

# NO ESTAMOS LOCAS SABEMOS LO QUE QUEREMOS

**Mejoras de la atención sanitaria  
en los entornos rurales**



**Autoras:** Carmen Borrego Castellano, Marina Tuvilla Rodríguez y Carla Cingolani.

**Co- autoras:** Mujeres participantes de Estepa

**Colabora:**

- Centro Municipal de Información a la Mujer del Ayuntamiento de Estepa
- Mujeres participantes de Estepa

**Edita:** Mujeres en Zona de Conflicto (MZC)

**Maquetación:** Equipo de investigación MZC

**Financia:** Secretaría de Estado de Derechos Sociales con cargo a la subvención del 0,7 "otros fines de interés social" (Ministerio de Derechos sociales, Consumo, Agenda 2030).

El contenido de dicha publicación es responsabilidad exclusiva de las autoras y de MZC y no refleja necesariamente la opinión de la entidad financiera.

No estamos locas sabemos lo que queremos. Mejora de la atención sanitaria en los entornos rurales. © 2025 by Carmen Borrego Castellano, Marina Tuvilla Rodríguez y Carla Cingolani. is licensed under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International

## Índice

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 1. Introducción .....          | 5  |
| 2. Objetivos .....             | 9  |
| 3. Metodología .....           | 11 |
| 4. Estado de la cuestión ..... | 14 |
| 5. Marco Teórico .....         | 22 |
| 6. Análisis de resultados..... | 49 |
| 7. Propuestas.....             | 66 |
| 8. Conclusiones.....           | 82 |

# **1.INTRODUCCIÓN**

# 1. Introducción

Históricamente, la salud y la enfermedad han sido analizadas predominantemente desde una perspectiva biomédica, centrada en los aspectos biológicos, y en el caso de las mujeres<sup>i</sup> reproductivos. Esta mirada ha dejado de lado otras dimensiones igualmente relevantes. Además, se ha asumido erróneamente que el conocimiento obtenido a partir del estudio de los varones era suficiente y extrapolable a todos los cuerpos. Sin embargo, al desarrollar investigaciones en este ámbito, resulta fundamental incorporar un enfoque de género en salud, lo que implica aplicar marcos teóricos que trascienden el paradigma biomédico tradicional y permiten una comprensión más integral y equitativa.

A lo largo de la historia de la medicina occidental, diversos sesgos han permeado la práctica médica, invisibilizando padecimientos, patologizando identidades, subjetividades y cuerpos. Estos sesgos se han materializado en normas que responden prioritariamente a intereses económicos y políticos antes que al bienestar de las personas. En este marco, la construcción del género ha sido un eje fundamental de esta desigualdad, ya que los cuerpos feminizados han sido históricamente sometidos a discursos que los colocan como objetos de control y patologización. Esta dinámica se traduce a menudo en la medicalización de los malestares de las mujeres y cuerpos feminizados, incluso en la patologización de identidades sexo genéricas y genéricas disidentes. Este fenómeno, junto con la crítica a la visión de la salud centrada en los aspectos biológicos y reproductivos, es una problemática abordada y analizada profundamente desde la teoría y epistemología feminista.

Esta mirada crítica y feminista nos permite repensar estos conceptos, entendiendo la salud como un proceso dinámico y situado, atravesado por determinantes sociales, económicos, políticos y culturales. Así, los cuerpos no son entidades neutras, sino que se configuran dentro de sistemas de poder que condicionan su acceso y experiencia en el ámbito de la salud.

---

<sup>i</sup> Hablamos en este caso de mujeres cis porque la ciencia médica ha generado un constructo del sexo relacionado con el género. Es decir, hablamos aquí de mujeres designadas al nacer.

Desde una mirada biopsicosocial feminista, la salud no puede desvincularse de los contextos en los que se desarrolla. Factores como el acceso a recursos, las condiciones de trabajo, las violencias estructurales y simbólicas, y la intersección con otras categorías como raza, clase, orientación sexual o discapacidad, configuran determinantes de salud que deben ser analizados desde una perspectiva interseccional. En este marco, la tensión entre capital y vida se vuelve un punto central: la lógica capitalista prioriza la productividad y el mercado sobre el bienestar, generando profundas desigualdades en el acceso a la salud.

La aplicación de este marco teórico es imprescindible para analizar la realidad del ámbito rural, donde las desigualdades estructurales se exacerban y los servicios públicos están, en ocasiones, desmantelados.

En este contexto, es imprescindible visibilizar la violencia de género en la salud de las mujeres rurales de Andalucía y Extremadura. La precarización del acceso a servicios médicos en zonas rurales, la falta de recursos especializados y la normalización de ciertas violencias dentro del entorno comunitario agravan las desigualdades en la atención sanitaria. La invisibilización de sus necesidades, sumada a una menor capacidad de respuesta institucional, perpetúa un modelo de salud que desprotege a estas mujeres- cuerpos feminizados y refuerza dinámicas de exclusión y vulnerabilidad.

En esta investigación “Aprendizajes y propuestas para la mejora de la atención sociosanitaria desde la mirada de las mujeres rurales con un enfoque interseccional” apostamos por un enfoque biopsicosocial feminista, interseccional y decolonial, se busca visibilizar la diversidad de experiencias de las mujeres en función de su clase, etnia, edad, orientación sexual y otros factores, legitimando sus saberes y proponiendo transformaciones en la atención sanitaria.

En este contexto, la disputa entre los cuerpos y las estructuras se convierte en un desafío urgente. La organización colectiva y militancia han demostrado ser herramientas fundamentales para generar cambios en las políticas públicas y en las prácticas de atención.

Abrazamos la sostenibilidad de la vida y el buen vivir como ejes centrales en la construcción de modelos de salud más justos. Una vida que merezca la pena ser vivida

implica garantizar condiciones materiales y simbólicas que permitan el bienestar integral de todas las personas, reconociendo la diversidad de experiencias y necesidades. Apostar por una salud feminista no es solo una cuestión de equidad, sino una necesidad para la construcción de sociedades más justas y saludables.

## **2.OBJETIVOS**

## 2. Objetivos

Los objetivos de la investigación han sido:

OBJETIVO GENERAL: Contribuir a la promoción de la salud de las mujeres en entornos rurales desde un enfoque biopsicosocial y de género, integrando una perspectiva interseccional.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Profundizar en el conocimiento de los distintos determinantes que impactan en la salud de las mujeres para impulsar propuestas de transformación y buenas prácticas que faciliten el acceso y la atención sociosanitaria en entornos rurales.

### **3.ΜΕΤΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### 3. Metodología

El presente proyecto surge como respuesta a esta problemática, proponiendo un diagnóstico etnográfico con un enfoque innovador a través de las miradas y voces de las mujeres como creadoras de conocimiento. Este proyecto contribuye no solo facilitar el acceso sino también aportar propuestas que mitiguen los sesgos patriarcales que conlleva una medicalización de los malestares de las mujeres, lo cual se ve agravado por los estereotipos asociados a las mujeres rurales, consideradas por el sistema urbanocéntrico como sujetos sin capacidad de conocimiento y acción.

La salud en esta investigación es contextualizada de una forma integral, sin quedarnos en una mirada cartesiana de la realidad, es por ello que apostamos por una forma de entender la salud que ponga en el centro la sostenibilidad de la vida y de los cuidados.

Se elige la Investigación Acción Participativa (IAP) que es un enfoque de investigación en comunidades que priorizan la participación y la acción.

Se busca entender el mundo para cambiarlo de forma comunitaria y dialógica. Se enfatiza la investigación colectiva basada en la experiencia y la historia social. La circularidad de esta propuesta fomenta el impacto esperado. La metodología es cualitativa y etnográfica poniendo en el centro los saberes cotidianos de las mujeres en relación a la salud desde un enfoque biopsicosocial, atendiendo a los sesgos en acceso a recursos e intervención. Apostamos por una investigación que legitime las experiencias y prácticas colectivas de las mujeres como epistemologías válidas y transformadoras. Consideramos a las mujeres autoras de conocimiento para enfatizar la relevancia sociopolítica a sus contribuciones a la mejora desde un enfoque integral e interseccional. Esto propicia el fortalecimiento del liderazgo y el poderío de las mujeres como agentes de transformación e incidencia política. Para ello, analizamos las desigualdades de género y los impactos diferenciados en torno a la salud, poniendo en el centro la realidad de la ruralidad como elemento central. Con esta mirada de género, multifocal, interseccional y decolonial se desarrollan metodologías participativas que promuevan acciones coeducativas para la transmisión de conocimiento donde las mujeres sean las protagonistas.

Al final del proceso se contará con un estudio que recoge los determinantes que impactan en el acceso y atención sociosanitaria de las mujeres en la realidad rural, a partir de los saberes de las propias mujeres y de otros agentes claves, desde una perspectiva interseccional. El estudio incluirá propuestas de transformación y buenas prácticas que faciliten el acceso y la atención sociosanitaria en entornos rurales.

Las herramientas fundamentales que usaremos en la investigación son:

- **Entrevistas semiestructuradas a informantes claves:** partiendo de un guion previo de preguntas abiertas que den la libertad de responder a las personas entrevistadas de manera flexible y amplia, vamos a tratar de recabar información de distintos factores a la limitación de acceso a recursos sociosanitarios.
- **Intercambios de saberes con técnicas creativas:** son espacios colectivos de dialogo reflexivo articulado que, a través de técnicas artísticas creativas, desde la diversidad de perspectivas, permiten reflexionar con las mujeres creadoras de conocimiento sobre los factores que impactan en su salud, en la atención recibida y en el acceso a recursos desde una perspectiva feminista biopsicosocial.
- **Mesas de trabajo con actores clave (espacios multiactor):** son espacios compartidos de reflexión que facilitarán el intercambio de saberes y de buenas prácticas entre las administraciones públicas y las entidades sociales, y que, además, permitirán diseñar una agenda compartida de líneas de acción y propuestas para incidir en la mejora de la atención sociosanitaria desde una perspectiva feminista y biopsicosocial.

## **4. ESTADO DE LA CUESTIÓN**

## 4. Estado de la cuestión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la salud como un derecho humano esencial, independiente de la raza, el sexo, la ideología política, la religión o la condición socioeconómica. La OMS define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente como la ausencia de enfermedades o dolencias. Para la OMS, las diferencias de género en la salud son consideradas inequidades y deben de ser tratadas y no permitidas (Organización Mundial de la Salud [OMS], s. f.). La OMS (2008), en su resolución WHA60.25 (2007) de la Asamblea Mundial de la Salud y la Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (2008) refleja su compromiso de aplicar una estrategia para integrar el análisis del género y las medidas encaminadas a garantizar la igualdad (Confederación Salud Mental España, 2024). Por otro lado, considera que el género influye en como las personas experimentan y acceden a la atención sanitaria. En muchos casos, las mujeres y niñas enfrentan más barreras que los hombres para acceder al sistema sanitario<sup>ii</sup>.

Las investigaciones sobre la relación entre salud y género han señalado la predominancia de un enfoque biomédico en el tratamiento de las enfermedades, donde la salud de las mujeres se ha reducido históricamente a su función y capacidad reproductiva (Instituto de las Mujeres, 2022). Por otro lado, la salud suele entenderse desde parámetros universales que ignoran las diferencias étnicas, ambientales y culturales, perpetuando una visión homogeneizadora del cuerpo humano. Esta universalización se refleja en prácticas como los protocolos de investigación médica, diseñados mayormente para varones cis de ciertas características corporales, lo que obliga a otras poblaciones a adaptarse a criterios que no necesariamente responden a sus necesidades. Ejemplo de ello es el uso del índice de masa corporal (IMC) como medida estándar de salud, a pesar de que este ignora variaciones en contextos socioculturales, diversidad corporal y otros factores determinantes.

---

<sup>ii</sup> En el Libro Blanco Salud y Género suele reducirse el "género" a mujeres cis género. Suele reducirse "género" a "mujeres", entendiendo por ello únicamente a mujeres cisgénero

Los estudios feministas han cuestionado esta visión, exigiendo un concepto más amplio de salud que contemple factores sociales, emocionales y políticos que afectan el bienestar de las mujeres. En este análisis, se plantea la hipótesis de que la noción de "salud" ha operado como un instrumento legitimado para el ejercicio de diversas formas de violencia sobre los cuerpos de las mujeres. Esto nos hace entender que "lo que se considera feminidad tradicional hegemónica se constituye como un factor de riesgo para la salud de las mujeres sobre todo en dos aspectos: la sensación de culpa unida a la obligación de cuidar y la búsqueda de perfección en cuanto a los diferentes cánones de belleza física; lo que además lleva a que si no se cumplen estos ideales de género se dificulte la aceptación y favorece la sensación de frustración" (Instituto de las Mujeres, 2022, p 46).

Existen evidencias de que las mujeres en entornos rurales enfrentan desafíos aún mayores en el acceso a la salud y otros recursos esenciales. Según un informe de la OMS, las mujeres en áreas rurales enfrentan mayores barreras para acceder a servicios de salud en comparación con las mujeres en áreas urbanas. Estas barreras incluyen la distancia a los centros de salud, la falta de transporte y la escasez de profesionales de la salud capacitados (World Health Organization, 2023). En reconocimiento a su papel fundamental en el desarrollo rural, Naciones Unidas ha establecido el 15 de octubre como el día Internacional de las Mujeres Rurales (Organización de las Naciones Unidas, s. f.).

Diversos estudios han analizado cómo las políticas sanitarias en distintos países han avanzado en la incorporación de las perspectivas de género, aunque aún existen lagunas en su implementación efectiva. En este sentido, la UE en El Plan de Acción del Pilar Europeo de Derechos Sociales en el principio señala que "el acceso efectivo a unos servicios esenciales de calidad suficiente, como el agua, el saneamiento, la asistencia sanitaria, la energía, el transporte, los servicios financieros y las comunicaciones digitales, debe estar garantizado para todo el mundo" (ONU Mujeres América Latina y el Caribe, 2025). En España, se refleja a través de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, que tiene como finalidad garantizar la igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres, especialmente a través de la eliminación de cualquier forma de discriminación hacia las mujeres. Además, en su artículo 27.2, se establece que las

Administraciones públicas deben asegurar la igualdad en el acceso a la salud para ambos géneros. Para ello, deben de integrar activamente el principio de igualdad en sus políticas sanitarias, evitando cualquier tipo de discriminación derivada de diferencias biológicas o de estereotipos de género (Ley Orgánica 3/2007, 2007, art. 14). Independientemente de la zona geográfica donde se encuentre la persona enferma, en El artículo 43 de la Constitución Española se reconoce el derecho a la protección de la salud y se recoge que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”. Dentro de la hoja de ruta del gobierno de España, que marca los objetivos clave en materia de igualdad a alcanzar para el año 2025, encontramos el III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025. Entre las líneas de trabajo de este texto encontramos la línea II enfocada la Salud, derechos sexuales y reproductivos: incorporando la igualdad de género y la voz de las mujeres en las políticas públicas sanitarias, y garantizando derechos (Infocop, 2024).

