, ¿crees que la reputación de tu profesión habrá mejorado respecto a antes de la pandemia?				0,056
No	1.048 (42,3%)	177 (41,5%)	871 (42,4%)	
No lo sé	619 (25,0%)	91 (21,4%)	528 (25,7%)	
Sí	811 (32,7%)	158 (37,1%)	653 (31,8%)	

## DISCUSIÓN

Como ha sucedido en otras pandemias (véase, por ejemplo, Holroyd et al., 2008; Wenham et al., 2020), la crisis sanitaria de la COVID-19 ha afectado a las mujeres de manera relevante, especialmente en el caso de las profesiones sanitarias, mayoritariamente feminizadas. Durante el período de confinamiento decretado por la alerta sanitaria en España, las mujeres participantes en este estudio han realizado más trabajo presencial y en contacto directo con pacientes que los hombres. Las mujeres han estado en la primera línea de atención al paciente durante la pandemia, asumiendo mayor carga de trabajo sanitario, como apunta Solanas (2020).

Asimismo, un elevado número de profesionales de la salud declara haber trabajado más horas de la jornada laboral habitual. No obstante, en este caso, fue mayor el porcentaje en los hombres, un 43,2% frente al 34,2% de las profesionales sanitarias. El mayor número de horas en el caso de los hombres podría explicarse porque se encuentran en puestos más flexibles para la realización de teletrabajo, como técnicos y directivos, que estudios preliminares (véase González, 2020) asocian con un incremento de la jornada laboral.

Por otra parte, la pandemia ha evidenciado desigualdades que ya existen en referencia a la toma de decisiones. Sobre la participación en la gestión de la pandemia, solo un 17,5% de mujeres ha formado parte de comisiones o grupos de trabajo y un 8% ha sido consultada de forma puntual, frente al 24,6% y 14,2% de los hombres. En general, un elevado número de profesionales considera que no se tiene en cuenta su opinión, pero de nuevo el porcentaje es más elevado entre las mujeres, un 42,1% de mujeres frente al 37,2% de hombres. Estas observaciones coinciden con las constatadas por Castellanos-Torres (2020), que afirma que hay una escasa participación de mujeres en la toma de decisiones, pese a ser el colectivo mayoritario dentro del sector sanitario.

Posenato (2020) también ha observado una menor dedicación de las mujeres al desarrollo de tareas de investigación, debido al aumento del tiempo dedicado a actividades domésticas y de cuidado durante el confinamiento familiar. En España, un 84% de las mujeres realiza tareas del hogar y un 95% asume el cuidado y educación de hijos e hijas diariamente según recogen los datos de Eurostat (2017). Esta situación afecta de manera más acusada a las familias monoparentales, un 82% de las cuales están encabezadas por mujeres como recoge la Fundación Adecco (2019). Durante el

confinamiento, algunos estudios (véase Alon et al., 2020) han observado una tendencia al reparto más igualitario en dedicación a las tareas del hogar, aunque las tareas de cuidado siguen recayendo mayoritariamente en las mujeres, como observan Farré et al. (2020), especialmente el cuidado de los menores por el cierre de los colegios.

En este sentido, respecto al impacto del confinamiento familiar en profesionales de la salud participantes en el estudio, la dedicación de hombres y mujeres a tareas del hogar ha sido muy similar. Sobre la conciliación de la vida laboral y familiar, hombres y mujeres lo perciben de forma similar, más del 60% ha sentido dificultades algunas veces, casi siempre o siempre. A pesar de esta percepción, en cuanto al cuidado de hijos e hijas, las mujeres dedican más tiempo, siendo especialmente significativo que un 11,4% de mujeres dice dedicarles todo el tiempo en el cual no están trabajando, frente a un 4% de hombres que afirma lo mismo. Las mujeres también dedican más tiempo al cuidado de personas dependientes, un 15,3% ha dedicado alguna hora a la semana, frente al 9,8% de los hombres. Ellas han asumido la mayor parte de la responsabilidad de cuidados en la familia.

Además, el miedo al contagio por parte de las profesionales de la salud ha sido especialmente alto durante la pandemia de COVID-19, un 77,3% frente al 65,5% de sus compañeros de profesión. Ellas han tenido un contacto más cercano con los pacientes, además de suplir responsabilidades de atención básica que habitualmente asumen familiares y cuidadores, que debido a la política de aislamiento no podían estar en las dependencias de los centros sanitarios. Estos factores parecen determinantes en el impacto emocional que generan (véase Liu, 2020). Las mujeres han sentido mayor ansiedad, dificultad para concentrarse y para dormir.

Al preguntar a las personas encuestadas sobre las consecuencias de la pandemia en aspectos sociales con impacto de género, un alto porcentaje considera que tendrá un impacto diferente en hombres y en mujeres, pero son las mujeres quienes consideran que la crisis las afectará más a ellas, un 39,6% así lo afirma frente al 19% de hombres. Entre los principales impactos percibidos por el 39,8% de mujeres y el 35,9% de hombres, se encuentra la disminución del acceso a la anticoncepción y la atención al parto y postparto durante la pandemia.

Especialmente destacable es que un 90,1% de mujeres y 80,6% considera que hay más riesgos de violencia de género durante el confinamiento. En España, el estado de

alarma y el confinamiento han provocado un incremento de la violencia contra la mujer como recoge el Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (2020). La violencia de género es un tema sobre el que existe una amplia evidencia documentada (véase, por ejemplo, Usher et al., 2020 y Ruiz-Pérez et al., 2020), que se agrava en situaciones de emergencia, como manifiesta la Organización de Naciones Unidas (ONU Mujeres, 2020).

Por último, hay que destacar que las profesionales de la salud se sienten más reconocidas por la ciudadanía que sus compañeros, un 91,3% de las mujeres han sentido algunas veces, siempre o casi siempre este reconocimiento frente al el 87,5% de los hombres. Podría ser porque mayoritariamente ellas ocupan puestos que están en relación directa con el paciente, como enfermería, TCAE y médicas. No obstante, el 42,4% considera que cuando finalice la pandemia la reputación de su profesión no habrá mejorado.

Como limitaciones de este estudio se encuentra la representatividad de la muestra, derivada de la autoselección de participantes, que no refleja fielmente la población de profesionales del sector salud. Asimismo, al tratarse de un estudio con carácter exploratorio, se abordan diversos temas a través de los cuales se pretenden identificar desigualdades, pero sería interesante en futuras investigaciones ahondar en profundidad en cada uno de los aspectos tratados.

## **CONCLUSIONES**

Como ha sucedido en otras pandemias, el impacto de género ha sido ignorado en la crisis de la COVID-19. Sin embargo, esta crisis afecta a las mujeres de manera muy relevante, por ejemplo en los cuidados, que recaen mayoritariamente en las mujeres, especialmente el cuidado de los menores por el cierre de los colegios. En este estudio se ha observado que las profesionales de la salud asumen una mayor carga de cuidado que sus compañeros.

La pandemia también ha evidenciado temas importantes sobre desigualdades que ya existen en referencia a la toma de decisiones, que se recogen en este estudio, exponiendo las vulnerabilidades del sistema y la necesidad de realizar un abordaje con perspectiva de género ante las pandemias. La diferente percepción de hombres y mujeres sobre algunos de los aspectos relacionados con la salud, como la violencia de género y el impacto social de la enfermedad, deben tenerse en cuenta por su repercusión en la toma decisiones.

El papel de la mujer debe ser tenido en cuenta en el abordaje de la crisis por la COVID-19 y debe integrarse en las decisiones tal y como indican organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas. Especialmente debe implicarse a las mujeres en la toma de decisiones en el ámbito de la salud, para tratar aspectos relacionados con la gestión de las pandemias, así como las consecuencias sociales y emocionales que afectan a las profesionales derivadas de la carga asistencial y la falta de corresponsabilidad en los cuidados.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALON T., et al. The Impact of COVID-19 on Gender Equality. En: *NBER Working Paper*. 2020, núm. 26947.
- BALLUERKA, N., et al. *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento*. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco: 2020. [Consulta: 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3FEmw9o>.
- BENLOCH, C.; AGUADO, E. Teletrabajo y conciliación: el estrés se ceba con las mujeres. En: *The Conversation*. 29 de abril de 2020. [Consulta: 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3FFFVGV>.
- CASTELLANOS-TORRES, E.; MATEOS J.; CHILET-ROSELL, E. COVID-19 en clave de género. En: *Gaceta Sanitaria*. 2021, vol. 34, pp. 419-421.
- EUROSTAT. *La vida de las mujeres y los hombres en Europa – un retrato estadístico*. Unión Europea: 2017. [Consulta: 25 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/prodyser/myhue17/index.html?lang=es>.
- FARRÉ, L.; GONZÁLEZ, L. ¿Quién se encarga de las tareas domésticas durante el confinamiento? Covid-19, mercado de trabajo y uso del tiempo en el hogar. En: *Nada es gratis*. 23 de abril de 2020. [Consulta: 8 de junio de 2020]. Disponible en: <https://nadaesgratis.es/admin/quien-se-encarga-de-las-tareas-domesticas>.
- FUNDACIÓN ADECCO. *Informe Monomarentalidad y empleo*. Informes Fundación Adecco, Octubre de 2019. [Consulta: 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3FzaQ84>.
- GONZÁLEZ, B. *El teletrabajo en confinamiento suma dos horas más a la jornada laboral*. En: *UOC - News*. 13 de mayo de 2020. [Consulta: 14 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3GIQN8E>.
- HOLROYD, E.; MCNAUGHT, C. The SARS crisis: reflections of Hong Kong nurses. En: *International Nursing Review*. 2008, vol. 55, núm. 1, pp. 27-33.
- INSTITUTO DE LA MUJER Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES. *La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19*. Instituto de la Mujer, 8 de mayo de 2020. [Consulta: 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3KkPD5m>.
- INSTITUTO DE LA MUJER Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES. *Tabla Mujeres en Cifras: Profesionales Sanitarios*. Instituto de la Mujer: 26 de mayo de 2020. [Consulta: 8 de junio de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3nABAIL>.
- LIU, Q., et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. En: *Lancet Glob Health*. 2020, vol. 8, pp. 790-798.
- ONU Mujeres. *Dimensiones de Género en la crisis del COVID-19 en Colombia*. ONU Mujeres Colombia, 2020. [Consulta: 8 de junio de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3KbEq6W>.

- POSENATO-GARCIA, L. Dimensões de sexo, gênero e raça na pesquisa sobre COVID-19. En: *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020, vol. 29, núm. 3, p. e20202207.
- RUIZ-PÉREZ, I.; PASTOR-MORENO, G. Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. En: *Gaceta Sanitaria*. 2022, vol. 35, pp. 389-394.
- SOLANAS, M. *La crisis del COVID-19 y sus impactos en la igualdad de género*. En: *Real Instituto Elcano*. 1 de abril de 2020. [Consulta: 22 de abril de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3FyVWyn>.
- THE LANCET [editorial]. The gendered dimensions of COVID-19. En: *The Lancet*. 2020, vol. 395, p. 1168.
- UN WOMEN. *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women*. UN Women, 9 de abril de 2020. [Consulta: 22 de abril de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3Ki7lki>.
- USHER, K., et al. Family violence and COVID-19: increased vulnerability and reduced options for support. En: *International Journal of Mental Health Nursing*. 2020, vol. 29, pp. 549-552.
- WENHAM, C.; SMITH, J.; MORGAN, R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. En: *The Lancet*. 2020, vol. 395, pp. 846-848.

# EL CRIBADO SISTEMÁTICO SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE EL EMBARAZO. UNA CUESTIÓN ESPECIALMENTE IMPORTANTE EN TIEMPOS DE COVID

*Systematic Screening for Gender-Based Violence during Pregnancy. A Pressing Issue in Times of COVID-19<sup>1</sup>*

María Analía Gómez-Fernández<sup>1</sup>, Carme Homs-Mir<sup>2</sup>, Dolores Gómez-Martín<sup>2</sup>, Sara Merayo-Fernández<sup>1</sup>

Autora correspondencia: María Analía Gómez-Fernández

Correo electrónico: [analiagomez2@yahoo.es](mailto:analiagomez2@yahoo.es)

1. Servicio de Salud de Castilla y León. (*León, España*)
2. Instituto Catalán de la Salud. (*Barcelona, España*)

Recibido: 13/02/2021 Aceptado 30/07/2021



---

<sup>1</sup> La investigación que ha dado lugar a estos resultados ha sido financiada por el proyecto Recercaixa (2016ACUP 0083) y financiada parcialmente por la Fundación Enfermería y Sociedad en el marco de las Ayudas a la Investigación Enfermera (PR-050/16).

## RESUMEN

**OBJETIVO.** Conocer la experiencia de las matronas de atención primaria en el cribado sistemático de la violencia de género (VG) durante el embarazo con un cuestionario validado y su utilidad. **METODOLOGÍA.** Estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico interpretativo. Tras la experiencia de cribar de forma sistemática durante cuatro meses, se hicieron dos grupos focales con las doce matronas que prestan asistencia en dos centros de atención primaria de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). **RESULTADOS.** Aplicar de forma sistemática el cuestionario Index of Spousal Abuse, previa formación para su aplicación y para el abordaje de los casos de VG, aumenta las habilidades, los conocimientos y la seguridad de las matronas para detectar y abordar la VG durante el embarazo. A su vez, incrementa la detección de casos de VG. **CONCLUSIONES.** Es necesario incorporar el cribado sistemático de la VG durante el seguimiento del embarazo.

*Palabras clave:* violencia de género; embarazo; matronas; cribado sistemático; investigación cualitativa.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE.** To understand primary care midwives' experience with the use of a validated survey for systematic screening for intimate partner violence during patient pregnancy and the usefulness of said screening. **METHOD.** A qualitative study with an interpretative phenomenological approach performed subsequently to systematic screening experiences had over four months. Focus groups of twelve midwives provided assistance in two primary care centres in L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona, Spain). **RESULTS.** The systematic use of the Index of Spousal Abuse survey with prior training on its use as well as on approaching cases of intimate partner violence enhance midwives' knowledge levels, skills, and confidence in relation to detecting and approaching intimate partner violence situations during a pregnancy. Systematic screening concurrently increases rate at which cases of intimate partner violence are detected. **CONCLUSIONS.** Systematic screening for intimate partner violence must become an integral part of pregnancy monitoring.

*Keywords:* Intimate Partner Violence; Pregnancy; Midwives; Mass Screening; Qualitative Methodology.

## INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) fue definida por las Naciones Unidas (1993) como «todo acto de agresión a la mujer basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como las amenazas de tales actos, coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada». La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la VG como un problema de salud pública (2013) porque afecta a la salud física de las mujeres, a causa de las lesiones directas o por somatización y/o a la salud mental, provocando depresión, ansiedad, etc.; y porque es muy prevalente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012). A nivel mundial, el 30% de las mujeres que han tenido pareja, han experimentado algún tipo de VG (OMS, 2017). Si, además, ocurre durante el embarazo, las graves consecuencias que tiene para la salud de la mujer se amplían por la posibilidad de desencadenar complicaciones en la gestación, parto y posparto, tales como un mayor riesgo de aborto, retraso de crecimiento intrauterino, parto prematuro, depresión posparto o incluso muerte neonatal (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012; Pastor-Moreno, Ruiz-Pérez y Rucci-Cabello, 2018). En la actual situación de estado de alarma por la pandemia de la COVID19, se añade el aislamiento en los hogares y el cierre de muchos servicios (Ministerio de Igualdad, 2020a). La convivencia obligatoria que supone para las familias la cuarentena por el coronavirus ha aumentado el riesgo de sufrir agresiones en el caso de las mujeres víctimas de VG, que se ven obligadas a compartir constantemente el espacio del hogar con sus agresores (Ministerio de Igualdad, 2020b). En España, en marzo de 2020, las llamadas al 016 (teléfono de información y de asesoramiento en VG) aumentaron un 10,5% y las consultas *online* un 182,93% con respecto al mes de marzo del año anterior (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2020). Los estados de confinamiento reúnen varios factores que potencian el riesgo de sufrir VG: más tiempo de convivencia víctima-agresor; mayor control sobre la víctima; más dificultad para recibir ayuda externa; agresiones más invisibilizadas y más dificultad para acudir a los centros de asistencia (Unidad de Igualdad. Universidad de Málaga, 2020). En este sentido, la ONU (Naciones Unidas, 2020) ha realizado un llamamiento mundial para actuar frente al repunte de la VG durante la pandemia y en situaciones de aislamiento.

Por otro lado, el cribado sistemático sobre VG desde los servicios de salud ha sido motivo de controversia. Aunque hay literatura que lo apoya (Bourey, et al., 2015; Ghandour, Campbell y Lloyd, 2015), una revisión Cochrane (O'Doherty et al., 2014)

concluye que se necesitan más estudios para recomendarlo. Sin embargo, según las directrices de la OMS para la práctica clínica en respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres (OMS y OPS, 2014), en caso de que la mujer presente un trastorno mental, sea seropositividad al VIH o esté embarazada, por su mayor vulnerabilidad, sí se recomienda. El cribado sistemático durante el seguimiento del embarazo y posparto es defendido también por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (2017) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2017). En esa misma línea, la OMS (2014) indica que indagar sobre VG durante las consultas prenatales puede dar mejores resultados para la salud de la mujer por la posibilidad de seguimiento durante la atención prenatal. Siempre se debe preguntar sobre VG de una forma segura para la mujer, es decir de forma privada y asegurando la confidencialidad (UNFPA and WAVE, 2014). Respecto a la forma de preguntar, el «Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género» del Ministerio de Sanidad y Consumo (2012) muestra algunos ejemplos de preguntas abiertas, tales como «Durante el embarazo a veces, se agudizan los problemas o conflictos de pareja ¿se encuentra usted en esta situación?, ¿cómo vive su pareja el embarazo? También se han desarrollado y validado diversos cuestionarios con el fin de identificar a las víctimas de la VG (OMS, 2013), pero sigue habiendo una falta de consenso con respecto cual puede ser el más efectivo (Chisholm et al., 2017).

Es fundamental documentar la experiencia de las matronas en el cribado sistemático de la VG durante el embarazo y su utilidad, siguiendo de esta forma una de las Estrategias Nacionales para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013), donde se recomienda identificar y difundir buenas prácticas en la prevención y atención de la VG.

El presente trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio cuyo objetivo principal fue promover cambios que mejoren la detección y abordaje de la VG durante el embarazo por parte de las matronas. Dicho proyecto se fundamentó en el uso de la metodología de la investigación acción participativa (IAP) (Kemmis y McTaggart, 1988) y se ha desarrollado en diferentes fases: en un primer momento se procedió a analizar la situación y a detectar necesidades, seguidamente se elaboraron e implementaron las estrategias de acción, para finalmente evaluarlas. En el presente artículo se presentan los resultados de la evaluación de una de las estrategias de acción implementadas y tiene como objetivo conocer la experiencia de las matronas de atención

primaria en el cribado sistemático de la VG durante el embarazo con un cuestionario validado y su utilidad.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño**

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo, de acuerdo con Mackey (2005), con el propósito de comprender las experiencias vividas por las matronas respecto al fenómeno del cribado sistemático de la VG durante el embarazo.

### **Ámbito**

Dos centros de atención primaria (AP) con titularidad pública (Just Oliveras y Ronda Torrasa) en L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), con una población asignada de 257.349 habitantes (Generalitat de Catalunya, 2017). En los centros participantes 12 matronas son las encargadas de realizar el seguimiento del embarazo a una media de 2.100 mujeres al año (según datos de la propia institución). En caso de existir algún problema de salud, el seguimiento del embarazo se realiza de forma conjunta con los ginecólogos/as.

### **Recogida de datos**

Se presentó a las matronas el estudio y se solicitó su colaboración: todas desearon participar. Para el desarrollo de la IAP, se procedió a analizar la situación y a detectar necesidades, mediante la realización de entrevistas individuales semiestructuradas a las mismas (Gómez-Fernández, Goberna-tricas y Payà-Sánchez, 2019). Seguidamente se procedió a la elaboración e implementación de las estrategias de acción. Una de ellas fue cribar de forma sistemática sobre VG durante el embarazo con un cuestionario validado. Para elegir el cuestionario más oportuno, se procedió a la revisión de los cuestionarios validados de detección de VG (Gómez-Fernández, Goberna-Tricas, y Payà-Sánchez, 2018), seleccionado el cuestionario Index of Spouse Abuse (ISA) en su versión adaptada al español, por sus excelentes propiedades psicométricas ( $\alpha$  Cronbach 0.98) (Plazaola-Castaño, et al., 2009) y porque indaga a través de 30 preguntas sobre violencia psicológica, física, sexual y comportamientos de control. Antes de proceder al uso del cuestionario, las matronas acudieron a una actividad formativa con una duración de 12 horas donde se trataron temas como indicadores de sospecha, empleo de cuestionarios,

circuitos de atención, acompañamiento psicosocial a la mujer, habilidades comunicativas y aspectos éticos (Payà-Sánchez, et al., 2019). Durante cuatro meses (de marzo a junio de 2018) las matronas cribaron de forma sistemática sobre VG aplicando el cuestionario ISA a las mujeres a medida que acudían a las visitas de seguimiento del embarazo, previo consentimiento informado (cumplimentaron el cuestionario 432 gestantes). Seguidamente (entre julio-diciembre de 2018), se procedió de la evaluación de la estrategia de acción, desde una perspectiva fenomenológica cuyos resultados se presentan en este trabajo. Se concretó, vía correo electrónico, día y hora para realizar dos grupos focales con las matronas, uno en cada centro (al primero acudieron las 7 matronas que prestan asistencia en Ronda Torrasa y al segundo las 5 matronas que prestan asistencia en Just Oliveras). Ambos grupos fueron dirigidos por la misma investigadora MAGF. Cada grupo focal fue grabado y la duración promedio fue de sesenta minutos, se realizaron notas de campo durante todo el proceso. Se utilizó un guion de preguntas abiertas que actuaron como pregunta estímulo (Tabla 1). Se tomaron notas de campo durante todo el proceso. No se repitió ningún grupo focal, puesto que se había respondido a lo que se solicitaba. Paralelamente, los datos obtenidos en el segundo grupo focal fueron muy similares al primero; por lo tanto, se consideró que la recopilación de datos había alcanzado el punto de saturación. Conjuntamente, se comparó el número de casos detectados antes y tras las acciones implementadas.

**Tabla 1.** Guía temática de las entrevistas

<b>¿Cómo ha sido vuestra experiencia con la aplicación del cuestionario ISA?</b>
<b>¿Según vuestra experiencia creéis que el cuestionario ISA puede ser una herramienta útil?</b>
<b>¿Ha influenciado en la manera de detectar la VG el uso del cuestionario?</b>
<b>¿Qué reacciones habéis tenido por parte de las mujeres cuando les proponías participar el estudio y al cumplimentar el cuestionario?</b>

## **Participantes**

Las doce matronas de atención primaria de L'Hospitalet de Llobregat.

## **Análisis**

Se realizó una transcripción literal de las grabaciones de los grupos focales. Los textos fueron enviados vía correo electrónico a las participantes, por si deseaban hacer alguna aclaración o modificación. Se realizó en análisis de los datos siguiendo un enfoque inductivo, y de acuerdo a las recomendaciones de Taylor and Bogdan (1987): 1) Descubrimiento 2) Codificación de los datos y 3) Relativización. Las tres investigadoras identificaron de forma independiente los códigos iniciales antes de reunirse en diversas ocasiones para consensuar el sistema de categorías y triangular la aplicación de los códigos. Cabe señalar que se encontró un gran consenso. Con el apoyo del programa Atlas-Ti v.7.5.10 se procedió a sistematizar la codificación, estableciendo las relaciones entre categorías y subcategorías.

## **Consideraciones éticas**

Para realizar el estudio se siguieron las *Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres de la Organización Mundial de la Salud* (2001) y se cumplió con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (BOE Núm. 294, 6 de diciembre de 2018). Previamente a la realización de la investigación, se obtuvo la aprobación del proyecto por parte de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (IRB00003099) y del Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol (P15/129). Se facilitó a las participantes de forma verbal y escrita información de los objetivos y del procedimiento del estudio. Cuando aceptaron participar, se solicitó su consentimiento por escrito, asegurándoles la confidencialidad y anonimato (se les entregó una copia de dicho consentimiento). Las dudas fueron atendidas y se puso a su disposición datos de contacto de la investigadora principal.

## **RESULTADOS**

Se entrevistó a un total de doce matronas, el total de las matronas de L'Hospitalet, cuyas características pueden observarse en la Tabla 2 (identificadas como m1-m12). Todas son mujeres y tienen una relación laboral permanente con la institución. Las doce desempeñan tareas asistenciales, dos de ellas combinándolas con funciones de gestión. Respecto a los años de experiencia como matronas en AP, existe un amplio rango de entre 2 y 30 años de experiencia, que no guarda siempre relación directamente proporcional con la edad.

De hecho, si bien actualmente todas las matronas se dedican a tiempo completo a su trabajo en AP, todas tienen experiencia previa a nivel hospitalario en el área maternoinfantil.

**Tabla 2.** Características de las matronas

<b>Matrona</b>	<b>Edad</b>	<b>Enfermería<sup>a</sup></b>	<b>Matrona<sup>b</sup></b>	<b>Matrona en atención primaria<sup>c</sup></b>
<b>m1</b>	60	1977	1979	15
<b>m2</b>	59	1978	1981	17
<b>m3</b>	59	1978	1982	26
<b>m4</b>	58	1982	1984	20
<b>m5</b>	56	1982	1985	24
<b>m6</b>	56	1982	1986	27
<b>m7</b>	55	1983	1986	30
<b>m8</b>	53	1985	1987	14
<b>m9</b>	53	1985	1996	20
<b>m10</b>	41	1996	1998	13
<b>m11</b>	39	1998	2013	2
<b>m12</b>	34	2003	2008	8

a) año de finalización de los estudios de Enfermería;

b) año de finalización de los estudios de Matrona;

c) años de experiencia como matrona en atención primaria.

Durante la fase de análisis de la situación, las matronas revelaron que solo preguntaban sobre VG en caso de sospechar que la mujer la sufriera. De las doce matronas entrevistadas, cuatro no recordaban haber detectado ningún caso de VG durante su ejercicio profesional en AP. Las ocho matronas restantes afirmaban haber detectado entre uno y cuatro casos, casi siempre de violencia física y ninguno durante el año 2016. Sin embargo, tras la asistencia a la actividad formativa y aplicando el cuestionario ISA de forma sistemática (en un periodo de solo cuatro meses), todas las matronas detectaron entre 2 y 9 casos.

A continuación, se presenta la información más relevante en base a la experiencia de las matronas en el cribado sistemático de la VG durante el embarazo y su valoración del cuestionario.

## **Las vivencias de las matronas**

### ***El cuestionario***

La mayoría de las matronas consideran el cuestionario ISA como útil. El hecho de que el cuestionario deba ser autocumplimentado por la mujer, según la mayoría de las matronas es una ventaja:

Creo que es mejor que sea la propia mujer la que rellene [...] que lo pueda leer y lo pueda reflexionar y pensar antes de marcar. A veces cuando alguien te pregunta, contestas quizás lo que crees que es correcto contestar. (m1)

A pesar de que el cuestionario ISA se cumplimenta en unos cinco minutos, desde la perspectiva de algunas matronas, podría ser útil incorporar un cuestionario con menos preguntas, incluso una matrona alude a la posibilidad de no acortar el número de preguntas sino las opciones de respuesta, con el objetivo final igualmente de optimizar el tiempo de la visita:

[...] menos opciones de puntuación, porque igual se ponen a pensar entre 2 y 3 ¿no? Igual eso les hace pararse más a pensar, más que la pregunta, igual les hace pararse a pensar que puntuación le ponen. Porque o son los extremos que lo tiene muy claro o lo otro le hace detenerse más. (m11)

### ***Las reacciones de las mujeres***

De forma unánime afirman que las mujeres no se han sentido ofendidas y se han mostrado muy colaboradoras para cumplimentar el cuestionario. La mayoría de las matronas muestran asombro de la sinceridad de las mujeres a la hora de cumplimentar el cuestionario:

A las mujeres no les ha costado nada participar, como si estuvieran esperando que alguien les diera la opción para poder expresarse [...] porque yo pensaba al principio que las mujeres se quedarían muy cortadas, pero luego las he visto muy decididas a responder. (m13)

Se desprende de sus reflexiones que incluso en los casos en que las mujeres no se encuentran en una situación violenta, con la aplicación del cuestionario ISA se genera un espacio para hablar de VG y sensibilizar a la población.

Alguna mujer te decía: hace unos años me pasó esto exactamente y hasta que me di cuenta y dejé a esa pareja, pues pasó mucho tiempo. (m12)

### ***Los indicadores de sospecha***

Las matronas verbalizan que, en la mayoría de los casos detectados con el cuestionario ISA, no tuvieron en ningún momento la sospecha de que la mujer se pudiera encontrar en una situación de VG:

Había ido al hospital unas semanas antes [a causa de una agresión física por parte de su pareja] y no me decía nada, si no le paso el cuestionario, no me entero, no me lo dice. (m4)

### ***Emociones de las matronas***

Escuchar los relatos de violencia no deja indiferente a las matronas, las cuales refieren sentimientos de tristeza y rabia que aparecen especialmente cuando, en sucesivas visitas de seguimiento del embarazo, se enfrentan a que esté presente la pareja:

Rabia, sí, me siento rabiosa, porque cuando lo sabes [...]. Yo creo que nosotras ya nos los miramos con otros ojos. (m9)

## **El aprendizaje generado**

### ***La seguridad adquirida***

Tras la formación recibida y la experiencia de aplicar un cuestionario de forma sistemática, las revelaciones de las matronas evidencian que se ha generado aprendizaje y se han disipado algunos de los miedos que afloraban en la fase de análisis de la situación, donde las matronas consideraban que las mujeres se podrían ofender al preguntarles por VG (o no querían revelar su situación) o tenían miedo a no saber abordar la situación si la mujer revelara una situación de violencia

[...] si preguntas, te encuentras, si te encuentras ¿qué haces? Entonces lo primero que tienes que saber es ¿cómo ayudarla? ¿Dónde derivarla? Porque si no lo sabes, no preguntes. Entonces ahora sí lo sé [...] Yo ahora me siento más cómoda. (m1)

### ***La implicación para la práctica***

Según las matronas, con el cribado sistemático han desarrollado destrezas y tienen más presente la posibilidad de que una mujer se pueda encontrar en una situación de VG:

Tomas más conciencia. Incluso en mujeres que te sorprende también, que haya dado un resultado determinado, cuando no te lo esperabas. (m6)

[...] empiezas a tener cierta agudeza para detectar mujeres que no lo expresan, pero tu percibes que algo pasa. (m4)

## DISCUSIÓN

Las matronas consideran que, tras la experiencia de preguntar sistemáticamente por la VG, se sienten más seguras y han mejorado sus conocimientos, puesto que la práctica clínica es la mejor forma de afianzar los conocimientos teóricos (Hinderliter, et al., 2003). Expresan que las mujeres aceptaban con naturalidad ser preguntadas sobre VG (Stöckl et al., 2013) y comentan que, según su experiencia, en caso de encontrarse en una situación de violencia, tenían la percepción de que las mujeres estaban deseando que alguien les preguntara (OMS, 1998), igual que en Kataoka y Imazeki (2018), donde las gestantes valoraban como oportuno realizar preguntas sobre VG durante el control gestacional, incluidas las que revelaban violencia. Además, en su conjunto, la aplicación sistemática del cuestionario ISA, según las matronas, ha generado un espacio en las consultas para sensibilizar sobre VG e, igual que en Williams et al. (2017), puede contribuir a desmontar mitos. Algunas matronas aludían a la posibilidad de incorporar un cuestionario más breve que el ISA. En este sentido, la *Guía Práctica Clínica: Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja* del Servicio Murciano de Salud (2011) recomienda aplicar un cuestionario de cribado, el WAST en su versión reducida (de dos preguntas) y, en el supuesto de que el resultado sea positivo o que el sanitario sospeche que la mujer se encuentra en una situación de violencia, confirmarlo con una entrevista clínica y/o cuestionario ISA. Algunos protocolos de seguimiento de embarazo se han decantado por un cuestionario en concreto. Este sería el caso del *Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña* publicado en junio del 2018 (el cual no estaba en vigor durante la elaboración de este trabajo), que indica el uso del Partner Violence Screen (PVS). El PVS es un cuestionario de cribado que consta de tres preguntas (Generalitat de Catalunya, 2018). Sin embargo, Velasco et al. (2014) aplicaron a todas las gestantes de su estudio el cuestionario AAS (de cinco preguntas) y el ISA, obteniendo una prevalencia de VG del 7,7% y 21,3% respectivamente. Esos resultados llevan a reflexionar sobre la posibilidad de que con los cuestionarios más breves se optimice el tiempo de la consulta pero se disminuyan los casos detectados.

Cuatro de las doce matronas entrevistadas no habían detectado ningún caso de violencia en el embarazo en su trayectoria profesional en AP. Ello podría constituir un indicio para considerar que la VG durante el embarazo estaba infradetectada (Herrera-Gómez y Martín-Martínez, 2016). Sin embargo, igual que en O'Doherty et al. (2014), al incorporar la aplicación del cuestionario de forma sistemática al control gestacional, ha

aumentado de forma muy significativa la detección de la VG con respecto a la atención habitual, donde se preguntaba solo en casos de sospecha. En ese mismo sentido, un estudio en un servicio de urgencias canadiense comparó la utilización de un cuestionario de cinco preguntas sobre la VG, con respecto a la atención habitual de urgencias, y encontró que el cuestionario aumentaba el porcentaje de detección desde 0,4% a 14% (Morrison, Allan y Grunfeld, 2000). Durante el embarazo la detección puede aumentar hasta en cuatro veces con el uso sistemático de cuestionario de detección (O'Doherty et al., 2014).

En la mayoría de los casos detectados con el cuestionario ISA, las matronas no sospechaban que las mujeres estuvieran en una situación de violencia, lo que refuerza la estrategia del cribado sistemático, es decir, preguntar a todas las mujeres independientemente de que se detecten o no indicadores de sospecha (Chisholm et al., 2017; Olive, 2007). Todahl y Walters (2011) señalan que preguntar sobre VG a todas las mujeres, además de generar mayor experiencia en el profesional, evita la sensación por parte de la paciente de ser señalada. En la situación actual de pandemia, donde se ha reorganizado el seguimiento del embarazo para minimizar la exposición de las gestantes a los sistemas sanitarios (Servei Català de la Salut, 2020), no debemos perder la oportunidad de indagar sobre este grave problema de salud en las visitas presenciales. Siendo imprescindible que los servicios sanitarios y sociales continúen sus obligaciones de atención a estas mujeres (OMS, 2020). Como es indiscutible, las ventajas del cribado sistemático solo pueden obtenerse si este se complementa con protocolos que incorporen el apoyo a las víctimas en la práctica habitual (OMS, 2013; Stöckl, 2014) y una formación previa adecuada (González Muñoz, Durán Flores y González Rubio, 2019). Conjuntamente, en el contexto de la pandemia, el Ministerio de Igualdad, a través de la Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género, ha impulsado un Plan de Contingencia contra la violencia de género que se ha ido concretando en diversas actuaciones y medidas específicas (Ministerio de Igualdad, 2020b).

Cabe señalar como limitación de este estudio que, al ser cualitativo centrado en el contexto de las matronas de un ámbito concreto, los resultados solo pueden ser transferibles a otros contextos que guarden semejanza con el estudiado.

## **CONCLUSIONES**

Aplicar de forma sistemática el cuestionario Index of Spousal Abuse previa formación para su aplicación y para el abordaje de los casos de VG se ha mostrado como útil en el ámbito asistencial. Puesto que, según la experiencia de las matronas, aumenta sus habilidades, sus conocimientos y su seguridad para detectar y abordar la VG durante el embarazo. En su conjunto, incrementa la detección de casos de VG, mostrándose, por tanto, la necesidad de incorporar el cribado sistemático de la VG durante el seguimiento del embarazo, lo cual se hace todavía más importante en tiempos de pandemia.

## **AGRADECIMIENTOS**

A las matronas y a las mujeres que han aceptado participar en este trabajo. A la Universidad de Barcelona, al Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol y al Instituto Catalán de la Salud por su apoyo en esta investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

- BOE-BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. 6 de diciembre de 2018, núm. 294.
- BOUREY, C., et al. Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low- and middle-income countries: organizing evidence for prevention. En: *BMC Public Health*. 2015, vol. 15, núm. 1, pp. 1-18.
- CHISHOLM, C.; BULLOCK, L.; FERGUSON, J. Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. En: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017, vol. 217, núm. 2, pp. 145-149.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. *Portal Estadístico Violencia de Género*. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/322ip9o>.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Instituto de Estadística de Cataluña*. 2017. Disponible en: <https://www.idescat.cat>.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Protocol de Seguiment d'Embaràs a Catalunya*. 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3tvusay>.
- GHANDOUR, R.; CAMPBELL, J.; LLOYD, J. Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Vision for the Future. En: *Journal of Women's Health*. 2015, vol. 24, núm. 1, pp. 57-61.
- GÓMEZ-FERNÁNDEZ, M. A.; GOBERNA-TRICAS, J.; PAYÀ-SÁNCHEZ, M. Characteristics and clinical applicability of the validated scales and tools for screening, evaluating and measuring the risk of intimate partner violence. Systematic literature review (2003-2017). En: *Aggression and Violent Behavior*. 2018, vol. 44, pp. 57-66.
- GÓMEZ-FERNÁNDEZ, M. A.; GOBERNA-TRICAS, J.; PAYÀ-SÁNCHEZ, M. El saber experiencial de las matronas de Atención Primaria en la detección de violencia de género durante el embarazo. Estudio cualitativo. En: *Enfermería Clínica*. 2019, vol. 29, núm. 6, pp. 344-351.
- GONZÁLEZ MUÑOZ, P. F.; DURÁN FLORES, M. L.; GONZÁLEZ RUBIO, M. J. Conocimientos, actitudes y opiniones sobre violencia de género en el profesional de enfermería de atención primaria. En: *Enfermería Comunitaria*. 2019, vol. 15.
- HERRERA-GÓMEZ, A.; MARTÍN-MARTÍNEZ, F. J. Detección precoz de la violencia de género: hacia el diagnóstico biológico Cuando la innovación se convierte en rutina. En: *Index Enferm*. 2016, vol. 25, núm. 4, pp. 229-230.
- HINDERLITER, D., et al. The Effect of Intimate Partner Violence Education on Nurse Practitioners' Feelings of Competence and Ability to Screen Patients. En: *Journal of Nursing Education*. 2003, vol. 42, núm. 10, pp. 449-454.
- KATAOKA, Y.; IMAZEKI, M. Experiences of being screened for intimate partner violence during pregnancy: a qualitative study of women in Japan. En: *BMC Women's Health*. 2018, vol. 18, núm. 75, pp. 1-9.

