

RELATORÍA

SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN
DIMENSIONES DE GÉNERO EN LA CRISIS
SOCIOSANITARIA DE LA COVID-19

MARZO 2022



WWW.DEMOSPAZ.ORG

[@DEMOSPAZUAM](https://twitter.com/DEMOSPAZUAM)



DEMOSPAZ

Instituto de Derechos Humanos,
Democracia, Cultura de Paz y No Violencia

UAM Universidad Autónoma
de Madrid

El Seminario, “**Dimensiones de género en la crisis sociosanitaria de la COVID-19**”, organizado por el Instituto DEMOSPAZ, tuvo lugar el jueves 24 de marzo en formato presencial. Las ponentes y algunos participantes se reunieron en la Sala Mixta de la Plaza Mayor en la Universidad Autónoma de Madrid.

Manuela Mesa, Codirectora del Instituto DEMOSPAZ–UAM, comienza presentando el seminario. Menciona que nos encontramos en la 28 sesión del seminarios organizados por DEMOSPAZ, y recuerda que no es la primera vez que el Instituto organiza temas relacionados con la salud. Acto seguido, presenta y agradece a las ponentes la participación. Tras ello, le pasa la palabra a la moderadora Elena Bogóñez, que organiza los seminarios del Instituto.

Elena Bogóñez agradece a las ponentes su participación. Aprovecha para recordar la injusta invasión rusa al pueblo de Ucrania, ofreciendo apoyo moral y político por parte del Instituto. Presenta a las dos ponentes, comenzando por María Teresa Ruiz Cantero.

María Teresa Ruiz Cantero comienza agradeciendo la invitación. Es epidemióloga. Comenta que cuando comenzó la pandemia, cada vez que Fernando Simón decía los datos del Ministerio, ella los comprobaba y los analizaba por sexo. Sin embargo, a partir del 29 de mayo de 2020 desaparecen los datos por sexo, por lo que no pudo seguir con su investigación.

Matiza que la COVID no es ni mas ni menos que una reproducción de unos sesgos que ya existían en otras patologías. Para llegar a los sesgos de género en la crisis de la COVID, comenta algunos estudios que ya se habían realizado con anterioridad. El primer estudio se basó en las diferencias en el uso de angiografías coronarias y revascularización en pacientes hospitalarios con problemas cardíacos.

María Teresa Ruiz explica que a igual edad y gravedad, existe un mayor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en hombres que en mujeres. Pone el foco en la importancia de la prevalencia, pues las enfermedades que son más prevalentes es un sexo hay mas probabilidad de que se diagnostiquen. Ejemplifica en este caso el riesgo de infarto, que es mayor en hombres y mujeres de más edad, pero que puede darse en mujeres jóvenes.



Comenta un estudio realizado hace treinta años publicado en Lancet. Se trata de una revisión que concluye que **las enfermedades cardiovasculares son menos reconocidas, diagnosticadas y tratadas en mujeres que en hombres**. María Teresa Ruiz expone que en las carreras científicas no existe educación médica que tenga en cuenta las diferencias por sexos. Por lo tanto, no se tiene en cuenta que hay **enfermedades que se expresan de manera diferente en mujeres que en hombres**. Para ejemplificar esto último, menciona a Bernadine Healy, que publica un artículo que explica que el infarto se expresa de manera diferente en hombres que en mujeres. En los hombres es más fácil de diagnosticar al ser más específico. Expone que en hombres y mujeres, el infarto ni tiene la misma sintomatología ni un signo clínico tan importante. Recalca así que es necesario que las mujeres tengan los mismos síntomas que los hombres para que sean atendidas y esto no sucede, porque su sintomatología es distinta y puede confundirse con otros trastornos.

María Teresa Ruiz afirma que se han realizado estudios en los que mujeres y hombres acuden a la consulta al mismo tiempo, sin embargo, el retraso diagnóstico en mujeres es mayor que en hombres. Por lo tanto, hay que sospechar que en mujeres también se puede producir un infarto, no es solo un caso atípico.

En 1993, se define lo que es el **sesgo de género**. La crítica que introduce María Teresa Ruiz a esta definición es que se centra en la práctica profesional. Ella tenía claro que el origen del problema era la investigación. Señala que ahora hay mucha evidencia en los comportamientos de las enfermedades por sexo, lo que **existe es un problema a la hora de enseñarlo**. Matiza que se producen muertes cuando hablamos de sesgo, en el caso del seminario, de género.

En 1997, María Teresa Ruiz publica un artículo sobre cómo se pueden producir los tipos de sesgo de género. Para ello, realiza una tipología. El primer tipo es el sesgo de género en la atención relacionada con la correcta ascunción, en lo que se incluye la exposición a factores de riesgo y consecuencias; sistemas precoces; respuestas a los tratamientos; resultados y pronóstico. El segundo sesgo se produce en la atención sanitaria relacionada con problemas de salud padecidos solo por mujeres/hombres.