Andalucía tiene una población de 8.600.120 habitantes (50,80 % mujeres y 49,17 % hombres). De los 785 municipios que componen la comunidad autónoma de Andalucía 593 corresponden al ámbito rural según la Ley 45/2007 del 13 de diciembre, para el desarrollo rural del ámbito estatal. En concreto, el 90% de la comunidad autónoma se corresponde con municipios rurales en los que reside aproximadamente el 60% de la población andaluza (Junta de Andalucía, 2024a). Más de 2,2 millones de mujeres están presentes en el mundo rural andaluz. De esta el 27,3% de las mujeres se dedica al sector de la agricultura (Junta de Andalucía, 2024b). “Las conclusiones de los informes que se vienen haciendo sobre las mujeres rurales son calco de los publicados hace años: los problemas persisten tras años de ser estudiados e informados. Estas mujeres se enfrentan a barreras -en muchos casos invisibles pero otras veces claramente identificadas- tales como la masculinización de determinados sectores como el agrario, la desigualdad de género y el machismo, la conciliación laboral, el llamado “techo de cristal”según recoge el informe de la Junta de Andalucía sobre la “Situación de las Familias en las zonas de Andalucía” de 2020” (LolaFPalenzuela, 2022).

Para esta investigación es importante destacar que “existe una desigualdad de base territorial que se plasma en diferencias de pobreza y vulnerabilidad de las personas en función del hábitat de residencia. Para las zonas rurales, estas diferencias se concretan en una mayor extensión de la pobreza y exclusión social expresada en tasas más elevadas para la práctica totalidad de los indicadores” (EAPN España, 2023). Según el Informe AROPE 2023, el 27,6% de la población en zonas rurales está en riesgo de pobreza y/o exclusión social. Se observa que Andalucía es una de las comunidades autónomas con rentas medias más bajas – en torno al 20% inferior. La tasa de riesgo de pobreza, a pesar de la ligera reducción de su valor nacional, se destaca el aumento de la brecha territorial. Así, la cifra más elevada, que corresponde a Andalucía con el 30,5 %, triplica a la más baja, medida en el País Vasco y que es del 10,2 %. Estos datos se exacerban en el entorno rural. Estos datos arrojan un acercamiento a la realidad de territorios en Andalucía que sirven para hacer un primer esbozo de las circunstancias que viven las mujeres rurales y que puede impactar en su salud y bienestar. Desde una perspectiva biopsicosocial, aspectos como pobreza y acceso a recursos son claves a la hora de conocer el estado de salud de una población concreta, puesto que se traduce en una situación de vulnerabilidad económica y social. A pesar de que las mujeres rurales suelen tener una esperanza de vida más alta, la persistencia de las desigualdades estructurales hace que enfrentan barreras adicionales para acceder a servicios sanitarios de calidad, lo que incrementa las dificultades en su salud y bienestar.

Según el estudio de la vida de las mujeres en el centro (MZC,2024), las zonas rurales poseen una idiosincrasia concreta a tener en cuenta a la hora de analizar el entorno. Por un lado, la accesibilidad a los servicios públicos está disminuida en comparación con las zonas urbanas. La dispersión geográfica y la baja densidad de población en algunos casos hace que sea más complicado el acceso a los mismos. Los recursos son limitados para cubrir las necesidades de la población. La falta de transporte público adaptado a los horarios de servicios de atención, limita el acceso. Además, existe mayor tasa de desempleo y brecha salarial debido a cuestiones de género. Las responsabilidades de cuidados y trabajo del hogar no remunerados impuesta por estereotipos de género se mezcla con que ocupan puestos de trabajos menos reconocidos y valorados debido a la

feminización de los mismos. Todos estos ejemplos de circunstancias que atraviesan el entorno rural impacta en la salud y bienestar de las mujeres.

Según el Informe “Salud y mujer en riesgo de exclusión en el ámbito rural en Andalucía”, las mujeres que habitan territorios rurales en Andalucía a menudo enfrentan barreras para acceder a los servicios de salud, en particular se han detectado las siguientes necesidades (Instituto Romanò para Asuntos Sociales y Culturales, (s.f)):

- Acceso limitado a atención sanitaria debido a barreras para acceder a servicios de salud debido a las distancias de los centros médicos, y a la falta de profesionales de la salud especializados. También tienen horarios limitados de atención, lo que limita o disminuye la capacidad de acompañamiento y detección de enfermedades o procesos de salud.

“Las mujeres que viven en áreas rurales de Andalucía a menudo enfrentan barreras para acceder a servicios de salud debido a la distancia de los centros médicos, la falta de profesionales de salud especializados (como ginecólogos/as, matronas y psicólogos/as) o la limitación de horarios de atención. Estas carencias pueden retrasar la detección de enfermedades y disminuir la calidad de atención durante el embarazo, parto y la menopausia, problemas de salud mental u otras afecciones”.

- Falta de información y educación sanitaria y menos acceso a campañas educativas y a programas de formación para la mejora de la salud.
- Desigualdad en atención sanitaria, a pesar de las políticas públicas que tienen como objetivo acercar los servicios sanitarios a zonas rurales.
- Prevención de accidentes y enfermedades laborales, debido a la información de sus derechos, así como el miedo a ser señaladas y no encontrar otro trabajo, a las condiciones laborales abusivas que en muchos entornos del rural andaluz se perpetúan, véase las jornaleras de Huelva y Almería, las mantecaeras de Estepa y trabajadoras del hogar y de cuidados.

Además, la bibliografía experta señala que existen todavía más barreras para el acceso a la salud y el bienestar en el ámbito rural a pesar de los avances legislativos Ley 4/2023. Por otro lado, el Estatuto de las Mujeres Rurales y del Mar apunta a la necesidad de crear políticas para asegurar la salud laboral puesto que en estos entornos se encuentra más comprometida

Dentro de la situación actual, donde los servicios públicos están siendo desmantelados por los recortes del actual gobierno, el entorno rural se ve afectado de una forma más elevada por la falta de personal médico y pediátrico en pueblos (El salto, 2023). A su vez “el Sindicato de Enfermería, SATSE, en Andalucía, denuncia la reducción sistemática de enfermeras y enfermeros en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en los que, en los últimos tres años, se ha prescindido de más de 3.300 profesionales de esta categoría (...) La ausencia de ratios mínimas de enfermera-paciente y la falta de personal deterioran la calidad de los cuidados que se prestan a la población, haciendo que la asistencia proporcionada por los profesionales sea cada vez menos segura, concluye el Sindicato de Enfermería. Andalucía tiene la ratio más baja de España en cuanto a enfermeras por cada 1000 habitantes” (El salto, 2023).

A pesar de los avances en la incorporación de una perspectiva de género en las políticas sanitarias y la investigación académica, persisten importantes vacíos en relación a las mujeres rurales y la salud. Hay una falta de estudios interseccionales que aborden simultáneamente el impacto del género en la salud de las mujeres rurales. Es necesario un mayor desarrollo de investigaciones que pongan en el centro las voces de las mujeres en contextos rurales y analicen sus necesidades desde sus propios saberes y malestares, evitando los estereotipos de un tipo de mujer rural monolítico. Así mismo, siguen existiendo falta de estudios e investigaciones para poder llevar a cabo políticas en temas de salud que recojan las necesidades de las diversidades sexuales y de género (Belza et al., 2024). En este sentido es importante señalar que la discriminación sufrida por estas personas ha sido asociada con elevadas tasas de enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias, suicidios y victimización, además de sufrir grandes discriminaciones por desconocimiento de las necesidades o por delito de odio dentro del sistema sanitario (Fausto-Sterling, 2006). Por su parte, las mujeres migrantes presentan niveles más bajos

de salud y bienestar debido a los condicionantes racistas y clasistas. A la hora de acceder a los servicios sanitarios, estas mujeres –especialmente, aquellas que están en situación administrativa irregular – se van a topar con una serie de obstáculos concretos, fruto de los diversos ejes de desigualdad que las atraviesan y dan forma a su ubicación en la trama social. Estos ejemplos de especificidades en las vivencias de las mujeres impactan de forma negativa en la percepción de la salud y el bienestar, que se verán agravados puesto que en el entorno rural existen unas desigualdades de base que impide el disfrute de los derechos en salud. Por ello, apostamos por acercarnos a esta realidad desde una mirada multifocal que ponga en el centro la experiencia de las mujeres teniendo en cuenta la diversidad. Para finalizar, señalamos que es urgente adoptar un concepto más amplio de salud que no se limite a la ausencia de enfermedad, sino que contemple las condiciones materiales, sociales y políticas que influyen en el bienestar de las personas. Esto implica cuestionar los sentidos morales, antropológicos y políticos que se esconden detrás de la noción de salud, desentrañando sus implicancias para generar estrategias que realmente promuevan el bienestar de las comunidades rurales.

## **5. MARCO TEÓRICO**

## 5. Marco Teórico

### Ciencia médica y salud desde una mirada feminista e interseccional.

Fausto- Sterling señala que los estudios científicos se han ido desarrollando para proporcionar respuestas a las incógnitas del cuerpo humano en base a unos supuestos esperados. Esta autora se centra en como la ciencia médica y la biología han generado investigaciones para justificar biológicamente la dicotomía de género y heterosexualidad como condición sine qua non de la especie humana. Es decir, la biología ha construido discursos para sostener los estereotipos sociales y patriarcales que componen la “condición femenina”. A lo largo de su trabajo, Fausto-Sterling demuestra como la ciencia médica, apoyándose en el biologicismo sesgado, ha mantenido el concepto “sexo” asociado a un género como algo natural pero que en realidad son creencias arraigadas en el patriarcado. La ciencia médica, por tanto, perpetuar la diferenciación sexual y el biologicismo como base científica para mantener la desigualdad y la subyugación del sujeto político “mujer” (Fausto-Sterling, 2006).

Siguiendo a esta autora podemos comprobar como el androcentrismo, el machismo y la misoginia han permeado en el diseño de estudios de investigación y en la interpretación de resultados dependiendo de las condiciones sociopolíticas existentes en el momento<sup>iii</sup> Para Fausto-Sterling, la dicotomía sexual se basa en unas características biológicas que categorizan los cuerpos en una normatividad misógina, heteronormativa y dicotómica. Por tanto, concluye que los cuerpos son demasiado complejos para enmarcarlos dentro de este imaginario binario (Fausto-Sterling, 2006).

Así, la construcción sexual está basada en la capacidad de reproducción modelando y vigilando las fronteras de este “sexo social” que intenta mantener la capacidad reproductiva y la regulación de la heterosexualidad que la ciencia construye conocimiento al amparo del status quo y la tecnología bio-política que perpetua la dualidad sexual para modular el triplete sexo/genero/deseo (Preciado, 2008). Dentro

---

<sup>iii</sup> Véase el caso de estudios durante la Segunda Guerra Mundial para sostener que las mujeres estaban preparadas para trabajar en las fábricas debido a que no había hombres suficientes para asegurar la producción. Tras acabar la Guerra se comenzaron a llevar a cabo estudios para mantener que las mujeres no eran válidas para el trabajo fuera del hogar, para promover así la vuelta a su papel de “ángel de hogar”.

de este paradigma dicotómico, una persona que es leída como hembra, tendrá un género asociado a la feminidad y se esperará que sea heterosexual. Todo individuo que se salga de esta norma social será considerado como desviado y que necesita ser reconducido. Es decir, se mantienen estereotipos de género a través de la medicina de la mano de la psiquiatría, que a lo largo de la historia ha tratado de mantener los cuerpos y las subjetividades en relaciones binarias (Diéguez, 1999).

Además, de estas categorías hombre-mujer bajo la triada sexo-género-deseo, existen otros elementos que han marcado los cuerpos bajo idearios sesgados, véase por ejemplo el concepto de raza. han marcado los cuerpos bajo la inscripción de las categorías raza además de la triada. Esto ha sido llevado a cabo a través de una “posición de poder ejercida por categorías no marcadas<sup>iv</sup> es decir, a través del sujeto universal ‘Hombre y Blanco’ – que posee una mirada conquistadora capaz de representar sin ser representada-. Ahora bien, “como anota Haraway (1995), no hay que desestimar el hecho de que este tipo de marcación está inscrita en la genealogía del proyecto colonizador capitalista, notoriamente masculino, militar y racista” (Rosas-Guevara & Cassanova, 2021).

Por ello, queremos resaltar como “la instauración del pensamiento moderno corre de forma paralela al establecimiento del colonialismo, cuyo correlato en el ámbito cognitivo corresponde a la ‘colonialidad’, a partir de la cual, Europa se arrogó la capacidad de crear e imponer determinadas subjetividades geolocalizadas con base en patrones raciales, lo que a la vez constituirá un insumo de control del trabajo en el orden mundial de la modernidad” (Montalbetti, 2022).

Es por ello que señalamos que la ciencia médica también se puso al servicio de la diferenciación de los cuerpos a través de la raza para sostener un sistema discriminación manteniendo los privilegios de la blanquitud, construida bajo el concepto de modernidad. Esta epistemología es heredera de la colonialidad, momento donde Europa se colocó como superior por medio de la acumulación de riqueza, experiencias y conocimientos mediante el saqueo del y continente. “La raza fue la forma de otorgar

---

<sup>iv</sup> No marcado en el sentido de que es considerado el cuerpo objetivo que no necesita especificidad para ser nombrado.

legitimidad a las relaciones de dominación impuestas por los invasores y el sujeto blanco es colocado como el único y después existen los otros” (Fundación Soberanía Sanitaria, 2020). Esto quiere decir que, la Colonialidad del Poder como la lógica de naturalización de las diferencias jerarquizadas socialmente alcanzó su clímax por medio de las ciencias naturales para validar el racismo en el siglo XIX.

Estas estructuras de pensamiento, en cuanto al género y a la raza, que perpetua la discriminación se mantiene hasta nuestros días y sigue operando tanto en la forma de hacer ciencia como en la praxis sanitaria.

### **Sesgos en la ciencia médica e impacto en la salud.**

A pesar de que no es el objeto de este estudio queremos destacar algunas circunstancias, prácticas y tendencias de pensamiento que han marcado lo que se conoce hoy como medicina, así como los sesgos inherentes a la misma. Estos sesgos poseen un carácter histórico que se entrecruza con las dinámicas sociopolíticas de cada época, cuyo objetivo ha sido y sigue siendo crear las estructuras necesarias para el sistema capitalista actual.

Destacamos como momento clave en la construcción de la ciencia médica occidental, la acumulación originaria en pos de la instauración del capitalismo a través de la caza de brujas. Práctica que sirvió como instrumento para la creación de un orden patriarcal para el control de los cuerpos de las mujeres cooptando sus trabajos, sus poderes sexuales y reproductivos, sus conocimientos sobre salud y medicina. Así, se persiguió a todas las mujeres que se salían de la norma. La brujería se instauró como artefacto de control y desposesión para instaurar un nuevo orden social (Federici, 2010). “La inquisición fue sustentada por los estados europeos, la Iglesia, intelectuales de mayor prestigio de la época, incluidos filósofos y hombres de ciencia, también artistas, juristas, magistrados y demonólogos. Estos sistematizaron y organizaron formas de eliminar las prácticas, el conocimiento y cualquier vestigio de autonomía de las mujeres de la época eliminando sus conocimientos a través de sus cuerpos” (Montalbetti, 2022). Estas prácticas fueron llevadas a Centro y Sur de América para romper con las resistencias locales y sus saberes, hecho que llevó a justificar la colonización y la esclavitud (Federici, 2010). En este sentido, destacamos la importancia que tuvieron los conceptos científicos

sobre las *razas* para justificar y naturalizar la jerarquización de los llamados *caucasianos* sobre el resto de los grupos humanos. Esto puede llevarnos a comprender la función ideológica de determinados discursos científicos, así como de la naturaleza social e histórica de la ciencia (Federici, 2010). A pesar de los avances contra el racismo a día de hoy, siguen existiendo determinados discursos científicos contemporáneos cuya función ideológica consisten en mantener esta supremacía.