- KEMMIS, S.; MCTAGGART, R. *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Laertes, 1992
- MACKEY, S. Phenomenological nursing research: methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. *International Journal of Nursing Studies*. En: *International Journal of Nursing Studies*. 2005, vol. 42, núm. 2, pp. 179-186.
- MINISTERIO DE IGUALDAD. *Estamos contigo. La violencia de género la paramos unidas. Guía de actuación para mujeres que estén sufriendo violencia de género en situación de permanencia domiciliar derivada del estado de alarma por COVID 19*. 2020a. [Consulta: 13 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3GCkoAl>.
- MINISTERIO DE IGUALDAD. *La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19*. 2020b. [Consulta: 11 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3qyePgU>.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013-2016)*. 2013. [Consulta: 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/3A2gX3s>.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. 2012. [Consulta: 8 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/3fsf32D>.
- MORRISON, L.; ALLAN, R.; GRUNFELD, A. Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning. En: *The Journal of Emergency Medicine*. 2000, vol. 19, núm. 2, pp. 117-124.
- NACIONES UNIDAS. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General*. 1993. [Consulta: 9 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/3I53kTO>.
- NACIONES UNIDAS. *Declaración del Secretario General sobre la lucha contra la violencia de género y el COVID-19*. 2020. [Consulta: 5 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3qxfE9B>.
- O'DOHERTY, L. J., et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. En: *BMJ*. 2014, vol. 348. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g2913.full>
- OLIVE, P. Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. En: *Journal of Clinical Nursing*. 2007, vol. 16, núm. 9, pp. 1736-1748.
- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violencia contra la mujer Un tema de salud prioritario*. Ginebra: OMS, 1998.
- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. *Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres*. Ginebra: OMS, 2001. [Consulta: 22 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/3FyN5Nd>.

- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Ginebra: OMS, 2013. [Consulta: 4 de abril de 2019]. Consulta en: <https://bit.ly/3KsLCvR>.
- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. *Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women*. Ginebra: OMS, 2017. [Consulta: 18 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en>OMS -
- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Prevención de la violencia: la evidencia*. Ginebra: OMS, 2013. [Consulta: 1 de setembre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/3fqMmTT>.
- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Declaración entre organismos sobre la violencia contra las mujeres y las niñas en el contexto de la COVID-19*. Ginebra: OMS, 2020. [Consulta: 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3qucnYG>.
- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD; OPS - ORGANIZACIÓN PARAMERICANA DE LA SALUD. *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas*. Ginebra: OMS, 2014. Disponible en: <https://bit.ly/3fwbKYc>.
- PASTOR-MORENO, G.; RUIZ-PÉREZ, I.; RUCCI-CABELLO, I. Historia de Violencia y Violencia de Compañero Íntimo en Resultados en salud. En: *Index Enferm*. 2018, vol. 27, núm. 4, pp. 191-195.
- PAYÀ-SÁNCHEZ, M., et al. Formación para la detección de la violencia de género durante el embarazo: evaluación de una propuesta contextualizada. *MUSAS. Revista de investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. 2019, vol. 4, núm. 1, pp. 22-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.2>.
- PLAZAOLA-CASTAÑO, J., et al. Validation of the Spanish Version of the Index of Spouse Abuse. En: *Journal of Women's Health*. 2009, vol. 18, núm. 4, pp. 499-506.
- SERVEI CATALÀ DE LA SALUT. *Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 en dones embarassades i nadons Document operatiu*. 2020. Disponible en: [https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/guia-actuacio-embarassades.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/guia-actuacio-embarassades.pdf).
- SERVICIO MURCIANO DE SALUD. *Guía Práctica Clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. 2011. [Consulta: 25 de agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_470\\_maltratadas\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf).
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICICA. *Control Prenatal del embarazo normal Protocolo actualizado en Mayo de 2017*. 2017. [Consulta: 1 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/33pl9OL>.

- STÖCKL, H. A move beyond screening is required to ensure adequate healthcare response for women who experience intimate partner violence. En: *BMJ Evidence-Based Medicine*. 2014, vol. 19, núm. 6, p. 240.
- STÖCKL, H., et al. Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013, vol. 13, núm. 77, pp. 1-9.
- TAYLOR, S.; BOGDAN, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós, 1987.
- TODAHL, J.; WALTERS, E. Universal Screening for Intimate Partner Violence: a Systematic Rev. En: *Journal of Marital and Family Therapy*. 2011, vol. 37, núm. 3, pp. 355-369.
- UNFPA – FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS; WAVE – NETWORK AND EUROPEAN INFO CENTRE AGAINST VIOLENCE. *Strengthening Health System Responses to Gender- based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package*. 2014. [Consulta: 4 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-EN.pdf>.
- UNIDAD DE IGUALDAD. UNIVERSIDAD DE MÁLAGA. *Violencia de género en época de COVID-19*. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3I8qVmL>.
- VELASCO, C., et al. Intimate partner violence against Spanish pregnant women: Application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. En: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2014, vol. 93, núm. 10, pp. 1050-1058.
- WILLIAMS, J. R., et al. An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study. En: *Journal of Clinical Nursing*. 2017, vol. 26, núms. 15-16, pp. 2192-2201.

# ¿CUÁNTO IMPORTA LA SALUD DE LAS MUJERES? CUIDADOS DE LA MATRONERÍA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

*How Much Does Women's Health Matter? Midwifery Care in a Pandemic*

Augusto Obando-Cid<sup>1</sup>, Josselyn González-Gómez<sup>2</sup>, Araceli Saavedra-Sepúlveda<sup>3</sup>, Olga Vásquez-Palma<sup>4</sup>, Elga Arroyo-Cortes<sup>5</sup>

Autor correspondencia: Dr. Augusto Obando-Cid.

Correo electrónico: [augusto.obando@ufrontera.cl](mailto:augusto.obando@ufrontera.cl)

1. Matrón; Magíster en Ciencias Sociales Aplicadas; Doctor en Procesos Sociales y Políticos en América Latina; Doctor en Ciencias Sociales. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. (*Temuco, Chile*)
2. Matrona; Magíster (c) en Epidemiología Clínica. Escuela de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Ciencias, Universidad Mayor. (*Temuco, Chile*)
3. Matrona; Magíster (c) en Epidemiología Clínica. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. (*Temuco, Chile*)
4. Antropóloga; Magíster en Educación; Doctora en Ciencias Sociales. Departamento de Procesos Terapéuticos. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Temuco. (*Temuco, Chile*)
5. Matrona; Magíster en Ciencias Sociales Aplicadas. Presidenta de la Sociedad Científica Chilena de Matronas y Matrones (SOCIECHIMA). (*Temuco, Chile*)

Recibido: 16/06/2021 Aceptado: 10/01/2022



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** En Chile, los servicios de salud se abocaron al control de la Pandemia por COVID-19, tomando medidas extraordinarias e inmediatas, priorizando algunas prestaciones y postergando otras atenciones de salud. Desde ahí surge la interrogante sobre cómo se enfrentan los cuidados de salud sexual y reproductiva en el sistema de salud chileno en el contexto de pandemia, desde la perspectiva de los profesionales de la Matronería en la región de La Araucanía. Los objetivos que guían el presente estudio son: describir el abordaje de la atención en salud sexual y salud reproductiva en Chile en tiempos de pandemia por COVID- 19 y explorar los cuidados y prioridades de la atención de matronería. **MATERIAL Y MÉTODO.** El estudio enmarcado en el paradigma complejo, con un enfoque fenomenológico y exploratorio, usando la técnica de entrevista abierta. Las/los participantes, profesionales de la matronería en funciones formativas y de atención clínica a usuarias dentro del Sistema de Salud Chileno, seleccionados por conveniencia. El análisis de los datos se realizó desde la perspectiva de la Teoría Fundamentada. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES.** Como hallazgo surge la postergación ocurrida en los cuidados de la atención en matronería y la adaptabilidad adoptada por este estamento en los diferentes niveles de atención para mantener su compromiso con la salud de las mujeres. Se concluye que los cuidados de la salud sexual y salud reproductiva siempre han estado invisibilizados en la «domesticación de su entrega» y altamente feminizados, que los hace prescindibles por el sistema de salud.

**Palabras clave:** pandemia; matronería; calidad de los cuidados en salud; continuidad de los cuidados.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION AND AIMS.** In Chile, health services focused on controlling the COVID-19 pandemic, taking extraordinary and immediate measures, prioritizing some benefits and postponing other health care. From there, the question arises about how sexual and reproductive health care is faced in the Chilean health system in the context of the pandemic, from the perspective of midwifery professionals in the Araucanía region. The objectives that guide this study are: To describe the approach to sexual and reproductive health care in Chile in times of COVID-19 pandemic and to explore the care and priorities of midwifery care. **MATERIAL AND METHOD.** The study framed in the complex paradigm, with a phenomenological and exploratory approach, using the open interview technique. The professional participants of the midwifery in formative functions and clinical attention to users within the Chilean Health System, selected for convenience. The analysis of the data was carried out from the perspective of grounded theory. **RESULTS AND CONCLUSIONS.** As a finding arises the postponement occurred in the care of care in midwifery and the adaptability adopted by this sector in the different levels of care to maintain its commitment to the health of women. It is concluded that sexual and reproductive health care has always been invisible in the "domestication of its delivery" and highly feminized, which makes them dispensable by the health system.

**Keywords:** Pandemic; Midwifery; Quality of Health Care; Continuity of Care.

## INTRODUCCIÓN

Los coronavirus (CoV) son una amplia familia de virus que pueden causar diferentes síntomas, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves (OMS, 2020). A finales del año 2019 comenzó un brote infeccioso de neumonía por coronavirus proveniente de Wuhan, China, de difícil control, correspondía a una nueva cepa de coronavirus que no se había encontrado antes en el ser humano que fue nombrada oficialmente como SARS CoV-2 por el comité internacional de taxonomía de virus, mientras que la enfermedad manifestada por este virus se denominó «COVID-19» (OMS, 2020). Consecuentemente, científicos se abocaron a realizar minuciosos estudios para poder combatirlo, generándose paulatinamente nuevos avances para prevenirlo y poder tratarlo, como es el caso de las diversas vacunas desarrolladas.

Ningún país se encontraba preparado para este escenario epidemiológico, por ello los servicios de salud a nivel mundial se han visto colapsados para responder a esta pandemia, significando un nuevo reto para los sistemas de salud, pero, sobre todo, desafiando al personal sanitario en el manejo de estresores clínicos y no clínicos. Cabe mencionar que algunos de los estresores son producto de la escasez de equipos de protección personal, la mortalidad y morbilidad asociadas a esta enfermedad, la cobertura de la atención en otras especialidades o servicios de salud, además del temor de llevar el virus a los miembros de la familia y la realidad de perder algún compañero de trabajo por el COVID-19 (Hu et al., 2020; Zerbini et al., 2020; Lai et al., 2020; Lu et al., 2020; Kang et al., 2020).

En Chile, las primeras comunas que ingresaron a cuarentena para el control del virus lo hicieron el 29 de marzo, a 13 días de la llegada del primer caso al país. Dentro de estas comunas se encontraban Temuco y Padre las Casas, en la región de La Araucanía, considerada la región más pobre del país (Ministerio de Desarrollo Social, 2017), con alta concentración de población rural y Mapuche (Instituto Nacional de Estadísticas (INE) 2017).

Paulatinamente, se fueron sumando otras comunas de la región, tales como Victoria, Angol y Nueva Imperial (Ministerio de Salud, 2020). Sin duda, este escenario tan inmediato llevó a los servicios de salud de la región a tomar medidas decisivas y en un corto plazo para el control del virus, priorizando prestaciones de salud y siguiendo los escasos lineamientos dictados a nivel central (Colegio Médico de Chile, 2020).

La Pandemia de COVID 19, en el contexto chileno, no solo ha develado las problemáticas asociadas a un sistema de salud debilitado por el asalto neoliberal (Labra, 2002), sino que, además, permite observar que este modelo construye y reproduce complejas situaciones de desigualdades sociales que terminan generando inequidades en salud.

Dado lo anterior, se puede afirmar que el modelo neoliberal desde su implementación a fines de los años setenta e inicios de los ochenta (Labra, 2002), ha generado crecimiento económico y acumulación de la riqueza concentrada en un sector minoritario de la ciudadanía, lo que ha dejado al grueso de la población sobreendeudada y sin acceso a los derechos básicos. Aquello finalmente tensionó el sistema social de tal manera que, al acentuar las profundas fisuras de la desigualdad con un alza menor de pasajes del metro, produjo una fuerte y sostenida reacción que se ha denominado «estallido social», iniciada el 18 de octubre del año pasado, donde gran parte de la población chilena hizo eco del malestar general y de la demanda de derechos básicos, entre ellos la salud (Mira S., 2011; Silva-Peña y Paz-Maldonado, 2019). Este último, en tanto derecho, fue reducido a libertad de elección entre prestadores, generando así profundas transformaciones en el sistema de salud chilena iniciados en la década de los ochenta, que llevó a su privatización y la continua pauperización y desmantelamiento del sector público, además de una escisión entre la atención primaria en salud (APS) y los niveles de mayor complejidad (Homedes y Ugalde, 2002).

Es por ello por lo que, aparejado al desmantelamiento del sistema público de salud, también se vio desmantelada la red de cuidados, generando en última instancia la transformación material y subjetiva de las relaciones sociales, tanto intra como extrasistema de salud, y en la sociedad chilena toda, podríamos enunciar una «crisis de los cuidados» por la neoliberalización de la existencia.

Es en este marco contextual donde observamos un sinnúmero de transformaciones en lo referente a los cuidados, que según Tronto deben entenderse como:

Una actividad humana que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro 'mundo' para que podamos vivir en él lo mejor posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nosotros mismos y nuestro entorno, todo lo cual buscamos entrelazar en una red compleja que sustenta la vida. (1993, p. 103)

En este contexto, cuando se plantea el estudio de los cuidados, se relevan las transformaciones con relación al reordenamiento de estos, debido al capitalismo en clave

neoliberal, donde por un lado emergen las oportunidades laborales asociadas a la provisión de cuidados que van desde servicios domésticos, de ayuda en el espacio domiciliario, o en instituciones para el cuidado como guarderías, hospitales y geriátricos, que son ocupadas por mujeres pobres o migrantes; y por otro para quienes prestan tales servicios de cuidados remunerados, se encuentran sometidas a la doble o triple jornada laboral, o a la sobrecarga de la red de apoyo. Las anteriores transformaciones sitúan a las mujeres tanto dentro y fuera de las familias como las que mayoritariamente se están encargando de dar respuesta a las necesidades de cuidado directamente, o bien organizando su provisión a través de recursos públicos o del mercado (Palomo, 2009).

Es en esta lógica donde es necesario plantear el uso del término «domesticación del trabajo» (Palomo, 2009, p. 15), qué está relacionado con la feminización de este y que desde la perspectiva de Donna Haraway:

El trabajo, Independientemente de que lo lleven a cabo hombres o mujeres, está siendo redefinido como femenino y feminizado. El término «feminizado» significa ser enormemente vulnerable, apto a ser desmontado, vuelto a montar, explotado como fuerza de trabajo de reserva, estar considerado más como servido: que como trabajador, sujeto a horarios intra y extrasalariales que son una burla de la jornada laboral limitada. (1995, p. 284)

La noción de domesticación pretende superar la dualidad femenino-masculino y pensar estas transformaciones a partir de las cualidades, condiciones y ámbitos en las que operan, sin obviar el hecho de que son mujeres las que se encuentran en el centro de estos procesos, con el fin de renovar el concepto de trabajo y englobar en él una gran cantidad de actividades que han realizado y realizan las mujeres en el ámbito de los cuidados que son centrales.

Es por ello por lo que, dentro de esta transformación del trabajo, su feminización y domesticación, es necesario releer y analizar los contextos y procesos de los cuidados en el campo de la salud, el cual, además de feminizado, reproduce y produce formas de cuidado específicas para mantener y recuperar la salud, tratar la enfermedad y acompañar a la muerte, generando por momentos difusos bordes entre el espacio familiar doméstico y el espacio institucionalizado del centro de salud, dándose una suerte de dialéctica con relación a la institucionalización del hogar y la domesticación del centro de salud.

En esta misma lógica emergen los cuidados en matronería, los cuales están basados en prácticas de cuidado hacia mujeres y familias desde una perspectiva biopsicosocial

(Powell Kennedy, 1995), además de biomédica (MacDorman y Singh, 1998), cuyos efectos tienen estrecha relación en la salud reproductiva, sexual y perinatal. Dado que el foco del cuidado son las mujeres, y en la gran mayoría de los casos son mujeres quienes otorgan el cuidado, podemos plantear que en estricto rigor se configura el hecho de que, en el centro del vínculo del cuidado, son mujeres cuidando de mujeres, con todas las ventajas que ello conlleva, pero además con todo el peso estructural y sistémico de la feminización y domesticación, basado en desigualdades e inequidades instaladas desde lo social en el sistema de salud.

En la actualidad, a nivel internacional, el cuidado en matronería se plantea en términos de una formación integral que abarca el mejor cuidado para las mujeres, basado en un modelo integral de cuidados, fundamentado en la continuidad de la atención integrando todas las necesidades biopsicosociales de las mujeres, pareja y familia (Gamble et al., 2020), lo cual genera efectos en la salud, produciendo salud y recuperando la salud en mujeres (Mathias, Davis y Ferguson, 2020), inclusive en los momentos actuales de pandemia de COVID 19 (Renfrew et al., 2020).

En el contexto chileno, este cuidado de matronería se observa en relación con el cuidado al proceso reproductivo, en todos sus ámbitos, pero con especial énfasis en el parto respetado (Binfa et al., 2011; 2016), pero desde finales de la década de los noventa, los cuidados han desbordado el proceso reproductivo y se han expandido hacia la salud sexual, la salud reproductiva y la salud perinatal (Lillo et al., 2016).

Es por ello por lo que finalmente podemos preguntarnos: ¿Cómo se enfrentan los cuidados de salud sexual y salud reproductiva en el sistema de salud chileno en el contexto de pandemia, desde la perspectiva de los profesionales de la Matronería desde La Araucanía? Siendo los objetivos de la presente investigación describir el abordaje de la atención en salud sexual y salud reproductiva en Chile en tiempos de pandemia por COVID- 19 y explorar los cuidados y prioridades de la atención de matronería.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

En el marco de una metodología cualitativa, el estudio se sitúa en el paradigma de la complejidad (Morin, 2009), en el sentido de considerar al ser humano como multidimensional, posible de abordar desde una perspectiva física-bio-antropológica, integral y multidisciplinaria. Además, desde un enfoque fenomenológico, con un diseño exploratorio (Creswell y Creswell, 2018; Creswell y Poth, 2018).

Para la construcción de datos, se utilizó la técnica de entrevista abierta, aplicada por una única investigadora especialista en entrevista cualitativa, vía *online* a través de las plataformas Zoom o Meet, con una duración aproximada de entre 45 a 60 minutos, con una media de duración de 50 minutos, realizándose todas ellas en un periodo de un mes. Solo en dos entrevistas se generó un problema de conexión, que fue subsanado dentro del tiempo destinado para su realización, sin mayores inconvenientes. Las entrevistas abiertas están sustentadas en un guion básico conducido por el objetivo de estudio, basado en las siguientes dimensiones: a) manejo general de la pandemia, b) cuidados de matronería en pandemia, c) cuidado en salud sexual y salud reproductiva. Las preguntas formuladas fueron muy abiertas, ya que la premisa principal fue escuchar las posiciones de los y las participantes, tomándose notas de campo respecto a su lenguaje no verbal y su contexto. Aquello permitió abarcar las dimensiones del fenómeno necesarias de analizar, para comprender cómo se enfrentan los cuidados de la salud sexual y reproductiva en el contexto del desarrollo de la pandemia, el manejo y respuesta de las instituciones desde la perspectiva de las y los profesionales matronas y matrones. La saturación de datos ocurrió cuando se evidenció la imposibilidad de generar nuevas categorías conceptuales y sujetos sociológicos (Berteaux, 2005).

Para el registro se realizó una grabación de audio, posteriormente se transcribió la entrevista, generando una base de datos, la cual fue gestionada a través del software Atlas-ti en su versión 8. Se debe destacar que se realizó una devolución a las participantes en una jornada *online* vía Zoom dando a conocer los resultados preliminares. Asimismo, cada participante tuvo acceso a la transcripción íntegra de su entrevista para realizar alguna retroalimentación, permitiendo agregar nuevos elementos a esta o rectificando algunas ideas planteadas por las/los participantes previamente. Por último, terminada la investigación, después de haber obtenido los resultados, se procedió a realizar el proceso de validación solicitada, reuniéndonos con las organizaciones de participantes para presentarles los resultados, quienes los aprobaron y solicitaron su divulgación científica.

Las y los participantes de la investigación fueron matrones y matronas en funciones formativas docentes y de atención clínica a usuarias. El proceso de acceso a la muestra se inició con el envío de una invitación por correo electrónico a participar en el estudio, tanto al Colegio de Matronas y Matrones Regional, como a las socias/los socios de la Sociedad Científica Chilena de Matronas y Matrones «SOCIECHIMA»; estas dos entidades fueron quienes la difundieron a través de sus bases de datos. A continuación, las matronas y

matrones interesadas/os en participar voluntariamente contactaron por vía correo electrónico y telefónica con las y los investigadores, conformándose de este modo el muestreo de voluntarios. Posteriormente, se utilizó un muestreo por conveniencia para profundizar en el proceso de muestreo cualitativo, estableciéndose así los criterios de inclusión, los cuales fueron: a) tener domicilio y trabajar en la Región de La Araucanía; b) manifestar a través de la firma de un consentimiento informado; c) el interés personal voluntario de participar. Por su parte, los criterios de exclusión fueron: a) contar con menos de 3 años de ejercicio profesional; b) que se desempeñen fuera de la región de la Araucanía; c) no contar con una adecuada conexión a internet; d) y negarse a la firma del consentimiento informado. Se conformó finalmente una muestra cualitativa de 18 participantes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Caracterización de las/los participantes

Participante	Sexo	Nivel de atención
Entrevistad* 1	mujer	Nivel Terciario (Hospital)
Entrevistad* 2	hombre	Nivel Primario (APS)
Entrevistad* 3	mujer	Nivel Terciario (Hospital)
Entrevistad* 4	mujer	Nivel Terciario (Hospital)
Entrevistad* 5	mujer	Nivel Terciario (Hospital)
Entrevistad* 6	mujer	Nivel Terciario (Hospital)
Entrevistad* 7	mujer	Nivel Terciario (Hospital)
Entrevistad* 8	mujer	Nivel Terciario (Hospital)
Entrevistad* 9	mujer	Nivel Terciario (Hospital)
Entrevistad* 10	mujer	Nivel Primario (APS)
Entrevistad* 11	mujer	Nivel Primario (APS)
Entrevistad* 12	hombre	Nivel Primario (APS)
Entrevistad* 13	mujer	Docencia Universitaria
Entrevistad* 14	mujer	Nivel Primario (APS)

Entrevistad* 15	mujer	Nivel Primario (APS)
Entrevistad* 16	mujer	Nivel Primario (APS)
Entrevistad* 17	mujer	Nivel Primario (APS)
Entrevistad* 18	hombre	Nivel Primario (APS)

**Fuente:** Elaboración propia

Las unidades de observación se componen de frases extraídas de los relatos de las y los entrevistadas/os. Las variantes discursivas de las entrevistadas y entrevistados producidas en el estudio fueron analizadas desde la perspectiva de la Teoría Fundamentada (Charmaz, 2013; Requena, Carrero y Soriano, 2006; Clarke, 2005), donde las categorías se encuentran en estrecha relación con la pregunta y objetivos de investigación, mientras que las subcategorías emergen del análisis de los discursos de las/los profesionales participantes.

### **Aspectos Éticos**

Los aspectos éticos y legales de la presente investigación se fundamentan en la Ley 20.120 sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma y que prohíbe la clonación humana (MINSAL, 2006) y la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (MINSAL, 2012), donde en este caso son relevantes los aspectos referentes a la solicitud de consentimiento informado, la protección de la identidad y la clasificación del estudio; de acuerdo con sus implicaciones para con la integridad de los sujetos participantes, se plantea que la presente investigación no vulnera su integridad. Por otra parte, se declara expresamente que en la presente investigación la participación fue voluntaria, ofreciendo claramente a las/los participantes la posibilidad de abandonar el estudio cuando ellas/ellos quisieran. Además, se realizó la entrega del consentimiento informado por vía correo electrónico, previo a la realización de la entrevista, para su lectura, aprobación y firma, el cual, se indicó a las/los participantes, debía ser remitido por la misma vía al equipo investigador para su recepción y custodia, manteniéndose en resguardo por el investigador principal del presente estudio. Además, al inicio de la entrevista, se corroboraba nuevamente el deseo de participación y se consultaba si había dudas o la necesidad de aclaraciones sobre el documento del consentimiento informado.

Se garantizó la confidencialidad de los y las participantes resguardando y protegiendo la identidad de entrevistadas y entrevistados y el contenido de las entrevistas, siendo de uso exclusivo para la presente investigación, no recabando datos sensibles de los participantes, por lo cual es considerada de bajo riesgo. El equipo de investigadoras/es durante el proceso de análisis custodió las grabaciones y resguardó la identidad de las/los participantes a través de un código asignado a cada entrevistada/a. Además, el proceso de transcripción fue fiel a la grabación electrónica, guardándose dicho registro durante la duración de la investigación, para luego ser eliminada.

## **RESULTADOS**

Los dos grandes temas que guían la presente investigación tienen relación con a) el abordaje de la atención en salud sexual y salud reproductiva en Chile en los tiempos de pandemia y b) los cuidados y prioridades en la atención de maternidad.

Por otra parte, las categorías asociadas a los objetivos de la presente investigación son: a) el manejo general de la pandemia; b) postergación de los cuidados de la salud sexual y reproductiva; c) cuidados de la atención y d) gestión de los cuidados en maternidad.

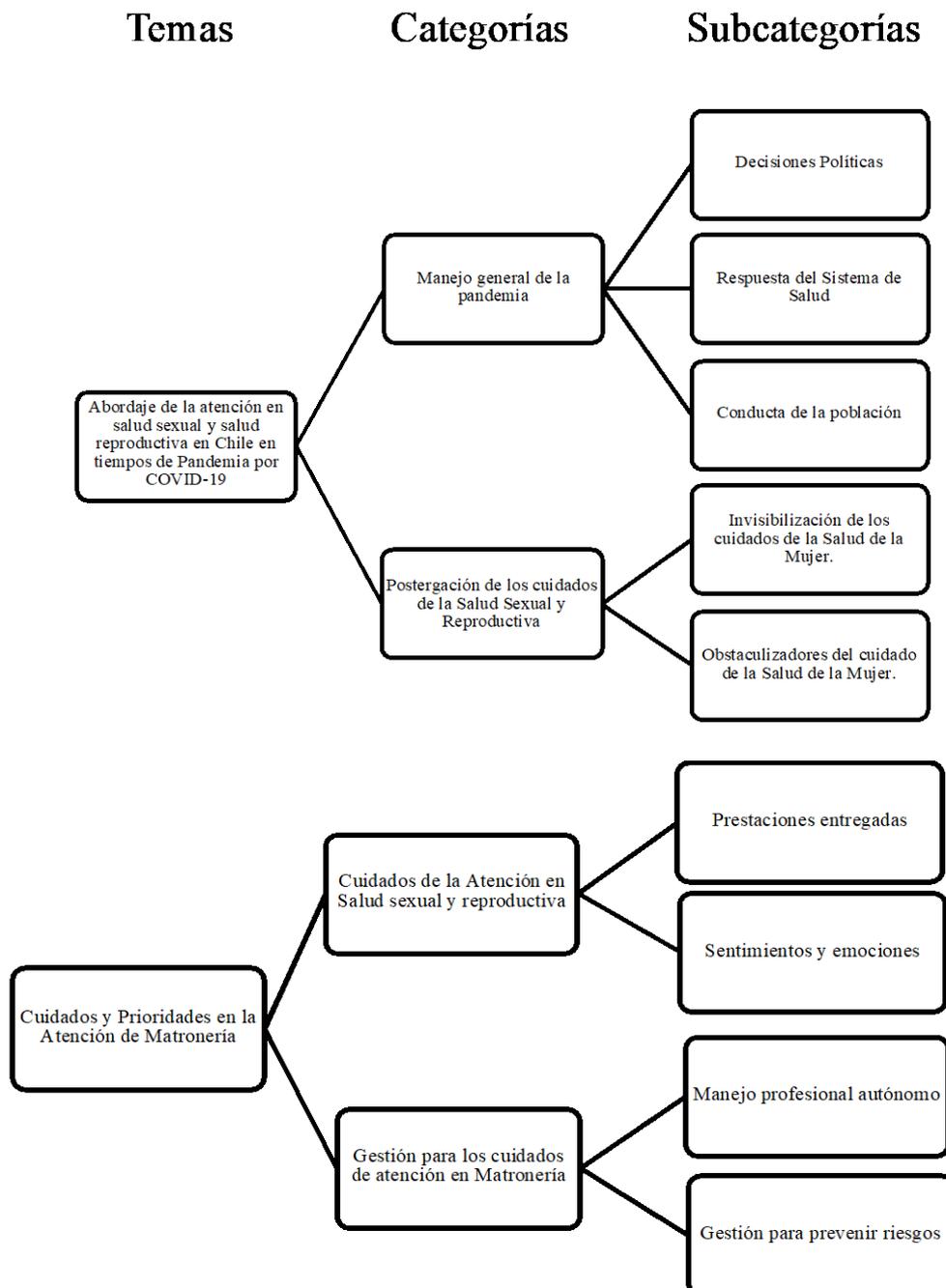
Desde el relato de las entrevistadas y entrevistados, emergen las subcategorías que son presentadas en el siguiente esquema (ver Esquema 1).

### **TEMA 1: Abordaje de la atención en salud sexual y salud reproductiva en Chile en tiempos de Pandemia por COVID-19**

#### **Categoría 1: Manejo general de la pandemia**

Esta categoría incorpora opiniones relacionadas con la respuesta de las instituciones del Estado frente a la pandemia, el manejo de autoridades de salud y también la conducta de la población. En general, las/os participantes del estudio toman distancia de su propia vivencia para evaluar el manejo, las decisiones adoptadas por el nivel central del sistema de salud y su aplicación en terreno. Además, presentan una postura crítica respecto al comportamiento de la población.

**Esquema 1.** Matriz de resultados. Cuidados de Matronería en tiempos de pandemia por COVID-19



**Fuente:** elaboración propia para el presente estudio.

### **1. Subcategoría «Decisiones políticas»**

Esta subcategoría emerge de las afirmaciones que realizan las/los participantes del estudio en relación con la gestión general de la pandemia en el país. Algunas aseveraciones son: «La verdad considero que las medidas no han sido lo suficientemente rigurosas desde un principio, creo que las autoridades con las medidas tomadas hasta el momento, estamos lejos de poder controlar lo que está pasando» (E-6); «Me parece que quienes dirigen el país les faltó reflexión y humildad, para entender la magnitud del problema sanitario. No incorporaron aprendizajes de países que partieron antes con la pandemia» (E-9).

Por otro lado, se observa que perciben un buen manejo de la gestión. Estas respuestas son: «Sinceramente, siento que se han realizado estrategias adecuadas, no soy muy crítica ya que comprendo que nunca nos hemos enfrentado a una pandemia de estas características continuamente se van cambiando, para ofrecer mayores garantías» (E-2).

### **2. Subcategoría «Respuesta del Sistema de Salud»**

Esta subcategoría surge de las respuestas de participantes en el estudio, acerca de las medidas y accionar de Autoridades del MINSAL, jefaturas directas y funcionariado en general. Las opiniones son diversas. Algunas expresan descontento: «[...] siento que el flujo de la información sobre los cambios realizados se ha tomado sin considerar la opinión de los funcionarios que trabajamos en los servicios dónde se han producido estos cambios» (E-8).

Otras percepciones se refieren al compromiso en el actuar de directivos y funcionariado del sector salud: «En este contexto, he visto que tanto directivos como funcionarios de los diferentes servicios de nuestra institución, han hecho grandes esfuerzos para dar respuesta a las necesidades y demandas que ha generado la pandemia, mostrando gran compromiso y espíritu de servicio» (E-5).

### **3. Subcategoría «Conducta de la población»**

La conducta de la población en tiempo de pandemia es mencionada en varias ocasiones, siendo evaluada como responsable, y en este grupo se menciona a las mujeres gestantes, quienes, dado esa condición, toman medidas preventivas y su círculo cercano las «cuidan más». Algunas aseveraciones son: «[...] y con respecto de la embarazada, ellas se familiarizan más con el autocuidado, pues tanto ellas como el círculo, piensan en la protección a dos vidas, por lo que al aislarse generalmente evitan el Contagio Masivo» (E-18); «[...] la población femenina ha tomado algo de conciencia, lo que se evidencia

en el número de consultas diarias en urgencias, las cuales han disminuido y por tanto repercute en el bienestar de las familias de nuestras usuarias» (E-14).

A su vez, otras conductas se consideran irresponsables: «Pienso que el mayor problema es la falta de toma de conciencia de la población, en las medidas básicas de cuidado y distanciamiento social, tanto usuarios como personal de salud» (E-13).

## **Categoría 2: Postergación de los cuidados de la salud sexual y reproductiva**

Se refiere a la percepción de matronas y matrones de que la atención en salud sexual y salud reproductiva no es prioridad en ningún momento para el sistema de salud.

### ***1. Subcategoría «Invisibilización de los cuidados de la Salud de la Mujer»***

Se refiere a los relatos de profesionales de la Matronería en relación con la centralización total de la atención en salud, monopolizando todos los esfuerzos humanos, físicos y económicos de forma unitemática. Una situación que impactó en la postergación de las atenciones que no se detienen, como el proceso reproductivo, las urgencias ginecológicas y obstétricas, entre otros atingentes a la salud de la Mujer. Algunas respuestas donde señalan que no han sido priorizados son: «Percibo además que no logramos otorgar cobertura adecuada a nuestras usuarias... se están sintiendo abandonadas» (E-17); «Me parece que las medidas han sido insuficientes, y se ha dejado completamente de lado la atención de la salud sexual y reproductiva» (E-16); «Siento que somos el eslabón olvidado del Sistema de Salud, en desmedro de la Salud de la Mujer» (E-11); «[...] Las estrategias y protocolos para el programa de la salud de la mujer, simplemente no ha llegado» (E-15); «APS y lo que involucra la atención a la ciudadanía en salud sexual y reproductiva ha quedado sin prioridad (E-10).

Otros relatos enfatizan la postergación de los cuidados del proceso reproductivo: «Considero que no se ha dado la importancia a la gestante, más aún al binomio madre e hijo. Tampoco estuvo disponible los test Covid 19 para nuestras mujeres en trabajo de parto» (E-3); «Siento que la atención más perjudicada es la que le damos a la gestante en trabajo de parto, ya que se encuentra sin acompañamiento hasta el alta, en un momento crucial de su vida, estar sola es muy perjudicial» (E-4); «Siento que en general la maternidad de mi establecimiento ha sido dejada de lado por los directivos» (E-5).

## **2. Subcategoría «Obstaculizadores del cuidado de la Salud de la Mujer»**

Esta subcategoría emerge de las/los participantes cuando señalan la falta de elementos de protección personal (EPP), ausencia de protocolos, también de exámenes de laboratorio para Covid-19, incluso espacios físicos. Todo ello les hace percibir que la atención de las mujeres es el eslabón olvidado del sistema de salud. Las aseveraciones siguientes se refieren a ello: «Al comienzo de la pandemia no tuvimos orientaciones respecto a la continuidad de la atención de las gestantes» (E-5); «Sin embargo esto ha sido insuficiente en la atención de nuestra población objetivo ya sea por priorizar otros servicios clínicos en cuanto a distribución de EPP y enfoques de protocolos, así como también en los espacios y manejos destinados a nuestras pacientes» (E-17).