DEMOSPAZ

Instituto de Derechos Humanos,
Democracia, Cultura de Paz y No Violencia

UAM Universidad Autónoma
de Madrid

Menciona dos ejemplos. Uno de ellos se refiere a las conexiones interneuronales. Afirma que se ve como los hombres tienen más conexiones intrahemisféricas, y las mujeres muchas interhemisféricas. Esto, en el caso de un ictus, en los hombres la capacidad de perder el habla es más alta que la de las mujeres. Por lo tanto, en las mujeres el síntoma ante un ictus es diferente debido a las diferencias biológicas.

María Teresa Ruiz expone que treinta años después de las primeras investigaciones siguen existiendo los mismos sesgos de género en la asistencia sanitaria. Recalca la **importancia de que estas diferencias en la forma en la que se manifiestan las enfermedades en hombres y mujeres se incluyan en los libros de texto**. Otra conclusión a la que llega es que las innovaciones de género nos ayudan a preguntarnos las causas de estos problemas.

En relación con la COVID, ella se preocupó en la prevalencia de los casos de COVID por género. En España, la prevalencia era de 50/50. En países como Italia había más casos en mujeres, y en Francia en hombres. Ella realizó un estudio basado en los datos del Centro Nacional de Epidemiología. En la gráfica que muestra se puede observar como 15 días después del confinamiento se nota que las **mujeres han sufrido más la COVID que los hombres**. Los motivos fueron que: en el sector sanitario son más mujeres, las tareas de cuidados recaen en el hogar sobre las mujeres, y en los geriátricos hay más mujeres debido a su mayor esperanza de vida.

Continúa mostrando que las muertes en mujeres fueron mayores que en los hombres. La probabilidad de ingresar en la UCI en los hombres fallecidos es mayor que en las mujeres, es decir, hay un menor esfuerzo terapéutico en las mujeres.

Reitera que es necesario estudiar, a igualdad de síntomas, cuando se produce ese mayor esfuerzo. La perspectiva de género, comparte con la ciencia que existen evidencias empíricas donde se observan estas diferencias. Hacer revisiones sistemáticas y mostrar esas diferencias es una gran fortaleza. Recalca que lo que tenemos que hacer es hacer visible lo invisible.

Elena Bogóñez agradece a María Teresa Ruiz su intervención. Le da el turno a Cristina García Sainz.



DEMOSPAZ

Instituto de Derechos Humanos,
Democracia, Cultura de Paz y No Violencia

UAM Universidad Autónoma
de Madrid

Cristina García agradece a DEMOSPAZ la invitación al seminario. Ella se centra en la investigación sobre el cuidado. El objetivo que plantea es analizar el impacto de la COVID-19 en las condiciones económicas y laborales de las mujeres y los hombres que cuidan a personas mayores y dependientes. Se trata de un estudio cualitativo, basado en entrevistas.

Comienza definiendo el problema, para después centrarse en el impacto de la COVID en las residencias en las directoras y gerentes y las trabajadoras. La primera cuestión se centra en matizar cuando hablamos de cuidado. Cristina García señala que estamos en un amplio abanico que abarca desde el cuidado en los domicilios no remunerada, el cuidado familiar remunerado, hasta la asistencia personas hasta el cuidado remunerado en centros de día y residencias. La ponente se va a centrar en este último.

Para contextualizar, recalca que cuando hablamos de residencias, hablamos de un modelo obsoleto, pues cuando se creó la ley de dependencia en 2006 eran personas “válidas”, por lo que las ratios del Ministerio era adecuadas a la población a la que se atendía. Ahora estamos en otra situación, la mayoría de las personas en residencias son muy dependientes y muy mayores, lo que exige mucha atención. Dice que su voz durante la intervención va a ser la de las personas a las que ha entrevistado. Cristina García recuerda que en España han muerto más de 33.000 personas en residencias, el 33% de todos los fallecimientos en España. Expone que además de ser **un modelo obsoleto, está infradotado en personal y en recursos**. Es un modelo productivista en el ámbito del trabajo.

Cristina García menciona que la mayoría de las residencias en España son de titularidad privada. Sin embargo, a pesar de que la mayor parte son privadas, la financiación es mayoritariamente pública. Otro aspecto que recalca es que los cuidados son una necesidad básica. Se espera de las mujeres que cuiden, existiendo una feminización de los cuidados.

Afirma que **las residencias son un ámbito feminizado en quienes prestan y reciben cuidados**. Esta feminización se relaciona con la precariedad. La tasa de temporalidad sube al 67% en el sector, con jornadas a tiempo parcial y concentrándose en las categorías laborales más bajas.



Expone que las directoras y gerentes han tenido que asumir tareas extraordinarias, responder a las demandas de información a pesar de estar saturadas de trabajo. Tuvieron que asumir cuidados sanitarios a pesar de no estar preparados para ellos. Matiza que una residencia no es un hospital, **las residencias están hechas para cuidar, no para curar**. Menciona los protocolos de las comunidades que no derivaban a las personas mayores de residencias a hospitales. Otra de las tareas de las directoras y gerentes fue adaptar las residencias a los cambios originados a la pandemia. A la que se sumó la gestión de los recursos y el personal disponible, unido a comunicar con las familias. Una de las cuestiones más impactantes era afrontar la muerte de las personas residentes.