Pérez (2019) apunta a la salud como estado normal, esperable y deseable en cualquier persona. Se trata del estado “por defecto” y aquel al que todas las personas debemos aspirar, se define a partir de los parámetros culturales de lo que es “sano” (Montalbetti, 2022). En este sentido, es destacable que los conceptos de salud y enfermedad han sido determinados por la institución médica, incluyendo a la industria médica y farmacéutica, las agencias estatales e internacionales de salud pública y los espacios académicos de investigación y enseñanza; las cuales han estado intrínsecamente asociadas al colonialismo (Pérez, 2019. p. 36). Basado en un sistema de control donde el cuerpo está al servicio del capitalismo, patriarcal, colonial y racista, la salud es vista desde una perspectiva universalizable y excluyente cuyo objetivo es el de dominio, explotación, confrontación en torno al trabajo, naturaleza, sexo, subjetividad y autoridad. Esta forma de crear ciencia tiene un impacto muy fuerte en la vida de las mujeres ya que, dentro de estos sesgos, han sido consideradas cuerpos enfermos, hecho que ha transcendido hasta la actualidad.

En esta investigación queremos ir más allá de la mirada patriarcal y poner en el centro otras formas de control y dominación. “Las mujeres blancas burguesas eran las únicas contadas como mujeres y destinadas al ámbito privado de la cultura dominante” (Castillo, 2014, p. 196). Así, “el entramado racismo y patriarcado, tiene impacto en el cuerpo de las mujeres racializadas, siendo estas últimas asociadas a la animalidad, en el sentido que no se les asocia género pero que si están marcadas como hembras” (Lugones, 2008).

Bajo estas estructuras, la ciencia médica ha desarrollado los parámetros considerados como normales bajo un solo referente de estudio: el hombre blanco heterosexual; que han derivado en protocolos de actuación y de diagnóstico centrado en este sujeto

considerado como referencial. Aparece una norma a la que todos los individuos tienen que adaptarse. “En medicina existen muchas normas que se imponen como criterios de normalidad, en especial en el terreno del lenguaje simbólico, que englobaría a mi entender todos los signos que pueden observar en la clínica, los síntomas que nos refieren las y los pacientes, y las exploraciones que podamos realizar para ver más y entender mejor lo que está pasando en aquel organismo” (Valls-Llobet, 2029). Esto conlleva una simplificación a la hora de definir a las personas y su diversidad, lo que desemboca en la invisibilización de otros grupos que no han sido incluidos en los estudios de investigación, como es el caso de las mujeres<sup>v</sup>. Este reduccionismo hace que se desestimen parámetros, síntomas o diversidad en los niveles de ciertas sustancias o sintomatología que pueden ser significativas para la diagnosis de enfermedades en mujeres o géneros disidentes. Las consecuencias de esta mirada única provocan muchas desigualdades y discriminaciones en la praxis médica.

La mirada sesgada hace que la morbilidad de ciertas sintomatologías y patologías en mujeres hayan sido invisibilizadas por estereotipos de género, conllevando que estos problemas de salud serán considerados inferiores, o poco importantes. Esto ha desembocado, incluso, en la psiquiatrización sin haber conocido las causas por los que aparecen estos malestares. Siguiendo a Carme Valls Llobet, destacamos estas circunstancias como factores de riesgo debido a la infradiagnosis.

La invisibilidad e infradiagnosos conlleva la medicalización del malestar de las mujeres con calmantes del dolor, antidepresivos o ansiolíticos. Un ejemplo claro y altamente documentado es la medicalización con estos fármacos cuando se manifiestan signos y síntomas de violencia basado en el género. De hecho, la sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, mantiene que el sufrimiento y estrés crónico al que se ven sometidas las víctimas de malos tratos produce malestar biopsicosocial que a veces se

---

<sup>v</sup> En este momento es importante destacar que en esta investigación el término mujer se utiliza como paraguas para recoger subjetividades y diversidades. No todas las mujeres son blancas, ni todas son cis, ni todas son heterosexuales. Por ello, reconocemos que las estructuras heteronormativas, racistas, cisgenéricas, capacitistas, etnocéntricas y diversas epistemologías centradas en la europeidad capitalista desemboca en invisibilización de las mujeres que no se adaptan al concepto centrista mujer cis heterosexual burguesa y sin diversidad funcional. Ya se preguntaba Simone de Beavouir que es ser mujer y Southjourne Trut “¿A caso yo no soy una mujer?”

diagnostica como trastornos depresivos, ansiosos y somatizaciones. Esto impide que se pueda llevar a cabo una atención integral a las víctimas de violencias basadas en el género.

Las enfermedades cardiovasculares son un ejemplo de este paradigma médico, ya que “siendo de las primeras causas de muerte entre mujeres, por encima del cáncer de mama, no son detectadas a tiempo porque no han sido incluidas en los objetivos de pago del proveedor de salud, que es el que marca los objetivos de la asistencia sanitaria” (Valls-Llobet, 2009). La sintomatología puede cursar de forma diferentes, por lo que, si no son incluidas en los estudios, las mujeres son desechadas como población en riesgo y, por tanto, quedan invisibilizadas no siendo incluidas en las medidas de prevención.

La ciencia médica solo ha incluido a mujeres en estudios para analizar la función reproductiva perpetuando una mirada patologizadora de estos ciclos biológicos, lo cual consideramos una discriminación. La menstruación, el embarazo o la menopausia son fases de la vida consideradas como enfermedades que necesitan ser medicalizados y controlados (Valls-Llobet, 2020). Por otro lado, resaltamos “la abrumadora administración de psicofármacos y la psiquiatrización de cualquier problema psicológico o biológico que pueda presentar una mujer constituyen la brecha de género en la salud mental. El 85% de los psicofármacos se administran a mujeres, mientras que a los hombres solo el 15%. (...) Por una parte contribuye a la falta de diagnóstico de los problemas reales que padecen las mujeres (...) La rápida medicalización de las mujeres no ha permitido ver que las desigualdades sociales suelen ser el origen de muchos trastornos” (Valls-Llobet, 2020).

Concluimos que el género es un factor de riesgo para la presentación de la sintomatología depresiva en mujeres debido a la discriminación a la que se encuentran sometidas.

“Leyendo a Monique Wittig con Foucault, a Butler con Negri, podemos decir que la heterosexualidad es, ante todo, un concepto económico que designa una posición específica en el seno de las relaciones de producción y de intercambio basada en la reducción del trabajo sexual, del trabajo de gestación y del trabajo de crianza y cuidado

de los cuerpos a trabajo no remunerado” (Preciados, 2008). Bajo este concepto, e interseccionando con el patriarcado heterosexual, las disidencias sexuales han sido criminalizadas y perseguidas por el discurso de la ciencia médica. Ejemplo de ello es la medicalización de las personas LGTBQ+ que, a través de estudios científicos basados en el biologicismo esencialista, han intentado que los cuerpos se asocien a la traída género-sexo-deseo marcado por el status quo. En muchos casos, a través de la psiquiatrización de la diversidad sexual y de género, estas personas han sido sometidas a artefactos y dispositivos de control biopolíticos perpetuando la discriminación y la persecución de la diversidad.

Ante la intersección patriarcado y colonialidad, podemos ver la cantidad de violencias a las que los cuerpos feminizados y racializados han sido sometidos bajo el discurso médico que sostiene este sistema mundo jerarquizado. En este sentido, es destacable como los estándares de belleza occidentales femeninos son la norma de salud. De esta forma, las mujeres racializadas que no se adaptan a estos patrones son medicalizadas debido a que sus cuerpos son vistos como enfermos por ser considerados gordos. Además, las mujeres negras se consideran más fuertes, herencia de la mirada de la modernidad que eran vistas como bestias sin alma, por lo que en muchas ocasiones no son escuchadas ante sus malestares. Ejemplo de ello puede ser el menor uso de anestesia durante el parto y la mayor prevalencia de violencia obstétrica en mujeres negras (Preciados, 2008).

Tras este análisis, y sosteniéndonos en estos ejemplos, concluimos con la idea de que los sesgos existentes en la ciencia médica impactan en las experiencias de salud y bienestar de las mujeres, generando consecuencias materiales donde las mujeres sufren distintas formas de violencia directa, simbólica e institucional debido al sistema-mundo de jerarquías.

## **Determinantes de salud desde una mirada biopsicosocial feminista.**

El modelo biopsicosocial surgió como una crítica al proceso de deshumanización de la medicina que contemplaba al paciente como un objeto<sup>vi</sup> sin capacidad de acción y sin tener en cuenta la experiencia subjetiva del paciente (Velasco-Arias, 2009). En este momento es cuando se comienza a ver la enfermedad no solo como un trastorno fisiopatológico sino también teniendo en cuenta malestares percibidos por cada persona; los cuales tienen una causa multifactorial y estructural. Por ello, las posiciones positivistas son insuficientes para describir los procesos de salud enfermedad. Por este motivo, en esta investigación apostamos por “el modelo biopsicosocial que se apoya en una concepción del ser humano compuesto por tres esferas: la biológica, la social y la psíquica que funciona como un sistema en el que cada esfera va generando las otras y permanecen interaccionando a lo largo de toda la vida. “Sobre el sistema biopsicosocial se construye la subjetividad” (Velasco-Arias, 2009). Además, necesitamos una epistemología feminista que permite indagar las influencias del género, la clase, la racialización entre otros determinantes.

En este estudio nos posicionamos desde un lugar multifocal. “Si estamos de acuerdo en que las causas de la enfermedad o de las disfunciones de un organismo son biológicas, psicológicas, sociales, laborales, culturales y medioambientales, podemos convenir en que reducir todo el malestar a una etiología biológica, o psicológico, o social, es un reduccionismo etiológico que conlleva a demás que son diagnosticadas con esa miopía de elementos” (Valls-Llobet, 2009). Pues “las/os profesionales de la medicina y la enfermería, concienciados o no, tienen impedimentos específicos por su enculturación en una visión esencialista y etnocéntrica del cuerpo y la salud, relacionada a su vez con la propia fundamentación científica de la biomedicina” (Velasco-Arias, 2009)<sup>29</sup>.

La experiencia de las mujeres debe ser tenida en cuenta para desarrollar conocimiento científico inclusivo, desechando la mirada androcéntrica que históricamente ha servido

---

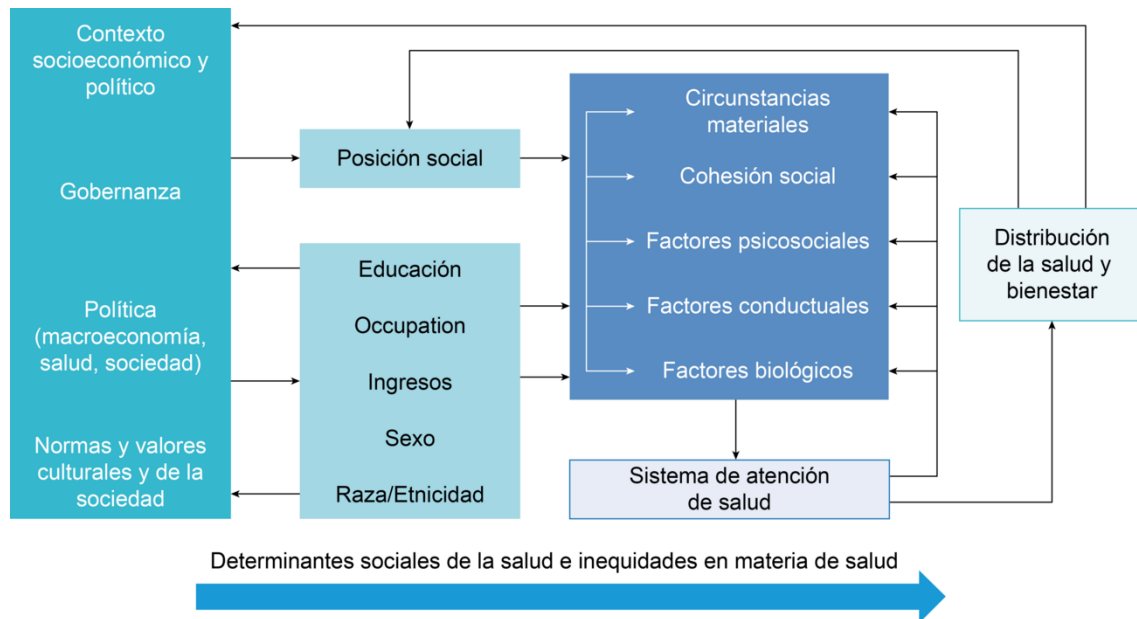
<sup>vi</sup> Destacamos que este uso como objeto ha sido modulado por cuestiones de raza, clase y género. Siendo los cuerpos negros los más usados como objetos de estudio por la carga de deshumanización del racismo. Véase como ejemplo la historia del científico Sims y sus violencias contra mujeres negras para el conocimiento de la ginecología,

de marco para crear conocimiento científico. Para alejarnos aún más de ese reduccionismo biologicista debemos tener en cuenta, además, la diversidad de experiencias y circunstancias que interseccional en la vida de las mujeres. De esta forma, se podrá analizar los procesos de salud-enfermedad desde una óptica que tenga en cuenta todos los determinantes de salud y no solo los relacionados con el género. Por ello, defendemos una posición integral de los procesos de salud-enfermedad que tenga en cuenta la parte biológica, social y psíquica.

Para analizar las diferentes intersecciones, proponemos poner el foco en los determinantes de salud<sup>vii</sup>, que son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los DS explican la mayor parte de las desigualdades en salud. En este sentido, la OMS señala que la pobreza es el determinante individual que impacta de una forma más exacerbada en la salud. Además, es indispensable que reconocer la función de género como un fuerte determinante estructural de la salud puesto que entre otras cosas las mujeres sufren más riesgo de ser pobres, desempleadas o estar trabajando bajo condiciones que no aseguran los derechos en salud. “Los procesos que proceden de las condiciones socioeconómicas como la clase social, la relación con la producción y las condiciones de trabajo merecen una condición especial dentro del enfoque de género”.

---

<sup>vii</sup> A partir de ahora nombraremos los Determinantes de salud con las siglas (DS)



Fuente: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Por otro lado, existen profundas desigualdades en el acceso a servicios sociosanitarios entre las mujeres rurales y sus contrapartes urbanas. Estas desigualdades se manifiestan en la lejanía de los centros de salud, la falta de infraestructura adecuada, la escasez de profesionales sanitarios capacitados y la limitada disponibilidad de transporte. Estas barreras geográficas y logísticas dificultan que las mujeres rurales reciban atención médica oportuna y de calidad, lo que resulta en una mayor incidencia de problemas de salud no atendidos, ya que en esta investigación son considerados como un determinante de salud.

Además, los factores socioeconómicos y culturales juegan un papel significativo en la limitación del acceso a la atención sociosanitaria para estas mujeres. Andalucía, territorio empobrecido, ostenta mayores problemas de salud debido a la pobreza, lo cual se ve agravado en el entorno rural donde existen mayores condiciones de precariedad. Será necesario, por tanto, analizar las dinámicas de control y discriminación y su impacto en salud. Para ello, se torna decisivo tener en cuenta diversidad heterogénea y plantear la ciencia médica desde un punto de vista biopsicosocial que nos permita construir una ciencia médica que tenga en cuenta las vivencias individuales. O sea “es llevar la rebelión contra el poder allí donde este se ejerce sobre la constitución misma de las identidades, de las teorías, de todo lo que lleve a una generalización en la que se pierda lo singular de cada uno” (Velasco-Arias, 2009). Por ello, en esta

investigación apostamos por crear conocimientos situados que permitan transformar esta realidad para que la salud percibida por las mujeres mejore, y por tanto la de su comunidad.