A su vez enfatizan falencias que podrían interferir en el desarrollo de las actividades, como asimismo poner en riesgo a las propias usuarias. «[...] hemos tenido que imponernos para conseguir que nos entreguen las EPP adecuadas» (E-2). «Los EPP han sido muy escaso en mi zona de trabajo, teniendo que reciclar muchos o utilizar uno lo que más se pueda atendiendo más de 3-4 pacientes» (E-13); «Actualmente encuentro que son escasas las medidas de prevención al salir a terreno, y además de priorizar a solo gestantes» (E-4). «En cuanto a lo que ha sucedido en mi hospital, aun seguimos teniendo días en que nos faltan insumos básicos y también de EPP, teniendo a veces que recurrir a compras personales» (E-16); «[...] en mi centro de salud no se ha priorizado la atención de la mujer, lo cual dificulta poder entregar las prestaciones de forma segura» (E-1). «Tengo un sitio en Facebook y casi todas las consultas a nivel país se refieren al abandono de los métodos anticonceptivos, por falta de controles habituales y recetas, considero un tema fundamental y urgente a reforzar» (E-7).

## **Tema 2: Cuidados y Prioridades en la Atención de Matronería**

### **Categoría 1: Cuidados de la Atención en Salud sexual y reproductiva**

Surge de la percepción las/los participantes, acerca de las actividades del quehacer de la Matronería y los sentimientos que nacen en los procesos de atención a usuarias.

#### **1. Subcategoría «Prestaciones entregadas»**

Básicamente se refiere a las actividades del quehacer profesional realizadas durante la pandemia y las prioridades que establecieron, según los diferentes espacios laborales. Matronas y matrones participantes señalan que los cuidados que han priorizado son los

controles a mujeres gestantes, recién nacido y puérperas, tanto en nivel primario como terciario. Luego o en un mismo momento y según campo laboral, han entregado los controles de métodos anticonceptivos. Algunas aseveraciones en este sentido son: «[...] se ha priorizado la atención en domicilio de las gestantes y control díada» (E-3); «[...] las matronas estamos respondiendo a necesidad ingresos prenatales, control diadas, pesquisa estreptococos, recetas de anticonceptivos por 6 meses» (E-4). También señalan el cambio de la modalidad para la entrega de la atención: «Además de las teleconsultas, sobre todo para lo de planificación familiar» (E-6).

Los profesionales de la Matronería señalan que las actividades de urgencia es una demanda que no se ha detenido, independientemente de contar con EPP o protocolos. Tanto en el principal hospital de la región como en otros hospitales y establecimientos de APS, las atenciones continuaron desarrollándose: «En este sentido hemos priorizado horas ARO [Alto Riesgo Obstétrico] y hemos mantenido las atenciones de urgencia como siempre» (E-14); «Con respecto a la atención de la mujer, se han mantenido las atenciones de urgencias y parto, tomando medidas de protección acordes» (E-12).

## **2. Subcategoría «Sentimientos y emociones»**

Se genera a partir de la vivencia que matronas y matrones relatan desde el inicio de la pandemia, vivencias con mucho miedo, pero también entendiendo que debían seguir cumpliendo con su deber profesional, constituyéndose como una experiencia laboral al límite de su resistencia emocional. Algunas afirmaciones son: «[...] Hay semanas que colapso, pero solo para mí, no exteriorizo, ante todo hay que mantener la calma por nuestras usuarias (E-15); «Considero que, a pesar de estar en primera línea, no se ha valorado el esfuerzo personal para cumplir a cabalidad con las funciones asignadas como Matrón/a» (E-17).

Consecuentemente con lo expresado, las/los profesionales de la Matronería manifiestan sentirse entre el miedo y el deber, así lo refieren algunas aseveraciones: «Cada funcionario, según mi experiencia, ha experimentado sensación de miedo y angustia, pero entre nosotros mismos, intentamos mantener la calma para seguir combatiendo esta pandemia» (E-3); «Mucha gente está comprometida con su trabajo, pero el miedo es un factor que dificulta las actividades» (E-10).

La relación con la familia es otro elemento que genera temores y sentimientos, algunas afirmaciones son: «[...] sigue la incertidumbre y estrés diario en contagiarse y contagiar a mi familia» (E-14).

También se observa un sentimiento relacionado con la valoración del quehacer profesional desarrollado, donde a veces es ignorado por las autoridades del sistema de salud: «[...] a todos nos hace bien escuchar que lo estamos haciendo bien y que estamos aportando con nuestro trabajo y sacrificio. Nunca hablan de nosotros matronas y gines [ginecólogos] desde el nivel central, no nos consideran primera línea» (E-3).

## **Categoría 2: Gestión del Cuidados de la Atención en Salud sexual y reproductiva**

Esta categoría se refiere a las acciones implementadas desde la Matronería, como la ejecución de nuevos planes de atención, coordinación con otros profesionales y en general reorganizar la atención entregada.

### ***1. Subcategoría «Manejo profesional autónomo»***

Esta subcategoría surge de la vivencia de matronas y matrones principalmente al inicio de la pandemia, donde coinciden en el caos que vivenciaron. Consecuentemente debieron evaluar la realidad de su establecimiento y tomar decisiones según la realidad local, con el propósito de mantener las actividades profesionales, sin poner en riesgo a las usuarias y tampoco al equipo de salud. Para ello debieron reorganizar la atención profesional en salud sexual y salud reproductiva: «[...] nuestro trabajo ha sido autónomo, según nuestro criterio y tomando todas las precauciones necesarias» (E-1); «[...]el equipo de Matronería ha logrado una buena reorganización de sus actividades clínicas y administrativas, resguardando la salud tanto del equipo de profesionales y de nuestras usuarias» (E-10).

### ***2. Subcategoría «Gestión para prevenir riesgos»***

Se refiere a las coordinaciones y comunicaciones que matronas y matrones debieron realizar con las jefaturas de los servicios y con otras unidades, con el objeto de mantener las atenciones en salud sexual y reproductiva. También se reconoce el aprendizaje que esta pandemia ha obligado y la aplicación de medidas cuyos resultados satisface el desarrollo profesional, evidencia la capacidad de gestión del estamento profesional para cuidar la salud de las usuarias, se suma la siguiente afirmación: «No pasa por una política institucional sino por el compromiso de las matronas por cuidar, a toda costa, a las mujeres» (E-8).

También se observa un énfasis en los aprendizajes profesionales adquiridos y su posible impacto en una mejor conducta profesional futura, además de los esfuerzos para mantener la entrega de los cuidados inherentes al tipo de usuarias: «También es cierto que constantemente aprendemos que hay oportunidades de mejora en los nuevos procesos, y que de los errores hay que sacar aprendizajes y corregir» (E-2); «[...] Podemos dar fe de que nuestra población no se ha quedado sin MAC [métodos anticonceptivos], pero ha sido un arduo trabajo y muy agotador» (E-7).

Otros aspectos que relatan las/los profesionales de la Matronería refiere a su trabajo frente a usuarias con Covid-19, además del trabajo colaborativo con el establecimiento de salud donde laboran: «[...] no se ha registrado gran número de usuarias COVID positivo y las pocas han tenido evolución positiva, sin contagio de su recién nacido» (E-9); «[...] en el CESFAM que trabajo he tenido que hacer labores de matrona, laboratorio, gestiones de transporte y aprender a utilizar máquinas como centrífuga en laboratorio» (E-18)

Finalmente, se observa además una cierta complacencia con la respuesta de las usuarias y los vínculos de coordinación y comunicación con instancias administrativas que les hace percibir un deber profesional cumplido. Algunas afirmaciones en este sentido son: «Referente a las atenciones clínicas, hemos priorizado y nuestras usuarias lo han entendido» (E-1); «Desde la Matronería, se ha intentado resguardar la vida de las usuarias en todo momento, modificando nuestras atenciones tanto en atención abierta como cerrada» (E-17).

## DISCUSIÓN

Ante la pregunta ¿cómo se enfrentan los cuidados de salud sexual y reproductiva en el sistema de salud chileno en el contexto de pandemia, desde la perspectiva de los profesionales de la Matronería, desde La Araucanía?, surgen respuestas a partir del análisis de los discursos de las entrevistadas que permitirían inferir que, debido al manejo general de la pandemia, ocurre una postergación de los cuidados de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, lo que no es ajeno a otras realidades latinoamericanas (Damián López, 2020), produciéndose una invisibilización tanto de quienes generan el cuidado como de quienes lo reciben. Este mismo discurso se encuentra plasmado en noticias referentes a la temática donde el colegio de matronas y matrones piden al Gobierno no olvidar a las gestantes (Casas, 2020), solicitando además protocolos de

acción para la protección de mujeres y profesionales (Castillo, 2020), y considerar a las gestantes como población de riesgo en esta pandemia (El desconcierto, 2020).

Dicho fenómeno se sustenta al parecer en las lógicas patriarcales de las políticas públicas, que se encarna en las prácticas de salud, dirigidas a la población en general y las mujeres en lo particular (UNFPA, 2020). Dentro del discurso de las/os entrevistadas/os, se aprecia una naturalización de esta práctica, al mantener una tolerancia al abandono frente a las nuevas problemáticas emergentes, asentando su actuar en lo que denomina espíritu de servicio, y que desde una perspectiva crítica a la feminización del sujeto que contribuye al cuidado del otro o la otra, en este caso, lo denominamos la domesticación del trabajo (Pastor Gosálbez, Belzunegui Eraso y Pontón Merino, 2012; Palomo, 2009; Haraway, 1995).

Desde la percepción de los entrevistados y entrevistadas, los cuidados otorgados por la matronería en el contexto de pandemia configuran una transformación de las prestaciones de salud sexual y salud reproductiva, consistente en el retraso y la postergación de las horas programadas, exámenes de PAP, VIH, entre otros, como lo plantea el III informe de la Corporación Miles (Corporación Miles, 2021), que están normalizadas y programadas de forma constreñida por las políticas del sistema de salud, lo que plantea la eventualidad de apertura a nuevas posibilidades de mantenimiento de vínculo con las mujeres, compartir junto a ellas y con ellas un intercambio en el espacio de los cuidados (Tronto, 1993).

Llama la atención el juicio evaluador de las conductas del otro/a, en lo que respecta a las actitudes del sujeto que no forma parte de los equipos de salud, atribuyéndole a su irresponsabilidad las consecuencias de una pandemia mal manejada por el sistema y las autoridades, como plantea la categoría «manejo de la pandemia», develando así la subjetividad patriarcal y neoliberal (Ortiz Gómez, 2014) que justifica la negligencia de la autoridad y naturaliza las respuestas extraordinarias de los sujetos en la vida cotidiana.

Dada la feminización del trabajo en salud (Petroni, 2018; Pastor Gosálbez, Belzunegui Eraso y Pontón Merino 2012), principalmente en salud sexual y salud reproductiva, se podría inferir que, en este ámbito laboral, se cumple el supuesto de que las mujeres que cuidan a mujeres conforman el eslabón olvidado del sistema de salud, lo que expone los cuerpos y la salud de las mujeres cuidadas, y en la misma medida vulnera y explota a las mujeres que cuidan.

Todo lo señalado anteriormente, tanto en relación con la crisis social que es previa a la crisis sanitaria, observamos nuevamente como el Estado neoliberalizado se repliega ante la necesidad de los cuidados en salud sexual, salud reproductiva y salud perinatal, y que prescinde de otorgarlos por no considerarlos esenciales en esta lógica de devaluación, feminización y domesticación, donde además las profesionales de la matronería, a pesar de la nula respuesta del sistema de salud, reorganizan sus funciones, sus prácticas, dialogando con las mujeres y sus necesidades, para mantener el cuidado y el vínculo.

## CONCLUSIONES

Se observa desde el relato de las y los entrevistadas/os que la posición de la profesional de salud a día de hoy es problemática, donde, por un lado, se percibe como la institucionalidad, configurada por el Ministerio de Salud y los niveles superiores de toma de decisiones, no entrega directrices, ni la información clara acerca de que se debería hacer en relación con el cuidado en salud sexual y reproductiva por el contexto de pandemia. Por otro lado, este mismo profesional se ve enfrentado a las demandas de la población, siendo las mujeres las más desprotegidas, ya que no son consideradas como prioritarias por el sistema de salud.

Ante tal replegamiento del sistema de salud, las profesionales transforman sus prácticas de cuidado, reorganizan las prestaciones y priorizan en relación a las necesidades de las mujeres; inclusive convierten el espacio doméstico en una suerte de prolongación del espacio institucionalizado del centro de salud, profundizando la principal estrategia del modelo de salud familiar; es así como el cuidado en matronería emerge como una práctica de respuesta a las necesidades de las mujeres ante la crisis sanitaria de la COVID-19.

La ausencia de directrices desde el sistema no es lo único sentido por las profesionales, sino que, además, se relata cierta sensación de abandono, que estructura sentimientos y emociones, que se agudizan en el contexto de pandemia; temores emergen en las profesionales que sin duda afectan su salud mental.

Desde el relato, se desprende que la salud sexual y salud reproductiva, desde el sistema de salud, no ha sido tomada en cuenta, hegemonizándose la acción de urgencia y todas las acciones tendientes al diagnóstico y terapéutica de la COVID-19, concentrándose en la hospitalización de alta complejidad, por lo que se concluye que los cuidados de la salud sexual y salud reproductiva siempre han estado invisibilizados en la «domesticación de su entrega» y altamente feminizados, lo que los hace prescindibles por el sistema de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- BERTEAUX, D. *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2005.
- BINFA, L., et al. Chilean midwives and midwifery students' views of women's midlife health-care needs. En: *Midwifery*. 2011, vol. 27, núm. 4, pp. 417-423.
- BINFA, L., et al. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. En: *Midwifery*. 2016, vol. 35, pp. 53-61.
- CASAS, L. Matronas piden al Gobierno no olvidar situación de embarazadas durante la pandemia. En: *Biobiochile.cl*. 2020. [Consulta: 9 de junio de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3GIpRpy>.
- CASTILLO, J. C. Colegio de Matronas pidió al Gobierno firmar protocolo de acción para el cuidado de los profesionales y las mujeres. En: *ADN Radio.cl*. 2020. [Consulta: 9 de junio de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3FujGUs>.
- CHARMAZ, K. *La teoría fundamentada en el siglo XXI. Aplicaciones para promover estudios sobre la justicia social. Manual de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa, 2013, pp. 198-227.
- CLARKE, A. E. *Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn*. Londres: SAGE, 2005.
- COLEGIO MÉDICO DE CHILE. *Primer informe COVID-19. Departamento de Políticas de Salud y Estudios*. 2020. [Consulta: 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3Kj7dqf>.
- CORPORACIÓN MILES. *Tercer Informe sobre Derechos, Salud Sexual y Reproductiva y Violencia de Género en Chile by Corporación Miles Chile*. Santiago: 2021. [Consulta: 26 de mayo 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3Km7Src>.
- CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Londres: SAGE, 2018.
- CRESWELL, J. W.; POTH, C. N. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Londres: SAGE, 2018.
- DAMIÁN LÓPEZ, B. La salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID-19 en el Perú. En: *Revista Médica Basadrina*. 2020, vol. 14, núm. 1, pp. 56-58.
- EL DESCONCIERTO. Colegio de Matronas: «Embarazadas no son consideradas población de riesgo en la pandemia». 2020. [Consulta: 9 de junio de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3I9us4j>.
- GAMBLE, J., et al. Acknowledging the primacy of continuity of care experiences in midwifery education. En: *Women and Birth*. 2020, vol. 33, núm. 2, pp. 111-118.
- HARAWAY, D. *Ciencia, cyborgs y mujeres La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra, 1995.

- HOMEDES, N.; UGALDE, A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. En: *Gaceta Sanitaria*. 2002, vol. 16, núm. 1, pp. 54-62.
- HU, D., et al. 2020. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. En: *EClinicalMedicine*. 2020, vol. 24, p. 100424.
- INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. *Resultados CENSO 2017*. Chile: Gobierno de Chile, 2017. [Consulta: 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3GBs1qV>.
- KANG, L., et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. En: *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020, vol. 87, pp. 11-17.
- LABRA, M. E. La reinención neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. En: *Cadernos de Saúde Pública*. 2002, vol. 18, núm. 4, pp. 1041-1052.
- LAI, J., et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. En: *JAMA network open*. 2020, vol. 3, núm. 3, p. e203976.
- LILLO, E., et al. Midwifery in Chile – A Successful Experience to Improve Women's Sexual and Reproductive Health: Facilitators & Challenges. En: *Journal of Asian Midwives* [en línea]. 2016, vol. 3, núm. 2, pp. 48-55.
- LU, W., et al. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. En: *Psychiatry Research*. 2020, vol. 288, p. 112936.
- MACDORMAN, M. F.; SINGH, G. K. Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA. En: *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1998, vol. 52, núm. 5, pp. 310-317.
- MATHIAS, L.A.; DAVIS, D.; FERGUSON, S. Salutogenic qualities of midwifery care: A best-fit framework synthesis. En: *Women and Birth*. 2020, vol. 34, núm. 3, 266-277.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. *Situación de pobreza, síntesis de resultados encuesta CASEN. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)*. Chile: Gobierno de Chile, 2017. [Consulta: 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3KgR98y>.
- MINISTERIO DE SALUD. *Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana*. Chile: Gobierno de Chile, 2006. Disponible en: <http://bcn.cl/2fe0y>.
- MINISTERIO DE SALUD. *Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. Chile: Gobierno de Chile, 2012. Disponible en: <http://bcn.cl/2f7cj>.

- MINISTERIO DE SALUD. *Ministerio de Salud anuncia cuarentena total para Temuco y Padre las Casas*. Chile: Gobierno de Chile, 2020 [Consulta: 4 mayo 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3fue1Dp>.
- MIRA, A. Crisis de representatividad y estallido social: Una aproximación a la actual experiencia chilena. En: *Polis. Revista Latinoamericana*. 2011, vol. 10, núm. 30, pp. 185-197.
- MORIN, E. *Introducción Al Pensamiento Complejo*. Barcelona: Gedisa, 2019.
- OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3nxxnAWD>.
- ORTIZ GÓMEZ, M. G. *El perfil del ciudadano neoliberal: la ciudadanía de la autogestión neoliberal. Sociológica (México)*. 2014, vol. 29, núm. 83, pp. 165-200.
- PALOMO, M. T. M. Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. En: *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 2009, vol. 26, núm. 2, pp. 13-44.
- PASTOR GOSÁLBEZ, M. I.; BELZUNEGUI ERASO, Á.; PONTÓN MERINO, P. Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. En: *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 2012, vol. 30, núm. 2, pp. 497-518.
- PETRONE, P. La feminización en la Medicina. En: *Revista Colombiana de Cirugía*. 2018, vol. 33, núm. 2, pp. 132-134.
- POWELL KENNEDY, H. The essence of nurse-midwifery care The woman's story. En: *Journal of Nurse-Midwifery*. 1995, vol. 40, núm. 5, pp. 410-417.
- RENFREW, M. J., et al. Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. En: *Midwifery*. 2020, vol. 88, p. 102759.
- REQUENA, A.; CARRERO, V.; SORIANO, R. M. *Teoría fundamentada «Grounded theory»: la construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2006.
- SILVA-PEÑA, I.; PAZ-MALDONADO, E. Formación docente para la justicia social desde la perspectiva emocional: Indagaciones narrativas en el contexto de la revolución del torniquete. En: *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 2019, vol. 33, núm. 3, pp. 195-212.
- TRONTO, J. C. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. London: Routledge, 1993
- UNFPA – FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS. *COVID-19: un enfoque de género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género*. Marzo de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3GDhxXN>.
- ZERBINI, G., et al. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of covid-19 – a survey conducted at the university hospital augsburg. En: *GMS – German Medical Science*. 2020, vol. 18, pp. 1-9.

# VIOLENCIA OBSTÉTRICA: ESTUDIO BIBLIÓMETRICO EN REVISTAS HISPANOAMERICANAS

*Obstetric Violence: Bibliometric Study in Hispanic American Scientific Journals*<sup>1</sup>

José Carlos Fernández-Díaz<sup>1</sup>, Juan D. González-Sanz<sup>2</sup>

Autor correspondencia: Juan D. González-Sanz

Correo electrónico: [juan.gonzalez@denf.uhu.es](mailto:juan.gonzalez@denf.uhu.es)

1. Graduado en Enfermería. Universidad de Huelva. (*Huelva*, España)
2. Profesor Ayudante Doctor. Departamento de Enfermería, COIDESO Research Center, Universidad de Huelva. (*Huelva*, España)

Recibido: 11/09/2021 Aceptado: 13/01/2022



---

<sup>1</sup> Una versión preliminar de este estudio fue defendida en el mes de junio de 2021 como Trabajo Fin de Grado en Enfermería, en la Universidad de Huelva, por José Carlos Fernández Díaz, habiendo realizado el mismo bajo la tutorización de Juan Diego González Sanz.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** La violencia obstétrica se puede definir como las diferentes formas de maltrato realizado por los profesionales de la salud dentro de los procesos obstétricos-ginecológicos. La producción científica sobre la violencia obstétrica se encuentra en aumento actualmente, siendo de especial interés para la enfermería. **OBJETIVO.** Analizar la producción científica sobre violencia obstétrica en revistas científicas hispanoamericanas. **METODOLOGÍA.** Estudio bibliométrico descriptivo retrospectivo sobre la producción científica sobre violencia obstétrica. La extracción de los documentos se llevó a cabo mediante la búsqueda en las bases de datos científicas seleccionadas con la utilización de los tesauros obtenidos en las páginas DECS y MESH. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN.** Se seleccionaron 39 documentos sobre violencia obstétrica. Las categorías de análisis bibliométrico utilizadas fueron base de datos, año y revista de publicación, autoría, ámbito geográfico; además, se han analizado categorías metodológicas y de contenidos, principalmente las manifestaciones de la violencia obstétrica y las posibles soluciones ante esta. **CONCLUSIONES.** La violencia obstétrica es un tema cada vez más presente en las revistas científicas hispanoamericanas. La cuantificación de sus manifestaciones y la búsqueda de soluciones para erradicarla es un objetivo común en todas las publicaciones proponiendo, entre otras alternativas, la formación como método más eficaz para acabar con este tipo de violencia.

*Palabras clave:* violencia obstétrica; enfermería; estudio bibliométrico; revistas científicas.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** Obstetric violence can be defined as the different forms of mistreatment carried out by health professionals within the obstetric-gynecological processes. Scientific production on obstetric violence is currently on the rise, and it is very interesting to nursing. **OBJECTIVE.** To analyze the scientific production on obstetric violence in Hispanic American journals. **METHODOLOGY.** Retrospective descriptive bibliometric study on the scientific production on obstetric violence. The extraction of the documents was carried out by searching the selected scientific databases using the thesauri obtained from the DECS and MESH sites. **RESULTS AND DISCUSSION.** Thirty-nine documents on obstetric violence were selected. The bibliometric analysis categories used were database, year of publication, authorship, geographic scope and journal; in addition, methodological and content categories were analyzed, mainly the manifestations of obstetric violence and possible solutions to it. **CONCLUSIONS.** Obstetric violence is a growing topic in Latin American scientific journals. The quantification of its manifestations and the search for solutions to eradicate it is a common objective in all the publications, proposing, among other alternatives, training as the most effective method to put an end to this type of violence.

*Keywords:* Obstetric Violence; Nursing; Bibliometric Study; Scientific Journals.

## INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1993) define la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada» (En Expósito, 2011).

Este tipo de violencia que se ejerce contra la mujer puede darse en multitud de expresiones, ya sea física, psicológica, económica, laboral, institucional, sexual o simbólica y se manifiesta en diferentes formas de maltrato, siendo el más destacado y conocido el físico, pero incluyendo también la intimidación (miradas, gestos o acciones) o incluso la utilización del abuso emocional (manipulación de los hijos o aislamiento), observándose un incremento de la violencia sexual en los últimos tiempos (Alvarado y Guerra, 2012).

Las repercusiones que conlleva este fenómeno se manifiestan por la existencia de cierta sintomatología negativa tras el maltrato, destacando entre otros síntomas, depresión, estrés postraumático, ansiedad, baja autoestima e inadaptación a las diferentes áreas de la vida (Expósito, 2011). Este tipo de conductas conllevan una violación sistemática de los derechos humanos y un grave problema para la Salud Pública.

En este campo de la violencia de género de la que hablamos, existe un tipo más desconocido de violencia contra la mujer llamada violencia obstétrica (VO). Este tipo de violencia puede ser definida de manera muy genérica como las diferentes formas de maltrato a una mujer por parte de los profesionales de la salud en el marco de los procesos reproductivos-ginecológicos. Sin embargo, existen otras definiciones que delimitan mejor el campo de este tipo de VO, como la propuesta por Llobera et al. (2019): «La violencia obstétrica supone un trato deshumanizado, una intervención desproporcionada e inexorable medicalizada del proceso natural del embarazo, parto y puerperio, que vulnera los derechos de las mujeres y afecta a su salud».

A pesar de su reconocimiento, este tipo de violencia ha sido justificada en el tiempo. A menudo se la encuadra dentro de la violencia simbólica; argumentando para ello que es conocida como la violencia «amortiguada», «insensible» e «invisible» para sus propias víctimas (una de las características principales de este tipo de violencia).

Otros, sin embargo, incluyen la VO dentro de la violencia física, ya que se efectúan procedimientos innecesarios sobre el cuerpo de la mujer que repercuten sobre su salud física, como pueden ser los cambios del ritmo natural del parto o la realización de cesáreas no justificadas, entre otros. Del mismo modo, otra parte de la literatura enmarca este tipo de conductas dentro de la violencia psicológica o de la institucional, ya que se desarrolla dentro de organismos públicos (Expósito, 2011).

Es, por lo tanto, una violencia de género que ha sido desde su nacimiento invisibilizada por la cotidianidad de su realización y expresión, excediendo los límites físicos, verbales e institucionales, y esto hace que su identificación y penalización se vea gravemente dificultada (Cáceres-Manrique et al., 2020). Su estudio requiere doble clasificación según el nivel socioeconómico de las víctimas: VO de clase media/alta, donde destacan principalmente las cesáreas por comodidad del equipo obstétrico, y la VO de clases desfavorecidas o pobres, en la que destacan los malos tratos físicos y verbales (insultos) (Cáceres-Manrique et al., 2020).

Como otros tipos de violencias, las repercusiones que conlleva la VO para la mujer pueden ser de índole física (secuelas sexuales, dolores, incontinencia o incluso problemas durante la lactancia), de índole emocional o una mezcla de ambas dimensiones (Expósito, 2011). Este tipo de conductas está tan implantada en el sistema sanitario que son pocas las demandas judiciales que los profesionales sanitarios reciben por este tipo de práctica profesional ofensiva (Alvarado y Guerra, 2012).

Establecer un sistema que brinde una atención integral y respetuosa durante el proceso reproductivo, con el fin de mantener y mejorar la salud física y mental de las mujeres, es una tarea pendiente de nuestro sistema sanitario (Figueroa et al., 2017). Será necesario, por tanto, adecuar las estructuras y la formación de los profesionales para tratar de conseguir estos objetivos (Barbosa y Modena, 2018), siendo quizás una alternativa la inversión de mayores recursos (Belizán et al., 2020).

Las diferentes líneas de investigación sobre esta temática se encaminan a promover la atención humanizada del parto, consiguiendo así una mayor satisfacción materna a través de las intervenciones educativas tanto con profesionales como con usuarias. Una de las claves identificadas en este sentido es conseguir una mayor visibilidad y transparencia de todo el proceso de gestación y parto para erradicar en la medida de lo posible este tipo de actuaciones de VO (Cáceres-Manrique et al., 2020).

## OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es analizar la producción científica sobre VO en revistas científicas hispanoamericanas mediante la identificación, descripción y discusión de diferentes indicadores bibliométricos, metodológicos y de contenido de los estudios incluidos.

## METODOLOGÍA

Estudio bibliométrico descriptivo retrospectivo de la producción científica sobre VO. Se realizó a través del análisis de los documentos identificados en bases de datos científicas pertenecientes a revistas hispanoamericanas.

Las bases de datos seleccionadas fueron Scielo, Dialnet, Cuiden, Pubmed, IBECS, MEDES, complementadas con Google Académico (como fuente de literatura gris). A través de estas bases de datos, se obtuvieron un total de 39 documentos (Ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Relación entre documentos seleccionados y las bases de datos de procedencia

Base de datos	Documentos encontrados en la búsqueda	Documentos seleccionados	Tesauros obtenidos por el DECS y MESH
Scielo	28	14	«Violencia obstétrica» OR «violencia de género» AND «enfermería»
Dialnet	18	10	
Cuiden	45	6	
IBECS	4	1	
MEDES	4	1	
PubMed	1	1	
+ Google Académico	+ 8150	+ 6	
<b>TOTAL</b>	<b>8253</b>	<b>39</b>	

### Estrategia de búsqueda

En primer lugar, se consultaron las páginas del DECS y MESH para conocer los tesauros especializados para la realización de la búsqueda de artículos, utilizando términos de lenguaje controlado.

Con todo esto, la estrategia de búsqueda fue («violencia obstétrica» OR «violencia de género» AND «enfermería»).

Hemos incluido dentro de los tesauros específicos «enfermería» debido a que presenta un gran interés determinar ciertos aspectos bibliométricos referente a dicha disciplina profesional.

### **Criterios de inclusión**

Se incluyeron documentos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios publicados en revistas hispanoamericanas (España y Latinoamérica).
- Estudios que incluían en su título o resumen la palabra «violencia obstétrica» o «violencia de género».
- Estudios que permitieran el acceso al texto completo de forma gratuita o al que pudiéramos acceder con las credenciales de la Universidad de Huelva.
- Documentos publicados entre enero del 2011 y marzo del 2021.
- Estudios cuyo idioma principal fuera castellano.

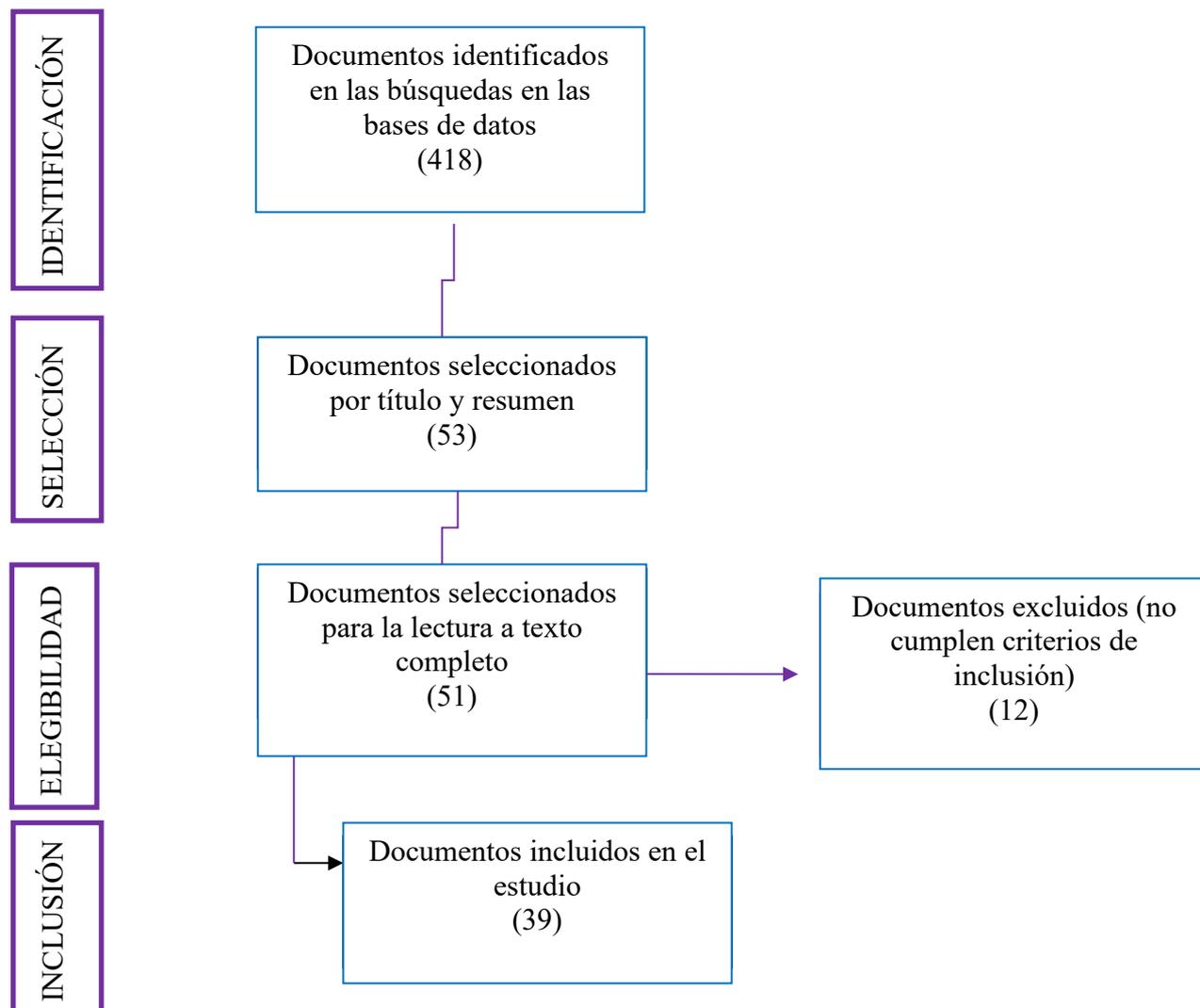
### **Procedimientos y extracción de datos**

El proceso de recolección de datos fue realizado desde diciembre de 2020 hasta marzo de 2021.

En primer lugar, la selección de artículos se realizó en base al título y resumen; accediendo al texto completo de aquellos documentos considerados como relevantes.

Tras la selección de los documentos que cumplían los criterios de inclusión, se procedió a la lectura exhaustiva de todos los documentos, seleccionando solo aquellos que contenían información de interés para nuestro estudio (Ver Figura 1.)

**Figura 1.** Flujograma del proceso de selección de documentación



El análisis de los datos se llevó a cabo de forma manual extrayendo la máxima información, transcrita posteriormente al programa Microsoft Word, donde se elaboró un borrador con la información más relevante de cada artículo. La bibliografía fue gestionada utilizando el programa Mendeley Desktop.

## RESULTADOS

Los resultados de estos indicadores bibliométricos quedan reflejados en las tablas 1,2,3,4 y 5.

## **INDICADORES BIBLIOMÉTRICOS**

### ***Bases de datos***

Nuestro estudio incluye con 39 documentos, de los cuales:

Un 35% de estos fueron localizados en la base de datos Scielo, seguido de un 25% en Dialnet y un 15% en Cuiden, siendo las tres bases de datos con mayor producción científica sobre VO (Ver Tabla 1).

### ***Ámbito geográfico de publicación***

Dentro del ámbito geográfico de publicación, es posible distinguir dos niveles:

El primero de ellos, referente a la procedencia de las revistas, distinguiendo entre revistas españolas y americanas; y un segundo nivel alusivo a una clasificación por países en las revistas americanas y por comunidades autónomas dentro de las revistas españolas.

En el primer nivel, existe una mayor producción científica sobre VO en las revistas americanas con un 56% frente a las pertenecientes a las revistas españolas con un 46%.

En el segundo nivel, en el ámbito de las revistas americanas, México es el país más productivo en VO, con un 33% de las publicaciones, seguido de Argentina (28%) y Colombia y Venezuela, a partes iguales, en el tercer puesto (17%).

### ***Año de publicación***

Los años de mayor producción científica sobre VO son 2019 con un 28% de los documentos comprendidos en este estudio, 2020 con un 15% y 2017 con un 12% de los documentos incluidos.

Estos años de mayor producción abarcan más del 50% de los documentos, manifestándose una clara tendencia de aumento de producción sobre VO desde el año 2017(Ver Tablas 2 y 3).

### ***Autoría***

En esta variable vamos a centrarnos en los autores, pero distinguiendo tres parámetros: número de autores, sexo y disciplina profesional.

En primer lugar, respecto del número de autores, el 34% de los documentos obtenidos están firmados por un solo autor, seguidos de un 26% de los firmados por dos y un 17% por cuatro autores.

Mayor puntualización y énfasis debe ponerse en el segundo de los parámetros a analizar, el sexo de los autores que publican sobre VO. Y esto es así debido a la presencia de la mujer en todas las publicaciones, con un 54% de publicaciones individuales en solitario y un 47% juntamente con hombres. Es clara la ausencia de publicaciones individuales por parte de hombres.

En tercer y último lugar, referente a la disciplina profesional de los autores que publican los documentos analizados, destaca el profesional de enfermería de obstetricia y ginecología en primer lugar, seguido muy de cerca de la enfermería (dentro de cualquier ámbito). Con menos frecuencia aparecen como autores profesionales de la psicología, el trabajo social y la medicina (Ver Tablas 2 y 3).

### ***Revistas de publicación***

En este apartado, hay que distinguir la productividad sobre VO en las diferentes revistas españolas y americanas.

En las americanas, destaca la revista *Sexualidad, salud y sociedad* y la *Revista de Obstetricia y ginecología de Venezuela* como aquellas con mayor número de publicaciones sobre VO.

Entre las españolas, la revista *Musas* es la que despunta en este ámbito. Se trata de una revista centrada en la investigación de la mujer, la salud y la sociedad. Fue fundada en 2016, situándose dentro de los años de aumento de la producción científica en VO, por lo que su despunte resulta lógico dentro de nuestro estudio (Ver Tablas 2 y 3).