Algunas cuestiones de las que vivieron las directoras fueron compartidas con las trabajadoras. Una de ellas fue la total disponibilidad. Algunas trabajadoras se confinaron en las residencias. Esto contrasta con el tratamiento dado por los medios de comunicación, daban informaciones poco contrastadas.

Las trabajadoras estuvieron en primera línea, haciéndose cargo de múltiples tareas, incluso sanitarias, con la consecuente carga emocional y de trabajo extra. Carecían de materiales de protección, lo que provocó más bajas. Además, no se les consideró trabajadoras esenciales. Respecto a las condiciones laborales, se ven obligadas a trabajar en otras actividades debido al poco salario, lo que triplicaba el riesgo de contagio.

Otros aspecto del trabajo en residencias es que un trabajo precario, sin opciones de promoción. Para concluir la parte de trabajadoras, Cristina García expone que ha tenido efectos sobre sus vidas, ya que durante la pandemia significó aislarse más, al estar su vida limitada al trabajo.

Cristina García cree que la pandemia nos ha dejado muchas cosas para aprender. Una de ellas es la relación con las personas mayores, que son vistas como personas que ya han cumplido su ciclo laboral, no valorando que tengan un buen nivel de vida. Desde la perspectiva de las trabajadoras, aumentó su autopercepción del trabajo, siendo socialmente más valorado. Nos hemos dado cuenta de que la limpieza es una profesión sine qua non para cuidar, para curar y para otras profesiones.



Expone que los retos son muchos, ya que **el cuidado tiene que ser visto desde una perspectiva integral**. Las instituciones deben comprometerse para su mejora y poner los cuidados en la agenda pública. Recalca que es necesario dignificar el cuidado, con un modelo de atención de la persona. **Dignificar el cuidado implica dignificar las condiciones laborales de las personas que se dedican a ello**. Señala también la necesidad del cuidado como derecho, tanto del derecho a ser cuidado como del derecho a cuidar.

A continuación se pasa al debate y comentarios por parte de las personas existentes. Una de las personas asistentes plantea que debe suceder para que la sociedad sea consciente de la necesidad de un modelo alternativo a las residencias. Pregunta también las dificultades de trasladar desde la investigación a la agenda pública.

También se plantea la cuestión sobre los sesgos de género en las residencias, y si la mayoría de ellas están dirigidas por mujeres. Para María Teresa, menciona que las cuestiones de género no están incorporadas en los libros de texto, y se pregunta quien debe incluirlos.

Se reflexiona sobre una medicina hecha por hombres y dirigida por ellos, siendo más fácil de identificar en ellos. Sin embargo, las muertes en mujeres son mayores debido a que no se identifican. Su pregunta va a en relación al feminicidio, sobre si esta falta de diagnóstico puede considerarse una forma de violencia contra las mujeres. Y también se recalca que los científicos deben trabajar para hombres y mujeres. Se señala si una investigación puede ser válida si no representa a hombres y mujeres.

Otra asistente pregunta a Teresa sobre las reacciones diversas a las vacunas, sobre si han sido diferentes en hombres y mujeres. En relación con esta pregunta, una asistente, enfermera de profesión, reflexiona sobre la segunda dosis en las mujeres. Comenta desarreglos en sus ciclos. Sin embargo, en la investigación apenas hay datos sobre ello. La pregunta sobre la reacción a las vacunas.



Las ponentes dan paso a responder a las preguntas planteadas. **María Teresa Ruiz** dice que incorporar la perspectiva de género está constando mucho. Cree que un factor muy importante es que la política académica quiera incorporar la perspectiva de género. El profesorado no quiere saber cómo hacerlo. Expone que cuando hablamos de perspectiva de género tenemos que hablar también de estudios de caso que se planteen en algunas asignaturas. Hay universidades que tiene agentes de cambio que ayudan al profesorado que quieren poner en marcha en su asignatura perspectiva de género. Está de acuerdo en que es una violencia más, pero no cree que sea una buena estrategia porque culpabiliza a los médicos sin ser conscientes. Sobre las vacunas, expone que no existen muchos datos sobre ello. En medicina se mueven entre riesgos y beneficios, al final cree que hay que aconsejar la vacunación a pesar de los riesgos de los que hablamos. Los beneficios son mayores que los riesgos.

Cristina García expone que la ley de dependencia supuso un avance en el reconocimiento de lo público. Habla de mejorar el modelo de residencias. Respecto a las cuestiones de género, comenta que su estudio fue cualitativo, por lo que no puede confirmar que haya más mujeres directoras. Aprecia que la mayor parte de directora eran mujeres, pero no cuenta con datos exactos. En la patronal, la situación era diferente, siendo mayor parte hombres. Con respecto a las denuncias, los familiares y las plataformas están decepcionadas por el archivo de la causa. Menciona que el proyecto (CUNADE) se estaba planteando en el Parlamento Europeo, el Ministerio conoce este proyecto. Hay dinero, debate y pequeños avances.

Elena Bogóñez agradece a los asistentes y a las ponentes su participación y se cierra la sesión