### **Tensión capital-vida y su relación con la salud**

“La sostenibilidad de la vida es una lente que busca superar la mirada economicista centrada exclusivamente en los mercados (laboral, de crédito, etc.), para situar en el centro los procesos de satisfacción de necesidades y el aprovisionamiento social, estableciendo los cuidados como punto de vista estratégico” (Valls-Llobet,2009). Esta autora argumenta que la SV tiene como objetivo reconocer las maneras en las que las personas se organizan colectivamente para satisfacer sus necesidades y sacar la vida adelante. Es importante para este fin poner en el centro la vulnerabilidad reconociendo que la vida es finita y que tiene que generar unas estructuras para ser cuidada. Por ello, se pone de manifiesto la importancia de la ecoddependencia: que hace referencia a la necesidad de los seres humanos con la naturaleza ya que formamos parte y poseemos en una interconexión con la misma por lo que nos lleva reflexionar sobre los límites de la naturaleza y a tomar conciencia sobre ello. También permite visibilizar la interdependencia que es la relación y dependencia mutua de los seres humanos para sacar la vida adelante (en unas etapas con más intensidad que en otras).

En el estudio mencionado con anterioridad Astrid alude “al reconocimiento de la red de relaciones institucionales y colectivas de afecto y cuidados que posibilitan construir una vida significativa”. Por ello, queremos reiterar que la vida siempre es común a través de redes de interdependencia, que no tienen que ver solo con la supervivencia sino con facilitar las circunstancias de una vida digna. Por ello, “el tema fundamental no es vivir más años, sino vivirlos en términos de salud económica, bienestar, intersección social y significado cultural y político” (Valls-Llobet,2009).

En la SV, así como en las relaciones de interdependencia, se entrecruzan la cultura, la ideología y las instituciones sociales, viéndose a su vez afectadas por las dinámicas de poder (de género, clase, raciales-étnicas...). Puesto que dentro de la economía hegemónica el espacio productivo está por encima del reproductivo, y esta jerarquía se mantiene por la división sexual del trabajo que masculiniza uno y feminiza el otro,

resaltamos la necesidad de situar los trabajos del hogar y de cuidados en el punto central del análisis, tanto a nivel micro (en relación a los cuidados de las personas) y macro (que intercede en los procesos de acumulación y su relación con la economía). El trabajo reproductivo ha sido relegado a las mujeres debido a los roles de género binarios. La ética reaccionaria del cuidado (Pérez-Orozco, 2019), que se da a través de la internalización de los estereotipos patriarcales, mantiene las estructuras de control de los cuerpos para el sostén del capital. “La subjetividad de las mujeres es donde prevalecen el género. La internalización de estos estereotipos es nefasto para la salud mental de las mujeres. La mayor ansiedad y depresión nace de la lucha de la infancia contra unas condiciones de invisibilidad que agotan la salud mental” (Velasco-Arias, 2009).

Además, tiene un impacto importante para la salud física puesto que la madre nutria, así como la cuidadora (de personas enfermas, ancianas o infancias) ha doblado mil veces las rodillas y la espalda lumbar y ha endurecido la piel de las manos, lo cual hace que se desarrollen enfermedades específicas para estos trabajos.

Carme Valls-Llobet denuncia que todos los problemas de salud de las mujeres a partir de los 50 años son atribuidos a la menopausia cosa que puede llevar a equivocaciones de tratamiento y se volverá a invisibilizar el sufrimiento y el malestar de las mujeres convirtiéndolas en víctimas. Según esta médica, no se puede hacer un análisis de los procesos de salud-enfermedad de las mujeres sin tener en cuenta los factores biopsicosociales. Para sostener su posicionamiento, reivindica una diversidad de estudios que han relacionado las condiciones vitales laborales con jornadas dobles, y hasta triples, que compaginan con los cuidados de familiares dependientes. Argumenta que la falta de ayuda gubernamental (debido a los recortes en servicios sociales) unida a los roles de género, supone una gran carga para las mujeres. Esto desemboca en un elevado estrés físico y mental. “Combatir el estrés psicosocial que se genera con las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres es un factor esencial para la mejora de la salud” (Velasco-Arias, 2009). Además, asegura que en vez de promoción de la salud se lleva a cabo medicalización de procesos fisiológicos y problemas del estrés. Así, “la anemia ferropénica, carencias subclínicas de vitamina D y las enfermedades autoinmune

y endocrinas que producen dolor y cansancio son atribuidas a malestares psicológicos y no son tratados correctamente.”

Por ello, necesitamos un elemento para análisis de esta realidad: El “conflicto capital-vida” nos permite desentramar estas cuestiones puesto que tiene un papel de diagnóstico. Sirve para denunciar las múltiples violencias del sistema de dominación múltiple, que no solo es capitalista, sino también heteropatriarcal, racista y colonial. En este sentido, se pone especial énfasis en la necesidad de no universalizar la experiencia económica de las mujeres, sino avanzar hacia análisis situados en cada contexto, teniendo en cuenta una mirada interseccional que tenga presente la perspectiva de clase, raza y, en el caso particular que nos ocupa, la condición de ruralidad” (Borrego-Castellano, Cingolani, & Tuvilla-Rodríguez, 2024).

Ante estas circunstancias, es importante reflexionar sobre cómo impacta la tensión de la vida en la salud de las mujeres y en su salud. “Esta desigual distribución de los tiempos por género reduce el tiempo de libre disposición personal de las mujeres y provoca una consecuente mayor pobreza de tiempo, que supone también claros costes para la salud física y mental (Borrego-Castellano et al., 2024).

Bajo estas circunstancias, aparecen cadenas globales de cuidados, que cuando las mujeres no pueden hacerse cargo de sus cuidados del hogar y del entorno se hacen cargo otras mujeres con menor adquisición económica, normalmente migrantes, desembocando en la crisis global de los cuidados. En concreto, se propone una lectura del malestar cotidiano como expresión concreta del conflicto capital-vida, a partir de análisis contextuales que nos hagan percibir la vida capturada, violentada, atacada y desde ahí, ser capaces de señalar, nombrar y poner rostro a ese conflicto

### **Salud laboral**

La salud laboral de las mujeres es un tema de gran relevancia en el ámbito de los derechos y la equidad de género. A lo largo de la historia, las mujeres han enfrentado múltiples desafíos en el entorno del trabajo desde la discriminación hasta la falta de condiciones adecuadas para su bienestar físico y mental. Para abordar esta problemática de manera efectiva, es necesario considerar los diversos factores que afectan la salud de las mujeres en este ámbito.

Existen factores sociales de riesgo que proceden de las condiciones socioeconómicas así la discriminación por cuestión de etnia, procedencia, religiosidad o estatus migratorio entre otras. Esto se relaciona con la clase social, la relación con la producción y las condiciones de trabajo, que merecen una consideración especial dentro del enfoque de género. Las mujeres en situaciones socioeconómicas más empobrecidas enfrentan una mayor vulnerabilidad debido a la falta de acceso a recursos, la inestabilidad laboral, las condiciones y el tipo de empleo, la carga de la doble jornada, el trabajo del hogar no remunerado, el cuidado de niños y otras responsabilidades. Además, factores como la multiplicidad de roles, el estado civil, el nivel educativo y el acceso a servicios de salud limitan su autonomía y capacidad de decisión sobre sus propias vidas.

En la década de 1980 comenzaron diversos estudios sobre salud ocupacional en los que, sin respaldo científico, se asumía que las mujeres no podían padecer enfermedades derivadas de sus condiciones laborales. Esto se basa en la idea de que, por lo general, desempeñan trabajo de bajo riesgo o tareas livianas, a diferencia de los hombres, quienes, al trabajar en sectores como la construcción o la minería, están expuestos a peligros significativos, evidenciados por las altas tasas de mortalidad en esas profesiones (Héritier, 2002). Katherine Lippel señaló las dificultades para obtener indemnización por problemas específicos de las mujeres, ya que solo se habían visibilizado los riesgos asociados a los hombres en estos mismos ámbitos laborales (Velasco-Arias, 2009).

El esquema tradicional de división del trabajo según el género sigue reproduciéndose en el ámbito laboral, afectando la posición social de las mujeres y generando inequidades que se traducen en desigualdades y riesgos para su salud. En una sociedad donde el trabajo de cuidado no remunerado suele ser invisibilizado y poco valorado, muchas mujeres experimentan una sensación de falta de reconocimiento que impacta directamente en su bienestar emocional y psicológico. Al no ser considerado un aporte económico ni socialmente reconocido en la misma medida que el trabajo remunerado, este tipo de labor puede generar una disminución en la autoestima de quienes lo realizan, haciéndolas sentir menos valoradas o incluso prescindibles en otros ámbitos de la vida.

Además, la falta de apoyo y la sobrecarga de responsabilidades pueden llevar a sentimientos de insatisfacción y agotamiento, ya que muchas mujeres deben renunciar a su desarrollo profesional o a actividades personales para priorizar el cuidado de otros. La ausencia de políticas públicas que reconozcan y redistribuyan el trabajo de cuidado agrava aún más esta situación, perpetuando desigualdades y reforzando la idea de que es una responsabilidad natural de las mujeres, en lugar de un aspecto fundamental que debería ser compartido y respaldado socialmente. Cristina Carrasco sostiene que la valorización del trabajo reproductivo cambiaría si este se colocara en el centro de las actividades económicas, en competencia con las leyes del mercado. Esto significa abandonar “el mercado” como eje del sistema socioeconómico y situar en su lugar el ámbito familiar (Velasco-Arias, 2009).

En el caso de las mujeres, los principales riesgos de salud en el trabajo en fábricas o líneas de ensamblaje surgen de altas exigencias con escaso control, movimientos repetitivos, posturas forzadas y una constante exposición al público. Como resultado, experimentan con mayor frecuencia fatiga, estrés y trastornos musculoesqueléticos (Gita Sen, Pirooska Ostlin, Asha George, 2007). Las mujeres en líneas de producción experimentan niveles más altos de norepinefrina<sup>viii</sup>, lo que refleja un estrés asociado a la naturaleza repetitiva y monótona de estos trabajos. Sin embargo, este fenómeno no puede analizarse de manera aislada, ya que muchos de estos empleos pertenecen a sectores altamente feminizados donde el impacto en la salud física y mental es significativo. A esto se suma la medicalización de estas condiciones, donde muchas mujeres recurren al uso de analgésicos y ansiolíticos para poder continuar trabajando, en lugar de que se reconozcan y prevengan los daños derivados de sus condiciones laborales. Además, la mayoría de estas mujeres enfrentan el peso de una doble jornada, combinando el empleo remunerado con el trabajo del hogar y de cuidado no remunerado. Esta sobrecarga no solo incrementa su nivel de estrés, sino que también tiene efectos negativos acumulativos en su salud, afectando su bienestar físico y emocional a lo largo del tiempo (Velasco-Arias, 2009).

---

<sup>viii</sup> La norepinefrina es una hormona y neurotransmisor asociado con la respuesta al estrés.

### **Sesgos de género desde una mirada interseccional en la atención sanitaria**

“La razón por la que lo superior está siempre del lado masculino y lo inferior del femenino es, en mi opinión, una consecuencia directa del hecho de que los hombres consideran a las mujeres como un recurso que les pertenece para que ellos se puedan reproducir. La relación masculino-femenino es una relación jerarquizada por esta razón, [...] pero esto no quiere decir que esta relación haya existido siempre y que permanecerá así por toda la eternidad en el futuro” (Héritier, 2002).

Los sesgos de género son errores sistemáticos que influyen en la evaluación, diagnóstico y tratamiento en el ámbito de la salud. Estos pueden originarse tanto por la insensibilidad de género como por la influencia de estereotipos. La insensibilidad de género se manifiesta cuando se toma lo masculino como norma universal, lo que lleva a invisibilizar la salud de las mujeres o considerarla atípica. Por otro lado, los estereotipos de género pueden generar una exageración de las diferencias entre hombres y mujeres, lo que se traduce en diagnósticos y tratamientos diferenciados ante los mismos síntomas (Del Río-Pedraza, 2022).

Estos sesgos pueden aparecer tanto en la investigación como en la práctica clínica, afectando en la precisión de los diagnósticos, la oportunidad y la eficacia de los tratamientos, e incluso la valoración de la gravedad de ciertas condiciones de salud. En consecuencia, los sesgos de género representan un factor que contribuye a la desigualdad en la atención sanitaria, perpetuando diferencias en la salud entre mujeres y hombres. La literatura ha documentado ampliamente la existencia de estos sesgos en el ámbito de la salud, subrayando la necesidad de adoptar un enfoque más equitativo y libre de prejuicios en la atención médica (Lenhart, 1993; Ruiz-Cantero y Verbrugge, 1997; Ruiz-Cantero, 2001; Ruiz-Cantero, Vives-Cases y Artazcoz., 2007; Ruiz-Cantero, Ronda, Álvarez-Dardet, 2007; Valls, 2008, 2009).

“El hecho de que las mujeres sean invisibles para la atención sanitaria, para el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades, que sus síntomas sean confundidos, minimizados, o no bien diagnosticados, y que sus quejas sean

frecuentemente atribuidas a etiología psicológica o psicosomática, hace replantear las bases en que se ha basado la ciencia para conocer los problemas de salud de hombres y mujeres” (Valls, 2009: 11). Se reconoce, por tanto, que los sesgos de género en el diagnóstico clínico que afectan a las mujeres tienen su origen, en gran medida, en la insuficiencia de una base científica sólida. Sin embargo, este no es el único factor determinante. También interviene una organización del conocimiento y de la práctica médica con un marcado carácter androcéntrico, lo que contribuye a invisibilizar la sintomatología y a perpetuar una visión parcial de la salud. A ello se suma la falta de investigaciones específicas y rigurosas tanto en el ámbito de las enfermedades como en el de los tratamientos, lo que genera vacíos de información que afectan directamente a la calidad del diagnóstico y la atención médica brindada a las mujeres.

Estos sesgos afectan de manera particular a las mujeres LTBIQ+, quienes enfrentan barreras adicionales en el sistema de salud. La presunción de la heterosexualidad en las pacientes conduce a la invisibilización de sus necesidades específicas, como la atención ginecológica adecuada para mujeres que no mantienen relaciones con hombres cis o la falta de reconocimiento de los riesgos diferenciados de salud a los que puedan estar expuestas. Uno de los principales problemas es la medicalización, donde sus identidades y orientaciones sexuales son vistas como trastornos o desviaciones que requieren tratamiento. Además, el cuestionamiento de la orientación y la patologización de las identidades de género en el ámbito clínico pueden derivar en una atención discriminatoria. La falta de una formación médica con perspectiva interseccional agrava estas problemáticas, perpetuando malestares y el trato diferencial basado en normas cisheteronormativas (Gil-Borrelli et al., 2017).

La construcción del conocimiento en el ámbito de la medicina clínica no ocurre de manera aislada, sino que es el resultado de la labor conjunta de las personas profesionales sanitarias y de la propia estructura organizativa del sistema de salud. Son estos actores quienes recopilan y analizan datos estadísticos sobre la frecuencia y prevalencia de las enfermedades, identifican nuevas incidencias patológicas, evalúan la eficacia de los tratamientos y supervisan su evolución a lo largo del tiempo. No obstante, si las percepciones y actitudes de estas personas profesionales

sanitarios están sesgadas desde el inicio en función del género de los pacientes, el resultado de esta evaluación y registros no podrá ser objetivo.