**Tabla 2.** Relación de indicadores bibliométricos en documentos pertenecientes a revistas españolas

Autoría	Número de autores	Sexo de los autores	Disciplina profesional	Nombre de revista
Martín-Castañeda, L. B. (2021) (16)	1	Mujer	Obstetricia	<i>Musas</i>
Prado, A. (2021) (17)	1	Mujer	Ciencias de la salud	<i>Musas</i>

Castrillo,B. (2020) (18)	1	Mujer	Sociología	<i>Musas</i>
Martín-Bellido,M.C. (2020) (19)	1	Mujer	Enfermería	<i>Temperamentvm</i>
Martín-Bellido, M. C. y González-Sanz, J. D. (2020) (12)	2	Ambos	Enfermería; ciencias sociales aplicadas (filosofía); obstetricia	<i>Musas</i>
Benlloch- Doménech, C. et al. (2019) (20)	3	Ambos	Ciencias sociales; trabajo social; educación social	<i>Musas</i>
Boladeras,M. (2019) (21)	1	Mujer	Ciencias sociales aplicadas (filosofía)	<i>Musas</i>
Goberna-Tricas,J. (2019) (22)	1	Mujer	Enfermería	<i>Musas</i>
Iglesias,S et al. (2019) (23)	4	Mujer	Obstetricia	<i>Musas</i>
Llobera,R et al. (2019) (3)	3	Mujer	Obstetricia; Psicología	<i>Investigaciones feministas</i>
Martínez-Mollá, T. M. et al. (2019) (24)	3	Ambos	Obstetricia; Investigación	<i>Musas</i>
Contreras-Tinoco, K. A. (2018) (25)	1	Mujer	Psicología	<i>Musas</i>
Gómez-Fernández, M. A. et al. (2017) (14)	4	Mujer	Enfermería; Medicina; Obstetricia	<i>Musas</i>
Rodríguez, P. A. y Aguilera, L. (2017) (26)	2	Ambos	Trabajo social	<i>Musas</i>

Fernández, F. (2015) (27)	1	Mujer	Abogacía	<i>Dilemata</i>
Alvarado, M. y Guerra, N. (2012) (2)	2	Mujer	Trabajo social	<i>Revista de trabajo social.</i>
Expósito, F. (2011) (1)	1	Mujer	Psicología	<i>Mente y cerebro</i>

**Tabla 3.** Relación de indicadores bibliométricos en documentos pertenecientes a revistas americanas

Autoría	Número de autores	Sexo de autores	Disciplina	Revista	País
Bedoya-Ruiz, L. A. et al. (2020) (28)	3	Ambos	Odontología; psicología; medicina	<i>Revista peruana de medicina experimental y salud pública</i>	Colombia
Cáceres-Manrique, F.M. et al. (2020) (5)	3	Mujer	Medicina; Enfermería	<i>Enfermería global</i>	Colombia
Jimena, M y Hernán, M. (2020) (29)	2	Ambos	No lo específica	<i>Revista latinoamericana sexualidad, salud y sociedad</i>	Argentina
Jojoa-Tobar, E. et al. (2019) (30)	6	Ambos	No lo específica	<i>Revista de la Universidad Industrial de Santander</i>	Colombia
Perdomo-Rubio, A. et al. (2019) (31)	5	Ambos	Odontología; cirugía; psicología	<i>Revista facultad nacional de salud pública.</i>	Colombia
Range, Y. Y. et al. (2019) (32)	4	Ambos	Enfermería; nutrición	<i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>	México
Salgado, F y Diaz, M. (2019) (4)	2	Ambos	Docentes; magíster en Ética y Desarrollo Humano	<i>Revista Latinoamericana de estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad</i>	Argentina
Tobesía-Hege, C. et al. (2019) (13)	12	Ambos	Especialista en revisiones sistemáticas; medicina	<i>Revista Panamericana de Salud Pública</i>	Brasil, México, Uruguay

Barbosa, D. M. y Modena, C. M. (2018) (7)	2	Mujer	Enfermería; psicología	<i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>	Brasil
Chávez, M. L. y Sánchez, N.A. (2018) (33)	2	Mujer	No lo específica	<i>Revista de El colegio de San Luis</i>	México
Díaz, L. I. y Fernández, Y. (2018) (34)	2	Ambos	Abogacía; ciencias jurídicas	<i>Revista de derecho de la pontificia universidad católica de Valparaíso 51</i>	Venezuela, Argentina, México y Chile
Sosa, I. A. (2018) (35)	1	Mujer	No lo específica	<i>Alteridades</i>	México
Da-Silva-Carvalho, I. y Santana-Brito, R. (2017) (36)	2	Mujer	Enfermería	<i>Enfermería global</i>	Brasil
Figueroa, O. E. et al. (2017) (6)	6	Ambos	Enfermería	<i>Sarus</i>	México
Magnone, N. (2017) (37)	1	Mujer	Trabajo social	<i>Revista latinoamericana Sexualidad, salud y sociedad</i>	Uruguay
Salgado, F. y Díaz, M. (2017) (38)	2	Ambos	Sociología; relaciones internacionales	<i>Revista venezolana de estudios de la mujer</i>	Chile
Al Adib, M. et al. (2017) (15)	4	Ambos	Medicina; obstetricia	<i>Medicina legal de Costa Rica</i>	(España)
Castrillo, Belén (2016) (39)	1	Mujer	Humanidades ; ciencias de la salud	<i>Revista latinoamericana Sexualidad, salud y sociedad</i>	Argentina
Pozzio, M. R. (2016) (40)	1	Mujer	No lo específica	<i>Revista estudios feministas</i>	México
Pereira, C. J. et al. (2015) (41)	3	Mujer	Obstetricia	<i>Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela</i>	Venezuela
Terán, P. et al. (2013) (42)	4	Ambos	Obstetricia	<i>Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela</i>	Venezuela

Faneite, J et al. (2012) (43)	3	Ambos	Obstetricia	<i>Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela</i>	Venezuela
----------------------------------	---	-------	-------------	--	-----------

## INDICADORES METODOLÓGICOS Y DE CONTENIDO

En relación con los aspectos metodológicos de los estudios incluidos en este trabajo, destaca una clara tendencia de uso de la metodología cualitativa (resaltando dentro de ella la metodología cualitativa de corte etnográfico y con enfoque fenomenológico) y del estudio descriptivo.

En menor proporción, aparecen revisiones de la literatura científica, careciendo de envergadura en nuestra muestra cualquier otra metodología por su escaso nivel de producción (Ver Tabla 4).

**Tabla 4.** Relación entre documentos seleccionados y la metodología utilizada.

Metodología utilizada	Número de documentos
Metodología cualitativa	12
Estudio descriptivo	12
Revisión bibliográfica	6
Artículo de investigación	1
Tesis de referencia	1
Análisis crítico y reflexivo	1
Análisis estadístico bivalente	1
Análisis de ciertos conceptos y revisión de algunas manifestaciones	1
Estudio de validación	1
Estudio bibliométrico	1
Investigación sociológica-interpretativa	1
Metodología cuantitativa	1

Por otra parte, en referencia al contenido de los documentos estudiados, podemos extraer como factor común la presencia de dos temas principales: las manifestaciones de la VO más comunes y las posibles soluciones ante esta.

En cuanto a las principales manifestaciones de la VO, debemos distinguir las que suponen una violencia física y la que implican violencia psicológica (por ser las dos más comunes).

Entre las que suponen violencia física, destacan la realización de técnicas innecesarias, principalmente cesáreas por comodidad del personal de salud (Prado, 2021;

Al Adib et al., 2017), la realización de múltiples e innecesarios tactos vaginales por diferentes profesionales (Terán et al., 2013) o los cambios de ritmo del parto mediante la administración de medicación intravenosa sin consentimiento informado previo (Salgado y Díaz, 2019; Rodríguez, 2017).

Sobre los aspectos psicológicos de la violencia, cabe mencionar la pérdida de autonomía en la toma de decisiones de las mujeres (Barbosa y Modena, 2018; Range et al., 2019; Gómez-Fernández et al., 2017), obviando el consentimiento informado (Castrillo, 2020; Sosa, 2018; Mantilla y Di Marco, 2020) y el trato deshumanizado dentro de los procesos obstétricos-ginecológicos, concretamente en el paritorio, mediante insultos, gritos y vejaciones o la represión de las mujeres a la hora de expresar los sentimientos y emociones (Tobasía-Hege et al., 2019; Figueroa et al., 2017).

Con respecto a las posibles soluciones para erradicar las manifestaciones de la VO, aparece la formación como factor común en todos los autores de nuestra bibliografía, identificándola como elemento clave de solución y abarcando tanto a los profesionales como a las mujeres en el proceso reproductivo (Perdomo-Rubio et al., 2019; Bedoya-Ruiz et al., 2020). También se menciona la necesidad de construir un marco legal sólido contra la VO, más una adecuada implantación de políticas públicas y leyes de protección de las mujeres en el campo obstétrico (Fernández, 2015; Díaz, 2019; Díaz y Fernández, 2018).

Menos frecuencia de aparición presentan otras propuestas: la instauración de un enfoque de género conforme al pensamiento feminista dentro del ámbito obstétrico (Martín-Bellido, 2020); unificar, construir y divulgar el término VO (Faneite et al., 2012; Goberna-Tricas, 2019); la utilización del consentimiento informado previo para la realización de cualquier técnica (Castrillo, 2020; Sosa, 2018; Mantilla y Di Marco, 2020); o la elaboración de cartillas y/o trípticos, acompañados de charlas sobre el parto humanizado y las manifestaciones de la VO, para así saber identificarlas y facilitar el empoderamiento femenino (Cáceres-Manrique et al., 2020).

## **DISCUSIÓN**

Nuestro estudio ha consistido en el análisis bibliométrico de 39 documentos sobre VO, seleccionados entre las publicaciones científicas hispanoamericanas del periodo temporal indicado.

En primer lugar, respecto a procedencia geográfica de los trabajos incluidos, nuestro estudio destaca México como país más productivo sobre la VO dentro de las revistas americanas seguido de cerca por Argentina, a diferencia del estudio de Badenes-Sastre y Expósito (2021), que sitúa a Brasil como el país sudamericano con más producción científica al respecto, y del estudio de Tobasia-Hege et al. (2019), que sitúa a Chile como el país más productivo en este sentido.

En cuanto a las revistas españolas, Cataluña es la comunidad autónoma con mayor producción dedicada a la VO, mientras que el estudio de Arias et al. (2016) establece la Comunidad Valenciana como la más productiva en VO.

En cuanto a la fecha de publicación, el año de mayor producción en nuestro estudio es 2019. Asimismo, se observa una tendencia ascendente desde el 2017. El estudio de Badenes-Sastres y Expósito (2021) presenta el año 2019 como año de mayor producción, a diferencia del estudio de Tobesia-Hege et al. (2019), donde el 2017 es el de mayor producción científica en esta materia. El estudio de Martín-Bellido y González-Sanz (2020), en los años 2002 y 2018; el de Gómez-Fernández et al. (2017), en 2008, 2013 y 2015; finalmente, el de Almendro (2007) destaca el año 2002 como el año más productivo.

En cuanto a la autoría, en nuestro estudio se ve una clara tendencia a publicaciones de autoría única, a diferencia del estudio de Badenes-Sastre y Expósito (2021), en el que se refleja una media de más de 2,5 autores por publicación.

Lo que sí queda claro, en similitud con ambos estudios, es la presencia de mujeres firmantes en todas ellas, ya sea en solitario o acompañadas de otros autores de sexo masculino.

Dentro de la autoría y referente en la disciplina profesional que publica sobre VO, en nuestro estudio destacan los profesionales de enfermería dentro de la obstetricia y ginecología como los más productores, seguidos de los enfermeros generalistas. Sin embargo, Arias et al. (2016) y Badenes-Sastre y Expósito (2021) identificaron a los profesionales de las ciencias sociales, medicina y psicología como los mayores productores de bibliografía. Igualmente, el estudio de Almendro (2007) destaca al profesional de la psicología como el profesional más publicador.

En cuanto a las revistas de nuestro estudio, se desprende que la revista *Musas* es la revista española con mayor producción científica sobre VO, mientras que el estudio

llevado a cabo por Arias et al. (2016) destaca la revista *Gaceta sanitaria* como la revista española más productiva. El motivo de esta discrepancia radica muy probablemente en el hecho de que la revista *Musas* iniciaba entonces su andadura editorial.

Concerniente a las variables metodológicas y de contenido, a diferencia de lo que ocurre con el estudio de Badenes-Sastre y Expósito (2021), que destaca como metodología más empleada el artículo de revisión, en nuestro proyecto es la cualitativa y el estudio descriptivo.

En cuanto a las manifestaciones físicas de la VO, en nuestro estudio destaca la realización de técnicas innecesarias. El estudio de Mendiri et al. (2017) resalta la cesárea como manifestación física que más se da dentro de los paritorios y especialmente en España.

Las manifestaciones que refleja nuestro estudio coinciden con la de Tobesia-Hege et al. (2019), que defienden que las manifestaciones físicas de la VO más comúnmente desarrolladas son la realización de exámenes y procedimientos físicos sin previo consentimiento, cambios del ritmo del parto, provocadas por amniotomía precoz (algo que no aparece reflejado en nuestro trabajo). Asimismo, incluye otras manifestaciones físicas como empujones o restricciones de movilidad en cama sin causalidad aparente.

En relación con las manifestaciones psicológicas, en nuestro estudio destaca la pérdida de autonomía de las mujeres, siendo prácticamente nula la utilización del consentimiento informado. También resalta el trato deshumanizado (principalmente insultos, gritos y vejaciones) y la represión de los sentimientos y emociones de las mujeres. En el mismo sentido, el estudio de Gómez-Fernández et al. (2017) refleja la pérdida de autonomía de la mujer como la manifestación psicológica más destacable, quedando en manos de los profesionales de la salud la posesión del cuerpo de la mujer y resultando anulada por completo su capacidad de decisión.

El estudio llevado a cabo por Tobesia-Hege et al. (2019) destaca igualmente el abuso verbal que sufren las mujeres, con la utilización de un lenguaje rudo (que en ocasiones llegan a ser gritos) incrementado con amenazas y culpabilidad si algo sale mal o como no estaba previsto.

En lo que respecta a las posibles soluciones para erradicar la VO, en los estudios incluidos en nuestro trabajo destaca la formación tanto a los profesionales de la salud como a las mujeres y familiares.

El estudio de Mendiri et al. (2017), además de apoyar en cierta parte las posibles soluciones encontradas en nuestra bibliografía, añade como solución más sólida la de imponer protocolos con recomendaciones formuladas por el Ministerio de Sanidad para así detectar cualquier negligencia y poder denunciar. El estudio de Gómez-Fernández et al. (2017) añade que sería interesante el desarrollo de una perspectiva bioética que apoyase el sentido de responsabilidad de los profesionales de la salud, concienciando a la ciudadanía de los derechos y deberes en el campo obstétrico para desarrollar una comunicación entre el profesional y la paciente lo más satisfactoria posible.

## **LIMITACIONES**

La limitación principal de este trabajo ha sido la dificultad de acceso a ciertas fuentes y la poca visibilidad de estas, ya que la novedad del término VO hace que existan contenidos relativos a esta que, no obstante, estén sin clasificar bajo esta etiqueta.

## **CONCLUSIONES**

La VO es una variante más de la violencia de género, en todas sus formas de expresión, siendo la física y la psicológica las más comunes. La peculiaridad es que se ejerce en los procesos obstétricos-ginecológicos por parte del personal sanitario, con escasa o nula oposición por parte de las mujeres afectadas, dada la normalización de estas conductas y la vulnerabilidad en la que se encuentran durante el proceso reproductivo. Las repercusiones son claras y evidentes, impidiendo que las mujeres puedan tomar el control sobre su salud y sus propias decisiones, y desvalorizando el propio proceso reproductivo en sí mismo.

Este tipo de VO ha sido un tema escasamente tratado hasta la fecha, por lo que hay un reducido número de publicaciones en bases de datos científicas. No obstante, se observa una clara tendencia ascendente a partir del año 2017, lo que apunta a la actualidad del tema y a la necesidad de estudio y profundización de este tipo de violencia para su identificación y eliminación. España no lidera las publicaciones de estudios de VO, estando a la cola en comparación con las publicaciones americanas. En nuestro país, la revista *Musas* es la principal fuente de publicaciones sobre VO. La propuesta más consolidada para erradicar la VO es la formación de los profesionales, por ser un elemento básico del sistema institucional en el que se desarrolla este tipo de violencia.

La VO es un tema sobre el que aún queda mucho por hacer. Sería necesario consolidar el término (su definición) para así poder detectar su presencia adecuadamente y poner los medios para prevenirla y corregirla donde esté presente, en favor de una atención lo más satisfactoria y digna posible a las mujeres y a sus familias durante el proceso reproductivo.

## BIBLIOGRAFÍA

- AL ADIB MENDIRI, Miriam, et al. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. En: *Medicina Legal de Costa Rica*. 2017, vol. 34, núm. 1, pp. 104-111.
- ALEMÁN, Natalia. Entre lo formal y lo sustitutivo: La calidad de la asistencia al parto en el Uruguay. En: *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 2017, vol. 27, núm. 6, pp. 97-117.
- ALVARADO, Manuela; GUERRA, Neyra. La violencia de género un problema de salud pública. En: *Interacción y perspectiva: Revista de Trabajo Social*. 2012, vol. 2, núm. 2, pp. 117-130.
- BARBOSA, Danubia Mariane; MODENA, Celina Maria. La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. En: *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2018, vol. 26, núm. 1, pp. 1-12.
- BEDOYA-RUIZ, Libia; AGUDELO-SUÁREZ, Andrés; RESTREPO-OCHOA, Diego. Mujeres en embarazo, parto y postparto: una mirada desde el pensamiento feminista. En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020, vol. 37, núm. 1, pp. 142-147.
- BELIZÁN, José. M., et al. Correction to: Toda mujer en el mundo debe tener un cuidado respetuoso durante el parto: Una reflexión. En: *Reproductive Health*. 2020, vol. 17, núm. 1, pp. 1-3.
- BENLOCH-DOMÉNECH, Cristina; BARBÉ-VILLARUBIA, María José; CASCALES, Jorge. Reflexiones al final de un inicio: Estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la violencia obstétrica en España. En: *Musas*. 2019, vol. 4, núm. 1, pp. 98-119.
- BOLADERAS, Margarita. Violencia institucional por incumplimiento de derechos. En: *Musas*. 2019, vol. 4, núm. 1, pp. 60-76.
- CÁCERES-MANRIQUE, Flor de María; NIEVES-CUERVO, Giselly Mayerli; LIZARAZO-CASTELLANOS, Angie Daneila. Elaboración y validación de una cartilla sobre parto humanizado. En: *Enfermería Global*. 2020, vol. 19, núm. 4, pp. 64-74.
- CASTRILLO, Belén. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. En: *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 2016, vol. 24, núm. 1, pp. 43-68.
- CASTRILLO, Belén. Vulnerables y empoderadas a la hora de parir. Análisis multidimensional de la vulnerabilidad en la atención obstétrica. En: *Musas*. 2020, vol. 5, núm. 2, pp. 60-76.
- CHÁVEZ, Mayra y SÁNCHEZ, Norma. Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. En: *Revista de El Colegio de San Luis*. 2020, vol. 4, núm. 16, pp. 103-119.

- CONTRERAS-TINOCO, Karla A. Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico. En: *Musas*. 2018, vol. 3, núm. 2, pp. 52-70.
- DA-SILVA-CARVALHO, Isaiane; SANTANA-BRITO, Rosineide. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. En: *Enfermería Global*. 2017, vol. 47, núm. 1, pp. 71-79.
- DÍAZ, Luis; FERNÁNDEZ, Yasna. Situación legislativa de la violencia obstétrica en América latina: El caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. En: *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*. 2018, vol. 51, núm. 2, pp. 123-143.
- EXPÓSITO, Francisca. Violencia de género. En: *Mente y cerebro*. 2011, vol. 48, núm. 1, pp. 20-25.
- FANEITE, Josmery; FEO, Alejandra; TORO, Judith. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. En: *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2012, vol. 72, núm. 1, pp. 4-12.
- FERNÁNDEZ, Francisca. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. En: *Dilemata*. 2015, vol. 18, núm. 1, pp. 113-128.
- FIGUEROA-PALOMINO, Osmar Efrén et al. Violencia obstétrica: Percepción de las usuarias sonorenses. En: *Sarus*. 2017, vol. 3, núm. 1, pp. 14-21.
- GOBERNA-TRICAS, Josefina. Violencia obstétrica: Aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada. En: *Musas*. 2019, vol. 4, núm. 2, pp. 26-36.
- GÓMEZ-FERNÁNDEZ, Analía, et al. Aspectos bioéticos de la relación asistencial de las matronas con las mujeres embarazadas en contexto de violencia de género. En: *Musas*. 2017, vol. 2, núm. 2, pp. 40-55.
- IGLESIAS, Susana, et al. ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. En: *Musas*. 2019, vol. 4, núm. 1, pp. 77-97.
- JIMENA, María; DI MARCO, Hernán. Reflexividad, autonomía y consentimiento. Un análisis de las experiencias de mujeres en la búsqueda de un parto fisiológico en la Ciudad de Buenos Aires. En: *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 2020, vol. 35, núm. 13, pp. 60-282.
- JOTOA-TOBAR, Elisa, et al. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. En: *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*. 2019, vol. 51, núm. 2, pp. 135-146.
- LLOBERA CIFRE, Rosa; FERRER PÉREZ, Victoria. A; CHELA ÁLVAREZ, Xénia. Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. En: *Investigaciones Feministas*. 2019, vol. 10, núm. 1, pp. 167-184.
- MARTÍN-BELLIDO, M. Carmen. La construcción del Empoderamiento Femenino: visibilizando la violencia obstétrica. En: *Temperamentvm*. 2020, vol. 16, núm. 2, pp. 1-5.

- MARTÍN-BELLIDO, M. Carmen; GONZÁLEZ-SANZ, Juan Diego. Análisis de la producción científica enfermera sobre empoderamiento femenino y salud perinatal. En: *Musas*. 2020, vol. 5, núm. 1, pp. 3-21.
- MARTÍN-CASTAÑEDA, Lara. «Lo más natural posible»: Narrativas de matronas de atención primaria y hospitalaria en el paradigma del parto humanizado. En: *Musas*. 2021, vol. 6, núm. 1, pp. 38-58.
- MARTÍNEZ-MOLLÁ, Teresa; SILES-GONZÁLEZ, José; SOLANO-RUIZ, Carmen. Evitar la violencia obstétrica: motivo para decidir el parto en casa. En: *Musas*. 2019, vol. 4, núm. 2, pp. 53-77.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Ginebra: OMS, 1993.
- PERDOMO-RUBIO, Alejandro et al. Discursos sobre la violencia obstétrica en la prensa de países latinoamericanos: cambios y continuidades en el campo de la atención. En: *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2019, vol. 37, núm. 2, pp. 125-135.
- PEREIRA, Carlota; DOMÍNGUEZ, Alexa; TORO, Judith. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. En: *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2015, vol. 75, núm. 2, pp. 81-90.
- PRADO, Ana. La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: Experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la ciudad de México. En: *Musas*. 2021, vol. 6, núm. 1, pp. 59-76.
- RANGE, Yesica, et al. Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres Tének y Náhuatl de México. En: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2019, vol. 53, núm. 2, pp. 1-7.
- RAQUEL POZZIO, Maria. La gineco-obstetricia en México: entre el «parto humanizado» y la violencia obstétrica. En: *Revista Estudos Feministas*. 2016, vol. 24, núm. 1, pp. 101-117.
- RODRÍGUEZ, Javier; MARTÍNEZ, Alejandra. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. En: *Gaceta Sanitaria*. 2020, vol. 35, núm. 3.
- RODRÍGUEZ, Paulo; AGUILERA, Laura. La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de tenerife. En: *Musas*. 2017, vol. 2, núm. 2, pp. 56-74.
- SALGADO, Flavio; DÍAZ, Marinelly. Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. En: *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. 2019, vol. 29, núm. 1, pp. 23-34.
- SALGADO, Flavio; DÍAZ, Marinelly. Naturalización de la violencia obstétrica mediante el discurso médico y sus prácticas. En: *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. 2017, vol. 22, núm. 49, pp. 153-176.
- SOSA, Itzel. Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. En: *Alteridades*. 2018, vol. 28, núm. 55, pp. 87-98.

TERÁN, Pablo, et al. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. En: *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2013, vol. 73, núm. 3, pp. 171-180.

TOBASÍA-HEGE, Constanza, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2019, vol. 43, núm. 1, pp. 1-14.

# EL SESGO DE GÉNERO EN LA ASISTENCIA SANITARIA: DEFINICIÓN, CAUSAS Y CONSECUENCIAS EN LOS PACIENTES

*Gender Bias in Healthcare: Definition, Causes and Consequences for Patients*

Teresa Cabanillas-Montferrer<sup>1</sup>, Pepita Giménez-Bonafé<sup>1</sup>

Autor correspondencia: Pepita Giménez-Bonafé

Correo electrónico: [pgimenez@ub.edu](mailto:pgimenez@ub.edu)

1. Unidad de Fisiología, Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Campus de Bellvitge, Universidad de Barcelona. (*Hospitalet de Llobregat, España*)

Recibido: 15/07/2021 Aceptado: 10/01/2022



## RESUMEN

**OBJETIVO.** El objetivo de esta revisión bibliográfica es aportar información sobre el origen y las consecuencias del sesgo de género en la actualidad, analizando las limitaciones que produce en la práctica clínica y proponiendo múltiples puntos que se deben abordar en un futuro para modificar el panorama actual. **MATERIAL Y MÉTODO.** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como *Pubmed*, *Google Scholar* y *Dialnet*, donde se han obtenido 241 registros no duplicados. Después de aplicar los criterios de exclusión, se reducen a 37, a partir de los cuales se identifican otros 21 artículos relevantes en bola de nieve. **RESULTADOS.** Se comenta brevemente el contenido de los 33 artículos que han sido relevantes para la investigación. **DISCUSIÓN.** El sesgo de género en la asistencia sanitaria es causado por su presencia en la producción y la difusión del conocimiento, dando lugar a un sesgo en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Este hecho tiene consecuencias relacionadas con el conocimiento médico, el manejo clínico y la prestación de la asistencia sanitaria que repercuten en la salud de las mujeres, pero también de los hombres. Como limitaciones del estudio, cabe destacar que no se abordan la repercusión del sesgo de género en el colectivo sanitario, tanto en su formación como en su práctica laboral, ni en patologías concretas. **CONCLUSIONES.** Actualmente, se encuentran limitaciones relacionadas con el sesgo de género en el ámbito de la investigación, la difusión de conocimientos y la práctica clínica. Por ello, este continuará siendo un campo de investigación importante durante los próximos años, ya que la integración de la medicina de género es un elemento clave a tener en cuenta dentro de la medicina personalizada y la atención centrada en el paciente para alcanzar un enfoque holístico de los pacientes y las enfermedades.

**Palabras clave:** sesgo de género en medicina; perspectiva de género; diferencias de género; asistencia sanitaria; sexo y género; patología cardiovascular.

## ABSTRACT

**OBJECTIVES.** The aim of this bibliographic review is to provide information on the origin and consequences of gender bias, analyzing the limitations that it produces in clinical practice and proposing multiple points that must be addressed in the future so that the current panorama can be modified. **MATERIAL AND METHODS.** A bibliographic search is performed on the *Pubmed*, *Google Scholar* and *Dialnet* databases, where 241 non-duplicate records are obtained. Following the application of the exclusion criteria, they are reduced to 37 articles, from which other 21 relevant items are identified by snowball sampling. **RESULTS.** The content of the 33 articles that have been relevant to the research is briefly commented. **DISCUSSION.** The gender bias in health care is caused by its presence in the production and dissemination of knowledge, leading to a bias in the diagnostic and therapeutic effort. This has consequences related to medical knowledge, clinical management and the provision of health care that have an impact on the health of women, but also of men. The highlighting study limitation is that the impact of gender bias in health professionals, both in their training and in their work practice, and in specific pathologies is not addressed. **CONCLUSIONS.** Currently, there are limitations related to gender bias in the field of research, dissemination of knowledge and clinical practice. Therefore, this will continue to be an important search field in the coming years, since the integration of gender medicine is a key item consider within personalized medicine and patient-centered care to achieve a holistic approach of patients and diseases.

**Keywords:** Gender Bias in Medicine; Gender Perspective; Gender Differences; Health Care; Sex and Gender; Cardiovascular Disease.

## INTRODUCCIÓN

Antes de empezar con la cuestión central de este artículo, cabe definir una serie de conceptos para poder llegar a una mejor comprensión de los aspectos tratados.

### **Sexo y género**

Aunque en ocasiones son usados de manera indistinta, los conceptos de sexo y género son diferentes y no se pueden intercambiar. El sexo se define como el conjunto de atributos biológicos que se asocian con características físicas y fisiológicas, incluyendo cromosomas, expresión génica, función hormonal y anatomía reproductiva/sexual (CIHR, 2012). Pese a que la configuración cromosómica es compleja, se trata esta variable como dicotómica (hombre-mujer) (Ruiz-Cantero et al., 2019).

En cambio, el género es una construcción social dinámica basada en el sexo que hace referencia a los roles, comportamientos e identidades atribuibles a las personas femeninas, masculinas y de género diverso (CIHR, 2012). El género suele ser conceptualizado incorrectamente como un factor binario (femenino/masculino). En realidad, hay un espectro de identidades y expresiones de género que definen como los individuos se identifican y expresan su género (Heidari et al., 2016).

En las personas transgénero, la identidad de género es diferente del sexo que se les fue asignado al nacer. Hasta ahora, las personas transgénero han estado poco representadas en estudios clínicos, aunque esto está cambiando (Mauvais-Jarvis et al., 2020).

Las interacciones entre sexo y género influyen en la salud y el bienestar de diversas formas (Heidari et al., 2016). No siempre se puede distinguir el grado en que un fenómeno de salud es específicamente social o biológico (Risberg et al., 2003). Ambos son determinantes críticos de la salud (Hoffmann y Tarzian, 2001).

### **Perspectiva y análisis de género**

La perspectiva de género se trata de una posición ideológica que toma en consideración y presta atención a las diferencias entre hombres y mujeres en cualquier actividad o ámbito dados (Europea, 1998). La aplicación de esta perspectiva centrándose en procesos sociales que describen y explican las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres se conoce como «análisis de género» (Ruiz Cantero, 2009).

Una perspectiva de género en medicina define la necesidad de considerar la variable género como un factor clave al establecer y aplicar el conocimiento (Tasa-Vinyals, Mora Giral y Raich, 2015). Implica que se deben tener en cuenta las condiciones de vida, las posiciones en la sociedad y las expectativas sociales sobre la «feminidad» y la «masculinidad» juntamente con la biología (Risberg, Johansson y Hamberg, 2009).

### **Sesgo de género**

El sesgo de género se define como «la diferencia en el tratamiento de ambos sexos con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos» (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

Hay dos posibles fuentes de sesgo de género en la asistencia sanitaria y la investigación. Una es la ceguera de género, es decir, asumir equidad entre hombres y mujeres cuando hay diferencias a tener en cuenta en biología, enfermedades, condiciones y experiencias vitales. La otra es asumir diferencias entre hombres y mujeres cuando no las hay, entendiendo como válidos los estereotipos dicotómicos asociados (Ruiz y Verbrugge, 1997). Ambas pueden dar situaciones de sesgo de medida y de selección tanto en situaciones epidemiológicas clínicas como sociales (Ruiz-Cantero et al., 2007). Todo esto ocasiona un sesgo de género cognitivo, social y constitucional (Vázquez-Santiago y Garrido Peña, 2016) que da lugar a conocimientos sesgados, condicionando una práctica profesional discriminatoria hacia un sexo o el otro en los servicios sanitarios, así como en la promoción de la salud y los servicios preventivos y las agendas políticas (Ruiz-Cantero et al., 2007).

Además de sesgo de género, se ha observado que el género se interrelaciona con otros condicionantes de la estratificación social produciendo cada uno de ellos un sesgo propio que puede interaccionar con los demás (Esteban Galarza, 2006).

Una vez definidos estos conceptos, es necesario explicar brevemente el contexto histórico que rodea la cuestión central de esta revisión. Los problemas de salud de las mujeres se han observado desde una mirada androcéntrica a lo largo de la historia, es decir, no han tenido visibilidad a causa de un sesgo inconsciente de que los problemas de hombres y mujeres son similares y que es posible extrapolarlos (Valls-Llobet, 2001). Además, la salud femenina se ha visto casi exclusivamente en términos de salud reproductiva. Este concepto recibe el nombre de esencialismo biológico, donde se caracteriza a las mujeres como un grupo de riesgo único y universal, el cual es definido

basándose en su capacidad biológica reproductiva (Ruiz Cantero, 2009; Chilet-Rosell, 2014). Estos hechos pueden propiciar la aparición de sesgo de género en la práctica clínica, teniendo repercusiones positivas, negativas o neutras para la salud tanto de las mujeres como de los hombres.

Así, pues, mediante la síntesis de la evidencia científica disponible, el objetivo principal de esta revisión bibliográfica es aportar información sobre el origen y las consecuencias del sesgo de género en la actualidad, analizando las limitaciones que produce en la práctica clínica y proponiendo múltiples puntos que se deben abordar en un futuro para modificar el panorama actual.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica inicial de carácter narrativo sin límite de fecha inferior y hasta el año 2020 incluido, utilizando las bases de datos *Pubmed*, *Google Scholar* y *Dialnet*, ya que eran aquellas que aportaban un mayor número de resultados relacionados con el tema revisado. Además, se han consultado algunas publicaciones de estamentos oficiales.

La búsqueda se ha realizado principalmente a partir de la combinación de palabras clave relacionadas con el tema central de la revisión. Concretamente, las búsquedas principales se encuentran recogidas en la Tabla 1:

**Tabla 1.** Búsquedas principales de la revisión bibliográfica

Base de datos utilizada	Búsqueda realizada	Núm. de resultados
Pubmed	(«gender bias»[Title] OR «gender differences»[Title] OR «gender equity»[Title] OR «gender medicine»[Title] OR «gender equality»[Title] OR «sesgo de género»[Title] OR «Sex and gender»[Title]) AND («medicine»[Title] OR «healthcare»[Title] OR «medicina»[Title] OR «atención sanitaria»[Title]) NOT «professional*»[Title] NOT «resident*»[Title] NOT «academic»[Title]	201
Google Scholar	allintitle: gender bias medicine «gender bias»	48
Dialnet	«sesgo de género» AND medicina	15

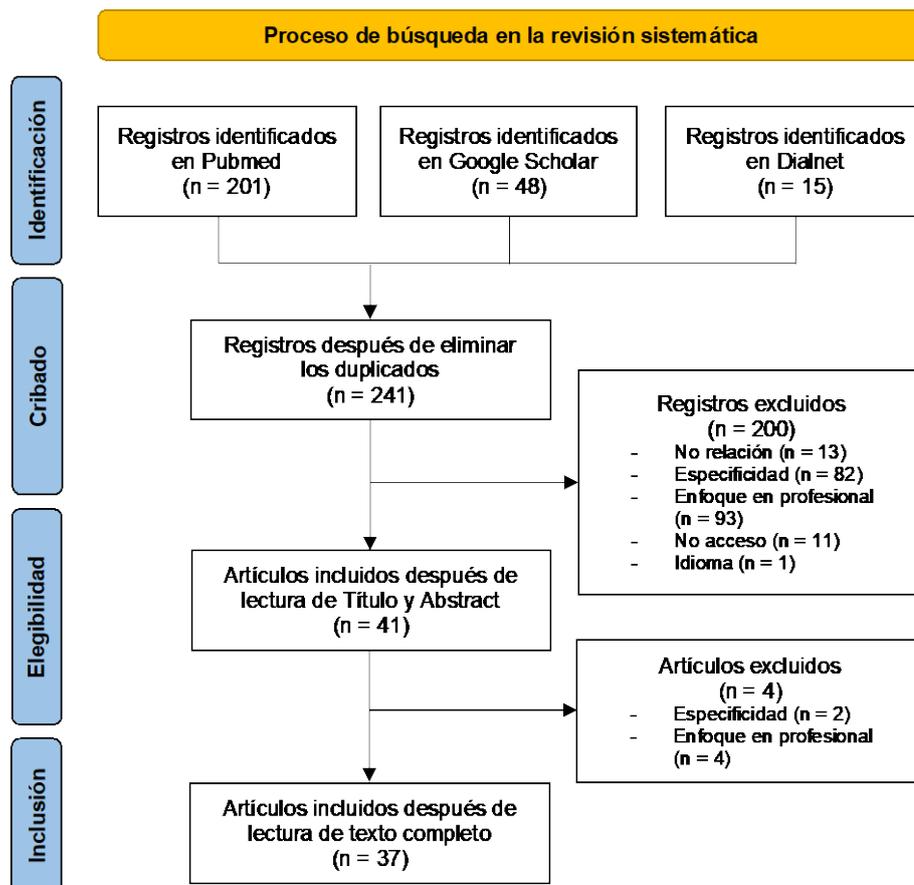
A partir de estos resultados, debido a que el sesgo de género en salud es un campo muy amplio con múltiples dimensiones a analizar, se han aplicado unos criterios de selección, incluyendo solo aquellos artículos escritos en inglés o castellano que aportan una visión centrada en el paciente y global sobre la temática de la revisión. En

consecuencia, se han descartado aquellos artículos que abordan la repercusión del sesgo de género en los diferentes grupos de profesionales sanitarios y también aquellos que se focalizan en una patología concreta. Los criterios de exclusión que se han definido son los siguientes:

- La no relación con la temática de la revisión.
- La visión no global, con focalización en una patología concreta.
- El enfoque en el profesional y no en el paciente.
- La no posibilidad de acceso.
- El no uso de inglés o castellano como lenguas de escritura.

El proceso de búsqueda y selección inicial de la revisión bibliográfica se muestra de manera resumida en la Figura 1:

**Figura 1.** Diagrama de flujo PRISMA



Finalmente, 12 de los artículos incluidos al final del proceso resultan ser de relevancia para los subtemas tratados en esta revisión bibliográfica. Se decide ampliar la búsqueda y se identifican en bola de nieve los otros 21 escritos revisados, los cuales se encuentran citados en varios de los escritos identificados, pero no se han obtenido como resultado en las búsquedas iniciales hechas en bases de datos.