Este problema se ve agravado por el hecho de que los síntomas que presentan las mujeres suelen manifestarse de manera más difusa, insidiosa y multisistémica, afectado simultáneamente a varias partes del cuerpo. A diferencia de los síntomas tradicionalmente asociados a los hombres, que suelen ser más agudos y localizados, los síntomas asociados a los cuerpos de las mujeres tienden a ser infravalorados, malinterpretados o directamente ignorados dentro del marco clínico. Como consecuencia, muchas enfermedades que afectan mayoritariamente a las mujeres pueden ser subestimadas o diagnosticadas con retraso, lo que repercute negativamente en la eficacia de los tratamientos y en la calidad de vida de las pacientes (Velasco-Arias, 2009).

Este círculo vicioso, en el que la falta de perspectiva de género desde una mirada interseccional en la medicina genera sesgos en la investigación y en la recopilación de datos clínicos, perpetúa una ciencia médica que no refleja con precisión la realidad de la salud de las mujeres. En consecuencia, es fundamental repensar los enfoques diagnósticos, promover estudios específicos con una mayor representación femenina y reformular las prácticas médicas para garantizar una atención equitativa e inclusiva, basada en la evidencia y libre de sesgos de género.

### **La locura de las mujeres como sesgo de género para la invisibilización de problemas de salud y violencias.**

Históricamente, el término “locura” ha sido utilizado para controlar y deslegitimar a las mujeres e identidades feminizadas cuyas conductas o pensamientos desafiaban los roles de género hegemónicos. Las mujeres han sido etiquetadas como “desequilibradas” o “locas”, ya sea por ajustarse a roles tradicionales de feminidad (como la pasividad, la dependencia o la emotividad) o por desafiar dichas normas (mostrando asertividad, independencia o una actitud sexual activa). Según Chesler (2005), a esto se le conoce como “el doble estándar de la enfermedad mental”, el cual señala que los problemas psicológicos no se evalúan de la misma

manera en hombres y mujeres. La “feminización de la locura” se trata de un tema central cuando nos referimos a la patologización de la conducta de las mujeres (Chesler, 2005).

Tal como explica Chesler, está claro que para una mujer<sup>ix</sup> estar sana representa ajustarse a y aceptar las normas conductuales para su sexo [...] La ética de la salud mental es masculina en nuestra cultura [...] Lo que consideramos “locura”, tanto si aparece en mujeres como en hombres, es cualquiera de los dos, la actuación fuera del rol femenino devaluado o el total o parcial rechazo del rol sexual estereotipado de cada uno.

Las obras de Showalter y Chesler evidencian cómo la locura ha sido históricamente feminizada para legitimar la psiquiatría como especialidad médica. Enfermedades como la histeria asociada al útero justificaban tratamientos invasivos, como las mutilaciones genitales con el fin de aliviar o hacer desaparecer estados melancólicos, histerias, y demás trastornos en el siglo XIX. Hasta la mitad del siglo XX, cuando se hacía referencia a la salud de las mujeres generalmente se aludía a la salud reproductiva. De esta forma, la creencia de que las mujeres eran más propensas a sufrir enfermedades mentales que los hombres fue creciendo, lo que tuvo múltiples consecuencias. Por un lado, sirvió para restringir su participación en la vida pública, asegurando que el androcentrismo mantuviera su dominio. Por otro, permitió que se convirtieran en sujetos de estudio dentro del campo de la psiquiatría, tanto en instituciones privadas como en espacios públicos. Millet (2019) señala, que tradicionalmente en nuestra sociedad, la locura se ha concebido como algo esencialmente femenino, que, incluso cuando es experimentada por los hombres, se representa metafórica y simbólicamente en forma de mujer (Millet, 2019). *“Las mujeres padecemos enfermedades misteriosas, enfermedades que se colocan en el límite de lo psiquiátrico y lo muscular, a través de lo neurológico, porque somos más sensibles al ruido, a la deformación, y nos resistimos a las inercias de nuestra forma de vida. Sin darnos cuenta, nos resistimos al neoliberalismo*

---

<sup>ix</sup> En este caso esta autora se refiere a las mujeres cis

*somatizándolo y nuestras somatizaciones se transforman en un interesado misterio de la ciencia” (Sanz, 2017).*

En un informe realizado en 2020 por el Ministerio de Sanidad señala que los problemas de salud mental está más exacerbada en las mujeres.<sup>x</sup> Un estudio realizado por la Universidad del País Vasco, constata la epidemióloga y profesora Amaia Bacigalupe: "A igualdad de diagnóstico, edad y uso de los servicios sanitarios, las mujeres tienen un 50% más de probabilidades de recibir una prescripción de un psicofármaco". Carme Valls, por su parte señala que el 85% de los psicofármacos se administran a mujeres, mientras que solo un 15% a los hombres. Estas abrumadoras cifras nos muestran una gran desigualdad de género (Valls-Llobet, 2020).

María González Hidalgo, psiquiatra y experta en perspectiva de género, comprende señala que las mujeres con diagnósticos psiquiátricos son las más afectadas por la violencia de género, con cifras que alcanzan hasta el 75%, y a su vez, son las más invisibilizadas. Existen ciertos diagnósticos que parecen estar especialmente asociados a ellas, lo que permite hablar incluso de una “depresión de género”. En el caso de los trastornos de personalidad, las mujeres también son las más diagnosticadas. Un ejemplo claro es el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), considerado una de las “enfermedades mentales graves” y asociado mayoritariamente a mujeres, ya que representan el 75% de las personas con este diagnóstico (Talón, 2022).

Foucault analizó en profundidad cómo las dinámicas económicas y sociales influían en la definición de la locura, y cómo personas homosexuales, lesbianas, disidentes políticos y mujeres eran catalogadas como inferiores o padecían trastornos mentales únicamente por manifestar pensamientos o comportamientos que desafiaban la heterosexualidad obligatoria (Foucault, 1989). Desde los feminismos, se sigue señalando como existe a día de hoy una gran cantidad de mujeres LGBTIQ+ con problemas de salud mental debido a la psicopatologización histórica que sufren,

---

<sup>x</sup> Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria

así como las discriminaciones y violencias sociales a las que se ven expuestas. En este punto es importante recordar como una sociedad heterocentrada es foco de malestares mentales puesto que todo lo que se sale de la norma es castigado. Además, se ha cuestionado el papel que todavía tiene la ciencia médica para mantener el género binario para el sostén de la heterosexualidad.

### **La agencia feminista como elemento protector de la salud.**

Históricamente, las mujeres han resistido la apropiación y violencia ejercida sobre sus cuerpos, desde la esclavitud hasta las actuales formas de explotación y opresión. Durante la colonización y la esclavitud, muchas mujeres esclavizadas utilizaron su conocimiento sobre anticoncepción para evitar que sus hijos fueran sometidos a la misma condición de explotación. Algunas incluso tomaron medidas extremas para impedir que sus descendencias fueran esclavizadas. La violencia sexual fue una constante, pero también hubo resistencia, con mujeres que desafiaron a sus opresores a pesar de las duras consecuencias (Roberts, 1999, p. 45)

No fue hasta la década de 1970 que el movimiento feminista comenzó a organizarse masivamente bajo la bandera de la “política del cuerpo”, luchando por el control de su sexualidad y el derecho a decidir sobre la maternidad. Aunque la lucha por el aborto fue central, la revuelta feminista iba más allá.

Un evento simbólico ocurrió el 15 de enero de 1968, cuando feministas radicales lideradas por Shulamith Firestone, organizaron “El entierro de la feminidad tradicional” en Washington, D.C., denunciando el rol impuesto a las mujeres durante siglos. Además, promovieron la autogestión en salud, y para 1975 ya había establecido treinta clínicas dirigidas por mujeres, enfocadas en educarlas sobre sus cuerpos y priorizar la salud en la agenda feminista global (Federici, 2022).

La agencia feminista ha cuestionado los fundamentos del sistema de sanitario, interpelando el modelo fundamentado en la jerarquía del saber, el biologicismo y una concepción binaria y heteronormativa de los cuerpos. Como señala, Klemen Lorena Altamirano (2013:31), desde el feminismo reclamamos el derecho a la propia elección

sobre nuestros cuerpos, sobre sus posibilidades de expresión y de disfrute (Federici, 2022, p. 254).

La soberanía de los cuerpos es un concepto central dentro del feminismo, que reivindica el derecho de las personas a tomar decisiones libres, informadas y autónomas sobre sus propios cuerpos, sin intervención ni coacción externa. Esta idea implica que todas las personas, especialmente las mujeres y disidencias, deben tener el control total de su salud (Fundación Soberanía Sanitaria, 2020, p. 11).

A través de la lucha por la soberanía de los cuerpos, el feminismo desafía las estructuras patriarcales y la vara de medir para encajar del BBVAh que históricamente han intentado controlar y limitar las decisiones sobre el cuerpo de las mujeres cis, trans y queer que reivindican y promueven la equidad, la justicia social y el respeto a los derechos humanos. Esta soberanía no solo es un acto de resistencia, sino también una estrategia para garantizar que todas las personas puedan vivir libres de violencia y discriminación, con plena autonomía y soberanía sobre sus cuerpos y vidas (Pérez- Orozco, 2014).

En América Central y del Sur, el concepto de cuerpo-territorio ha sido una herramienta clave en la lucha feminista y de los movimientos sociales para reivindicar la soberanía sobre el cuerpo y su interconexión con los territorios físicos y simbólicos. Las propuestas de las mujeres de Pueblos Originarios han puesto en evidencia las múltiples violencias que afectan no solo a sus cuerpos-territorios, sino también a la vida en su conjunto, al denunciar el ecocidio, el epistemicidio y el terricidio (Torrano, 2023). Estas formas de violencia requieren una profunda reflexión sobre la vida, la humanidad y la urgencia de impulsar cambios radicales que posibiliten la descolonización del capitalismo extractivista. La convergencia entre el feminismo y las luchas indígenas abre paso a nuevas formas de existencia y resistencia, donde la defensa del territorio y la vida ocupen un lugar central en la construcción de futuros más justos y equitativos (Federici, 2017).

## **Disputa entre los cuerpos y estructuras políticas para encontrar puntos de fuga para propuestas de salud feminista**

Las relaciones entre los cuerpos y las estructuras ha sido históricamente un campo de tensión y disputa. Las instituciones que regulan la salud han operado bajo modelos biomédicos y patriarcales que han invisibilizado las experiencias de quienes no encajan en sus categorías normativas, como las mujeres.

En nuestro proyecto de salud feminista, cuestionamos la evidencia científica biomédica, ya que concebimos la salud como un proceso de construcción colectiva. En este contexto, las luchas feministas han surgido como fuerzas de resistencia y transformación, buscando abrir grietas en estos sistemas rígidos para proponer alternativas que prioricen el bienestar integral, la autonomía y el reconocimiento de las diversidades. Poner la salud de las mujeres en disputa es construirnos como actrices protagónicas de los procesos de producción de conocimiento. Nuestra acción de danzar, nuestro ser en el mundo y nuestra corporalidad debe de ser configurada y reconfigurada de forma consciente.

Entendemos el cuerpo como agente político refiriéndonos a todo el conjunto de representaciones, imágenes, ideas, actitudes, técnicas y conductas encarnadas, una configuración corporal determinada promovida desde el feminismo, que se concreta en colectivo o a nivel individual. Un cuerpo político que busca diferentes maneras de concretar y de entender el género y las relaciones sociales. Un cuerpo político que mira, conoce e interactúa con el mundo, que a su vez supone maneras de resistir, contestar y modificar la realidad. Cuando los cuerpos de las mujeres se unen con el objetivo de manifestar su malestar y representar su lugar en los espacios públicos, dichos cuerpos están exigiendo ser reconocidos, apreciados, mientras reivindican su derecho a la presencia, su libertad y requieren vivir su vida.

Nuestros cuerpos, en su materialidad y vivencias, no son meros objetos de regularización, sino espacios de agencia y resistencia. Desde los movimientos de mujeres y disidencias, se ha denunciado cómo las políticas públicas han perpetuado violencias estructurales, desde la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva hasta la patologización de identidades y experiencias fuera de la norma.

En este sentido, la salud feminista surge como una respuesta crítica y propositiva, planteando un modelo que no solo contemple la atención médica, sino que también aborde las condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales que determinan la vida y la salud de las personas (Fundación Soberanía Sanitaria, 2020).

Señalando, que dichos cuerpos buscan puntos de fuga dentro de las estructuras políticas generando disputas constantes por la legitimación de otros saberes y prácticas. Queremos investigar en función de nuestros propios futuros deseables, no la de otros, buscando y construyendo nuestras propias definiciones de salud, ligadas a nuestros modos de sentir, vivir e incluyendo los malestares que los sesgos de género provocan en nuestros cuerpos (Fundación Soberanía Sanitaria, 2020). Esto significa desafiar los marcos tradicionales y abrir espacio a enfoques interseccionales que comprendan la salud no como un privilegio, sino como un derecho inalienable.

### **Sostenibilidad de la vida, buen vivir y una vida que merezca la pena ser vivida**

Apostar por poner la sostenibilidad de la vida en el centro implica atender a los procesos que garantizan la satisfacción de necesidades humanas y la ampliación de capacidades y libertades. No es solo una cuestión técnica o económica, sino una apuesta política y ética por reorganizar nuestras sociedades para que todas las personas puedan vivir vidas dignas de ser vividas. Esta perspectiva nos plantea dos cuestiones: ¿qué entendemos por una vida digna de ser vivida? y ¿cómo se gestiona su sostenimiento? (Pérez-Orozco, 2014).

Muchos de estos debates, han dado lugar a lo que algunas economistas feministas han denominado el enfoque de la *Sostenibilidad de la Vida*, "que representa un proceso histórico de reproducción social(...)dinámico y multidimensional de satisfacción de necesidades en continua adaptación de las identidades individuales y las relaciones sociales,(...) que debe ser continuamente reconstruido, que requiere de recursos materiales pero también de contextos y relaciones de cuidado y afecto" (Carrasco-Bengoa, 2017, p. 60).

¿De qué vida estamos hablando? Al hablar de la vida hay un desafío implícito de pensar que "existe una vida más allá del capitalismo, como si toda vida no estuviese ya inmersa en las relaciones actuales de dominio: de nuevo, existe el peligro de esencializar la vida,

crear una especie de paraíso en algún lugar utópico al que deberíamos poder acceder”  
" (Carrasco-Bengoa, 2017, p. 16).

El concepto de sostenibilidad de la vida desafía el modelo económico ortodoxo, que asocia el bienestar con la capacidad de consumo mercantil. En cambio, propone un enfoque que reconoce la interdependencia de los seres humanos y su ecoddependencia del planeta. Esto supone reestructurar las estructuras socioeconómicas para garantizar derechos y bienestar tanto en el presente como para las futuras generaciones, con base en la ética del cuidado (Pérez-Orozco, 2014).

Desde una perspectiva feminista y ecológica, el concepto de sostenibilidad de la vida se vincula con el concepto del 'buen vivir' ('sumak kawsay', en el kichua ecuatoriano) o 'vivir bien' ('suma qamaña', en el aymara boliviano), que nos regala la oportunidad de ir más allá: no solo defendiendo la vida, sino interrogándonos tanto de forma individual y colectiva por el contenido incluido en ella. A diferencia del modelo hegemónico, el Buen Vivir no es una propuesta homogénea ni cerrada, sino una construcción colectiva que reconoce la diversidad de experiencias y necesidades. Para comprender este concepto del Buen Vivir es necesario relacionarla a las cosmovisiones de los pueblos ancestrales de América Latina, que es donde nacen (Pérez Prieto & Domínguez Serrano, 2015).

Desde este punto, podemos realizar una reivindicación a las feministas comunitarias xinkas “recuperación y defensa de nuestro territorio-cuerpo [...] recuperar el cuerpo para promover la vida en dignidad desde un lugar en concreto, reconocer su resistencia histórica y su dimensionalidad de potencia transgresora, trasformadora y creadora (Cabnal, 2010).

Actualmente, la crisis sistémica no se reduce a los problemas financieros o productivos, sino que es multidimensional. Engloba crisis ecológicas, sociales y de reproducción de la vida, acentuadas por una respuesta política que prioriza la acumulación de capital sobre el bienestar de las personas. En este contexto, es crucial visibilizar las voces encarnadas en los cuerpos ignorados de las mujeres durante años, señalando y reforzando su defensa de la vida y sus resistencias frente a la violencia, la explotación y la degradación ambiental.

En definitiva, cuando hablamos de sostenibilidad de la vida nos obliga a cuestionar qué entendemos por “vida” y qué modelo de sociedad queremos construir. La vulnerabilidad humana no es una debilidad, sino una potencia: nos recuerda que la vida

interdependiente y que su sostenibilidad requiere el reconocimiento de nuestros límites y necesidades en armonía con el planeta. Desde esta perspectiva, el Buen Vivir representa una alternativa al sistema actual, basada en la justicia social, la equidad y el respeto por la diversidad y la naturaleza.

## **6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

## 6. Análisis de resultados

### **Cartografías corporales como contra-narrativas.**

Reflexionar sobre la salud de las mujeres es un reto, teniendo en cuenta los sesgos tanto en la construcción de conocimiento como en la atención médica. Por ello, es necesario crear metodologías que permitan poner en el centro las experiencias, saberes y memorias.

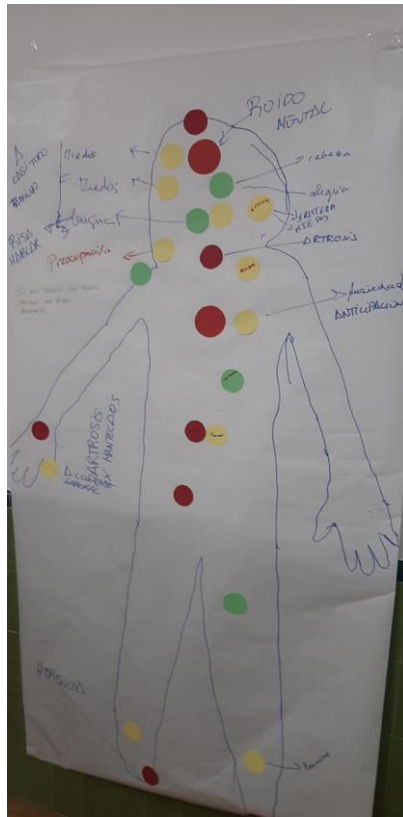
Las cartografías corporales permiten analizar procesos de auto-representación en los que las personas plasman en sus cuerpos dibujados heridas, marcas, recuerdos, saberes y experiencias significativas, con el fin de narrar sus historias personales. Cada mapa se construye de manera colaborativa. A través de estos mapas se identifican elementos compartidos que refuerzan el sentido de pertenencia y evidencian la dimensión social del cuerpo. Así mismo, se generan narrativas alternativas basadas en la esperanza, que favorecen el desarrollo de estrategias de afrontamiento, el reconocimiento de fortalezas y debilidades, y fortalecimiento de reconocer el cuerpo como un mapa que narra y registra las experiencias, en definitiva, potenciar la agencia feminista.

De este modo, el cuerpo se transforma en un espacio que habla y escucha, promoviendo la empatía, el reconocimiento mutuo y la dignidad. Finalmente, las cartografías corporales funcionan como contra-narrativas frente a representaciones hegemónicas, permitiendo que cada imagen simbolice una historia de vida que se comparte y resignifica dentro de una experiencia colectiva.

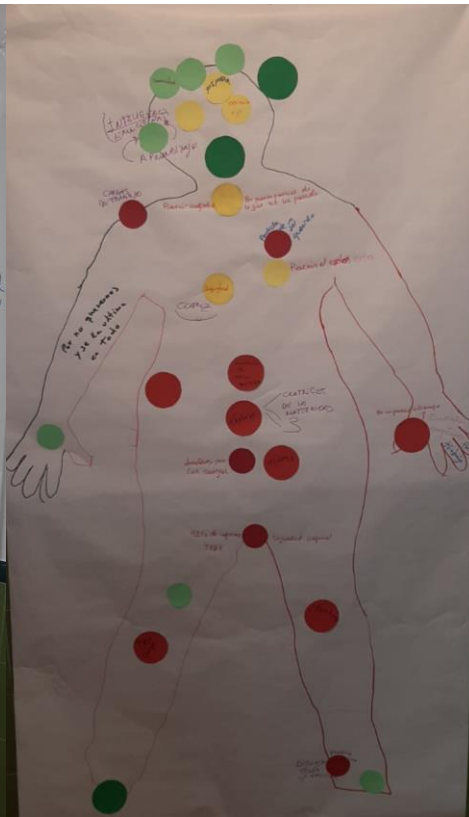
Por ello, construimos cartografías corporales para permitir hablar al cuerpo y tomar conciencia colectiva. El trabajo se llevó a cabo en dos grupos, donde cada participante señaló sus malestares y bienestar en un contorno, dando como resultado dos mapas. La propuesta consiste en proponer que se coloquen círculos de distintos colores en las distintas partes del cuerpo que las mujeres señalar pudiendo escribir algunas palabras concretas.

- Verde- Lugares donde sienten bienestar

- Amarillo- Lugares donde necesitan atención, sienten dolor, malestar en intensidad media baja
- Rojo- Lugares con malestar de intensidad alta.



Cartografía corporal 1



Cartografía corporal 2

|       | Cartografía 1                                        | Cartografía 2                                                                                                                                                                 |
|-------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Verde | <p>Cabeza: alegría</p> <p>Lengua: risa al hablar</p> | <p>Cabeza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serenidad</li> <li>• Inteligencia emocional</li> <li>• Aprendizaje</li> </ul> <p>Manos</p> <p>Rodilla</p> <p>Pies</p> |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Amarillo | <p>Cabeza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo</li> <li>• Tristeza</li> <li>• Preocupación (si no tengo las faenas hechas no puedo dormir)</li> </ul> <p>Barriga y rodillas: Preocupación</p> <p>Mano: artrosis por trabajo (accidente laboral)</p> | <p>Cabeza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memoria</li> <li>• Operación ojo</li> </ul> <p>Pecho:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenir el estrés, por preocuparnos de lo que no ha pasado</li> <li>• Inquietud</li> </ul>                                                                                                                                                                                    |
| Rojo     | <p>Cabeza – ruido mental</p> <p>Cuello- artrosis</p> <p>Pecho- ansiedad (anticipación)</p> <p>Barriga- dolor- digestión</p> <p>Pies- herencia</p> <p>Cuerpo completo-artrosis mantecados</p>                                                                       | <p>Hombros- carga por trabajo</p> <p>Corazón: perdida de un ser querido</p> <p>Columna: impotencia por rotura vertebras</p> <p>Espalda: lumbares por trabajo</p> <p>Barriga: cicatrices por maternidad</p> <p>Túnel carpiano: por trabajo, por no parar a tiempo</p> <p>Vagina: falta de información, sequedad vaginal (tabú)</p> <p>Rodillas: peso cuerpo por trabajo</p> <p>Tobillo: fractura de tobillo- desgaste óseo y articular</p> |

Al observar las cartografías, podemos reconocer el impacto de las mujeres en sus cuerpos. El color rojo nos induce a reflexionar sobre los dolores que atraviesan las vidas de las mujeres. Se observa un gran malestar colectivo en cintura, hombros y espalda

alta, así como en rodillas. Al preguntar a las mujeres por esas localizaciones de estos mapa sentido-vivido, señalan el origen en la carga de trabajo tanto remunerados como no remunerados. En este territorio, las fábricas de mantecados son el sustento de muchas familias, a pesar de ser un trabajo de temporada. La precariedad económica y la falta de oportunidades hace que las mujeres se vean obligadas a hacer horas extras. Además, las mujeres advierten que en esos empleos hay muchas irregularidades, así como explotación. Por otro lado, reivindican que las enfermedades laborales no están reconocidas, viéndose mermados sus derechos laborales (bajas, cotizaciones y peores condiciones para la jubilación. Los trabajos de cuidados (remunerados como no remunerados impactan en la vida de las mujeres dejando secuelas tanto físicas como psicológicas. Así, tras el diálogo se reconoce que tanto el trabajo en la fábrica como en los cuidados dejan secuelas tanto físicas como psicológicas, que no son ni reconocidas como consecuencia de trabajos muchas veces invisibilizados e infravalorados.

El síndrome del túnel carpiano, el desgaste óseo, las artritis/artrosis, el estrés, la depresión o la sobrecarga mental son algunos de los síntomas que las mujeres han señalado como consecuencias de estos trabajos. Además, varias participantes de los talleres han señalado que tienen malestares físicos y psicológicos debido a accidentes laborales en las fábricas de mantecados, que no han sido reconocidos como tales, sino consecuencias del trabajo. Esto nos hace ver la falta de protección de las mujeres de clase trabajadora de estos territorios. Otro elemento que llama la atención es que muchas mujeres han puesto de manifiesto la ansiedad y el estrés que les provoca no tener “hechas las faenas” (los trabajos del hogar) incluso reconocen que no pueden dormir si saben que hay una de esas tareas sin terminar. Una de las participantes manifestaba que sufría de insomnio si sabía que había algún vaso sin fregar.

Las cartografías corporales ponen de manifiesto la necesidad de analizar la salud desde una perspectiva biopsicosocial, puesto que resulta imprescindible considerar las condiciones materiales de vida de las mujeres. Las dobles y triples jornadas laborales, la sobrecarga de cuidados, la falta de apoyo institucional y los recortes en servicios sociales generan elevados niveles de estrés físico y mental. Puesto que, si se eliminan lugares de

apoyo a los cuidados y se precariza la vida, son las mujeres las que tienen que sacar adelante los trabajos de cuidado y poner el cuerpo para el sostén de la vida.

Según diferentes estudios de carácter sanitario con perspectiva feminista señalados en nuestro marco teórico, estas condiciones se traducen en dolencias como dolor crónico, cansancio extremo, anemias, carencias nutricionales o enfermedades autoinmunes y endocrinas, que con frecuencia son atribuidas erróneamente a causas psicológicas o a procesos fisiológicos como la menopausia, perpetuando la invisibilización del sufrimiento femenino, especialmente a partir de los 50 años (citar libor de Carme Valls, y Velasco). De hecho, podemos observar como muchas mujeres señalan la sexualidad y sus procesos a temas de silenciamiento por parte de la ciencia médica, lo cual nos hace pensar que son conscientes de la existencia de sesgos en cuanto a la forma de ser tratadas por la estructura sanitaria. Esto nos hace reafirmar la idea de que la producción de conocimiento científico, especialmente en el ámbito de la medicina, se ha construido históricamente desde una mirada sesgada que ha tenido un impacto profundo en la vida y la salud de las mujeres. Dentro de este marco, sus cuerpos han sido considerados como cuerpos enfermos o deficitarios, una concepción que se ha perpetuado hasta la actualidad. Esta investigación se propone ir más allá de la mirada patriarcal dominante, situando en el centro otras formas de control y dominación que atraviesan los cuerpos y las experiencias de las mujeres.

Asimismo, la subjetividad de las mujeres se encuentra profundamente atravesada por los mandatos de género interiorizados desde la infancia, lo que repercute negativamente en su salud mental. El rol histórico de cuidadoras —de hijos, personas enfermas y ancianas— ha dejado huellas materiales en sus cuerpos y ha condicionado de manera estructural su bienestar físico y emocional, como hemos detectado en la cartografía corporales. Sin embargo, es importante destacar la capacidad de estas mujeres, todas ellas de clase obrera, de resistencia y de transformación social. Un elemento destacable es que en la lengua han señalado un punto de bienestar, debido al hecho de que les gusta hablar con las vecinas y compañeras para desahogarse, compartir alegrías y procesos de cuidados. Esto revela la capacidad de las mujeres de generar resistencias cotidianas a través de la creación de redes de afectos entre ellas.

Para analizar esta realidad, el marco del conflicto capital-vida se presenta como una herramienta clave, ya que permite denunciar las múltiples violencias ejercidas por un sistema de dominación que es simultáneamente capitalista, heteropatriarcal, racista y colonial. Desde esta perspectiva, se subraya la necesidad de avanzar hacia análisis situados que no universalicen las experiencias de las mujeres, incorporando una mirada interseccional que tenga en cuenta las desigualdades de clase, raza y contexto territorial, como la ruralidad. De hecho, en las cartografías y posterior diálogo se puede observar que los trabajos en las fábricas anteponen el capital al sostenimiento de la vida, además de reconocer que son ellas las que se encargan de ese sostenimiento a pesar de estar trabajando.

La desigual distribución del tiempo por género provoca una mayor pobreza de tiempo para las mujeres, limitando su acceso al empleo, al descanso y al autocuidado, con consecuencias directas sobre su salud física y mental. Esta situación se agrava en el marco de la crisis global de los cuidados, donde las responsabilidades recaen mayoritariamente sobre mujeres, muchas de ellas migrantes y en condiciones de precariedad.

En este contexto, el malestar cotidiano puede ser entendido como una expresión concreta del conflicto capital-vida: una manifestación de vidas capturadas, violentadas y sostenidas en condiciones de desigualdad. Nombrar y visibilizar estos malestares a través de conocimientos situados se vuelve fundamental para transformar esta realidad y avanzar hacia modelos de salud más justos, que mejoren la salud percibida de las mujeres y, con ello, la de sus comunidades.

### **El entorno como determinantes de salud**

Para poder tener un acercamiento a la salud de las mujeres, es importante analizar los determinantes de salud para dar cuenta condiciones materiales y simbólicas que se encuentran profundamente vinculadas a la distribución del poder y los recursos. En esta investigación hemos querido poner de manifiesto la percepción de estas circunstancias por parte de las mujeres. Para ello pedimos a las mujeres que recortaran imágenes que

representaran elementos que influyen en su salud, organizándolas luego en categorías consensuadas.