La búsqueda ha sido de elevada dificultad, a causa de que la gran mayoría de escritos publicados no son de alta evidencia científica como revisiones sistemáticas, metaanálisis o *guidelines*. Esto ha obligado a la lectura de un gran número de artículos para acabar extrayendo aquellos más significativos dentro del tema seleccionado.

## RESULTADOS

Entre los artículos revisados que han sido relevantes para la investigación se encuentran 11 revisiones bibliográficas y 21 artículos originales. Además, se ha incluido una publicación de un estamento oficial. A continuación, se muestra una tabla donde se expone brevemente el contenido de cada uno de ellos:

Artículo	Autores	Año de publicación	Contenido
<b>What a difference sex and gender make</b>	CIHR Institute of Gender and Health	2012	Se definen los conceptos de sexo y género. Se exponen ejemplos donde se ilustra cómo los procesos y resultados en la investigación de la salud pueden ser diferentes si se tienen en cuenta las influencias de género y sexo, concluyendo que se deberían integrar de rutina en esta.
<b>Gender agenda in health sciences education: international experiences to reduce time in Spain</b>	Ruiz-Cantero, M. T., Tomás-Aznar, C., Rodríguez-Jaume M. J., Pérez-Sedeño, E., Gasch-Gallén, Á.	2019	Se analizan experiencias de la incorporación de la perspectiva de género en titulaciones de ciencias de la salud en el ámbito internacional, llegando a la conclusión de que las claves para ello radican en los niveles políticos, organizativos y de cambio cultural, y en el profesorado, siendo imprescindible el apoyo institucional para poder asegurar su sostenibilidad.
<b>Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use</b>	Heidari, S., Babor, T. F., De Castro, P., Tort, S., Curno, M.	2016	Se describen los fundamentos de un conjunto internacional de directrices para fomentar un enfoque más sistemático que tenga en consideración el sexo y el género en el diseño de estudios, el análisis de datos y la interpretación de resultados.
<b>Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine</b>	Mauvais-Jarvis, F., Bairey Merz, N., Barnes, P. J., Brinton, R. D., Carrero, J. J., DeMeo, D. L., et al.	2020	Se describe la influencia de la genética, la epigenética y las hormonas del sexo biológico en la fisiología y las enfermedades. Se expone cómo el constructo social del género afecta al comportamiento de la comunidad, los médicos y los pacientes en la asistencia sanitaria e interactúa con la patobiología.

<b>Gender in medicine – An issue for women only? A survey of physician teachers’ gender attitudes</b>	Risberg, G., Johansson, E. E., Westman, G., Hamberg, K.	2003	Se analiza el grado de importancia que le otorgan al género en las relaciones profesionales en el ámbito de la salud un grupo de médicos docentes de una universidad sueca, concluyendo que, para implementar la perspectiva de género en la educación, se necesita la implicación de los profesores, tanto de sexo femenino como masculino.
<b>The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain</b>	Hoffmann, D., Tarzian, A.	2001	Se realiza una revisión sobre la experiencia del dolor en hombres y mujeres, tanto su percepción como su diagnóstico y tratamiento por parte del colectivo sanitario. Se sugieren distintos métodos para mejorar el manejo del dolor tanto en hombres como en mujeres.
<b>100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre mujeres y hombres</b>	Comisión Europea	1998	Glosario donde se reúnen todos los términos utilizados comúnmente en el campo de la política de la igualdad de oportunidades, contribuyendo así a crear un lenguaje común en Europa para quienes trabajan en este ámbito.
<b>Sesgos de género en la atención sanitaria</b>	Ruiz Cantero, M. T.	2009	Se realiza una revisión de las epistemologías feministas y se analizan los sesgos que se producen en la atención a las mujeres dentro del sistema sanitario.
<b>Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión</b>	Tasa-Vinyals, E., Mora Giral, M., Raich, R.	2015	Se exponen y discuten la génesis y las consecuencias del androcentrismo médico. Se discuten también los conceptos de perspectiva y sensibilidad de género en la investigación biomédica, epidemiológica y clínica para alcanzar un conocimiento médico más preciso e inclusivo y conseguir un sistema de salud más justo y equitativo.
<b>A theoretical model for analysing gender bias in medicine</b>	Risberg, G., Johansson, E. E., Hamberg, K.	2009	Se desarrolla un modelo para entender cómo se produce el sesgo de género en medicina y se discute su utilidad en los esfuerzos para evitar que esto pase.
<b>Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico</b>	Ruiz-Cantero, M. T., Verdú-Delgado, M.	2004	Se muestra una aproximación a la evidencia de sesgo de género en el esfuerzo terapéutico en España, concluyendo que falta información sistemática sobre este.
<b>A two-way view of gender bias in medicine</b>	Ruiz, M. T., Verbrugge, L. M.	1997	Se exponen los orígenes y las consecuencias del sesgo de género, y las limitaciones y desafíos que supone en la práctica clínica.
<b>A framework to analyse gender bias in epidemiological research</b>	Ruiz-Cantero, M. T., Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., Calvente, MDMG, Miqueo, C.	2007	Se propone un marco para analizar el sesgo de género en el diseño y análisis de las investigaciones realizadas sobre problemas de salud de la mujer.
<b>El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria</b>	Vázquez-Santiago, S., Garrido Peña, F.	2016	Se analiza el sesgo de género en la atención sanitaria como una parte relevante dentro de los determinantes sociales de la salud, sugiriéndose varias medidas para minimizar su impacto.
<b>El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista</b>	Esteban Galarza, M.	2006	Se muestran las ventajas de un enfoque antropológico y feminista para estudiar los procesos de salud/enfermedad/atención referidos exclusivamente o no a las relaciones de género.

<b>Desigualdades de género en salud pública</b>	Valls-Llobet, C.	2001	Se propone el estudio de las desigualdades de género en el terreno de la salud desde una visión de los problemas de salud basada en lo biológico, psicológico y social. Se desarrolla el concepto de mirada androcéntrica y se exponen las consecuencias del sesgo de género y las desigualdades sociales, planteando finalmente varios retos en relación con el sesgo de género.
<b>Gender bias in clinical research, pharmaceutical marketing, and the prescription of drugs</b>	Chilet-Rosell, E.	2014	A partir de la realización de múltiples estudios, se concluye que la legitimidad de la medicina se encuentra limitada, ya que no se basa en la mejor evidencia posible. Además, se observan desigualdades entre hombres y mujeres que no se deben meramente a diferencias biológicas, sino que derivan de las diferencias sociales que existen entre ambos sexos.
<b>Clinical Trials and Experimental Science, Bias Against Women in</b>	Rosser, S. V.	2015	Se explican algunas de las diferentes etapas de aplicación del método científico en los ensayos clínicos donde se puede ver reflejado el sesgo de género.
<b>Wanted: Women in clinical trials</b>	Simon, V.	2015	Se realiza una descripción breve de la evolución y el papel actual de las mujeres en los ensayos clínicos, destacando la importancia de incluir el sexo en el análisis de los resultados.
<b>Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter?</b>	Shannon, G., Jansen, M., Williams, K., Cáceres, C., Motta, A., Odhambo, A.	2019	Se proporciona evidencia de por qué la igualdad de género en la ciencia y la medicina es importante para la salud y los resultados relacionados con esta.
<b>Quality of pharmaceutical advertising and gender bias in medical journals (1998-2008): A review of the scientific literature</b>	Cambroner Saiz, B., Ruiz Cantero, M. T., Papí Gálvez, N.	2012	Se revisa la literatura científica sobre publicidad farmacéutica dirigida a profesionales de la salud para determinar si el sesgo de género ha disminuido y la calidad de la información en la publicidad farmacéutica ha mejorado con el tiempo.
<b>What is missing in measures of Women's Empowerment?</b>	Cueva Beteta, H.	2006	Se realiza una evaluación de los diferentes indicadores que se deben tener en cuenta para medir el empoderamiento de género, entendiendo este como un proceso y no como un resultado.
<b>Gender bias in clinical trials: Do double standards still apply?</b>	Ramasubbu, K., Gurm, H., Litaker, D.	2001	Se revisan múltiples ensayos clínicos, valorando el porcentaje de mujeres inscritas en ellos y el análisis de datos específicos de género, obteniendo como resultado una inscripción de género poco equilibrada y una baja promoción del análisis mencionado.
<b>Global health burden and needs of transgender populations: a review</b>	Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J. A., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E.	2016	Se revisan múltiples artículos sobre indicadores negativos de salud en las personas transgénero, reportándose falta de datos y conocimiento sobre ellas en muchas áreas de salud.
<b>Women's Health Education Initiatives: Why Have They Stalled?</b>	Henrich, J. B.	2004	Se analiza la situación actual con respecto a la integración de conocimientos específicos de la salud de la mujer en el plan de estudio de las universidades de medicina.

<b>Gender bias in medicine</b>	Hamberg, K.	2008	Se examina el fenómeno del sesgo de género en la medicina, presentándose conceptos y modelos útiles para la comprensión del sesgo y describiéndose algunas áreas de interés para futuras investigaciones.
<b>Reflexiones acerca de las dificultades en la integración del enfoque de género en la investigación en salud</b>	Aldasoro, E.	2017	Se reflexiona sobre algunas dificultades y barreras identificadas para la incorporación del enfoque de género en la investigación en salud.
<b>Why are sex and gender important to basic physiology and translational and individualized medicine?</b>	Miller, V. M.	2014	Se aclara la definición de sexo y género y se revisa la evidencia que muestra cómo el sexo y el género interactúan entre sí para influir en la etiología, la presentación de la enfermedad y los resultados del tratamiento. Se presentan estrategias para mejorar la inclusión de seres humanos femeninos y masculinos en estudios preclínicos y clínicos, y se discute la importancia de incorporar conceptos de sexo y género en los planes de estudios de posgrado y médicos.
<b>Las desigualdades de género en la ciencia: Gaceta Sanitaria da un paso adelante</b>	Borrell, C., Vives-Cases, C., Domínguez-Berjón, M. F., Álvarez-Dardet, C.	2015	Se contextualiza y presenta una iniciativa para responder a las desigualdades de género en las instituciones y estructuras relacionadas con la ciencia y la producción científica, fomentando así la igualdad de género.
<b>Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research</b>	Johnson, J. L., Greaves, L., Repta, R.	2009	Se enfatiza la necesidad de una atención continua al sexo y el género en la investigación en salud, proporcionando información sobre género y sexo, análisis de género y múltiples enfoques para incorporar estos conceptos a varias etapas del proceso de investigación.
<b>Sex-Specific Considerations in Guidelines Generation and Application</b>	Tannenbaum, C., Norris, C. M., McMurtry, M. S.	2019	Se revisa cómo los comités de guías de práctica clínica pueden incorporar un marco estructurado para determinar la calidad de la evidencia en las evaluaciones específicas por sexo. Se discuten los desafíos en curso y se brindan soluciones sobre cómo desglosar la evidencia, cómo evaluar el sesgo, cómo mejorar las estrategias de búsqueda y qué hacer cuando los datos son insuficientes para hacer recomendaciones específicas por sexo.
<b>Sex and gender differences in health. Science &amp; Society Series on Sex and Science</b>	Regitz-Zagrosek, V.	2012	Se analizan las diferencias presentes entre sexos y géneros y cómo estas se deben tener en cuenta en el diagnóstico, el tratamiento y el manejo clínico de las patologías para así mejorar la calidad de la atención sanitaria.
<b>«Bridging the Gap» Everything that Could Have Been Avoided If We Had Applied Gender Medicine, Pharmacogenetics and Personalized Medicine in the Gender-Omics and Sex-Omics Era</b>	Gemmati, D., Varani, K., Bramanti, B., Piva, R., Bonaccorsi, G., Trentini, A.	2020	Se exponen múltiples conocimientos sobre la medicina de género, abarcando desde las posturas moleculares hasta las sociales y psicológicas. Se realiza la descripción y discusión crítica de algunos temas clave multidisciplinares considerados como paradigmáticos de las diferencias de sexo/género y las desigualdades de sexo/género.

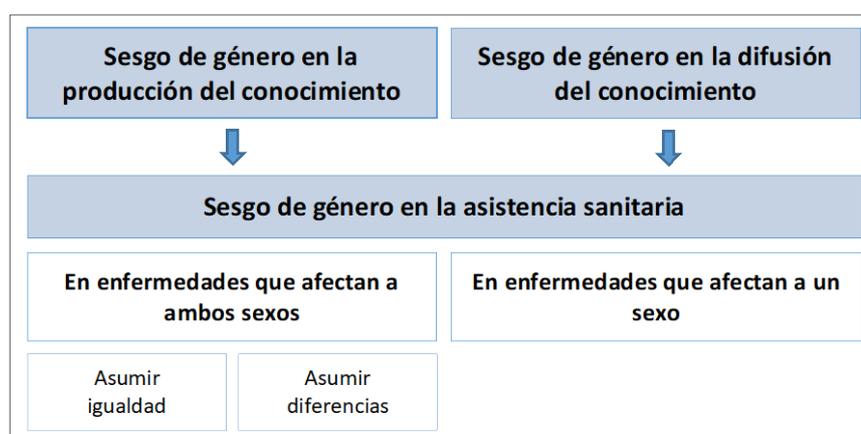
## DISCUSIÓN

### 1. Causas del sesgo de género en la asistencia sanitaria

De acuerdo con Chilet-Rosell (2014) y tal como muestra la Figura 2, el sesgo de género en la asistencia sanitaria es el producto de su arraigo este en la producción y difusión del conocimiento.

**Figura 2.** Interconexión entre la producción del conocimiento, su difusión y la asistencia sanitaria (modificado de Chilet-Rosell, 2014).

#### 1.1. Sesgo de género en la producción del conocimiento



Tal y como se expone en Rosser (2015), el sesgo de género no intencionado se puede reflejar en al menos cuatro etapas de aplicación del método científico:

#### *Exclusión de las mujeres como sujetos experimentales y de diseño*

Históricamente, la mayoría de los ensayos clínicos se han realizado incluyendo mayoritariamente hombres y asumiendo que los resultados pueden ser automáticamente aplicados al sexo femenino, como si este se hubiera estudiado también. Se extrapola la presentación clínica vista en el sexo masculino al femenino y se asume que los factores de riesgo y protectores son los mismos. Por otro lado, factores de riesgo que son cruciales para las mujeres, como los debidos a la sobrecarga desigual en la atención a la familia y al trabajo doméstico, aún tienen que ser plenamente investigados (Valls-Llobet, 2001). Aun así, gracias a algunos cambios en las leyes, en la FDA y el NIH, la participación de las mujeres en los ensayos clínicos se encuentra en aumento (Ruiz Cantero, 2009).

A pesar de la existencia de diferencias entre sexos en farmacocinética y farmacodinámica, la dificultad superior en incorporar a las mujeres a los ensayos, su alta tasa de abandono durante el seguimiento, los efectos de confusión provocados por los

cambios hormonales y las interacciones con otros tratamientos concomitantes son algunos de los argumentos para su exclusión, pero justamente estas razones hacen recomendable su inclusión (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

Uno de los principales argumentos para no elaborar un análisis por sexo o un análisis de las interacciones hormonales es el coste que supone utilizar un tamaño muestral suficiente para detectar diferencias. No obstante, retirar un fármaco del mercado a causa de la presencia superior de efectos adversos en las mujeres, posiblemente en relación con la falta de información sobre esta parte de la población, es todavía más costoso (Simon, 2005).

### ***Elección y definición de problemas a estudiar***

La variable sexo no siempre se incorpora en el análisis del trabajo ni la perspectiva de género en la hipótesis principal, el análisis y la interpretación de la información (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004). Algunos de los ítems que preocupan más a las mujeres reciben menos financiación y estudio. El enfoque excesivo en la investigación con sujetos de sexo masculino y la definición de ciertas patologías como «masculinas» da lugar a un infradiagnóstico y subtratamiento de estas en las mujeres. Este hecho también se puede observar a la inversa en algunos casos. El género del investigador puede influir en la elección del problema a resolver y, según los datos de la *UN Educational, Scientific and Cultural Organization's Women in Science*, menos del 30% de los investigadores del mundo son mujeres, aunque esta proporción se encuentra en aumento (Shannon et al., 2019).

La asunción de un mejor estado de salud de las mujeres a causa de las mayores tasas de mortalidad y la menor esperanza de vida del sexo masculino lleva a un mayor interés por la investigación de las enfermedades que causan una alta mortalidad entre hombres, reforzando los mitos de que las enfermedades crónicas en general son más graves, frecuentes y fatales en hombres e ignorando el hecho de la mayor prevalencia en mujeres de condiciones crónicas no mortales (Ruiz y Verbrugge, 1997).

### ***Métodos y enfoques utilizados en la recopilación de datos***

El uso del hombre blanco, de mediana edad, heterosexual como el «sujeto experimental básico» no solo ignora el hecho de que las mujeres pueden responder de un modo diferente a la variable probada, sino que también puede conducir a modelos menos precisos incluso para muchos hombres.

### ***Teorías y conclusiones extraídas de los datos***

Estas pueden extenderse inapropiadamente más allá de la población estudiada o aplicarse incorrectamente a otras poblaciones, reforzando así, con frecuencia, el sesgo. Concluir, a partir de datos de investigación, que solo puede resultar un diseño posible puede reflejar el sesgo y limitar la exploración de otras posibles interpretaciones de datos.

### **1.2. Sesgo de género en la difusión del conocimiento**

Tal y como se explica en Borrell et al. (2015), el sesgo de género en la difusión de conocimiento viene condicionado por las desigualdades de género en las estructuras de poder en la ciencia y en las revistas médicas. Las mujeres se encuentran infrarepresentadas en las posiciones de más rango académico y en los órganos de decisión sobre la ciencia. Las revistas científicas son un importante canal de comunicación de los avances de la ciencia y la presencia de mujeres en los órganos de decisión de estas publicaciones es menor.

Por otro lado, hay desigualdades de género en la producción de documentos científicos y un análisis bibliométrico mundial muestra que en casi todos los países las mujeres son autoras en menor proporción y, además, los manuscritos firmados por mujeres atraen menos citas. Sin embargo, el número de autoras está aumentando a lo largo de los años. Otro punto que cabe destacar es la insensibilidad de género en el sistema de recuperación de información *Medline/Pubmed* y *Cochrane*. El proceso de selección bibliográfica para cualquier investigación médica y el debate de perspectiva de género puede verse afectado por el androcentrismo prevalente en la ciencia tradicional (Ruiz-Cantero et al., 2007).

Por último, la publicidad farmacéutica puede contribuir a reforzar la percepción de que ciertas enfermedades se asocian con el sexo más frecuentemente representado en esta. Hay una tendencia constante a encarnar imágenes estereotipadas de ambos sexos (Cambronero Saiz, Ruiz Cantero y Papí Gálvez, 2012).

### **1.3. Interconexión entre producción del conocimiento, difusión y atención médica**

La definición de sesgo de género en la práctica clínica atribuye la responsabilidad exclusiva a los profesionales sanitarios. No obstante, los profesionales diagnostican y tratan de acuerdo con la formación recibida y la información que tienen disponible. Por

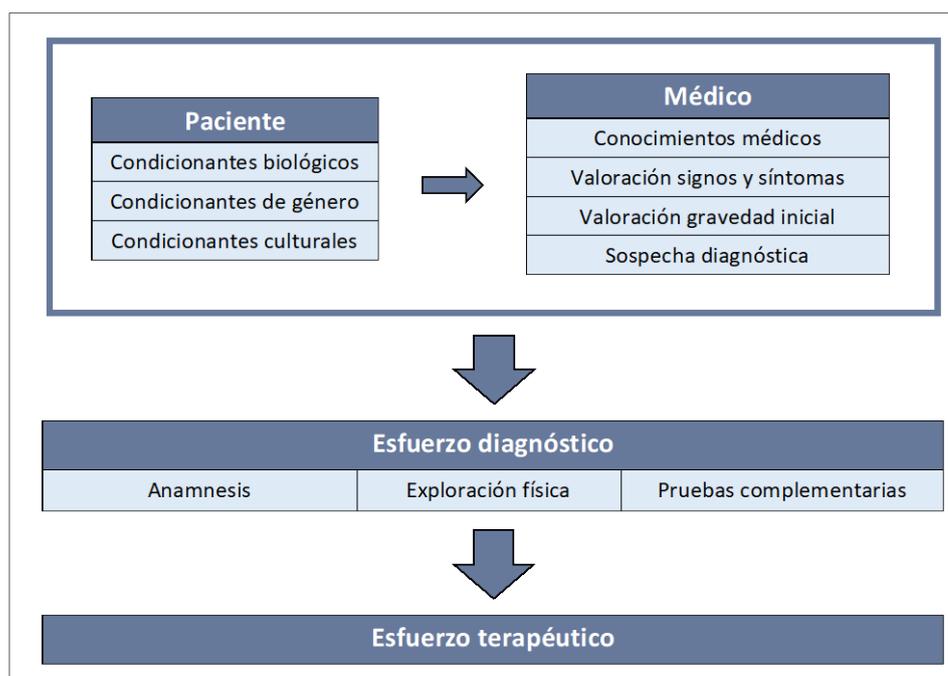
lo tanto, se puede deducir que el sesgo de género en la práctica clínica es causado por errores en la investigación a consecuencia de la falta de conciencia de género, es decir, el sesgo de género en la atención sanitaria es, en gran parte, resultado del sesgo de género en la generación de conocimiento. Además, es necesario considerar que el márketing se ha convertido en uno de los filtros más importantes del conocimiento médico, ayudando a fortalecer erróneamente la percepción de que ciertas enfermedades son más frecuentes en un sexo que en el otro y contribuyendo a la medicalización de los procesos vitales de las mujeres (Chilet-Rosell, 2014). Al ser la investigación la base de la práctica clínica y esta última el sentido y la razón de ser de la primera, los fenómenos de sesgo existentes en ambas no pueden sino retroalimentarse y multiplicar sus efectos (Tasa-Vinyals, Mora Giral y Raich, 2015).

## 2. Principales dimensiones del sesgo de género en la asistencia sanitaria

### 2.1. En el esfuerzo diagnóstico

Tal y como expone en Ruiz Cantero (2009) y se refleja en la Figura 3, los pacientes acuden a la demanda asistencial con una serie de características propias de su enfermedad y personales, así como con una percepción y expresión de los síntomas y una valoración de la gravedad determinada.

**Figura 3.** Condicionantes del esfuerzo diagnóstico y terapéutico (Modificado de Ruiz Cantero [2009]).



Por otro lado, los médicos tienen un conocimiento fruto de la evidencia científica e interpretan y valoran los signos y síntomas, llegando a una sospecha diagnóstica y a una valoración de la gravedad del problema padecido y, en consecuencia, a un determinado esfuerzo diagnóstico, basándose en la anamnesis, la exploración clínica y las pruebas complementarias.

En esta fase, hay que tener en cuenta que:

- Hay diferentes interpretaciones por parte de los médicos que pueden dar lugar a diferentes versiones de los mismos síntomas y signos. Concretamente, se pueden atribuir diferentes significados al cuadro clínico explicado, según sean presentados por pacientes hombres o mujeres, cosa que supondría un sesgo de género en el diagnóstico.
- La historia explicada por los pacientes no es idéntica a la historia clínica, aunque pueden ser compatibles. Por lo tanto, es la traducción que se hace después de escuchar la historia de quien lo padece, teniendo diversas lecturas según quien lo escuche.
- La capacidad de observación del médico está limitada por su experiencia personal/profesional y determina la perspectiva desde la cual se observa, por la cual cosa impactará en el que puede ver y no ver.

Hasta la actualidad, la mayoría de las investigaciones sobre sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico están focalizadas en la mayor o menor realización de pruebas diagnósticas. Por lo tanto, al partir estos estudios de la prueba diagnóstica y verificar si tienen o no la patología en cuestión según sexo, es posible que ciertos síntomas atípicos de esta patología no se hayan considerado y aquellos pacientes, que en la mayoría son mujeres, hayan quedado excluidas del sistema sanitario, por la cual cosa el sesgo de género no se detectaría, ya que solo serán estudiadas aquellas personas que lleguen al esfuerzo diagnóstico. Además, se debe considerar que la mayoría de los diagnósticos, en especial en atención primaria, se realizan mediante anamnesis y examen clínico, y no mediante pruebas diagnósticas.

Hay que tener en cuenta que el sesgo de género en el esfuerzo diagnóstico condiciona el esfuerzo terapéutico, ya que la probabilidad de que quien padece sea tratado es casi nula si, por cualquier causa, queda excluido del proceso diagnóstico, o disminuye si en el proceso diagnóstico no se realizan las pruebas oportunas.

## **2.2. En el esfuerzo terapéutico**

El esfuerzo terapéutico depende del esfuerzo diagnóstico, del diagnóstico en sí y de otros determinantes propios de la relación médico-paciente (Ruiz Cantero, 2009).

Se dispone de evidencia que demuestra que no únicamente el género del paciente es relevante, sino que el género del profesional interviene de manera decisiva. Este aspecto es estudiado notablemente respecto a los estilos de comunicación y la relación profesional-paciente, de manera que el marco relacional en el cual se desarrolla el acto médico es diferente en función de si paciente y profesional son del mismo o de diferentes géneros.

Tal y como se muestra en Tasa-Vinyals et al. (2015), la existencia de sesgo de género ha sido descrita de manera consistente en una gran variedad de contextos geográficos y situaciones clínicas, de entre los que destacan:

### ***Frecuencia y tipo de uso de los servicios de hospital y ambulatorio***

Los hombres utilizan más los servicios sanitarios especializados y/o urgentes (hospitalarios), mientras que las mujeres utilizan más la atención primaria. Este último hecho puede ser explicado por una menor derivación de las mujeres a la asistencia hospitalaria (Ruiz Cantero, 2009). Esta utilización diferencial es responsabilidad de los pacientes por una parte, pero también del médico y del sistema sanitario (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

### ***Aplicación de métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos***

En numerosos ámbitos se ha observado que uno de los géneros tiende a acumular el uso de los recursos preventivos, diagnósticos y terapéuticos (y del coste correspondiente), aunque el problema de salud en cuestión se presente de manera comparable en ambos géneros, o incluso sea más frecuente en el género menos tratado (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

### ***Demora y espera de la asistencia sanitaria***

En general se ha visto que, a igual necesidad o problema de salud, las mujeres tardan más en buscar ayuda médica y, además, también tardan más en ser atendidas una vez la buscan. El rol de género femenino puede condicionar esta demora en la búsqueda de asistencia, ya que el papel de cuidadora lo ejerce la mujer mayoritariamente (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

### ***Prescripción y consumo de fármacos. Medicalización del malestar emocional femenino***

Entre las mujeres hay, en general, más consumo de fármacos psicotrópicos que entre los hombres. Esto puede ser dado por una mayor prevalencia de depresión y ansiedad o porque, al quejarse, inducen más la prescripción que los hombres. Pero también puede deberse a que los médicos atribuyan a factores psicológicos, más fácilmente en mujeres que en hombres, los síntomas físicos o tiendan a prescribir fármacos por síntomas depresivos de baja intensidad a mujeres más que a hombres. Por lo tanto, el malestar emocional de las mujeres está medicalizado, habitualmente, con estrategias terapéuticas sintomáticas erróneas y ciegas a las causas (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Ruiz Cantero, 2009).

### ***Problemas de salud propios de las mujeres. Medicalización de la fisiología femenina***

Hay problemas de salud más frecuentes o propios de las mujeres. Se ha descrito un sobreuso o uso dudoso de acuerdo con la evidencia científica disponible de ciertas prestaciones sanitarias, así como de la terapia hormonal substitutiva, donde se medicaliza un proceso natural como la menopausia (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

El enfoque centrado en la biología reproductiva de las mujeres ha llevado a que la salud del sexo femenino se trate de manera equivalente a la salud reproductiva, dando lugar a un interés inferior en los problemas de salud no reproductiva (Ruiz Cantero, 2009).

### **3. Consecuencias del sesgo de género**

Hay importantes consecuencias del sesgo de género en la salud de las mujeres. Algunas que se encuentran relacionadas con el conocimiento médico, el manejo clínico y la prestación de la asistencia sanitaria se exponen a continuación (Ruiz y Verbrugge, 1997):

- La asunción de similitudes entre géneros en la experiencia de enfermedades lleva a que la mayoría de la investigación sea sobre enfermedades crónicas fatales, dando lugar a una falta de avances en el manejo de las condiciones crónicas no fatales, las cuales son más frecuentes en mujeres.
- La invisibilización de las mujeres bajo la normatividad masculina conduce a una infrareportación de las posibles diferencias existentes en la manera de enfermar. Esto lleva a una mayor proporción de mujeres que de hombres con diagnóstico de «síntomas y signos no específicos» tanto en los registros del servicio de salud como en los certificados de defunción. Los pacientes clasificados como síntomas

y signos no específicos pueden padecer una enfermedad identificable, ya sea en una etapa temprana no capturada por criterios diagnósticos contemporáneos o por un conjunto atípico (no masculino) de quejas por la enfermedad. La ausencia de tratamiento o un tratamiento inadecuado en este punto puede conducir al empeoramiento de la enfermedad.

- La asunción de diferencias de género da lugar a una prestación diferencial de servicios sanitarios y resultados de tratamiento. Estas presunciones iniciales de que los hombres y las mujeres difieren en las percepciones de los síntomas y la gravedad de la enfermedad pueden ser incorrectas e influir mucho en las decisiones de tratamiento y resultados.

La falta de investigación sensible a los fenómenos de género contribuye a la perpetuación y a la legitimación por omisión de las creencias y actitudes de género predominantes en la sociedad, de las cuales los profesionales sanitarios difícilmente pueden escapar sin formación específica en términos de género (Tasa-Vinyals, Mora Giral y Raich, 2015).

Debido a que la mayoría de los estudios en los cuales se basa la práctica médica se realizan predominantemente con sujetos hombres o animales machos, el sesgo de género tiene más probabilidades de perjudicar a las pacientes mujeres por un mecanismo de desconocimiento de sus formas de enfermar y de curarse, la cual cosa no quiere decir que no pueda perjudicar a los pacientes varones, sea directamente o indirectamente (Ruiz y Verbrugge, 1997). De hecho, la inequidad de género perjudica tanto a las mujeres como a los hombres (Ruiz-Cantero et al., 2007).

### **3.1. Limitaciones y barreras actuales**

En la práctica clínica, el sesgo de género se produce en los servicios de salud a causa de una estratificación política más amplia de la sociedad en relación con el género. No es deliberada (si es así, podría interpretarse como una mala praxis). Los médicos no suelen creer que el sesgo de género existe, basándose en sus prácticas clínicas bien motivadas y entrenadas (Ruiz y Verbrugge, 1997). Para llegar a una consciencia de género que lleve a cambios en este ámbito, haría falta implementar cuestiones de género en la educación médica. Esto genera retos específicos, ya que se observa una resistencia institucional al cambio, incerteza sobre qué cuestiones de género se deberían incluir en un plan de estudios y una falta de directrices prácticas para la implementación (Henrich, 2004).

En el ámbito de la investigación, las discusiones científicas sobre el sesgo de género tienden a caer en dos posiciones: existe o no. La verdad es ciertamente diversa: el sesgo de género existe en algunos ámbitos y en otros no (Ruiz y Verbrugge, 1997). Además, a pesar de los avances, persisten carencias conceptuales y metodológicas que limitan el uso de datos segregados por sexo o género (Cueva Beteta, 2006). El impacto de las medidas gubernamentales en la promoción de la equidad de género en la investigación ha demostrado ser ineficaz, tanto en la participación de las mujeres en los estudios como en el análisis de resultados (Ramasubbu, Gurm y Litaker, 2001).

### **3.2. Evolución y perspectivas de futuro**

Tal y como se menciona en Hamberg (2008), el sesgo de género en la asistencia sanitaria continuará siendo un campo de investigación importante durante los próximos años. Aún existe la necesidad de realizar estudios descriptivos sobre las disparidades de género en muchas especialidades, trastornos y países. También es preciso aprender más sobre los procesos cognitivos y de interacción que conducen al sesgo de género en el trabajo clínico, y el sesgo de género que se construye en diseños y análisis de investigación. Por lo tanto, se deben tener en cuenta diferentes ámbitos que se tratan a continuación.

#### ***La investigación***

La perspectiva de género debe estar presente en todas las etapas de la investigación, desde la observación hasta la preparación de la teoría científica, pasando por la elaboración de la hipótesis, la experimentación y la demostración o la refutación de las hipótesis (Aldasoro, 2017).

El número de hombres y mujeres incluidos en los estudios debe ser suficiente para permitir análisis de sexo y de género y evaluar si el sexo, el género o ambos son importantes para los resultados (Ruiz y Verbrugge, 1997). Por ello, se necesita un mayor soporte por parte de las agencias de financiación, y estas tendrían que desarrollar requisitos para la inclusión de animales hembras en ciencias básicas y de mujeres en estudios translacionales y ensayos clínicos (Miller, 2014). Esto permitiría generar un adecuado conocimiento científico sobre las mujeres en un futuro, haciendo que no sea necesario transferir el conocimiento sobre los hombres a las directrices para las mujeres (Hamberg, 2008).

Además, un mejor equilibrio y reorientación de la investigación patología-específica son necesarios para que condiciones que predominan en las mujeres, como aquellas no

fatales, reciban una atención adecuada. La investigación sobre estas condiciones también beneficiará los hombres que, si viven suficiente, finalmente adquieren el mismo repertorio de problemas no fatales. Por lo tanto, hace falta que las mujeres sean incluidas en estudios de enfermedades fatales y también hay que asegurar la inclusión de hombres en estudios de investigación sobre las no fatales (Ruiz y Verbrugge, 1997).

También es necesaria una mayor investigación sobre la ceguera de género y las concepciones previas sobre el género en conceptos médicos básicos y definiciones que se dan por hecho. Hacen falta diseños y modelos analíticos nuevos y fiables en la búsqueda de diferencias biológicas, diseños y modelos que integren y consideren el impacto de las condiciones socioculturales en los resultados (Hamberg, 2008).

### ***La difusión del conocimiento***

Desde las revistas médicas, se debe instaurar explícitamente una política para promover la igualdad de género en la publicación científica, tal y como recomienda la Asociación Europea de Editores de Ciencia y como han hecho otras revistas, por ejemplo, *The Lancet* y *Nature*. Esta debe incluir recomendaciones sobre cómo tener en cuenta el género en la publicación científica y acciones de promoción de la igualdad de género en la gestión de la revista (Borrell et al., 2015).

Desde el punto de vista de la publicidad farmacéutica, la precisión de la transferencia de conocimiento es esencial para evitar el sesgo de género en la práctica médica y para conseguir una prescripción de medicamentos de calidad según evidencias basadas en el conocimiento (Johnson, Greaves y Repta, 2009).

### ***La práctica clínica***

Se debe potenciar la generación y aplicación en la práctica clínica de pautas que tengan en cuenta sistemáticamente el sexo biológico de cada paciente, además de otros factores que se entrecruzan con este como el género, la edad, la raza y el estado socioeconómico (Tannenbaum, Norris y McMurtry, 2019). A causa del aumento en la última década de publicaciones de investigación médica que consideran los participantes masculinos y femeninos por separado y un aumento del número de revisiones sistemáticas que disgregan los resultados según el sexo, las evidencias sobre las cuales se deberían basar las recomendaciones de directrices específicas por sexo son cada vez más accesibles a los desarrolladores de pautas (Tannenbaum, Norris y McMurtry, 2019).

La incorporación de la perspectiva de género en los planes estratégicos de salud está erigiéndose como necesaria en los últimos años, y algunos trabajos concluyen que es cada vez más notoria en las actuaciones sanitarias de las administraciones estatales y autonómicas de España. También las guías clínicas y los manuales diagnóstico-terapéuticos están incorporando progresivamente la perspectiva de género como medida clave para aumentar su validez y vigencia (Tasa-Vinyals, Mora Giral y Raich, 2015).

La implementación de diagnósticos y tratamientos equitativos de género requiere tiempo, compromiso y soporte institucional y político. La traducción a la práctica de los resultados disponibles de la investigación puede tardar entre cinco y quince años, sobre todo si se tiene en cuenta el desarrollo de nuevos fármacos. Esto requiere de una acción inmediata, ya que éticamente no pueden ignorarse estos resultados sustentados en la investigación (Regitz-Zagrosek, 2012).

### ***La institucionalización de la perspectiva de género en las ciencias médicas***

Mejorar el enfoque educativo es fundamental para disminuir el desconocimiento y/o la actitud indiferente de profesionales e instituciones respecto al sesgo de género (Tasa-Vinyals, Mora Giral y Raich, 2015). La implementación de la educación sobre procesos, reacciones y tratamientos relacionados con el sexo y el género en los planes de estudios de la escuela médica y otras formas de educación sanitaria es un paso importante en la concienciación sobre el sesgo de género. Sin embargo, el conocimiento sobre la perspectiva de género en la educación de los estudiantes de medicina es escaso y se necesita más investigación para dilucidar la mejor manera de implementarlo (Hamberg, 2008).

El soporte institucional es imprescindible en el ámbito organizativo para asegurar la sostenibilidad de la perspectiva de género, y se tienen que desarrollar guías nacionales para su inclusión en los diferentes niveles educativos (Ruiz-Cantero et al., 2019).

### **3.3. Limitaciones del estudio**

Cabe destacar que en esta revisión bibliográfica no se ha tratado la totalidad de las disciplinas de las ciencias de la salud que se pueden ver afectadas por el sesgo de género a causa de su gran amplitud. No se han incluido en la revisión los artículos centrados en cómo afecta el sesgo de género en la relación entre profesionales de la salud ni se han introducido aquellos que hacen un abordaje profundo en el ámbito educativo y formativo.

Los temas tratados han sido enfocados desde una perspectiva de género binaria por falta de bibliografía existente sobre los efectos del sesgo de género en personas transgénero o intersexuales.

Respecto a las publicaciones sobre el tema, el número es limitado, aunque está en aumento en relación con el creciente interés social y científico por las diferencias y desigualdades de género (Ruiz y Verbrugge, 1997). A pesar de que cada vez hay más investigación sobre la carga sanitaria y las necesidades de las minorías de género, las cuestiones transgénero continúan siendo marginadas (Reisner et al., 2016).

## **CONCLUSIONES**

Actualmente se encuentran limitaciones relacionadas con el sesgo de género en el ámbito de la investigación, la difusión de conocimientos y la práctica clínica. Por ello, el sesgo de género continuará siendo un campo de investigación importante durante los próximos años, con el objetivo de seguir avanzando en las áreas previamente mencionadas y en la institucionalización de la perspectiva de género en las ciencias médicas.

La incorporación de la perspectiva de género en la asistencia sanitaria es un proceso que aún requiere un aumento de la investigación y del conocimiento. También son necesarias la implementación de múltiples cambios y adaptaciones en diversos ámbitos y la coordinación entre un gran número de entidades dentro de la comunidad científica. Por lo tanto, se trata de un objetivo de elevada dificultad.

Con todo, es de gran interés intentar integrarla en la práctica clínica para poder identificar posibles sesgos de género, ya que la medicina de género es un elemento importante a tener en cuenta dentro de la medicina personalizada y la atención centrada en el paciente, cuyo desarrollo es esencial para alcanzar el objetivo estándar de un enfoque holístico de los pacientes y las enfermedades.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALDASORO, E. Reflexiones acerca de las dificultades en la integración del enfoque de género en la investigación en salud. En: *Inguruak*. 2017, vol. 44, pp. 263-271.
- BORRELL, C. et al. Las desigualdades de género en la ciencia: Gaceta Sanitaria da un paso adelante. En: *Gaceta Sanitaria*. 2015, vol. 29, núm. 3, pp. 161-163.
- CAMBRONERO SAIZ, B.; RUIZ CANTERO, M. T.; PAPÍ GÁLVEZ, N. Quality of pharmaceutical advertising and gender bias in medical journals (1998-2008): A review of the scientific literature. En: *Gaceta Sanitaria*. 2012, vol. 26, núm. 5, pp. 469-476.
- CHILET-ROSELL, E. Gender bias in clinical research, pharmaceutical marketing, and the prescription of drugs. En: *Global Health Action*. 2014, vol. 7, núm. 1.
- CIHR – INSTITUTE OF GENDER AND HEALTH. *What a difference sex and gender make*. 2012. Disponible en: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/44734.html>.
- COMISION EUROPEA. *100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre mujeres y hombres*. 1998.
- CUEVA BETETA, H. What is missing in measures of Women's Empowerment? En: *Journal of Human Development*. 2006, vol. 7, núm. 2, pp. 221-241.
- ESTEBAN GALARZA, M. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. En: *Salud Colectiva*. 2006, vol. 2, núm. 1, pp. 9-20.
- HAMBERG, K. Gender bias in medicine. En: *Women's Health*. 2008, vol. 4, num. 3, pp. 237-243.
- HEIDARI, S. et al. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. En: *Research Integrity and Peer Review*. 2016, vol. 1, núm. 2.
- HENRICH, J. B. Women's Health Education Initiatives: Why Have They Stalled? En: *Academic Medicine*. 2004, vol. 79, núm. 4, pp. 283-288.
- HOFFMANN, D.; TARZIAN, A. The Girl Who Cried Pain : A Bias Against Women in the Treatment of Pain. En: *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2001, vol. 29, pp. 13-27.
- JOHNSON, J. L.; GREAVES, L.; REPTA, R. Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. En: *International Journal for Equity in Health*. 2009, vol. 8, núm. 14, pp. 1-11.
- MAUVAIS-JARVIS, F. et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. En: *The Lancet*. 2020, vol. 396, pp. 565-582.
- MILLER, V. M. Why are sex and gender important to basic physiology and translational and individualized medicine? En: *American Journal of Physiology – Heart and Circulatory Physiology*. 2014, vol. 306, pp. 781-788.
- RAMASUBBU, K.; GURM, H.; LITAKER, D. Gender bias in clinical trials: Do double standards still apply? En: *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*. 2001, vol. 10, núm. 8, pp. 757-764.
- REGITZ-ZAGROSEK, V. Sex and gender differences in health. Science & Society Series on Sex and Science. En: *EMBO reports*. 2012, vol. 13, núm. 7, pp. 596-603.

- REISNER, S. L. et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. En: *The Lancet*. 2016, vol. 388, pp. 412-436.
- RISBERG, G. et al. Gender in medicine – An issue for women only? A survey of physician teachers' gender attitudes. En: *International Journal for Equity in Health*. 2003, vol. 2, núm. 10.
- RISBERG, G.; JOHANSSON, E. E.; HAMBERG, K. A theoretical model for analysing gender bias in medicine. En: *International Journal for Equity in Health*. 2009, vol. 8, núm. 28.
- ROSSER, S. V. Clinical Trials and Experimental Science, Bias Against Women in. En: *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*. 2015.
- RUIZ, M. T.; VERBRUGGE, L. M. A two way view of gender bias in medicine. En: *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1997, vol. 51, pp. 106-109.
- RUIZ CANTERO, M. T. *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Granda: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2009.
- RUIZ-CANTERO, M. T.; VERDÚ-DELGADO, M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. En: *Gaceta Sanitaria*. 2004, vol. 18, supl. 1, pp. 118-125.
- RUIZ-CANTERO, M. T. et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. En: *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007, vol. 61, núm. 2, pp. 46-53.
- RUIZ-CANTERO, M. T. et al. Gender agenda in health sciences education: international experiences to reduce time in Spain. En: *Gaceta Sanitaria*. 2019, vol. 33, núm. 5, pp. 485-490.
- SHANNON, G. et al. Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? En: *The Lancet*. 2019, vol. 393, pp. 560-569.
- SIMON, V. Wanted: Women in clinical trials. En: *Science*, 2005, vol. 308, pp. 1517.
- TANNENBAUM, C.; NORRIS, C. M.; MCMURTRY, M. S. Sex-Specific Considerations in Guidelines Generation and Application. En: *Canadian Journal of Cardiology*. 2019, vol. 35, pp. 598-605.
- TASA-VINYALS, E.; MORA GIRAL, M.; RAICH, R. Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. En: *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2015, vol. 113, pp. 14-25.
- VALLS-LLOBET, C. Desigualdades de género en salud pública. En: *Quadern CAPS*. 2001, vol. 30, pp. 34-40.
- VÁZQUEZ-SANTIAGO, S.; GARRIDO PEÑA, F. El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria. En: *Enfermería Clínica*. 2016, vol. 26, núm. 1, pp. 76-80.

# VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES QUE SOLICITAN INTERRUPCIÓN TARDÍA DE LA GESTACIÓN

*Assessing the Quality of Care for Patients Requesting a Late Termination of Pregnancy*

Estela Moreno<sup>1-2</sup>, Sandra Suñol<sup>1</sup>, Yolanda Giménez<sup>1</sup>, Montse Palacio<sup>3</sup>, Ángela Arranz<sup>1-4</sup>, Olga Gómez<sup>3-5</sup>

Autora correspondencia: Estela Moreno

Correo electrónico: [esmoreno@clinic.cat](mailto:esmoreno@clinic.cat)

1. Enfermera de BCNatal. Instituto de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Hospital Clínic de Barcelona. (*Barcelona, España*)
2. Enfermera de investigación. Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGLOBAL). (*Barcelona, España*)
3. Especialista en Medicina Maternofetal. BCNatal - Barcelona Center for Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, Hospital Clínic and Ho IDIBAPS, Universitat de Barcelona y Centre for Biomedical Research on Rare Diseases (CIBER-ER). (*Barcelona, España*)
4. Enfermera jefa del servicio de Enfermería de BCNatal (Hospital Clínic de Barcelona-Hospital Sant Joan de Déu). (*Barcelona, España*)
5. Coordinadora del Grupo de duelo de BCNatal (Hospital Clínic de Barcelona-Hospital Sant Joan de Déu), Hospital Clínico de Barcelona. (*Barcelona, España*)

Recibido: 10/06/2021 Aceptado: 29/12/2021



## RESUMEN

**OBJETIVO.** Evaluar la experiencia de las pacientes en proceso de interrupción voluntaria del embarazo por malformaciones fetales graves o incurables por encima de las 22 semanas de gestación. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó un estudio piloto descriptivo de corte transversal empleando un cuestionario *ad hoc* con 15 preguntas relacionadas con la calidad de atención y el proceso de pérdida gestacional desarrolladas por un equipo multidisciplinar del Hospital Clínic de Barcelona. La calidad de la atención se evaluó mediante una puntuación de 0 a 10 puntos. **RESULTADOS.** La puntuación global de la atención prestada fue de 9,45. El ruido ambiental en las diferentes instalaciones hospitalarias fue puntuado con un 5,98/10 y el tiempo desde el parto hasta el alta obtuvieron una puntuación de 6,22. A todas las pacientes se les ofreció contacto con su bebé, pero al 58 % de las familias les hubiera gustado recibir además de las huellas otros recuerdos y al 47 % hubiera deseado hacer fotografías a su bebé. Además, el 37 % de las familias dijeron que hubiesen pasado más tiempo con su bebé. Finalmente, el 53 % de las familias refirió la necesidad de requerir apoyo psicológico o soporte emocional, tanto durante el ingreso hospitalario como en el puerperio. **CONCLUSIÓN.** La valoración general de la atención prestada fue adecuada, aunque algunos aspectos podrían mejorarse. La realización de una encuesta a las familias sometidas a un IVE tardío es un método útil para evaluar la calidad de la atención brindada y diseñar acciones de mejora.

**Palabras clave:** atención de calidad; aborto; muerte fetal; duelo perinatal; atención hospitalaria.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE** To evaluate the experience of patients who were in the process of pregnancy interruption due to serious or incurable fetal malformations above 22 weeks' gestation. **MATERIALS AND METHODS.** A descriptive, cross-sectional pilot study was carried out using an ad-Hoc questionnaire that included 15 questions related to the quality of care and the gestational loss process developed by a multidisciplinary team of nurses and specialists in Maternal Fetal Medicine from the Hospital Clínic de Barcelona. The quality of the «care» was evaluated using a score from 0-10 points. **RESULTS/FINDINGS.** The global «Care» score was 9.45. The environmental noise score was 5.98 in the different hospital facilities and the perception of time from delivery to hospital discharge had a score of 6.22. All our patients were offered contact with their babies after the interruption, but 58 % of the families would have liked to receive other regards in addition to the fingerprints they receive and 47% would have liked to have taken photographs of their babies. Additionally, 37 % of families said they would have spent more time with them. Finally, 53 % of the families reported the need to require psychological or emotional support, both during hospital admission and in the puerperium. **CONCLUSIONS.** The general assessment of the care provided was appropriate, although some aspects could be improved. Conducting a survey of families undergoing a late pregnancy interruption is a useful method to assess the quality of care provided and to design future actions.

**Keywords:** Quality Care; Abortion; Stillbirth; Perinatal Bereavement; Hospital Care.

## INTRODUCCIÓN

La atención hospitalaria a los padres que se enfrentan a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por anomalías fetales graves o incurables es un proceso complejo en el que se viven momentos intensos en un corto período de tiempo que se inicia desde que se identifica la anomalía fetal y se realiza la evaluación pronóstica hasta el momento de la cuarentena tras el parto (Heazell et al., 2016; Nuzum et al., 2018). La IVE es un acto indeseable y representa una crisis que afecta a la mujer embarazada, pareja, familia y sociedad. En este período (Downe et al., 2013), los padres tienen que afrontar el diagnóstico, el duelo por la pérdida del hijo/a, la dificultad de tomar decisiones difíciles e importantes, las dudas sobre si conocer al bebé tras el parto, sobre cómo comunicar lo sucedido a sus familiares y amigos; y sobre todo cómo despedirse de él/ella (Flenady et al., 2014; Cassidy, 2018) y la incertidumbre de lo que pasará en el futuro.

El aborto es un tema controvertido, ya que toca aspectos religiosos, sociales y bioéticos, además de tópicos científicos y deontológicos que aún no han podido ser determinados, como lo es la definición misma de vida.

El duelo perinatal se define como el que se produce por la pérdida de un hijo/a antes o después del nacimiento, hecho que provoca un duelo que a menudo no es reconocido por la comunidad científica ni por la sociedad; se trata de un duelo «silenciado». El duelo perinatal afecta tanto si la pérdida se ha producido en las primeras semanas de gestación como después del nacimiento, independientemente de si la pérdida ha sido voluntaria o se ha producido de forma inesperada (Gómez et al., 2021).

La sociedad, familia, amistades y profesionales que atienden estas parejas pueden infravalorar y a menudo negar la existencia de este tipo de duelo. Esta actitud distante, de negación o de infravaloración hace que todavía sea más difícil para las parejas superar este proceso y genera una situación de malestar que dificulta avanzar en el proceso de duelo de forma saludable. Es por ello por lo que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en su *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* (2011) recomienda el apoyo a las familias en situaciones de pérdida y duelo perinatal a través de los protocolos centrados en la atención a los aspectos humanos con el fin de respetar las necesidades individuales que expresan las mujeres y su/s acompañante/s. Entre las medidas que se proponen, se encuentra la posibilidad de ofrecer espacios físicos y tiempo de intimidad tras el parto, de ver y estar con el bebé y abrazarlo si los padres así lo desean,

así como de respetar la decisión de no hacerlo; de conservar unos recuerdos del recién nacido y de referirse al bebé utilizando su nombre en caso de que los padres ya lo hayan decidido. Se remarca también la importancia de tratar de dar siempre una explicación sobre lo sucedido, respondiendo a las dudas todas las veces que sea necesario, involucrando a la madre y a su pareja en las decisiones respecto al destino del cuerpo del bebé, no minimizando el dolor de los padres, permitiendo que lo expresen sin juicio, mediante escucha empática y ofreciendo una ayuda psicológica en los casos en los que se necesite.

El cuidado de los padres que se enfrentan a una pérdida durante la gestación o tras el parto, incluyendo el apoyo emocional y psicológico, ha demostrado ser beneficioso para disminuir la ansiedad, la depresión y mejorar la vivencia global, convirtiendo un proceso negativo en una experiencia diferente con una nueva visión, como es la creación de recuerdos de un ser querido que, aunque aún no ha nacido, ya forma parte de la familia (Kingdon et al., 2015; Blood y Cacciatore, 2014). Aunque la implementación de estos cuidados debería ser ya obligatoria, aún no se ha extendido en todos los ámbitos.

Actualmente y debido a la evidencia descrita previamente, se han creado guías (Flenady et al., 2009; ACOG, 2009) y se han realizado diferentes encuestas para la valoración de la atención de la pérdida perinatal donde se ya se ha identificado la importancia del soporte emocional y psicológico además del físico, y sobre todo la interacción con el personal de salud (Aiyelaagbe et al., 2017; O'Connell et al., 2016).

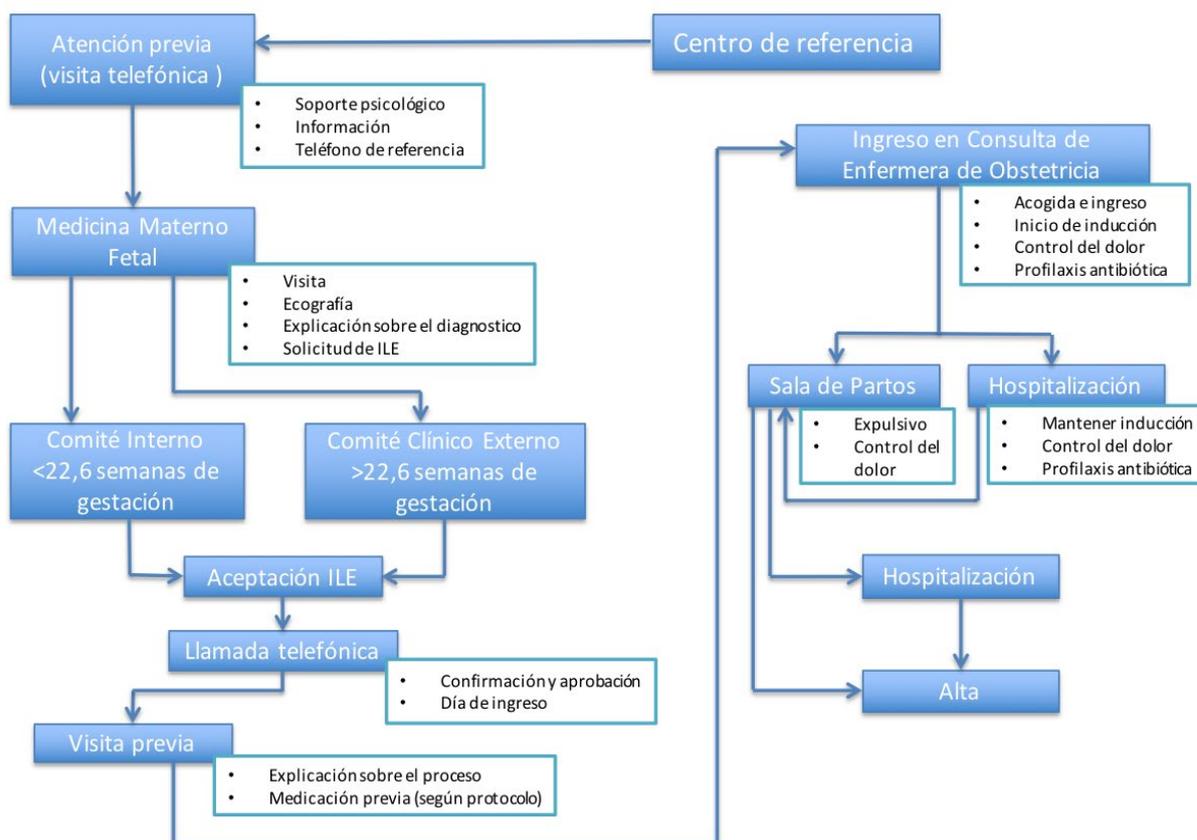
El estudio de Cassidy (2018) es el único que podría describir la realidad en España. Se encontró que solo el 52% de las gestantes tuvieron contacto con sus bebés, el 30% tuvo solo algún recuerdo y el 70% estuvo acompañado. Sin embargo, esta encuesta, como las otras, es *online*. Posiblemente las encuestas presenciales puedan aportar más información y recoger de forma más completa los puntos posibles de mejora. Ese es el diseño planteado en nuestro estudio, en el que podemos explicar con detalle el contenido de la encuesta a las familias y damos la opción a las parejas de realizar el cuestionario en el momento en que ellos crean más conveniente.

Nuestro hospital constituye un centro de referencia de Patología Fetal, por lo que se atiende anualmente a un gran número de parejas que solicitan una IVE siguiendo el marco legal actual. Desde el año 2010, se han atendido más de 1300 parejas en el contexto de una IVE. El circuito asistencial que se sigue en nuestro centro se detalla en la Figura 1,

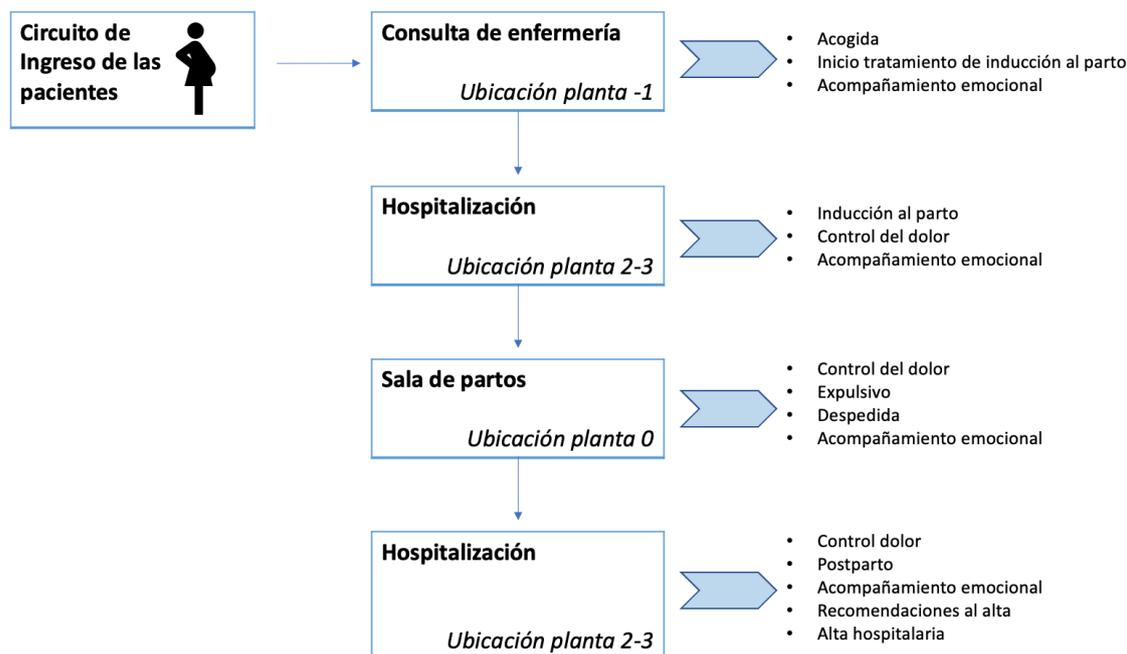
mientras que la Figura 2 detalla el circuito de ingreso de la paciente una vez realizada la admisión en el hospital.

Aunque el protocolo de asistencia médica está plenamente validado y testado, en términos de una baja estancia media y una baja tasa de complicaciones, hasta el momento actual no existe un consenso general sobre el proceso de acompañamiento y soporte emocional en las diferentes áreas hospitalarias y entre los diferentes profesionales sanitarios, lo que constituye un punto de mejora futura. La pérdida de un hijo independientemente de la edad gestacional es una experiencia traumática para la familia. El cuidado continuo, el trato respetuoso y el apoyo emocional por parte de todos los profesionales durante todo el proceso son fundamentales para la elaboración de un proceso de duelo no patológico.

**Figura 1.** Circuito de interrupción voluntaria de embarazo en nuestro centro



**Fuente:** Elaboración propia.

**Figura 2.** Circuito de ingreso de la paciente

**Fuente:** Elaboración propia.

Este proyecto surgió tras conocer las necesidades que nos verbalizaron nuestras pacientes durante la práctica clínica diaria habitual. El procedimiento de una IVE tardía en el contexto de una patología fetal es un proceso largo y complejo. Desde que se diagnostica la patología fetal hasta que finaliza todo el proceso después de la cuarentena, las familias pasan por múltiples áreas del hospital (consultas de ecografías, consulta de enfermería obstétrica, sala de partos, hospitalización), y también por múltiples profesionales sanitarios (enfermeras, matronas, auxiliares de enfermería, especialistas en medicina materno-fetal, anestesiólogos, celadores, administrativos, personal de limpieza...). Así, la coordinación de todo el proceso genera disfunciones que repercuten en la percepción de la calidad del trato recibido y que son a su vez mejorables si se detectan adecuadamente. El presente trabajo constituye el primero realizado en nuestro centro en que se evalúa la IVE tardía, colocando la vivencia de la paciente en el centro de todo el proceso.

Por ello, la finalidad de este trabajo es evaluar la experiencia de las pacientes en proceso de IVE por malformaciones fetales graves o incurables por encima de las 22 semanas de gestación evaluando las medidas de acompañamiento y soporte emocional que se realizan en nuestro centro mediante la implementación de unas encuestas diseñadas con el propósito de poder analizar los resultados obtenidos para mejorar las prácticas del

personal de salud, homogeneizar la actuación de los diferentes profesionales, así como fortalecer la confianza entre el equipo multidisciplinario y la mujer para ofrecer un trato digno, adecuando las medidas actuales para conseguir un proceso más eficiente centrado en las familias y adaptándolo a sus necesidades reales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio piloto descriptivo de corte transversal empleando un cuestionario *ad hoc* conformado por 15 preguntas relacionadas con la calidad de la atención y el proceso de pérdida gestacional/interrupción de la gestación en el Hospital Clínic de Barcelona-Sede Maternidad entre marzo y agosto de 2019.

El equipo investigador valoró y decidió la realización de este estudio con carácter exploratorio para valorar el proceso de atención de la pérdida/interrupción de la gestación con el objetivo general de plantear mejoras en la calidad de atención y/o servicios relacionados con un proceso tan delicado como este y el cual está poco estudiado. A fin de llevar a cabo este proceso, se elaboró una encuesta *ad hoc* para objetivar la calidad de atención prestada en diferentes ámbitos como infraestructuras, trato, valoración de circuito y apoyo emocional, entre otros.

Para ello se realizó la encuesta a mujeres en proceso de interrupción de la gestación que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, y que accedieron voluntariamente y de forma anónima a participar en el estudio en el momento del alta hospitalaria.

Con el fin de poder incluir a las pacientes en el estudio y poder recoger los datos necesarios para su evaluación, se informó inicialmente de forma verbal sobre el estudio, sus objetivos y posibles beneficios. Posteriormente se obtuvo el consentimiento informado, respetando la privacidad y la confidencialidad de las respuestas, siendo únicamente utilizadas para fines de la investigación, cumpliendo siempre con la confidencialidad y la ética de los profesionales, siguiendo los principios bioéticos establecidos en la *Declaración de Helsinki*. Las pacientes tenían la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento si así lo expresaban.

Los criterios de selección del estudio fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión:
  - Gestantes que soliciten un ILE  $\geq$  22 semanas de gestación

- Gestantes mayores de 18 años
- Criterios de exclusión:
  - Gestantes menores de edad
  - Barrera idiomática (disponemos de cuestionarios en catalán, castellano e inglés)
  - Gestaciones múltiples con interrupción selectiva de uno de los fetos

El reclutamiento se realizó de forma presencial durante el ingreso de las gestantes en proceso de IVE por parte del equipo investigador. Se seleccionó una muestra de 20 pacientes que corresponde al 50% de las gestantes atendidas en nuestro centro durante un año. Dicha muestra se calculó con el programa STATSTM versión 2.0, con un índice de confianza de 95% y un margen de error menor al 5%.

La encuesta utilizada fue desarrollada por un equipo multidisciplinar del Hospital Clínic de Barcelona conformado por ginecólogos especialistas en materno-fetal, enfermeras especialistas en obstetricia, neonatólogos y comadronas. En la encuesta se valoró la «calidad de la atención» y el proceso de interrupción de la gestación que se lleva a cabo en nuestro hospital.

La encuesta se estructuró de la siguiente manera (Tabla 1):

1. Preguntas para valorar los espacios físicos/infraestructuras hospitalarias, los profesionales sanitarios y la calidad en la atención recibida (preguntas 1-6).
2. Preguntas para valorar las necesidades de los pacientes con respecto a la intimidad durante el proceso de parto hasta el alta, sobre su opinión respecto a la idea de disponer de recuerdos del recién nacido sin vida y también sobre la valoración de las prácticas recibidas durante todo el proceso (preguntas 7-11 y pregunta 15).
3. Preguntas para valorar la información recibida durante el proceso, el apoyo emocional y la idoneidad de realizar el cuestionario recibido (preguntas 12-14).

El diseño de la encuesta se realizó mediante un sistema de valoración cuantitativa (utilizando una escala numérica del 1 al 10). Una puntuación de «cero» representa una mala valoración mientras que la puntuación de «diez» una valoración excelente. Todas las preguntas relacionadas con las infraestructuras hospitalarias tenían la opción de respuesta abierta, con el objetivo de que las encuestadas tuviesen un espacio para resaltar

algún aspecto importante no mencionado con anterioridad. Una vez finalizada la encuesta, había una pregunta abierta para que las familias que lo crean necesario puedan expresar sugerencias, recomendaciones o bien agradecimientos al personal.

Toda la información recogida se almacenó de forma confidencial en nuestro centro cumpliendo la normativa vigente y, *a posteriori*, se introdujeron los datos cuantitativos en un programa estadístico (base datos en Microsoft Excel) para su análisis.

El análisis descriptivo de las respuestas de la encuesta, así como las diferentes mediciones se realizó utilizando el programa SPSS IBM 2016. Los datos cuantitativos fueron presentados con promedios y rangos, mostrando los valores máximos y mínimos para cada una de las preguntas cuantitativas. En el caso de las preguntas abiertas, se realizó un análisis textual.

El acceso y análisis de la base de datos quedó restringida a los investigadores principales: la Srta. Estela Moreno y Dra. Olga Gómez.

**Tabla 1.** Distribución de las preguntas de la Encuesta *ad hoc*

Indicadores	Preguntas del cuestionario	Valores posibles
<i>Infraestructuras hospitalarias</i>	1-2-3-4	Variable cuantitativa (puntuación 1-10)
<i>Calidad de atención</i>	5-6	Variable cuantitativa (puntuación 1-10)
<i>Creación de recuerdos</i>	7-8-9-10-11-15	Variables dicotómicas (Sí/No)
<i>Circuito administrativo</i>	12	Variable cualitativa nominal
<i>Información</i>	13	Variables dicotómicas (Sí/No)
<i>Apoyo psicológico</i>	14	Variables dicotómicas (Sí/No) y variable cualitativa nominal
<i>Pregunta abierta</i>	15	Análisis textual

El proyecto fue presentado, evaluado y aceptado por el Comité de Ética de Investigación (CEIC) del Hospital Clínic con código de aceptación HCB/2019/012. Por otro lado, los resultados obtenidos en el mencionado estudio no implicaron ningún cambio en la actitud terapéutica ni en el seguimiento médico estándar de la paciente.

## RESULTADOS

La Tabla 2 hace referencia al resumen de las puntuaciones obtenidas en relación con la calidad de la atención recibida. Los resultados obtenidos sobre atención recibida por los distintos profesionales de las diferentes unidades han sido muy favorables, obteniendo una  $\bar{x}$  de 9.45, que ha sido obtenido de la suma total de las diferentes unidades analizadas en diferentes áreas incluyendo consultas de medicina materno-fetal, consulta de enfermería, sala de partos y hospitalización, debido a que las pacientes deben moverse por distintas áreas del hospital como se muestra en la Figura 2.

También se analizó la percepción sobre del proceso recibido con una  $\bar{x}$  8.65 en las áreas de explicación sobre el proceso, atención, acompañamiento, apoyo y gestión emocional.

**Tabla 2.** Cuestionario de valoración de la calidad de atención percibida por los profesionales en la IVE

Pregunta	Características Valoradas	Puntuación media +/- DE
<i>Valoración de la atención recibida por los profesionales</i>	Consulta externa (CCEE) Unidad materno-fetal	9,65 +/-0,58
	CCEE Enfermería	9,79 +/-0,41
	Sala de partos	9,61 +/-0,97
	Sala de Hospitalización	8,75 +/-1,65
<i>Valoración del proceso recibido por parte de todo el equipo que le ha atendido</i>	Explicación sobre el proceso	8,25 +/-2,33
	Atención durante el proceso	8,9 +/-1,48
	Acompañamiento durante el proceso	8,85 +/-1,38
	Apoyo y gestión emocional	8,6 +/-1,75

En la Tabla 3, se muestran las valoraciones obtenidas sobre los espacios físicos. Se describen las respuestas sobre las necesidades de los pacientes con respecto a la intimidad durante el proceso de parto hasta el alta, espacios, confort, ruidos ambientales, ubicación y tiempos de espera. Estos análisis fueron examinados de nuevo en las diferentes áreas mencionadas: consultas de medicina materno-fetal, consulta de enfermería, sala de partos y hospitalización.

**Tabla 3.** Cuestionario de valoración de los espacios físicos del proceso de pérdida perinatal

Pregunta	Características Valoradas	Puntuación media +/-DE
<i>Valoración de la consulta donde se le explicó el pronóstico de su bebé</i>	Espacio	8,79 +/-1,43
	Intimidad	8,74 +/-1,48
	Confort	8,21 +/-1,51
	Ruidos Ambientales	7,68 +/-2,53
<i>Valoración de la consulta de enfermería</i>	Espacio	8,3 +/-1,56
	Intimidad	8 +/-2,45
	Ubicación	6,05 +/-3,25
	Ruidos Ambientales	5,05 +/-3,79
	Tiempo de espera a ser atendido	9,73 +/-1
<i>Valoración de sala de partos</i>	Espacio	9,33 +/-0,84
	Intimidad	8,44 +/-1,88
	Ubicación	8,06 +/-2,86
	Ruidos Ambientales	5,94 +/-4,07
	Confort	8,33 +/-2
	Tiempo de espera al ingreso en sala de partos	8,94 +/-1,39
<i>Valoración de sala de hospitalización</i>	Espacio	9,32 +/-1,29
	Intimidad	8,65 +/-2,16
	Confort	8,05 +/-2,83
	Ruidos Ambientales	5,26 +/-4,09
	Tiempo de espera al alta	6,22 +/-3,13

Las valoraciones de la consulta de medicina fetal fueron positivas, con una  $\bar{x}$  8,35. Sin embargo, los ruidos ambientales fueron los peor valorados con 7,68 +/-2,53. En la consulta de enfermería, la  $\bar{x}$  fue de 7,43, siendo peor valorada la ubicación con 6,05 +/-

3,25 y los ruidos ambientales con 5,05 +/-3,79. La sala de partos recibió buenas valoraciones con una  $\bar{x}$  8,17, siendo en la misma, peor valorados también los ruidos ambientales con 5,94 +/-4,07. Por último, la valoración de hospitalización fue de 7,5, resaltando de nuevo los ruidos ambientales con 5,26 +/-4,09, y el tiempo de espera al alta una vez ha transcurrido el parto que es de 6,22 +/-3,13 horas.

En la Tabla 4, se muestran las valoraciones en base a la creación de recuerdos. Se describen las respuestas sobre la idea de disponer de recuerdos del recién nacido sin vida y también sobre la valoración de las prácticas recibidas durante todo el proceso.

**Tabla 4.** Cuestionario de valoración relacionado con la creación de recuerdos

Pregunta	Respuesta	Resultado n (%)
<i>¿Se le ofreció tener contacto con su bebé en sala de partos?</i>	Sí	19 (100)
	No	0 (0)
<i>¿Se le ofreció obtener las huellas de su bebé?</i>	Sí	19 (100)
	No	0 (0)
<i>¿Le hubiera gustado algún otro recuerdo de su bebé (gorro, pulsera, pinza del cordón)?</i>	Sí	11 (58)
	No	8 (42)
<i>¿Le hubiera gustado haber podido hacerle fotos?</i>	Sí	9 (47)
	No	10 (53)
<i>¿Considera que el tiempo que ha pasado con su bebé en Sala de Partos ha sido suficiente?</i>	Sí	10 (63)
	No	6 (37)
<i>¿Les hubiera gustado recibir el certificado de nacimiento y el recuerdo de las huellas que proponemos en nuestro centro?</i>	Sí	14 (74)
	No	5 (26)

A todos los pacientes se les ofreció el contacto con el recién nacido, así como la obtención de las huellas en una cartulina a modo de recuerdo. El momento en que se ofreció la posibilidad de obtener las huellas del recién nacido fue en consultas externas (43%), en sala de partos (31%) y, en el resto de los casos, el ofrecimiento se realizó en ambos sitios. El 58% de los pacientes hubiera preferido, además de las huellas del recién nacido, disponer de otro recuerdo de su bebé, y el 47% hubiera deseado haberle hecho fotos. El 63% de las familias considera que el tiempo que pasó con su bebé fue adecuado. La propuesta de recibir un certificado de nacimiento elaborada por nuestro grupo de

trabajo, así como el recuerdo personalizado de huellas, fue bien recibido por el 74% de pacientes.

La Tabla 5 muestra las respuestas en base a la información sobre los trámites administrativos recibidos. Se evidencia que a un 35% de las pacientes les hubiera gustado recibir la información respecto a los trámites administrativos con mayor detalle antes de la inducción del parto, a un 10% durante el ingreso después del expulsivo, a un 50% antes del alta y a 5% les parecía indiferente el momento de recibir dicha información. También se analiza si las pacientes necesitan más información sobre el duelo perinatal y la idoneidad de realizar el cuestionario. Un 55% de las madres considera que la información recibida al alta sobre los primeros pasos del duelo fue insuficiente.

Nuestro cuestionario fue cumplimentado durante la hospitalización de las pacientes. Sin embargo, la mayoría de las pacientes (70%) hubiera preferido que el cuestionario se hubiera realizado durante la cuarentena, y de forma presencial el 30%.

**Tabla 5.** Cuestionario de valoración sobre los trámites administrativos e información adicional

Pregunta	Respuesta	Resultado n (%)
<i>¿En qué momento les hubiera gustado recibir información de los trámites administrativos?</i>	Antes de la inducción de parto	7 (37)
	Después del expulsivo en sala de partos	2 (11)
	Antes del alta de sala hospitalización	9 (47)
	Antes de la inducción y/o antes del alta	1 (5)
<i>Respecto a la información que le hemos ofrecido sobre los primeros pasos del duelo (descansar, medicación si precisa, respetar la tristeza, entender que es un proceso lento...)</i> <i>¿Creen que necesitarían más información?</i>	Sí	11 (55)
	No	9 (45)
<i>¿Creen que es mejor realizar este cuestionario antes del alta o hubiesen preferido entregarlo pasado la cuarentena?</i>	Antes del alta	6 (30)
	Durante la cuarentena	14 (70)

Y, por último, la Tabla 6 resume las respuestas obtenidas respecto al apoyo psicológico. El 53% respondió que sería útil recibir más soporte emocional/psicológico. De estos, el 60% manifestó su preferencia en forma de atención psicológica individualizada, el 20% en forma de grupos de ayuda y el otro 20% contestó que preferiría ambos tipos de ayuda a la vez. Por otro lado, los momentos más adecuados para recibir la ayuda psicológica según las encuestadas fue durante el ingreso y tras la cuarentena 50%.