Esta actividad fue muy clarificadora para entender el contexto de las mujeres rurales en este estudio de caso, revelando las siguientes categorías:

- Recursos y dinero
- Acceso a una vivienda digna
  - “La economía familiar afecta más a las mujeres”
- Señalamiento para reclamar
  - “No te señales para pedir derechos”

La idea preconcebida de que para pedir derechos te tienes que tapar o esconder

- Ideales de belleza (Nos afecta mentalmente)
  - El cuerpo de la mujer no es solo para la maternidad, el gozo, el sexo...
  - Las redes sociales afectan al ideal de belleza
  - El ideal de belleza está creado para el goce ajeno
  - Utilizar el cuerpo de las mujeres para la publicidad

- La mujer como objeto sexual
- Diversidad sexual y discriminación
- El paso del tiempo
  - Envejecimiento
  - “Cuando te vuelves mayor para que no sirves para la sociedad”
- Ocio
  - Acceso al ocio y a la cultura “Que hacerse mayor no sea esconderse en un rincón”
  - “A las mujeres también nos gusta ir de viaje, beber cerveza, tomar café con las amigas, hablar, hacer el amor...”
- La soledad
- Enfermedad
- Salud mental
- Lo psicológico afecta al cuerpo
  - “Todo lo que tragas el cuerpo paga la factura y provoca dolor de tiroides y de garganta”
- Violencia obstétrica
  - Parto rápido
  - “Me pusieron un supositorio para adelantar el parto porque estaban de prácticas allí”
  - “Me hicieron una cesaría pronto y luego estuvieron los médicos jugando al parchís porque se escuchaban los dados”
  - “La cesaría se hizo así para que el hombre pudiese ver cómo nace su hijo”
- Trabajo + cuidados
  - Doble carga
  - Mujeres cuidadoras de niños y de padres
  - Cuidado de las mujeres que cuidan
- Deterioro ambiental
  - Podemos llegar a situación de hambre y sed
  - “Todo está relacionado con el agua”
- Explotación laboral de las niñas
  - “Muchas hemos trabajado desde los 10 años”

La adopción del modelo biopsicosocial implica rechazar los reduccionismos etiológicos y cuestionar los supuestos epistemológicos que sostienen una visión esencialista y etnocéntrica del cuerpo y la salud. En este sentido, la incorporación de una epistemología feminista resulta fundamental para visibilizar la influencia del género, la clase social, la racialización y otros ejes de desigualdad en la producción del conocimiento científico y en la distribución diferencial de la salud. Reconocer la experiencia de las mujeres como fuente legítima de saber permite superar la mirada androcéntrica y avanzar hacia una comprensión más inclusiva e interseccional de los procesos de salud-enfermedad.



## **Cuidados, trabajo de las mujeres y su impacto en la salud.**

En este apartado tenemos como objetivo poner en evidencia cómo los trabajos precarizados y feminizados, especialmente en los sectores de cuidados, ya sean remunerados o no, y en las fábricas de mantecaos, impactan directamente en la vivencia de la salud de las mujeres. Buscamos realizar un análisis que integre los resultados obtenidos en los círculos con las mujeres, conectándolos con sus efectos en la salud física y emocional, y abordando también las narrativas compartidas.

*“El nivel de exigencia es muy fuerte, las mujeres están demacradas tú vas al supermercado y sabes quién está haciendo la campaña de los mantecados”.*

Mujer participante, círculo de mujeres,  
2025.

En este contexto, el trabajo de cuidados ha sido históricamente considerado una responsabilidad esencialmente femenina, pero también invisibilizada y desvalorada.

*“Yo he trabajado en la aceituna y en los mantecados y niños y casa”*

Mujer participante, círculo de mujeres,  
2025.

Esta doble jornada laboral tiene consecuencias significativas para la salud mental y física de las mujeres, incluyendo niveles elevados de estrés, agotamiento emocional, trastornos musculoesqueléticos, túnel metacarpiano y otras afecciones derivadas de los esfuerzos realizados y a la falta de apoyo tanto social como laboral.

Las mujeres que desempeñan trabajos en fábricas, como las dedicadas a la producción de mantecados, también enfrentan graves problemas de salud. En este tipo de fábricas, las mujeres suelen realizar tareas repetitivas, que requieren posturas forzadas y estando de pie durante largas jornadas laborales, lo que aumenta el riesgo de sufrir dolores de espalda, las muñecas o el metacarpo, debido a la repetición constante de los mismos movimientos. A pesar de la alta prevalencia de estas dolencias, muchas veces no se les otorga la consideración de “enfermedades laborales”, lo que perpetua la invisibilización

de estas condiciones en el ámbito médico y laboral. Esta falta de reconocimiento deja a las trabajadoras sin ninguna protección frente a estas enfermedades, quienes deben de enfrentarse a los problemas derivados de las labores de sus puestos de trabajo sin ningún tipo de respaldo ni de la compensación que les correspondiese.

*“Las enfermedades relacionadas con el desempeño del trabajo no están reconocidas como enfermedades laborales: hay muchas mujeres con problemas de espalda, con problemas del metacarpo”*

Mujer participante, círculo de mujeres,  
2025.

Las narrativas compartidas por las mujeres durante los círculos en relación a la salud reflejan como el malestar cotidiano, tanto en el ámbito laboral como en el doméstico, es invisibilizado por la sociedad y la medicina. Muchas mujeres señalan que cuando expresan sus dolencias físicas y emocionales son minimizadas o malinterpretadas, lo que les lleva a recurrir a tratamientos que no abordan las causas reales de sus sentires, como puede ser el uso de analgésicos y ansiolíticos en lugar de una atención integral y preventiva.

El trabajo de cuidados aparece de manera transversal como un eje central en la vida de las mujeres participantes. A través de la actividad del Círculo de Cuidados, se propuso una reflexión corporal y colectiva sobre a quién cuidamos, quién nos cuida y cómo nos sentimos en relación a esos cuidados. En esta dinámica, las mujeres representaron gráficamente sus redes de cuidados, situándose a ellas en el centro del círculo y colocando alrededor a las personas y responsabilidades que sostienen cada día. El ejercicio nos permite entender y visibilizar de forma clara la asimetría existente entre el cuidado que las mujeres proporcionan y el cuidado que reciben.



De manera generalizada, los círculos mostraron una fuerte concentración de responsabilidades hacia el exterior: hijas e hijos, parejas, personas mayores, personas dependientes, y en muchos casos, también vecinas o personas del entorno comunitario. Solo una minoría de las mujeres expresó sentirse cuidada en una medida similar a lo que cuida. Esta descompensación se traduce en una vivencia cotidiana marcada por el cansancio, la falta de tiempo propio y la dificultad para atender la propia salud física y emocional. Tal como expresaron las participantes, “cuidamos más de lo que somos cuidadas”, una afirmación que se repite tanto en los dibujos como en los relatos compartidos.



## **Un análisis multifocal de la salud en relación con la territorialidad**

Este apartado aborda la salud desde una perspectiva multifocal y territorial, entendiendo que los procesos de salud-enfermedad no pueden analizarse de manera aislada, sino en una estrecha relación con el contexto social, institucional y comunitario en el que se desarrolla la vida de las personas, en este caso de las mujeres.

En este sentido, la territorialidad se configura como un eje clave no solo para identificar las necesidades específicas de las mujeres, sino también para poner en valor los espacios de encuentro e intercambio de saberes contruidos colectivamente en los niveles local, autonómico y estatal. Esta metodología ha permitido recoger y poner en diálogo experiencias situadas, identificando tanto necesidades comunes como especificidades propias de cada contexto. El trabajo en distintos niveles ha favorecido una lectura compleja de la salud, mostrando cómo los malestares de las mujeres se expresan de manera diferenciada según el territorio, pero también cómo existen patrones compartidos vinculados a los mandatos de género, la precarización de la vida y la sobrecarga de cuidados.

“Estamos hablando de una zona especialmente vulnerable con el tema de la calidad asistencial y con el tema de la atención a las mujeres porque afecta a todos los niveles porque tú tienes sobre explotación en tu puesto de trabajo individual y por tanto te afecta la calidad asistencial. Esta zona está súper estigmatizada por ese tema por eso esta zona la gente le evita venir”.

Participante 1, intercambio a nivel local,  
2025.

El territorio analizado presenta una serie de características propias – dispersión geográfica, estigmatización institucional y una gran falta de recursos humanos en la atención primaria- que condicionan de forma directa el acceso y la calidad de la atención sanitaria.

“Hay muchos cambios de médico. En esta zona, esencialmente, no hay una estabilidad. Hay muchos médicos nuevos, muchos traslados”.

Participante 2, intercambio a nivel local,  
2025.

“Esta zona de aquí tiene una idiosincrasia diferente al resto de todas las zonas que yo conozco la calidad asistencia de estos centros ha bajado estrepitosamente porque ha bajado por la falta de recursos humanos sobre todo médicos también hay que decir y hay que mencionar y eso está ahí entonces ha bajado muchísimo y es la punta del iceberg y por la falta de calidad asistencia. Evidentemente tenemos que tirar de recursos humanos que antes no nos hacía falta como por ejemplo un mil cero que es un médico que no tiene la especialidad, que no tiene igual de especialización exactamente puede estar motivado, pero no llevar la preparación de un médico de familia porque se han acabado la especialidad”.

Participante 1, intercambio a nivel local,  
2025.

La elevada rotación de profesionales, la escasa continuidad asistencial y la sobrecarga estructural de los equipos de salud generan una atención fragmentada, centrada en lo inmediato y con escaso margen para el seguimiento de procesos crónicos o para una escucha profunda del malestar. Esta situación afecta a toda la población, pero tiene un impacto diferenciado en las mujeres.

“Y la verdad que su nivel de asistencial y el no seguimiento puede afectar a nivel de medicación, de analítica, de llevar un proceso crónico. Y la verdad que los pacientes no tienen esa confianza que tienen que tener con el médico para que se pueden detectar muchas cosas más allá de una simple patología”.

Participante 3, intercambio a nivel local,  
2025.

Las mujeres llegan al sistema sanitario atravesadas por múltiples determinantes sociales: la sobrecarga de cuidados, la precariedad laboral, la presión estética, los mandatos de género, y en muchos casos, experiencias de violencia. Sin embargo, estas dimensiones rara vez encuentran un espacio de reconocimiento en la consulta médica,

donde predomina un enfoque biomédico que tiene que atender a responder al malestar mediante la preinscripción farmacológica rápida. Tal y como se expresa en los relatos recogidos, muchas mujeres sienten que “van al médico y les mandan unas pastillas”, sin que se profundice en su malestar y lo que hay detrás del síntoma y, sin que se les explique qué les está ocurriendo.

“Muchas veces tenemos una expectativa con un malestar, el médico no sabe dar respuesta porque está más entrenado para lo bio o lo clínico. Aquí llegan cosas, entonces las mujeres están atravesadas por su vida por lo que hay detrás de ellas y al centro de salud pues llega mucho malestar, está claro”.

Participante 4, intercambio a nivel local,  
2025.

La falta de tiempo en consulta y la ausencia de continuidad profesional dificultan especialmente la atención a la salud de las mujeres, cuyas dolencias suelen requerir una mirada más compleja y contextualizada.

“Una persona que tiene 10 minutos pues es verdad que no te tratan en medio en condiciones, que los pacientes tienen razón, no te tratan en medio en condiciones porque es que no tienen tiempo material. Se dedican a ver la analítica ver lo que necesitas te lo pongo y luego dios ya dira”.

Participante 3, intercambio a nivel local,  
2025.

El dolor crónico, la fibromialgia, la ansiedad, los trastornos del sueño o los malestares asociados al climaterio son ejemplos, de problemáticas que, al no encajar fácilmente en diagnósticos cerrados, tienden a ser minimizadas o normalizadas. A ello se le suma el peso de los estereotipos de género, edad o corporalidad, que llevan a muchas mujeres a sentirse deslegitimizadas en su demanda de atención.

“si ya con cualquier cosa que es malestar te dicen que eso es porque tienes que perder peso; la rodilla, tienes que perder peso o como eres mayor... yo atiendo muchas mujeres con fibromialgia y dicen: yo cuando voy al médico no quiero decir que tengo fibromialgia porque si no en un momento me achaca a eso”.

Participante 2, intercambio a nivel local,  
2025.

Desde una mirada territorial, se observa también cómo las dificultades de acceso al sistema sanitario refuerzan estrategias como la automedicación, especialmente entre mujeres que priorizan la atención a otras personas antes que a sí mismas. La imposibilidad de conseguir citas, los largos tiempos de espera o la necesidad de insistir reiteradamente para ser escuchadas hacen que muchas mujeres solo acudan al médico cuando la situación ya es límite. Esta realidad evidencia una clara desigualdad en el derecho efectivo a la salud.

## **7.PROPUESTAS**

## 7. Propuestas

Las propuestas que se presentan a continuación son el resultado del proceso de investigación acción participativa desarrollado, así como de los aprendizajes colectivos contruidos a partir de las experiencias, relatos y saberes situados de las mujeres rurales participantes. Estas propuestas parten del análisis de los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales que impactan en la salud de las mujeres en entornos rurales, y de la identificación de las principales barreras en el acceso y la atención sociosanitaria.

Desde un enfoque biopsicosocial, feminista e interseccional, las propuestas no se conciben como recomendaciones aisladas, sino como líneas de acción orientadas a la transformación estructural del modelo de atención sanitaria, con el objetivo de avanzar hacia una atención más justa, equitativa y centrada en la sostenibilidad de la vida. En este sentido, se sitúa en el centro la necesidad de reconocer a las mujeres rurales como sujetas políticas y agentes clave en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas que garanticen el derecho a la salud en condiciones de igualdad.

## **PROPUESTAS DE LAS MUJERES**

Las propuestas que se presentan a continuación surgen de los espacios de diálogo, reflexión y creación colectiva con mujeres rurales de Andalucía, donde sus experiencias, saberes y malestares han sido reconocidos como conocimiento válido para la transformación social. Estas propuestas buscan incidir tanto en el acceso como en la calidad de la atención sociosanitaria, cuestionando los sesgos patriarcales, urbanocéntricos y biomédicos que atraviesan el sistema actual.

### **1. Ampliación del tiempo y la calidad de las consultas médicas desde una mirada biopsicosocial**

Aumentar el tiempo de atención en las consultas médicas, superando el modelo de citas breves centradas exclusivamente en la prescripción farmacológica. Las mujeres rurales demandan una atención que contemple los determinantes sociales, laborales, emocionales y comunitarios de la salud, permitiendo ser escuchadas y comprendidas en la complejidad de sus malestares.

### **2. Formación obligatoria del personal sociosanitario en salud de las mujeres y perspectiva de género**

Incorporar formación específica y continua en salud de las mujeres, género e interseccionalidad para el personal sanitario y administrativo. Esta formación debe abordar la medicalización de los malestares, los estereotipos asociados a la edad, el peso, el origen rural y el género, así como las violencias simbólicas y el machismo presentes en la atención.

### **3. Mejora del acceso a especialistas y reducción de las esperas en el ámbito rural**

Reducir los tiempos de espera para pruebas diagnósticas y derivaciones a especialistas, evitando itinerarios largos y desgastantes que cronifican los malestares. Se propone reforzar los recursos humanos en zonas rurales y garantizar la continuidad asistencial, evitando la constante rotación de profesionales.

#### **4. Reconocimiento y fortalecimiento de los cuidados comunitarios y saberes populares**

Integrar y valorar los saberes comunitarios y las prácticas de cuidado no medicalizadas que históricamente han sostenido la salud en los entornos rurales. Esto implica promover espacios comunitarios de apoyo mutuo, prevención y autocuidado, articulados con el sistema sociosanitario y no subordinados a él.

#### **5. Incorporación de la voz de las mujeres rurales en el diseño de políticas públicas de salud**

Crear mecanismos estables de participación de las mujeres rurales en la planificación, evaluación y mejora de los servicios sociosanitarios. Sus experiencias deben ser consideradas una fuente legítima de conocimiento para la toma de decisiones, rompiendo con la lógica urbanocéntrica que las sitúa como sujetos pasivos.

#### **6. Mejora de la gestión administrativa con enfoque humano y de cuidados**

Las mujeres señalan la administración sanitaria como una de las principales barreras de acceso. Se propone simplificar los trámites, mejorar la coordinación entre profesionales y garantizar que cualquier médico disponible pueda ofrecer información básica (resultados, seguimiento), evitando desplazamientos innecesarios y sobrecarga emocional.