**Tabla 6.** Cuestionario de valoración sobre la necesidad de apoyo psicológico

Pregunta	Respuesta	Resultado n (%)
<i>¿CREE QUE SERÍA ÚTIL O NECESARIO RECIBIR MÁS SOPORTE EMOCIONAL / PSICOLÓGICO DURANTE EL PROCESO?</i>	Sí	10 (53)
	No	9 (47)
<i>a) ¿Qué tipo de ayuda desearía?</i>	Grupo de ayuda	2 (20)
	Atención psicológica	6 (60)
	Ambos	2 (20)
<i>b) ¿Qué momento sería el más apropiado?</i>	En el diagnóstico	1 (10)
	Al ingreso/alta	1 (10)
	Tras la cuarentena	2 (20)
	Al ingreso y tras la cuarentena	5 (50)
	Todos	1 (10)

En las preguntas abiertas, las familias expresaron aspectos importantes no recogidos en las preguntas realizadas por el equipo investigador. Algunas familias redactaron sugerencias y agradecimientos al equipo que las atendió. Los diferentes agradecimientos fueron trasladados a todo el equipo asistencial.

Se recogieron diferentes anotaciones relacionadas con el equipamiento y espacio de consultas externas donde se inicia todo el proceso, recomendando modernización y ampliación de espacio. Una paciente expresó que «Estuve mucho tiempo en una camilla

incómoda», mientras que otra que «la sala de inicio del proceso es muy pequeña y poco comfortable».

Por otro lado, varias encuestas (n=5) sugirieron que se debería tener un acceso directo a sala de partos, evitando así el ingreso por consultas externas y posteriormente hospitalización. Una paciente escribió: «Recuerdo con muy mal sabor de boca los traslados por el propio hospital. Creo que para próximas familias que pasen por la misma situación que nosotros, deberían de ingresar directamente a sala de partos, evitando así los traslados por las distintas unidades del servicio», mientras que otra paciente refirió que «Me dolía ver continuamente a embarazadas felices con su gestación. Creo que se debería de evitar los traslados».

Otro aspecto de gran importancia detectado en las preguntas abiertas fue la insonorización acústica de sala de partos y hospitalización. El 35% de las familias describen esta necesidad. Es así como una madre refirió que «Escuchar otros bebés llorar fue lo más duro para nosotros», o «tener a mi bebé sin vida en las manos y escuchar otros bebés nos partió el corazón», mientras que otra paciente escribió: «Consideramos que se debería de tener un espacio insonorizado para todas las familias que pasamos por un proceso de pérdida».

Por último, en dos ocasiones las pacientes han manifestado que se han sentido acosadas por el hecho de decidir no tener contacto con su bebé. Comentaron que en todos los servicios le han preguntado si quieren ver/conocer a su bebé y de cierta manera se han sentido mal por no estar preparados para ello. Así, una de ellas escribió: «Nos preguntaron muchas veces si queríamos conocer al bebé», mientras que la otra paciente refirió que «Teníamos muy claro que no lo queríamos ver y nos sentíamos con la obligación, ya que nos preguntaron cuatro veces lo mismo».

## DISCUSIÓN

El manejo del duelo perinatal ha ido cambiando de forma muy significativa en los últimos años. A modo de ejemplo, en los años setenta se recomendaba que la madre evitará tener contacto con el bebé fallecido después del parto con la idea de que ello favorecía su recuperación posterior evitando su sufrimiento (O'Connell et al., 2016). Sin embargo, en los últimos años estas prácticas han ido cambiando (Downe et al., 2013) a medida que se ha ido evidenciando que el contacto con el bebé, la creación de recuerdos y la planificación de una despedida, entre otros, ayudan a mejorar el proceso de duelo en los

padres, dejando atrás el estigma y el sentimiento de culpa de la madre, por un lado, y la ausencia del reconocimiento del propio bebé como persona, por otro (Frøen et al., 2011). El entorno particular de cada paciente y familia (Blood y Cacciatore, 2014) es también importante para la buena atención, evitando ejercer una presión excesiva en una dirección u otra (Erlandsson et al., 2013). Es por ello necesario entender las necesidades de las familias que han sufrido una pérdida perinatal, así como dar una atención de calidad en todo este proceso.

Los estudios realizados por O'Connell et al. (2016) y Aiyelaagbe et al. (2017) recogen las opiniones de familias que han pasado por un proceso de muerte perinatal, incluyendo las pérdidas espontáneas antes y después de nacer, y las IVEs. Los resultados obtenidos muestran que los padres puntúan de forma favorable poder despedirse del bebé (89% y 85,4% respectivamente), sostenerlo (91% y 96,3% respectivamente), recuerdos del bebé (86% y 96,4% respectivamente) así como poder presentarlo al resto de la familia (86% y 86,2% respectivamente). Si bien nuestro estudio no valoró cualitativamente estos ítems, sí los valoramos a través de las preguntas sobre la calidad de atención que ofrecemos en nuestra unidad. El 100% de los pacientes en nuestra unidad se les ofreció tener contacto con su bebé en sala de partos, aunque el 37% manifestó que el tiempo no fue suficiente. Por otro lado, al 100% de los pacientes se les ofreció obtener las huellas de él o ella; sin embargo, el 42% hubiera querido tener otro recuerdo como la pinza de cordón, pulsera o el gorro del bebé. En nuestra unidad actualmente no se ofrece la posibilidad realizar fotos del bebé; sin embargo, la mayoría (53%) no le hubiera gustado recibir este recuerdo. Ante la propuesta de entregar un certificado de nacimiento a las pacientes posterior al proceso de pérdida perinatal, el 74% de las pacientes sí le hubiera gustado recibirlo.

Por otro lado, el único estudio (Cassidy, 2018) que realiza una encuesta *online* a 796 pacientes, mayoritariamente españolas, que habían sufrido una muerte perinatal por encima de las 16 semanas describe que el 52.9% de las madres vio al bebé, el 35.1% pudo sostener al bebé y solo el 34.7% pudo mostrar el bebé a sus familiares, mientras que el 30.4% obtuvo un recuerdo del bebé. Nuestro estudio, si bien obtuvo unos mejores resultados con respecto a la atención *post mortem* de la madre, solo está basado en 20 pacientes por encima de las 22 semanas en proceso de interrupción de la gestación, a diferencia del estudio de Cassidy, que es una encuesta transversal de la atención de diferentes hospitales (públicos y privados) en España. Es probable que debido a la mayor

variabilidad de centros, la calidad de atención de las pacientes relacionadas al contacto con el bebé y los recuerdos sea menor.

Todo ello contrasta con la evidencia de diferentes estudios, como el de Crawley et al. (2013), que reportó que la oportunidad de compartir recuerdos está asociada con mejor salud mental de las pacientes. De este modo, Cacciatore, Schnebly y Froen (2009) identificaron una menor incidencia de ansiedad y depresión postparto cuando los padres recibían soporte médico posterior a la pérdida perinatal y este se asociaba a soporte emocional, disminuyendo también la probabilidad de estrés postraumático (Radestad et al., 1996; Gravensteen et al., 2013; Hughes et al., 2001). Desafortunadamente, nuestro estudio, al ser del tipo exploratorio, no valoró la relación de la entrega de recuerdos con otros factores; en cambio, sí evidenció las necesidades de nuestras pacientes debido a que 53% creía que era necesario recibir más soporte emocional o psicológico. De ellos el 20% creía que eran mejor los grupos de apoyo, el 60% la atención psicológica, mientras que el 20% restantes creía útil ambas intervenciones. La mitad de los pacientes (50%) creyó que el momento más adecuado para el apoyo emocional era al ingreso en el hospital y tras la cuarentena, mientras que el 20% solo después de terminar todo el proceso.

Por tanto, en este sentido nuestro estudio es el primero que demuestra que las pacientes españolas en proceso de pérdida perinatal necesitan soporte psicológico o de apoyo.

La calidad de la atención también implica la forma de dar las malas noticias a la paciente. Aiyelaagbe et al. (2017) describieron que la atención prestada por el obstetra fue de ayuda en un 75% de los casos, de comadronas del 92,1%, de la comadrona especialista en pérdidas del 94,4%, mientras que otros profesionales menos relacionados el porcentaje está por debajo del 50%, aunque no describe quién dio la mala noticia sobre la interrupción. De forma complementaria, O'Connell et al. (2016) describen que el 47% fue informado por los obstetras mientras que la noticia fue dada por otros profesionales el 52% de las ocasiones. El 22% de las pacientes no fueron atendidas por el grupo de duelo y 25% no conocía que había apoyo continuo. Por su parte, Cassidy (2018) no valora estos datos.

En nuestro centro, todas las pacientes reciben el diagnóstico y la descripción del proceso de interrupción por obstetras especialistas en medicina materno-fetal. Sin

embargo, no valoramos si este hecho fue de ayuda para las pacientes ni valoramos de forma directa la percepción que tienen ellos de otros profesionales.

La valoración en nuestro estudio se realizó en diferentes momentos del proceso de interrupción de la gestación, como son consulta obstétrica, consulta de enfermería, parto y hospitalización, teniendo como limitante el no valorar la consulta de seguimiento. Esta valoración de los diferentes ámbitos en el proceso es tan importante como la creación de recuerdos. Nuestro estudio evidencia una buena valoración (puntuación: 0-10) en general de las diferentes áreas de atención de la paciente, siendo importante el espacio ( $\bar{x} = 8,9$ ), intimidad ( $\bar{x} = 8,36$ ), confort ( $\bar{x} = 8,19$ ), ubicación de la atención ( $\bar{x} = 7,05$ ), tiempo de espera para ser atendido en consultas ( $\bar{x} = 9,73$ ) y tiempo de espera de ingreso en sala de partos ( $\bar{x} = 8,94$ ). No obstante, se obtuvo bajas puntuaciones en la ubicación de la consulta de enfermería ( $\bar{x} = 6,05$ ), así como el tiempo de espera al alta de hospitalización ( $\bar{x} = 6,22$ ).

En general todos los espacios tuvieron bajas puntuaciones en la valoración de los ruidos ambientales ( $\bar{x} = 5,98$ ); este problema también fue evidenciado en las preguntas abiertas. Todo ello refleja la necesidad de ir mejorando en la atención de los pacientes al promover como ejemplo espacios aislados de ruidos y/o separados del área de atención de las gestantes o la implementación del alta precoz. Esto está acorde con Aiyelaagbe et al. (2017), que describen la importancia de tener un espacio privado (71.1% totalmente de acuerdo).

Recientemente, con el fin de mejorar este proceso de atención, la Generalitat de Catalunya ha elaborado una guía de acompañamiento del duelo perinatal (Guasch et al., 2016) pero más enfocada al ámbito del cuidado y que podrían ser extrapoladas al cuidado de las pacientes con interrupción de la gestación.

Desafortunadamente, por el momento no existen revisiones sistemáticas que definan cuáles son estas necesidades de forma clara, y gran parte de la información disponible se ha obtenido a partir de encuestas realizadas en diferentes escenarios clínicos.

Nuestro estudio piloto es el primer estudio que valora la atención de calidad en los diferentes momentos del proceso de interrupción de la gestación y que, por tanto, da una idea de lo que se necesita cambiar y mejorar a fin de que el paciente en este proceso sienta confort e intimidad en un espacio adecuado. No obstante, nuestra encuesta tiene la

limitación de ser una valoración numérica que, si bien trata de ser menos subjetiva, pierde la valoración relacionada a «acuerdo» o «desacuerdo» que ofrecen los pacientes.

## CONCLUSIÓN

La mejora continua de la atención de los pacientes con una IVE debería ser un requisito indispensable de todos los centros de medicina materno-fetal. Para tal fin nuestro estudio implementa por primera vez una encuesta validada por distintos profesionales involucrados en el día a día de la asistencia de estas pacientes. Nuestra encuesta ha identificado diferentes puntos de mejora, lo que nos permite identificar los ítems con peores puntuaciones para tratar de buscar soluciones de forma inmediata: ubicación, ruidos ambientales, recuerdos, tiempos de espera al alta y atención psicológica.

Cabe destacar que, de forma repetida, uno de los puntos peor valorados son los ruidos ambientales en las diferentes áreas del hospital, por lo que se deduce que es necesario mejorar el aislamiento de los distintos ambientes.

En relación con el tiempo de espera al alta, parece aconsejable revisar los criterios de alta de nuestro centro para conseguir que las pacientes puedan acceder más rápidamente a un ambiente tranquilo como es el propio hogar.

Después de la realización de esta encuesta, pareció recomendable crear un grupo de soporte al duelo perinatal.

En el futuro volveremos a evaluar las mejoras obtenidas mediante un estudio del mismo formato utilizando una encuesta dirigida.

## BIBLIOGRAFÍA

- AIYELAAGBE, E., et al. Assessing the quality of bereavement care after perinatal death: development and piloting of a questionnaire to assess parents' experiences. En: *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2017, vol. 37, núm. 7, pp. 931-936.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG practice bulletin No. 102: Management of stillbirth. En: *Obstetrics and Gynecology*. 2009, vol. 113, núm. 3, pp. 748-761.
- BLOOD, C., & CACCIATORE, J. Parental Grief and Memento Mori Photography: Narrative, Meaning, Culture, and Context. En: *Death Studies*. 2014, vol. 38, núm. 4, pp. 224-233.
- CACCIATORE, J. Effects of support groups on post-traumatic stress responses in women experiencing stillbirth. En: *Omega: Journal of Death and Dying*. 2007, vol. 55, núm.1, pp. 71-90.
- CACCIATORE, J.; SCHNEBLY, S.; FROEN, J. F. The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. En: *Health and Social Care in the Community*. 2009, vol. 17, núm. 2, pp. 167-176.
- CASSIDY, P. R. Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: Results from an online survey. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2018, vol. 18, núm. 1, pp. 1-12.
- CRAWLEY, R.; LOMAX, S.; AYERS, S. Recovering from stillbirth: The effects of making and sharing memories on maternal mental health. En: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2013, vol. 31, núm. 2, pp. 195-207.
- DOWNE, S., et al. Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: A qualitative interview study. En: *BMJ Open*. 2013, vol. 3, núm. 2.
- ERLANDSSON, K., et al. Seeing and holding a stillborn baby: Mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth-Findings from an online questionnaire. En: *Midwifery*. 2013, vol. 29, núm. 3, pp. 246-250.
- FLENADY, V., et al. *The Perinatal Society of Australia and New Zealand: Clinical Practice Guideline for Perinatal Mortality*. Abril de 2009. Disponible en: <https://bit.ly/3KjpiEA>.
- FLENADY, V., et al. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. En: *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 20147, vol. 121, pp. 137-140.
- FRØEN, J. F., et al. Stillbirths: Why they matter. En: *The Lancet*. 2011, vol. 377, núm. 9774, pp. 1353-1366.
- GÓMEZ, O., et al. *Interrupción legal de la gestación*. Barcelona: BCNATAL y Clínic Barcelona, 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3A3Pv5x>.

- GRAVENSTEEN, I. K., et al. Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: A retrospective study. En: *BMJ Open*. 2013, vol. 3, núm. 10, pp. 1-10.
- GUASCH MARIA M, et al. Guía de acompañamiento al duelo perinatal. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2016. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3323?locale-attribute=es>.
- HEAZELL, A. E. P., et al. Stillbirths: Economic and psychosocial consequences. En: *The Lancet*. 2016, vol. 387, núm. 10018, pp. 604-616.
- HUGHES, P., et al. Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. En: *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2001, vol. 42, núm. 6, pp. 791-801.
- KINGDON, C., et al. Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth. En: *Birth*. 2005, vol. 42, núm. 3, pp. 206-218.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid: 2011. Disponible en: <https://bit.ly/3Kil1Nt>.
- NUZUM, D.; MEANEY, S.; O'DONOGHUE, K. The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. En: *PLoS ONE*. 2018, vol. 13, núm. 1, pp. 1-13.
- O'CONNELL, O.; MEANEY, S.; O'DONOGHUE, K. Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? En: *Women and Birth*. 2016, vol 29, núm. 4, pp. 345-349.
- RADESTAD, I., et al. Psychological complications after stillbirth – influence of memories and immediate management: Population based study. En: *Bmj*. 1996, vol. 312, núm. 7045, pp. 1505-1508.

# ¿ES POSIBLE DAR EL PECHO SIN EMBARAZO PREVIO? PROTOCOLOS PARA LA INDUCCIÓN A LA LACTANCIA MATERNA

*Is It Possible to Breastfeed without Previous Pregnancy? Protocols for Breastfeeding Induction*

Montserrat Rocio Garrote Muñoz<sup>1</sup>, Pepita Giménez-Bonafé<sup>1</sup>

Autor correspondencia: Pepita Giménez-Bonafé

Correo electrónico: [pgimenez@ub.edu](mailto:pgimenez@ub.edu)

1. Unidad de Fisiología, Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Campus de Bellvitge, Universitat de Barcelona. (*L'Hospitalet de Llobregat, España*)

Recibido: 19/06/2021 Aceptado: 29/12/2021



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** La lactancia inducida es un método a través del cual una madre no gestante puede dar el pecho a su bebé. Los nuevos modelos de familia formados por parejas homosexuales, gestación por sustitución y adopción son los casos típicos en los que se puede optar por llevar a cabo este proceso. Los métodos existentes para la inducción son farmacológicos y no farmacológicos, ambos recogidos en unos protocolos específicos. **OBJETIVOS.** Profundizar sobre el mecanismo que permite la inducción de la lactancia, los tipos de protocolos existentes, detallando qué técnicas se usaron y determinando cuáles son los factores de éxito para una inducción satisfactoria. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Web of Science, Cinahl. Se amplía la búsqueda en *Journal of Human Lactation* y la revista *Musas*. Fueron seleccionados 16 artículos de casos relacionados con la inducción a la lactancia. **RESULTADOS.** La mayoría de las madres consiguen instaurar la lactancia gracias a la motivación personal, el apoyo emocional y la estimulación y succión del pecho. **CONCLUSIONES.** Surge la necesidad de informar a los sanitarios y consultores para que promuevan y asesoren sobre la lactancia inducida. Son necesarios más estudios para poder estandarizar los métodos inductivos y poderlos individualizar en función del caso, objetivos y expectativas, ya que, en función de estos, se determinará el éxito de la inducción.

**Palabras clave:** inducción a la lactancia; adopción, homosexualidad; subrogación; galactogogos.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** Induced lactation is a method by which a non-pregnant mother can breastfeed her baby. New family models such as homosexual couples, surrogate gestation and adoption are the typical cases in which you can choose to carry out this process. The existing methods for induction are pharmacological and non-pharmacological, both included in specific protocols. **OBJECTIVES.** To delve into the mechanism that allows lactation induction, the types of existing protocols, detailing what techniques were used and determining what are the success factors for successful induction. **MATERIAL AND METHODS.** Bibliographic research in the following databases: Pubmed, Web of Science, Cinahl. The search is expanded in the *Journal of Human Lactation* and *Musas*. Sixteen case articles related to lactation induction were selected. **RESULTS.** Most mothers manage to establish lactation thanks to personal motivation, emotional support, breast stimulation and sucking. **CONCLUSIONS.** There is a need to inform health professionals and consultants so that they can promote and advise on induced lactation when needed. More studies are necessary to be able to standardize inductive methods and to be able to individualize them according to the case, objectives, and expectations, since, based on these, the success of the induction will be determined.

**Keywords:** Induced Lactation; Adoption; Homosexuality; Subrogation; Galactogogues.

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva es el método de alimentación que se recomienda durante al menos los primeros seis meses de vida (OMS, 2017). Este alimento le proporciona al lactante beneficios a nivel inmunológico y metabólico para su correcto crecimiento y protección frente a numerosas enfermedades crónicas e infecciosas. Así mismo, ofrece un mejor desarrollo neurocognitivo, una menor morbilidad y una disminución de la muerte súbita del lactante (Kasper et al., 2018). Los efectos en la madre son una reducción del riesgo de cáncer de mama y ovario, diabetes tipo 2 y depresión postparto (Kasper et al., 2018; OMS, 2017). En lo que respecta a ambos, madre y bebé, la lactancia promueve un fuerte vínculo emocional entre ellos (Gribble, 2007). De hecho, socialmente la lactancia se ve como parte del proceso y transición que implica el hecho de ser madre (Marshall et al., 2007; Williams et al., 2013). Este simbolismo de unión maternofilial, junto con las actuales tendencias de «maternidad intensiva», cuyos objetivos se basan en proporcionar al bebé lo mejor en relación con cuidados, alimentación, necesidades y deseos sobreponiendo el bienestar del bebé por encima del de la madre, pueden influir en la decisión de dar el pecho (Afflerback et al., 2013; Cappellini et al., 2019).

Tradicionalmente, el suceso fisiológico de amamantar se asocia a madres biológicas, pero no solo se reserva esta capacidad a ellas, pues a través de un proceso de inducción de la lactancia, madres no gestantes pueden dar el pecho. Esto no es un concepto nuevo, pero bien es cierto que, en la actualidad, a través del cambio de modelos de familia que experimentamos en nuestra sociedad a través de las adopciones, la gestación subrogada o de sustitución y las parejas de dos madres, ha ganado cierto renombre y puede ser una opción más.

El proceso mediante el cual una madre que no ha estado embarazada nunca ni ha dado previamente el pecho consigue producir leche y amamantar se denomina «inducción a la lactancia». Por el contrario, en madres que ya han dado el pecho con anterioridad, se puede reestablecer la lactancia y este proceso recibe el nombre de «relactación» (OMS, 1998).

Los motivos por los cuales se induce la lactancia difieren según el país. En países no occidentales, el objetivo fundamental es la supervivencia del bebé. Casos donde el lactante esté enfermo, malnutrido, o madres a las que les es imposible amamantar por enfermedad, como por ejemplo el VIH, o por su fallecimiento, son circunstancias de las

que se podrían servir el proceso de la inducción o relactación por parientes cercanos o de la misma comunidad, normalmente las abuelas (Ongulesi et al., 2008).

En países occidentales, la finalidad de la inducción de la lactancia materna es la creación del vínculo emocional entre madre e hijo. Según la teoría del apego de Bowlby, tanto la madre como el bebé necesitan mantenerse en contacto y crear ese vínculo o apego para el correcto desarrollo en la esfera física, emocional y mental y la supervivencia del bebé (Bowlby, 1996). Así pues, el motivo principal en estos países es proporcionar beneficios a nivel emocional, crear y fortalecer el vínculo del binomio «madre-bebé», promoviendo esa proximidad y contacto entre ambos (Cazorla-Ortiz et al., 2019; Gribble, 2007).

En España, existen casos de inducción a la lactancia en parejas de gestación por sustitución, adopción o parejas de dos madres, pero la prevalencia de familias que llevan a cabo este proceso es desconocida. De hecho, es inexistente una base de datos al respecto (Cazorla-Ortiz et al., 2019). No obstante, la popularidad con respecto al tema de la inducción está ganando terreno a través del cambio de las estructuras y modelos familiares descritos. Por lo que a términos de lactancia en general se refiere, sí se tienen datos de prevalencia, situando a España en su último informe anual del Sistema Nacional de Salud con un porcentaje del 73,9% de lactantes que hasta la sexta semana de vida son alimentados con leche materna exclusiva. Este porcentaje disminuye en lactantes de 3 meses hasta un 63,9%, y hasta un 39% en lactantes de 6 meses (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2019).

Así pues, uno se podría preguntar sobre la posibilidad de amamantar a su hijo/a con su propia leche materna sin la necesidad de haber estado embarazada. ¿Es posible dar el pecho sin embarazo previo? El objetivo de esta revisión es profundizar sobre los mecanismos que permiten la inducción de la lactancia, los tipos de protocolos y técnicas existentes, y describir cuáles son los factores de éxito para lograr tener una inducción satisfactoria.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realiza una revisión bibliográfica entre los meses de diciembre 2019 y febrero de 2020 en las siguientes bases de datos: Pubmed, Web of Science, Cinahl. Se amplía la búsqueda en *Journal of Human Lactation* y la revista *Musas. Revista de investigación en mujer, salud y sociedad*.

Las palabras de lenguaje libre usadas como descriptores fueron «induced lactation», «inducing lactation», «relactation», «breastfeeding», «lactation» y «human milk».

En cuanto a las combinaciones booleanas, se usaron «induced lactation or inducing lactation», «relactation and HIV», «induced lactation and adoption», «lactation and adoption», «induced lactation and homosexuality», «lactation and homosexuality», «induced lactation and surrogate mothers», «lactation or human milk and adoption», «lactation or breastfeeding or human milk and adoption» y «lactation or breastfeeding or human milk and adoption or female sexuality or surrogate mothers».

**Criterios de inclusión:** Por motivos de escasez de literatura y por la importancia y trascendencia de los artículos publicados en los años ochenta, se ha incluido la evidencia existente acerca del tema de la inducción a la lactancia desde entonces hasta la actualidad.

**Criterios de exclusión:** estudios que no fuesen relacionados con la inducción a la lactancia, estudios en animales y artículos escritos en otros idiomas que no fuesen español o inglés.

**Figura 1.** Diagrama de flujo de los artículos seleccionados



Por la escasez de publicaciones, una vez evaluada su calidad mediante la guía Prisma, se decidió incluirlas todas. Del total de 103 artículos, fueron seleccionados 16 (Figura 1), ya que el resto no incluía información sobre la lactancia inducida, eran estudios en animales o estaban escritos en idiomas distintos al español e inglés. Los artículos que se seleccionaron, a través de una revisión manual, contienen información sobre el proceso de inducción a la

lactancia, métodos utilizados y si se pudo amamantar o no. En la selección se tuvo en cuenta también, con respecto a los artículos clásicos, el grado de impacto que tuvieron sentando las bases para los siguientes estudios que se realizaron años después revisando manualmente cuántos y cuáles de ellos los citaban.

## **RESULTADOS**

### **1. MÉTODOS DE INDUCCIÓN Y PROTOCOLOS**

#### **1.1. Inducción farmacológica**

Jack Newman y Lenore Goldfarb sientan las bases de este procedimiento (2002), cuyo objetivo principal es imitar la situación fisiológica hormonal propia del embarazo que induce los cambios necesarios en el pecho preparándolo para la lactancia, y la situación hormonal postparto que promueve la producción y eyección de leche. Esto se consigue mediante la toma de una píldora anticonceptiva que contiene estrógenos y progesterona, juntamente con la toma de Domperidona.

##### ***Domperidona y otros galactogogos***

Antagonista dopaminérgico generalmente usado como antiemético. Como efectos adversos, puede aumentar los niveles de prolactina pudiendo inducir la lactancia. Por ello se le considera un galactogogo o fármaco inductor de la producción de leche. Las concentraciones de Domperidona que pueden resultar en la producción de leche varían en función de la dosis, con lo cual, para su uso como galactogogo, se sugiere una dosis de 10-20 mg vía oral 3-4 veces al día. Los efectos extrapiramidales son muy infrecuentes y no atraviesa la barrera hematoencefálica, con lo que no presenta efectos neurológicos y resulta más segura para la madre y bebé. De hecho, es catalogado como un fármaco seguro, compatible con la lactancia y con un riesgo muy bajo para el lactante, siendo ampliamente usado como galactogogo. Un hecho a remarcar sería que se asocia con un incremento del riesgo de padecer arritmias, especialmente en personas mayores, con patologías cardíacas previas o con el uso concomitante de otros fármacos que alargan el QT. Es extremadamente infrecuente que pueda suceder en una mujer sana sin patologías previas, pero se ha de tener en cuenta a la hora de su prescripción (Apilam, 2002).

La Metoclopramida sería un fármaco similar. También es un antiemético y antagonista dopaminérgico, así como un galactogogo y fármaco seguro con riesgo muy bajo para la lactancia y el lactante. No obstante, este sí atraviesa la barrera

hematoencefálica, pudiendo causar efectos adversos a nivel neurológico, como síntomas extrapiramidales o depresión, con lo que se prefiere la Domperidona para dicha finalidad (Apilam, 2002).

Otros fármacos también descritos como galactogogos serían la Clorpromazina y la Sulpirida. La Clorpromazina, ansiolítico, antipsicótico y antiemético también puede, al inhibir la dopamina, aumentar los niveles de prolactina y aumentar la producción de leche. No obstante, se considera de riesgo bajo para la lactancia con riesgo leve para el lactante, con posibles, aunque poco probables, efectos sedantes (Apilam, 2020). La Sulpirida es un antipsicótico, antidepresivo, antiemético y procinético antagonista selectivo de la dopamina que aumenta también los niveles de prolactina, siendo usado así, pues, como galactogogo. Tiene un riesgo muy bajo para la lactancia, pero aunque no esté publicada, existe la probabilidad de efectos en el lactante del tipo psicotrópicos, y de síntomas extrapiramidales y arritmias en la madre. Por estos posibles efectos, hay quienes no consideran el uso adecuado de la Clorpromazina y especialmente de la Sulpirida para inducir la lactancia (Apilam, 2002).

Finalmente, la utilización de oxitocina vía *spray* intranasal o el uso de la hormona liberadora de tiroxina son más ejemplos de fármacos facilitadores de la extracción láctea y galactogogos respectivamente, pero menos ampliamente disponibles, utilizados y descritos (Hormann et al., 1998).

### ***Píldora anticonceptiva***

La píldora ha de contener 1 mg de progesterona (preferible si son 2-3 mg) y no más de 0,035 mg de estrógeno. Se inicia su toma en cualquier punto del ciclo menstrual y ha de ser tomada sin interrupciones el tiempo indicado según el protocolo establecido. Por estos dos motivos la píldora no resulta eficaz como método anticonceptivo, pero sí para favorecer el desarrollo mamario necesario para dar el pecho, con lo cual se recomiendan el uso de otros métodos para evitar la concepción (Goldfarb et al., 2002).

Es importante recalcar que, estos fármacos deben ser prescritos y supervisados por un profesional sanitario.

## **1.2. Inducción no farmacológica**

Este método de inducción se basa en el uso de las hierbas como galactogogos (fitoterapia) y/o la estimulación del pecho y pezón manualmente y con el uso de un sacaleches.

## ***Hierbas***

Es conocido el hecho de que el consumo de ciertas hierbas y plantas puede ser de ayuda para la producción de leche. Entre estas se encuentran principalmente el Fenogreco y el Cardo Bendito y se recomienda tomar 3 cápsulas de cada una 3 veces al día. Si se desea el uso conjunto con un método farmacológico, como la toma de la píldora anticonceptiva, se recomienda iniciar la fitoterapia una vez finalizada la prescripción de esta (Goldfarb y Newman, 2002). Otros galactogogos naturales conocidos son la levadura de cerveza, la moringa, el hinojo y el Cardo Mariano. Todos los citados son considerados de riesgo muy bajo para la lactancia, siendo seguros y compatibles con esta, a excepción del hinojo que es catalogado de poco seguro con alto riesgo para la lactancia por sus efectos neurotóxicos (Apilam, 2002).

Cabe decir que el uso en exceso de estos productos puede provocar intoxicaciones e interaccionar con otros fármacos. Con respecto a la literatura acerca del tema, existen publicaciones sobre su efectividad, aunque la evidencia científica con respecto a la seguridad y eficacia real de las hierbas usadas como galactogogos es escasa (Cazorla Ortiz, 2018; Hormann et al., 1998; Mortel et al., 2013).

## ***Estimulación del pecho y sacaleches***

Durante el proceso de inducción, es el factor más importante y puede realizarse mediante el uso combinado de masajes y extracciones frecuentes preferiblemente con un sacaleches eléctrico (mejor si es doble) o, en su defecto, con un sacaleches manual (Cazorla Ortiz, 2018; Flores-Antón et al., 2017; Goldfarb y Newman, 2002).

Todos los métodos descritos pueden encontrarse en la Figura 2, en la que se explica un algoritmo para conseguir la inducción de la lactancia, según el tipo de inducción deseado.

Existen distintos protocolos para la inducción de la lactancia, planteados de nuevo por Jack Newman y Lenore Goldfarb (2002), basados en los métodos descritos.

### **1.3. Protocolo Regular**

Sugerido para aquellas madres que tengan de margen mínimo 6 meses antes del nacimiento o llegada de su bebé.

6 meses antes de la llegada del bebé, se inicia la toma de una píldora anticonceptiva por día juntamente con la toma de Domperidona 10 mg 4 veces al día durante la primera

semana. Pasada la primera semana, se incrementa la dosis de Domperidona a 20mg 4 veces al día y se mantiene esta combinación hasta 6 semanas antes de la llegada del bebé. A partir de entonces, se para la píldora anticonceptiva continuándose la Domperidona con la misma posología. Parando la píldora, ante la bajada hormonal, la madre debe experimentar sangrado vaginal, de lo contrario, y en caso de ser fértil, debería estudiarse un posible embarazo. Las siguientes semanas hasta la llegada del bebé la madre ha de realizar la estimulación de pecho junto con extracciones. Se recomiendan primeramente masajes en el pecho, incluyendo areola y pezón, así como realizar suaves tracciones sobre este. Las extracciones son preferibles con sacaleches eléctrico doble, cada 3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche, con una duración de unos 5-7 minutos. Es importante la extracción nocturna dado que, de forma fisiológica en la madre, la prolactina aumenta entre la 1 y las 5 de la madrugada, con lo que, si aprovechamos este hecho, junto con el hecho de que cuántas más extracciones mayor producción de leche, el resultado será mucho más favorable (Goldfarb y Newman, 2002).

Este proceso intenta imitar la fisiología como bien se comentó con anterioridad (Goldfarb y Newman, 2002), de manera que mantenemos en una primera fase, gracias a la píldora, niveles hormonales elevados de estrógeno y progesterona simulando el embarazo que ayudan a preparar al pecho para que, cuando la paremos y continuemos con la Domperidona y empezemos con la estimulación, entremos en una segunda fase simulando el postparto donde el descenso hormonal de progesterona y el estímulo de succión induce una subida de los niveles de prolactina y oxitocina para que se pueda dar lugar a la producción y eyección de leche.

Cuando se empieza la estimulación, se puede añadir la ingesta de hierbas galactogogas, como el Fenogreco y el Cardo Bendito mencionados anteriormente, tomando 3 cápsulas de cada una de ellas 3 veces al día junto con las comidas. Las cápsulas han de contener aproximadamente 610 mg de Fenogreco y 390 mg de Cardo Bendito.

La aparición de leche suele ser al principio en forma de gotas que luego, con el tiempo, darán lugar a un chorro eyectivo de leche. El tiempo que transcurre entre que se inicia la estimulación y se logra extraer leche puede ser desde días a semanas, dado que cada cuerpo es distinto y por ello responde de forma diferente (Goldfarb y Newman, 2002).

Una vez tiene lugar la llegada del bebé, se debe continuar con la misma posología de Domperidona y poner, tan pronto como sea posible, el bebé al pecho y establecer una lactancia a demanda. En un primer momento, se recomienda al final de cada toma realizar una extracción con el sacaleches de unos 10 minutos para favorecer el aumento de producción. Las hierbas también se pueden seguir consumiendo hasta que la lactancia esté bien establecida. Una vez lleguemos a este punto, se podría empezar a reducir la dosis de Domperidona gradualmente e incluso llegar a dejar de tomarla (Goldfarb y Newman, 2002).

#### **1.4. Protocolo acelerado**

Este protocolo se ajustaría a aquellas madres que disponen de menos de 6 meses antes de la llegada de su bebé. Para estas circunstancias, la píldora anticonceptiva se toma durante 30-60 días sin interrupciones junto con la Domperidona a dosis directamente de 20 mg 4 veces al día. Si la madre percibe cambios en el pecho, tales como incremento del tamaño de al menos una copa, sensación de plenitud, pesadez y dolor en los primeros 30 días, se detiene la toma de la píldora manteniendo la ingesta de Domperidona e iniciando la estimulación del mismo modo que en el protocolo regular.

La producción de leche puede ser menor en comparación con el protocolo regular, pero no obstante suele ser suficiente para abastecer las necesidades del bebé. Se podrían utilizar métodos de suplementación si fuese necesario.

En caso de que la madre disponga de 4 semanas o menos, o incluso si decide dar el pecho una vez llega el bebé, la inducción es posible. Se empieza la toma de la píldora anticonceptiva junto con los 20 mg de Domperidona 4 veces al día. Lo ideal sería que la madre pudiese tomar la píldora al menos 30 días y una vez completado este tiempo se detendría su uso manteniendo la Domperidona e iniciando, con sacaleches eléctrico doble, la estimulación. Del mismo modo que en el protocolo regular, una vez se inicia la estimulación, se pueden añadir las hierbas galactogogas con la posología descrita.

Los diferentes tipos de protocolos de inducción a la lactancia dependiendo del tiempo disponible se reflejan en el algoritmo de la Figura 2.

#### **1.5. Protocolo para mujeres menopáusicas**

Está indicado para mujeres con menopausia como estado fisiológico o como consecuencia debido a una cirugía ginecológica. Primeramente, en caso de que la madre

se encuentre con terapia hormonal sustitutiva, se debe parar y reemplazar por la píldora anticonceptiva e iniciar Domperidona de forma gradual como en el protocolo regular. Se mantiene dicha combinación hasta que experimenta la madre los cambios en pecho descritos en el protocolo acelerado. Al menos se recomienda, para mujeres menopáusicas, un mínimo de 60 días con ambos fármacos. Una vez completado ese mínimo y se hayan experimentado los cambios en el pecho, se para la anticonceptiva, se continúa con Domperidona y se empieza la estimulación, pudiendo añadir el uso de hierbas, del mismo modo que en los protocolos anteriores.

### **1.6. Condiciones especiales**

En caso de que la madre tenga antecedentes de trombosis, patología cardíaca o hipertensión arterial, se contraindica el uso de la píldora anticonceptiva. No obstante, se han dado casos de madres donde suministrando el antihipertensivo Metildopa, han respondido bien y se ha permitido el uso concomitante con la píldora, beneficiándose incluso en un mayor incremento de producción de leche, ya que este fármaco aumenta los niveles de prolactina (Apilam, 2002; Goldfarb y Newman, 2002).

La Sertralina suele ser un fármaco eficaz en caso de que la madre presente antecedentes de depresión, siendo compatible con la lactancia y, probablemente, el antidepresivo más seguro en estas condiciones (Apilam, 2002; Goldfarb y Newman, 2002).

En cuanto a la píldora anticonceptiva, existen mujeres que no la toleran. En estos casos, se pueden intentar alternativas tales como estrógenos y progesterona tópicos en forma de cremas o parches, junto a la ingesta de Domperidona. Incluso en esta situación, la madre podría optar por la toma de únicamente Domperidona junto a hierbas. Existen otras mujeres que no experimentan los cambios en el pecho descritos en los protocolos mientras toman la píldora. La solución en estos casos sería o bien sustituir la píldora por otra que contenga más cantidad de progesterona, o bien continuar con la misma y añadir dosis extra de progesterona tomando otra píldora con dosificación más alta de esta hormona (Goldfarb y Newman, 2002).

Finalmente, respecto a las hierbas como el Fenogreco propuesto, se ha de tener en cuenta que puede tener un efecto hipoglucemiante, con lo cual, en madres diabéticas, debe emplearse con mucha precaución. De la misma forma, el Fenogreco podría agravar los

síntomas respiratorios típicos del asma, así que también debe ser tomado con precaución en madres con antecedentes asmáticos (Goldfarb y Newman, 2002).

### **1.7. Composición de la leche resultado de la inducción**

Existen estudios que han comparado la composición de la leche materna de madres gestantes y de madres no gestantes que han llevado a cabo un proceso de inducción. Los resultados concluyen que la leche resultado de la inducción contiene unos niveles parecidos o incluso mayores en cuanto al total de proteínas, anticuerpos tipo IgA, lactoferrina y lisoenzimas, comparada con la leche de madres que fisiológicamente han pasado por un embarazo. Por tanto, no se encuentran diferencias significativas entre ambas composiciones. No obstante, se proponen estudios acerca de la leche inducida conforme más aumenta su producción y de la leche extraída mediante sacaleches o por la succión del bebé para ver si existe alguna diferencia (Perrin et al., 2015).

## **2. FACTORES DE ÉXITO Y DIFICULTADES QUE LAS MADRES PUEDEN EXPERIMENTAR**

Hay que tener en mente que lo más importante para las madres, como bien se ha citado en el apartado «Finalidad de la inducción de la lactancia», es crear un vínculo con su bebé, con lo que han de tener apoyo a nivel emocional por parte de su entorno personal y sanitario (Gribble, 2004) que ayude a afianzar la confianza en ellas mismas y la motivación para poder llevar a cabo este proceso con las dificultades que pueden aparecer (Cazorla Ortiz et al., 2019).

Otro requerimiento para una inducción favorable y exitosa es la frecuente y adecuada estimulación del pecho antes de la llegada del bebé y la succión de este *a posteriori* (Flores-Antón et al., 2017). El hecho de que el bebé esté dispuesto a mamar puede depender de su disposición y habilidad, de su edad, del método de alimentación y tiempo transcurrido entre el nacimiento y la llegada a su nueva familia, y de condiciones que le impidan mamar bien, como por ejemplo un mal agarre o la presencia de frenillo lingual (Hormann et al., 1998; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

En cuanto a las dificultades que afrontan estas mujeres, suelen ser la falta de información acerca del tema, la falta de soporte por parte de profesionales sanitarios debido al desconocimiento del tema y la incertidumbre de si podrán ser capaces o no de dar el pecho. Por ello mismo, las madres que se adentran en este proceso pueden llegar

a sentir miedo, inseguridad o estrés, de manera que el soporte y la confianza en ellas es crucial (Flores-Antón et al., 2017).

En España, un estudio realizado a madres que han inducido la lactancia pone de manifiesto dichas dificultades citadas y se añade, en cuanto a dificultades que provienen propiamente del hecho de amamantar, la cantidad de leche que son capaces de producir. No obstante, que algunas madres no pudiesen lograr la lactancia materna exclusiva no les supuso un impacto negativo dado que su principal objetivo era sentir esa proximidad con su bebé (Cazorla Ortiz et al., 2019).

También se añade una mayor dificultad en aquellas mujeres que inducen la lactancia en comparación con aquellas que relactan (Cazorla Ortiz et al., 2019). Esto podría sustentarse en otro estudio que informa acerca de la capacidad de la glándula mamaria de reaccionar de una forma más exacerbada a una segunda gestación. Se demuestra en glándulas mamarias de ratón que este hecho es consecuencia de una memoria epigenética a largo plazo del embarazo y su efecto en la mama. Concretamente, la primera gestación induce cambios epigenéticos que promueven la rápida expresión de determinados genes en una siguiente gestación, resultando en una respuesta funcional mayor y más rápida de la glándula mamaria (Dos Santos et al., 2015).

### **3. Resultados de la inducción a la lactancia según el tipo de pareja**

Tras el análisis de los 16 artículos seleccionados, a continuación se exponen unas tablas resumen (Tablas 1, 2, 3 y 4), dividiéndolas por el tipo de pareja que se somete al proceso de inducción de la lactancia, e incluyendo por tabla la siguiente información: autor y año de publicación, el tipo de estudio, los métodos que usaron para la inducción y si esta fue exitosa en cuanto a si se pudo dar el pecho o no y el tipo de lactancia obtenida.

**Tabla 3.1.** Madres de adopción

Autor/es, año y país	Diseño del estudio	Método de inducción	Resultados
Auerbach et al. (1981) EEUU	Descriptivo	Estimulación pecho y pezón (manual +/- mecánica + succión del bebé) + suplementación dietética (vitamina B y abundante ingesta de líquidos). Algunas madres usaron hormonas.	Satisfactorio. Mayoría: Lactancia mixta.
Nemba (1994) Papúa Nueva Guinea	Estudio de un caso	Fármacos galactogogos + estimulación (succión bebé). Algunas madres recibieron progesterona.	Satisfactorio. Mayoría: Lactancia materna exclusiva
Abejide et al. (1997) Nigeria	Estudio de un caso	Succión del bebé	Satisfactorio. Lactancia materna exclusiva
Cheales-Siebenaler (1999) EEUU	Estudio de un caso	Metoclopramida + oxitocina intranasal en spray + estimulación (sacaleches eléctrico)	Satisfactorio. Lactancia materna exclusiva y posteriormente mixta
Szucs et al. (2010) EEUU	Estudio de un caso	Anticonceptivos orales + Domperidona + estimulación (sacaleches eléctrico doble) + fitoterapia (fenogreco y cardo bendito)	Satisfactorio. Lactancia materna exclusiva para ambos gemelos prematuros.
Flores-Antón et al. (2017) Madrid	Estudio de un caso	Domperidona + estimulación (sacaleches eléctrico doble y extracción manual)	Satisfactorio. Se convierte en donante de leche.

**Tabla 3.2.** Pareja de madres homosexuales

Autor/es, año y país	Diseño del estudio	Método de inducción	Resultados
Wahlert et al. (2013) EEUU	Caso de ética	Anticonceptivos + Metoclopramida o Clorpromazina + estimulación (sacaleches eléctrico) +/- hierbas galactogogas	Resalta que los riesgos que pudiese suponer la inducción a la lactancia (mínimos) son infinitamente superados por los beneficios que supone para el bebé y la relación mamá-bebé. También pone de manifiesto el desconocimiento del tema por parte de la obstetra.
Wilson et al. (2015) EEUU	Estudio de un caso	Píldora anticonceptiva + Domperidona + estimulación (sacaleches eléctrico) + hierbas galactogogas (Fenogreco y Moringa Oleifera)	Satisfactorio. Lactancia materna mixta por parte de ambas madres para su bebé adoptado.
McGuire (2019) Australia	Estudio de un caso	Píldora anticonceptiva + Domperidona + estimulación (sacaleches eléctrico)	Satisfactorio. Lactancia materna exclusiva compartida entre la madre que se induce y la madre biológica.

**Tabla 3.3.** Madres de bebés gestados por sustitución

Autor/es, año y país	Diseño del estudio	Método de inducción	Resultados
Banapurmath et al. (1993) India	Estudio de un caso	Metoclopramida + estimulación (masaje y succión del bebé)	Las mujeres consiguen lactancia materna (algunas exclusiva y otras mixta).
Biervliet et al. (2001) Reino Unido	Estudio de un caso	Metoclopramida + estimulación (sacaleches eléctrico)	Satisfactorio. Lactancia mixta.
Shiva et al. (2010) Irán	Estudio de un caso	Metoclopramida + estimulación (sacaleches eléctrico)	Satisfactorio. Lactancia mixta
Farhadi et al. (2017) Irlanda	Estudio de un caso	Imaginación + estimulación táctil del pecho + Metoclopramida + sacaleches eléctrico doble	Satisfactorio. Lactancia mixta
Zingler et al. (2017) Brasil	Estudio de un caso	Domperidona + sacaleches eléctrico + succión bebé	Satisfactorio. Lactancia mixta

**Tabla 3.4.** Madres transgénero y madres XY

Autor/es, año y país	Diseño del estudio	Método de inducción	Resultados
Reisman et al. (2018) EEUU	Estudio de un caso	Domperidona + progesterona + estradiol + sacaleches	Satisfactorio. Madre transgénero consigue lactancia exclusiva y mixta para su hijo adoptivo
LeCain et al. (2020) Reino Unido	Estudio de un caso	Domperidona + estrógeno únicamente + sacaleches	Satisfactorio. Madre con cariotipo XY y síndrome de insensibilidad a los andrógenos consigue lactancia mixta para su hijo gestado por sustitución

Una vez expuestos estos resultados de cada estudio seleccionado, se puede decir que la inducción a la lactancia es posible y tuvo lugar en todos los casos expuestos. Concretamente, se logró lactancia exclusiva en cuatro de los dieciséis artículos (Abejide et al. 1997; McGuire, 2019; Nemba, 1994; Szucs et al., 2010;), mixta en siete de dieciséis (Auerbach et al., 1981; Biervliet et al., 2001; Farhadi et al., 2017; LeCain et al., 2020; Shiva et al., 2010; Wilson et al. 2015; Zingler et al. 2017;), mujeres con exclusiva y mixta en tres (Banapurmath et al., 1993; Cheales-Siebenaler, 1999; Reisman et al., 2018) y finalmente un caso donde la mujer se convirtió además en donante de leche (Flores-Antón et al., 2017).

## DISCUSIÓN

Con respecto a la experiencia publicada de casos de inducción a la lactancia, la inmensa mayoría de mujeres consiguen poder dar el pecho. A lo largo de la literatura, concretamente en los inicios sobre el conocimiento acerca del tema, se han usado los términos «inducción» y «relactación» indiscriminadamente, por lo que en algunos artículos las mujeres ya habían estado embarazadas o habían lactado previamente, en cuyo caso, el término más apropiado sería el de «relactación». En el estudio de Abejide et al. (1997), las participantes consiguen lactancia exclusiva sin usar fármacos y coinciden que todas habían gestado y habían amamantado con anterioridad. Este tipo de mujeres que habían dado el pecho previamente, en el estudio de Auerbach (1981) conseguían leche más fácil y rápidamente, atendiendo este hecho a la posibilidad de creación de células memoria en una primera gestación (Dos Santos et al., 2015), como se ha comentado con anterioridad.

No obstante, en el estudio de Banapurmath et al. (1993), a pesar de que las participantes también habían tenido embarazo y lactancia previas, unas consiguen lactancia exclusiva y el resto mixta. En el caso del estudio de Nemba (1994), tanto las mujeres que inducen como las que relactan produjeron la leche de igual forma. Cheales-Siebenaler (1999) y Szucks (2010) relatan los casos de inducciones en madres adoptivas que consiguen lactancia exclusiva, de igual modo que Flores-Antón et al. (2017) describe a una madre adoptiva que logra lactancia exclusiva y convertirse en donante de leche. En estos tres últimos descritos, ninguna había realizado lactancia materna previa.

Por todo ello, la lactancia previa es un factor fuertemente influyente pero no determinante del éxito de la lactancia, puesto que todas las mujeres tienen la misma capacidad.

En lo que a métodos se refiere, se describen tanto farmacológicos como no farmacológicos. Cabe mencionar que existe una diferencia entre los casos descritos de «relactación» e «inducción», y es que para la inducción se necesita la combinación de ambos métodos, no siendo esto un hecho estrictamente necesario en la relactación, donde pueden ser suficientes los métodos no farmacológicos (Abejide, 1997; Auerbach, 1981). De todas formas, en todos ellos hay un denominador común que es clave: la estimulación del pecho y pezón (Abejide, 1997; Auerbach, 1981; Flores-Antón et al., 2017; Nemba, 1994; Szucs et al., 2010; Wilson et al., 2015). La estimulación puede ser mediante sacaleches eléctrico (preferiblemente doble), extracción manual y por la succión del bebé. Otros factores descritos que promueven el éxito son la motivación de la madre y el apoyo emocional de su familia y personal sanitario (Abejide, 1997; Nemba, 1994; Szucs et al., 2010).

La lactancia mixta con el uso de suplementación es un hecho frecuente al que las madres que se inducen recurren, debido a una producción insuficiente como para amamantar de forma exclusiva en algunas madres. No obstante, no es un hecho que les repercuta de forma negativa ya que, para la mayoría de ellas, el objetivo primordial es la unión emocional con su bebé (Auerbach, 1981; Biervliet et al. 2001; Farhadi y Philip, 2017; Flores-Antón et al., 2017; LeCain et al., 2020; Szucs et al., 2010; Wahlert y Fiester, 2013; Wilson et al., 2015), a excepción del estudio de Nemba (1994) y Abejide (1997), donde el objetivo es la supervivencia de los bebés dadas las precarias circunstancias.

Con todo lo expuesto, surge la necesidad de definir qué es una lactancia inducida de éxito, dado que será de éxito o no en función de los objetivos y expectativas iniciales de la madre que, como se ha relatado a lo largo del trabajo, pueden ser nutricionales, emocionales, un factor de supervivencia o la producción mayor o menor de leche. Por tanto, antes de iniciar el proceso cabría puntualizar esta cuestión. La Figura 3 presenta un algoritmo sobre el éxito de la inducción donde se presentan dos escenarios: una inducción exitosa o, por el contrario, una inducción fallida, y se exponen los factores que han podido llevar al fracaso, siendo los dos factores clave la madre y el bebé.

Finalmente, en estos últimos años se han publicado casos de madres que distan a los modelos descritos a lo largo de la literatura. En el estudio de Reisman, Goldstein et al. (2018), una madre transgénero logra dar el pecho, a través de la inducción, de forma exclusiva durante 6 semanas a su hijo adoptado. Seis años atrás empezó su feminización hormonal y para el momento en el que se plateó la adopción e inducción tomaba estradiol, progesterona y espironolactona, esta última para el bloqueo androgénico. Este régimen hormonal se mantuvo para la inducción incrementando gradualmente las dosis y añadiéndose Domperidona junto con la estimulación mediante sacaleches. El bloqueo androgénico para la inducción en estas mujeres es necesario y se mantuvo durante la lactancia. En el estudio de LeCain et al. (2020) se describe a una mujer con fenotipo femenino y con cariotipo XY que padece el síndrome de insensibilidad a los andrógenos. Es diagnosticada en la infancia, se le extirpan ambas gónadas y se le pauta sustitución hormonal con estrógenos en su adolescencia. En su proceso inductivo se mantienen estos estrógenos y se incorpora la Domperidona y la estimulación del pecho con sacaleches, consiguiendo una lactancia mixta para su hijo gestado por sustitución. No se ha descrito otro caso como este en el que la inducción se lleve a cabo mediante únicamente estrógenos, lo que lleva a sugerir por parte de los autores que el uso de la progesterona podría no sería esencial para la lactogénesis.

Estos dos últimos artículos marcan una diferencia con respecto al resto de las mujeres y protocolos usados en el resto de las publicaciones, pero no por ello muestran una inferioridad o ineficacia en el proceso, dado que son igualmente capaces de dar el pecho a sus bebés. Ambos ejemplifican la no necesidad de tener órganos reproductores femeninos para poder amamantar, como un útero u ovarios, o un cariotipo XX. Todo ello me lleva a reflexionar si la lactancia masculina (Lafont, 2015) podría ser posible en un futuro como una realidad y posibilidad más de poder amamantar, de manera que la inducción permitiese un rol de lactancia compartido entre madre y padre, puesto que, a grandes rasgos, solo necesitaríamos un adecuado protocolo hormonal (incluyendo el bloqueo androgénico), farmacológico y de estimulación junto con una hipófisis normofuncionante.

## **CONCLUSIONES**

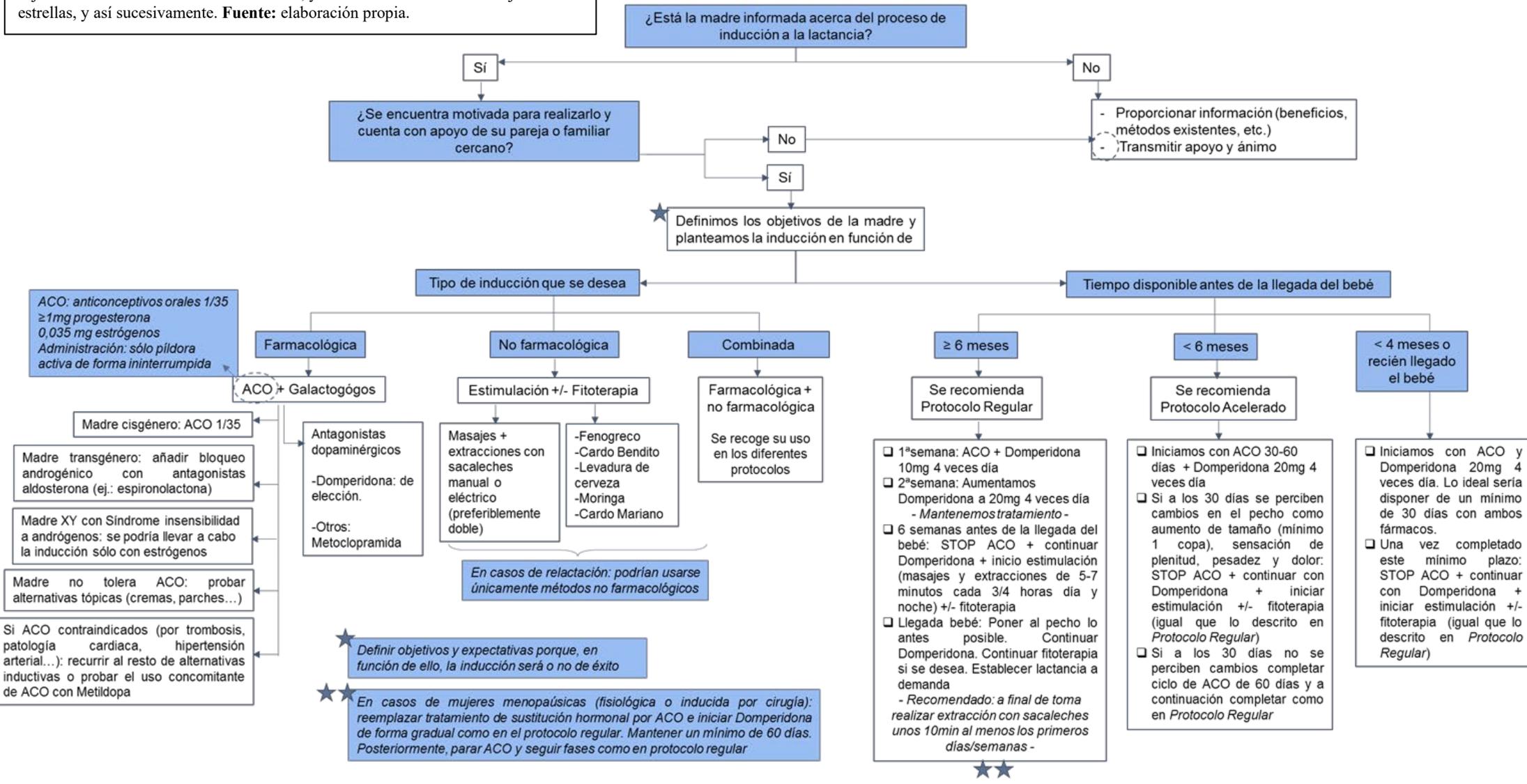
En nuestra sociedad actual, van apareciendo cada vez más nuevos conceptos de familia distintos al modelo «tradicional» de padre y madre, como serían parejas homosexuales,

parejas monoparentales y parejas que recurren a las técnicas de reproducción asistida, adopción o gestación por sustitución. Todas estas circunstancias, inclusive madres transgénero o madres cariotípicamente XY, como se ha podido ver a lo largo de la revisión, sientan las bases de futuros posibles escenarios cada vez más frecuentes donde la opción de inducir la lactancia debe estar presente, dándola a conocer y dando a conocer a su vez que, a pesar de no ser un proceso sencillo y rápido, y que requiere de una elevada motivación personal y apoyo emocional, es factible y proporciona una fuente de múltiples beneficios bidireccionales para madre e hijo. Estos beneficios abarcan los inmunológicos, nutricionales y emocionales, promoviendo la unión y vínculo maternofilial y, a su vez, el empoderamiento de madres no biológicas, pero madres, al fin y al cabo.

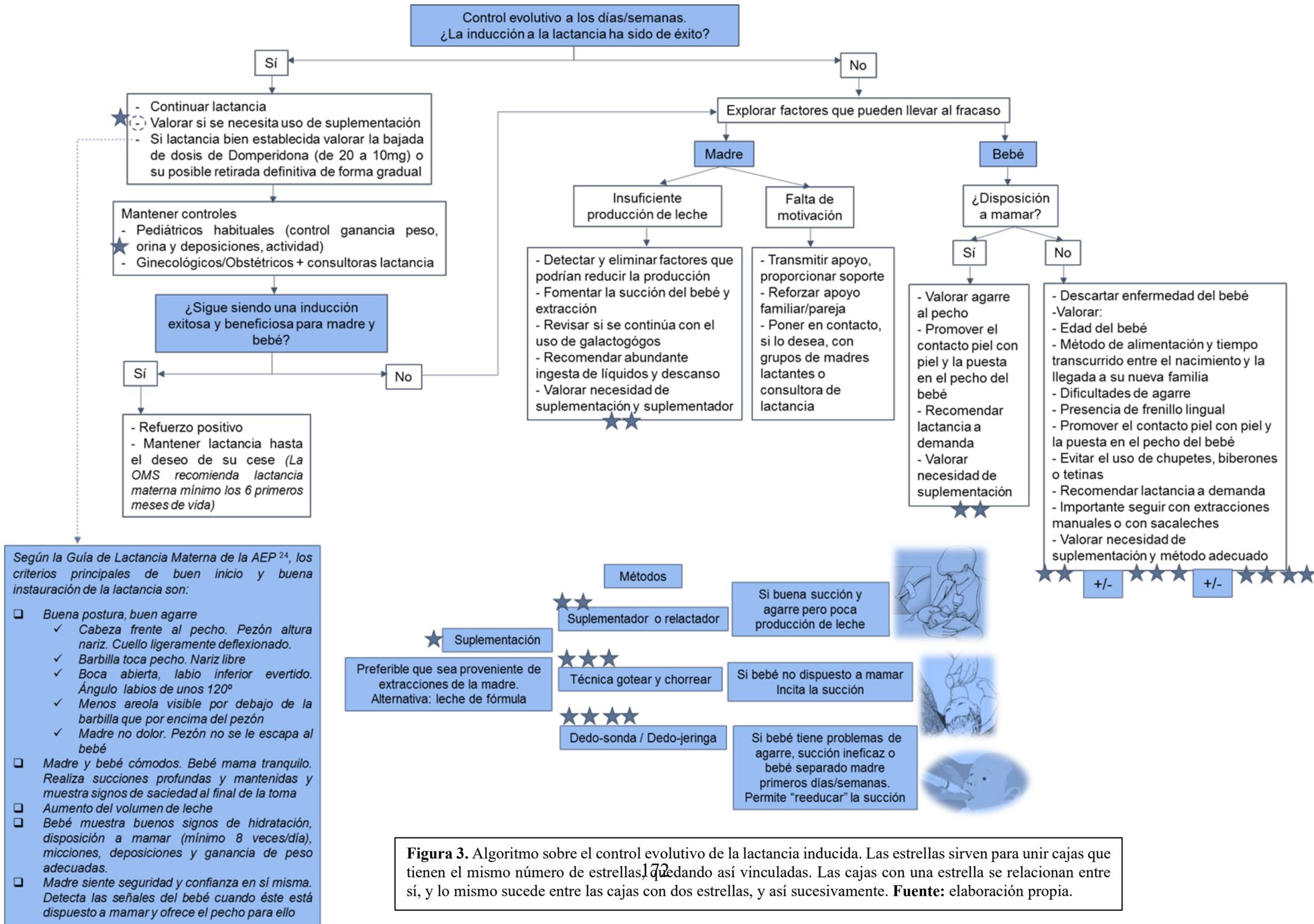
De este modo, para poder promover esta alternativa a las madres, es esencial que los profesionales sanitarios estén informados y formados acerca de esta cuestión, y que formen parte del pilar fundamental de apoyo antes, durante y después del proceso de inducción. Con todo ello, se requiere de más estudios con mayor grado de calidad de evidencia que permitan la estandarización y comparación de métodos con el fin de tener una guía específica, útil y práctica para cada caso en particular, y que permitan poder proporcionar más información acerca de la seguridad y eficacia de los fármacos y fitoterapia empleados.

Unificando las técnicas y protocolos existentes, se han creado dos algoritmos (Figura 2 y 3), con la finalidad de poder sentar una base a través de la cual profesionales sanitarios y consultoras de lactancia sean capaces de orientar, personificar e individualizar la inducción según las circunstancias de la madre y del bebé. El primer algoritmo (Figura 2) describe los pasos a seguir para conseguir la inducción a la lactancia, y el segundo protocolo (Figura 3) serviría para el control evolutivo de esta, así como también para proporcionar herramientas en caso de inducción no satisfactoria o en caso de necesitar refuerzo con suplementación.

**Figura 2.** Algoritmo sobre la lactancia materna inducida. Las estrellas sirven para unir cajas que tienen el mismo número de estrellas, quedando así vinculadas. Las cajas con una estrella se relacionan entre sí, y lo mismo sucede entre las cajas con dos estrellas, y así sucesivamente. **Fuente:** elaboración propia.



- ❑ Los fármacos deben ser prescritos y supervisados por un profesional sanitario. Antes de su prescripción revisar antecedentes médicos patológicos o el uso de medicación habitual que pueda contraindicar su administración.
- ❑ El uso de la fitoterapia debe ser cauteloso y supervisado por posibles intoxicaciones y/o interacciones con la toma de otros fármacos.
- ❑ Los galactogogos farmacológicos y naturales citados están catalogados de riesgo muy bajo para la lactancia y, con ello, compatibles y seguros para lactancia y lactante.
- ❑ Incisos importantes:
  - Madres con patología cardíaca o con fármacos alargadores del QT: vigilar la administración de Domperidona.
  - Otros (no tan recomendados). Clorpromazina: riesgo bajo. Posibles efectos sedantes. Sulpirida: muy bajo riesgo. Posibles efectos psicotrópicos, extrapiramidales y arritmias.
  - Priorizar el criterio médico ante la administración o no de fármacos e individualizar en función del caso.



Según la Guía de Lactancia Materna de la AEP<sup>24</sup>, los criterios principales de buen inicio y buena instauración de la lactancia son:

- Buena postura, buen agarre
  - Cabeza frente al pecho. Pezón altura nariz. Cuello ligeramente deflexionado.
  - Barbilla toca pecho. Nariz libre
  - Boca abierta, labio inferior evertido. Ángulo labios de unos 120º
  - Menos areola visible por debajo de la barbilla que por encima del pezón
  - Madre no dolor. Pezón no se le escapa al bebé
- Madre y bebé cómodos. Bebé mama tranquilo. Realiza succiones profundas y mantenidas y muestra signos de saciedad al final de la toma
- Aumento del volumen de leche
- Bebé muestra buenos signos de hidratación, disposición a mamar (mínimo 8 veces/día), micciones, deposiciones y ganancia de peso adecuadas.
- Madre siente seguridad y confianza en sí misma. Detecta las señales del bebé cuando éste está dispuesto a mamar y ofrece el pecho para ello

**Métodos**

★ ★ ★	Suplementador o relectador	Si buena succión y agarre pero poca producción de leche
★	Suplementación	
★ ★ ★ ★ ★	Técnica gotear y chorrear	Si bebé no dispuesto a mamar incita la succión
★ ★ ★ ★ ★	Dedo-sonda / Dedo-jeringa	Si bebé tiene problemas de agarre, succión ineficaz o bebé separado madre primeros días/semanas. Permite "reeducar" la succión

Preferible que sea proveniente de extracciones de la madre. Alternativa: leche de fórmula

**Figura 3.** Algoritmo sobre el control evolutivo de la lactancia inducida. Las estrellas sirven para unir cajas que tienen el mismo número de estrellas, quedando así vinculadas. Las cajas con una estrella se relacionan entre sí, y lo mismo sucede entre las cajas con dos estrellas, y así sucesivamente. **Fuente:** elaboración propia.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a Alba Padró (cofundadora de LactApp, y presidenta de ALBA Lactancia) por orientarnos en cómo enfocar toda la información. A Gemma Cazorla (comadrona) por facilitarnos bibliografía y experiencias sobre el tema. Y a Eva Beade (asesora en lactancia) por ofrecernos asesoría sobre la lactancia.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABEJIDE, O., et al. Non-Puerperal Induced Lactation in a Nigerian Community: Case Reports. En: *Annals of Tropical Paediatrics*. 1997, vol. 17, núm. 2, pp. 109-114.
- AFFLERBACK, S., et al. Infant-feeding consumerism in the age of intensive mothering and risk society. En: *Journal of Consumer Culture*. 2013, vol. 13, pp. 387-405.
- APILAM – ASOCIACIÓN PARA LA PROMOCIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y CULTURAL DE LA LACTANCIA MATERNA. 2002. Disponible en: <http://e-lactancia.org>
- AUERBACH, K. G. Induced Lactation A Study of Adoptive Nursing by 240 Women. En: *American Journal of Diseases of Children*. 1981, vol. 135, pp. 340-43.
- BANAPURMATH, C. R., et al. Successful Induced Non-Puerperal Lactation in Surrogate Mothers. En: *The Indian Journal of Pediatrics*. 1993, vol. 60, pp. 639-643
- BIERVLIET, F. P., et al. Induction of Lactation in the Intended Mother of a Surrogate Pregnancy. En: *Human Reproduction*. 2001, vol. 16, núm. 3, pp. 581-583.
- BOWLBY, John. *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós, 1989.
- CAPPELLINI, B., et al. Intensive mothering in hard times: Foucauldian ethical self-formation and cruel optimism. En: *Journal of Consumer Culture*. 2019, vol. 19, núm. 4, pp. 469-492.
- CAZORLA ORTIZ, G. Métodos no farmacológicos para inducir la lactancia materna en adopción, subrogación y en la madre no gestante en parejas lesbianas: Revisión bibliográfica. En: *MUSAS: Revista de Investigación En Mujer, Salud y Sociedad*. 2018, vol. 3, núm. 1.
- CAZORLA-ORTIZ, G., et al. Understanding the Challenges of Induction of Lactation and Relactation for Non-Gestating Spanish Mothers. En: *Journal of Human Lactation*. 2019, vol. 36, núm. 3, pp. 528-536.
- CHEALES-SIEBENALER, N. J. Induced Lactation in an Adoptive Mother. En: *Journal of Human Lactation*, 1999, vol. 15, núm. 1, pp. 41-43.
- DOS SANTOS, Camila O., et al. An Epigenetic Memory of Pregnancy in the Mouse Mammary Gland. En: *Cell Reports*. 2015, vol. 11, núm. 7, pp. 1102-1109.
- FARHADI, R.; PHILIP, R. K. Induction of Lactation in the Biological Mother After Gestational Surrogacy of Twins: A Novel Approach and Review of Literature. En: *Breastfeeding Medicine*. 2017, vol. 12, núm. 6, pp. 373-376.
- FLORES-ANTÓN, B.; GARCÍA-LARA, N. R.; PALLÁS-ALONSO, C. R. An Adoptive Mother Who Became a Human Milk Donor. En: *Journal of Human Lactation*. 2017, vol. 33, núm. 2, pp. 419-421.
- GOLDFARB, L.; NEWMAN, J. *Introduction to the Protocols for Induced Lactation*. Canadian Breastfeeding Foundation. Fondation canadienne de l'allaitement, 2002. Disponible en: <https://bit.ly/3KlyuIE>.

- GRIBBLE, Karleen D. The Influence of Context in the Success of Adoptive Breastfeeding: Developing Countries and the West. En: *Breastfeeding review*. 2004, vol. 12, núm. 1, pp. 5-13.
- GRIBBLE, Karleen D. A Model for Caregiving of Adopted Children After Institutionalization. En: *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2007, vol. 20, núm. 1, pp. 14-26.
- HARRISON, Tinsley Randolph. *Harrison. Principios de Medicina interna, vol. 1 y 2*, editado por Kurt J. Isselbacher, et al. Nueva York: McGraw-Hill Interamericana, 2018.
- LAFONT, Román. Lactancia masculina inducida. En: *Revista Cubana de Pediatría*. 2015, vol. 87, núm. 4, pp. 487-498.
- LECAIN, M.; FRATERRIGO, G.; DRAKE, W. M. Induced Lactation in a Mother Through Surrogacy with Complete Androgen Insensitivity Syndrome (CAIS). En: *Journal of Human Lactation*. 2020, vol. 36, núm. 4, pp. 791-794.
- MARSHALL, J. L.; GODFREY, M.; RENFREW, M. J. Being a «good mother»: Managing breastfeeding and merging identities. En: *Social Science & Medicine*. 2007, vol. 65, núm. 10, pp. 2147-2159.
- MCGUIRE, E. Induced lactation and mothers sharing breastfeeding: A case report. En: *Breastfeeding Review*. 2019, vol. 27, núm. 2, pp. 37-41.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. 2017. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/guia\\_de\\_lactancia\\_materna.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf)
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Informe anual del Sistema Nacional de Salud*. 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3GyhGvz>.
- MORTEL, M.; MEHTA, S. D. Systematic Review of the Efficacy of Herbal Galactagogues. En: *Journal of Human Lactation*. 2013, vol. 29, núm. 2, pp. 154-162.
- NEMBA, K. Induced Lactation: A Study of 37 Non-Puerperal Mothers. En: *Journal of Tropical Pediatrics*. 1994, vol. 40, pp. 240-242.
- OGUNLESI, T. A., et al. Non-Puerperal Induced Lactation: An Infant Feeding Option in Paediatric HIV/AIDS in Tropical Africa. En: *Journal of Child Health Care*. 2008, vol. 12, núm. 3, pp. 241-248.
- OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Relactation: Review of experience and recommendations for practice. 1998. Disponible en: <https://bit.ly/3nupEhO>.
- OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *10 facts on breastfeeding*. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>.
- PERRIN, M., et al. A Pilot Study on the Protein Composition of Induced Nonpuerperal Human Milk. En: *Journal of Human Lactation*. 2014, vol. 31, núm. 1, pp. 166-171.
- REISMAN, T.; GOLDSTEIN, Z. Case Report: Induced Lactation in a Transgender Woman. En: *Transgender Health*. 2018, vol. 3, núm. 1, pp. 24-26.

- SHIVA, M., et al. A Successful of Lactation in Surrogate Pregnancy with Metoclopramide and Review of Lactation Induction. En: *International Journal of Fertility and Sterility*. 2010, vol. 3, núm. 4, pp. 191-194.
- SZUCS, K., et al. Induced Lactation and Exclusive Breast Milk Feeding of Adopted Premature Twins. En: *Journal of Human Lactation*. 2010, vol. 26, núm. 309-313.
- WAHLERT, L.; FIESTER, A. Induced Lactation for the Nongestating Mother in a Lesbian Couple. En: *Virtual Mentor*. 2013, vol. 15, núm. 9, pp. 753-756.
- WILLIAMS, K., et al. Discursive constructions of infant feeding: The dilemma of mothers' «guilt». En: *Feminism & Psychology*. 2012, vol. 23, núm. 3, pp. 339-358.
- WILSON, E., et al. The Intricacies of Induced Lactation for Same-Sex Mothers of an Adopted Child. En: *Journal of Human Lactation*. 2014, vol. 31, núm. 1, pp. 64-67.
- ZINGLER, E., et al. Lactation Induction in a Commissioned Mother by Surrogacy: Effects on Prolactin Levels, Milk Secretion and Mother Satisfaction. En: *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*. 2017, vol. 39, núm. 2, pp. 86-89.