#### **7. Regulación de la relación entre salud y trabajo desde una perspectiva de género**

Revisar las condiciones laborales y los criterios de bajas médicas, reconociendo cómo la precariedad, la sobrecarga de cuidados y los trabajos feminizados impactan directamente en la salud de las mujeres rurales. La escucha y legitimación del malestar no debe depender de la concesión de una baja laboral.

#### **8. Aumento de la inversión pública en sanidad con perspectiva de género e investigación en salud de las mujeres**

Incrementar los presupuestos destinados a la sanidad pública rural, incorporando una perspectiva de género que priorice la investigación en salud de las mujeres, históricamente invisibilizada. Esta inversión debe traducirse en mejores condiciones laborales para el personal sanitario.

## INTERCAMBIO A NIVEL LOCAL

Las propuestas que se recogen a continuación emergen del diálogo entre profesionales sanitarios, sociales y comunitarios del territorio de Estepa y su zona básica, en contraste y complementariedad con las experiencias expresadas por las mujeres rurales. Estas propuestas ponen en el centro la **crisis estructural de la atención primaria**, su impacto específico en la salud de las mujeres y la necesidad de respuestas urgentes desde el ámbito local y autonómico.

### 1. Reconocimiento institucional de Estepa como zona de especial vulnerabilidad sociosanitaria

Se propone **visibilizar y desestigmatizar la situación de la Unidad de Gestión Clínica de Estepa**, reconociéndola oficialmente como una zona con grave déficit de recursos humanos. La normalización de esta precariedad ha generado una pérdida sostenida de calidad asistencial y un rechazo de profesionales a incorporarse al territorio.

Propuesta concreta:

- Difusión pública e institucional de la situación real de cobertura (en torno al 30–33%).
- Declaración de Estepa como **zona de difícil cobertura** por parte de la Consejería de Salud.

### 2. Incentivos estructurales para la atracción y permanencia de profesionales

La alta rotación de médicos y médicas impide la continuidad asistencial, clave en la atención primaria y especialmente relevante para la salud de las mujeres.

Propuesta concreta:

- Incentivos económicos, profesionales y de conciliación para atraer personal sanitario.
- Medidas específicas para facilitar la permanencia a medio y largo plazo.
- Reconocimiento del desgaste profesional y emocional del personal actual.

### **3. Garantizar la continuidad asistencial como eje de la atención primaria**

La falta de seguimiento longitudinal impide conocer la biografía, el contexto social y los determinantes de salud de las personas, afectando especialmente a mujeres con malestares complejos y enfermedades crónicas.

Propuesta concreta:

- Priorizar la asignación estable de profesionales a cupos y territorios.
- Evitar cambios continuos de médico/a en procesos crónicos y de salud de las mujeres.

### **4. Enfoque integral de la atención: más allá de la medicalización**

Se detecta una sobrecarga del modelo biomédico, donde los malestares de las mujeres se traducen rápidamente en medicación, especialmente ansiolíticos y sedantes, ante la falta de tiempo y recursos.

Propuesta concreta:

- Potenciar alternativas no farmacológicas: educación terapéutica, terapia grupal, apoyo psicológico comunitario.
- Derivación temprana a recursos psicosociales y comunitarios existentes (CIMM, asociaciones, programas locales).

### **5. Refuerzo y puesta en valor de la enfermería comunitaria y el trabajo social sanitario**

La atención primaria no puede centrarse exclusivamente en la figura médica. Enfermería y trabajo social son pilares fundamentales para el abordaje comunitario, preventivo y de los determinantes sociales.

Propuesta concreta:

- Recuperar y fortalecer la enfermería de familia y comunitaria.

- Reconocer el papel del trabajo social sanitario en los procesos de salud-enfermedad.
- Garantizar tiempo y recursos para intervenciones comunitarias.

## **6. Formación obligatoria y acreditada en salud y género**

La atención a las mujeres se ve atravesada por estereotipos de edad, peso, diagnósticos previos (fibromialgia, ansiedad) y roles de cuidado, que condicionan la escucha clínica.

Propuesta concreta:

- Formación obligatoria, acreditada y en horario laboral sobre salud de las mujeres, género e interseccionalidad.
- Vincular esta formación a méritos profesionales (bolsa, carrera, oposición).
- Bloquear agendas para garantizar la asistencia de todo el personal.

## **7. Atención específica a etapas invisibilizadas de la salud de las mujeres**

Se identifica una falta de programas estables y protocolizados en embarazo, parto, puerperio, climaterio y menopausia, que dependen en exceso de la voluntad individual de profesionales.

Propuesta concreta:

- Formalizar programas específicos y evaluables sobre climaterio y menopausia.
- Auditorías internas y grupos de trabajo interprofesionales para mejorar la atención a maternidades y puerperio.

## **8. Uso estratégico de recursos locales mientras persista la crisis estructural**

Ante la imposibilidad inmediata de cubrir todas las plazas, se propone una articulación real con recursos comunitarios existentes.

Propuesta concreta:

- Derivación y coordinación con el CIMM para malestares emocionales, salud mental leve y procesos de acompañamiento.
- Talleres grupales sobre ansiedad, autocuidado, menopausia, alimentación y salud emocional.
- Trabajo en red entre profesionales sanitarios, sociales y comunitarios.

## **9. Reorganización territorial de la Zona Básica de Salud**

La elevada dispersión geográfica y el tamaño de la zona dificultan una gestión eficaz y sobrecargan la coordinación.

Propuesta concreta:

- Estudiar la división de la Zona Básica de Salud en dos unidades más pequeñas.
- Reforzar la coordinación con más de una figura responsable.
- Implicar a los ayuntamientos del territorio en la presión institucional ante la Consejería.

## **10. Reducción de la sobrecarga de cuidados que recae sobre las mujeres**

La feminización de los cuidados impacta directamente en la salud física y mental de las mujeres y en su acceso a la atención sanitaria.

Propuesta concreta:

- Incorporar la corresponsabilidad en cuidados como eje transversal de la intervención sociosanitaria.
- Visibilizar y cuestionar la asignación automática del rol cuidador a las mujeres en las intervenciones profesionales.
- Promover cambios culturales desde la práctica profesional cotidiana.

## **11. Difusión pública de la situación sociosanitaria como estrategia política**

La gravedad de la situación ha sido normalizada y permanece invisibilizada a nivel autonómico.

Propuesta concreta:

- Estrategia de comunicación pública que sitúe a Estepa como caso paradigmático.
- Alianzas con medios, redes profesionales y movimientos sociales.
- Reconocer que Estepa es “la punta del iceberg” de una crisis más amplia en la sanidad rural andaluza.

## INTERCAMBIO AUTONÓMICO

El **Intercambio de Saberes a nivel autonómico** se concibe como un espacio colectivo de reflexión, diálogo y construcción de conocimiento compartido entre mujeres rurales, profesionales, entidades del tercer sector y agentes institucionales de distintos territorios de Andalucía. Este encuentro permitió identificar problemáticas comunes, necesidades estructurales y propuestas transformadoras en relación con la salud y la ruralidad, incorporando una mirada interseccional que visibiliza desigualdades de género, territorio, edad, clase, origen y orientación sexual.

### 1. Salud mental y emocional desde la ruralidad

Los participantes identifican la salud mental como una de las principales problemáticas, atravesada por la culpa, la soledad y la falta de recursos accesibles.

#### **Propuestas:**

- Promover el autocuidado sin culpa y el derecho al descanso.
- Formación en salud emocional y gestión emocional para profesionales sanitarios, sociales y educativos.
- Grupos de ayuda mutua informales impulsados desde ayuntamientos y tejido asociativo.
- Campañas específicas sobre el abuso de tranquilizantes en mujeres.
- Jornadas de salud mental en el ámbito rural.
- Creación de espacios seguros de apoyo emocional sostenido por profesionales de la psicología.
- Difusión clara de los recursos municipales y comarcales de apoyo a la salud mental.
- Impulso de actividades desde los CIMM y el Instituto Andaluz de la Mujer en los propios municipios rurales.

## **2. Cuidados y carga femenina: visibilización y corresponsabilidad**

El intercambio pone de manifiesto la feminización de los cuidados y su impacto directo en la salud física y emocional de las mujeres rurales.

### **Propuestas:**

- Visibilizar y dignificar el trabajo doméstico y de cuidados como un pilar que sostiene la vida.
- Creación y fortalecimiento de redes comunitarias de apoyo para el cuidado de menores y personas mayores.
- Información y puesta en marcha de unidades de respiro familiar desde dependencia, ayuntamientos y diputaciones.
- Formación prolongada y específica para hombres sobre corresponsabilidad y relaciones igualitarias (desde IES, CIMM y espacios comunitarios).
- Medidas reales de conciliación laboral y familiar (guarderías, ludotecas, flexibilidad horaria) que no recaigan exclusivamente en las mujeres.
- Sensibilización comunitaria para cuestionar los mandatos de género y la culpa asociada a no cumplirlos.

## **3. Salud sexual y reproductiva: entre el tabú y el derecho**

Se identifican importantes carencias en información, recursos y acompañamiento, especialmente en mujeres mayores y en entornos rurales con mayor control social.

### **Propuestas:**

- Educación afectivo-sexual integral desde la infancia hasta la adolescencia.
- Formación gratuita en centros de salud y educativos sobre salud sexual, menopausia y cambios físicos y emocionales en las mujeres.
- Revisiones ginecológicas periódicas garantizadas en la sanidad pública.
- Consultas específicas de salud sexual y reproductiva a través de matronas y personal de enfermería.
- Talleres de autoexploración y prevención.

- Acceso a anticonceptivos, preservativos y recursos de prevención, trabajando el estigma asociado a las ITS.
- Talleres dirigidos a familias para facilitar el diálogo y la educación sexual.

#### **4. Violencias y salud: abordaje integral**

Las violencias machistas, económicas, sexuales y estructurales impactan profundamente en la salud de las mujeres rurales, especialmente en contextos de aislamiento y dependencia.

##### **Propuestas:**

- Programas específicos de salud mental vinculados a situaciones de violencia de género.
- Creación y fortalecimiento de redes de apoyo comunitarias para mujeres en situación de violencia.
- Visibilización de mujeres LGTBIQ+ y mujeres migrantes en entornos rurales.
- Acciones de sensibilización para desmontar bulos sobre denuncias falsas.
- Incorporar la violencia económica y la violencia sexual en la pareja como ejes centrales de intervención.
- Actividades culturales (cinefórum, jornadas, charlas) en espacios públicos para generar reflexión social.
- Formación especializada en abordaje de violencias específicas (trata, mutilación genital femenina, explotación sexual), en coordinación con redes y entidades especializadas.

## **INTERCAMBIO ESTATAL**

El **Intercambio Estatal** permitió ampliar la mirada más allá del contexto autonómico, identificando problemáticas estructurales comunes en distintos territorios del Estado y generando propuestas orientadas a la transformación del sistema sociosanitario desde una perspectiva feminista, preventiva e integral. Las aportaciones ponen el foco en la salud de las mujeres, la detección de violencias, el reconocimiento de enfermedades profesionales feminizadas y la necesidad de una profunda revisión de la formación y organización de los servicios públicos.

### **1. Creación de espacios estables entre mujeres**

Se propone crear, de manera guiada y con perspectiva sanitaria, encuentros entre mujeres (asamblea de mujeres, grupos de apoyo, círculos de cuidado que favorezcan la generación de vínculos, redes de apoyo y autocuidado colectivo).

### **2. Sensibilización y poderío de las mujeres**

Se plantea la necesidad de ofrecer charlas y espacios formativos dirigido a las mujeres, que permitan cuestionar los mandatos de género, identificar situaciones de violencia y abrir caminos fuera de los roles tradicionales.

### **3. Formación y sensibilización integral de profesionales**

Se propone una revisión profunda de la formación de los y las profesionales sanitarios, incorporando una mirada feminista, interseccional y centrada en la realidad de las mujeres. No solo formar en “que es violencia”, sino en:

- Señales de salud que puedan indicar situaciones de violencia machista
- El papel del perfil sanitario y social en la detección, acompañamiento y apoyo al relato de las mujeres
- La responsabilidad profesional en la activación de recursos y procesos de denuncia, cuando así lo decida la mujer.

#### **4. Atención integral a la violencia machista desde el sistema sociosanitario.**

Se destaca la necesidad de formación específica en violencia machista, que permita una atención integral y coordinada.

Propuesta concreta:

- Reforzar la figura de la trabajadora social sanitaria como agente clave para la detección, acompañamiento y coordinación de casos de violencia.
- Incorporar indicadores claros para la detección de mujeres prostituidas o víctimas de explotación sexual.

#### **5. Reconocimiento de enfermedades profesionales feminizadas**

Se pone especial énfasis en la situación de colectivos como las camareras de piso o las matecaeras, donde el esfuerzo físico elevado genera patologías (túnel carpiano, lesiones musculoesqueléticas...) que no son siempre reconocidas como enfermedades de profesionales.

Propuestas concretas:

- Estudios específicos sobre enfermedades profesionales feminizadas.
- Sensibilización y formación para que profesionales sanitarios reconozcan el origen laboral de estas patologías.
- Que los informes médicos reflejen explícitamente la relación entre enfermedad y trabajo.

#### **6. Condiciones de los centros de salud, actualizar material y recursos.**

Se propone actualizar y mejorar las condiciones materiales y recursos de los centros de atención primaria, entendiendo que la precariedad de los medios limita la calidad asistencial.

Propuestas concretas:

- Dotación de ecógrafos y otras herramientas diagnósticas básicas en atención primaria.
- Descentralización de pruebas para evitar desplazamientos innecesarios y saturación hospitalaria.

### **7. Refuerzo de coordinación sociosanitaria entre los diferentes profesionales.**

Se identifica como clave la coordinación real entre profesionales sanitarios, sociales y comunitarios, facilitando el intercambio profesional de historias e información relevante para detectar y mejorar la detección de malestares complejos, violencias y situaciones de vulnerabilidad que sufren las mujeres.

### **8. Cambio estructural en la formación profesional**

El intercambio concluye con la necesidad de dar un giro en la formación inicial y continua de los profesionales sanitarios.

Claves del cambio:

- Incorporación de la perspectiva de género y de derechos humanos como ejes transversales
- Entender la salud de las mujeres desde una mirada biopsicosocial
- Reconocer el impacto del trabajo, los cuidados y las violencias en la salud

## **8. CONCLUSIONES**

## 8. Conclusiones

La presente investigación ha permitido visibilizar cómo la salud de las mujeres en entornos rurales no puede entenderse desde una mirada reduccionista ni exclusivamente biomédica, sino como un proceso complejo, situado y atravesado por múltiples determinantes sociales, económicos, culturales y políticos. A lo largo del estudio se ha constatado que las desigualdades de género, clase, territorio, origen, edad, orientación sexual y situación administrativa se entrecruzan, generando formas específicas de vulneración del derecho a la salud para las mujeres rurales.

Los resultados ponen de manifiesto que el modelo sanitario hegemónico continúa reproduciendo sesgos androcéntricos, patriarcales y urbanocéntricos que invisibilizan los malestares, necesidades y experiencias de las mujeres, especialmente en contextos rurales. La medicalización del malestar, la infradiagnóstico, la falta de atención integral y la escasez de recursos especializados se presentan como prácticas recurrentes que impactan negativamente en la salud física y mental de las mujeres y cuerpos feminizados. Estas dinámicas se ven agravadas por la precarización de los servicios públicos, la falta de personal sanitario y las barreras geográficas propias del medio rural.

Desde una perspectiva biopsicosocial feminista, se evidencia que la salud está profundamente condicionada por la sobrecarga de trabajos de cuidados, la precariedad laboral, la pobreza de tiempo, las violencias estructurales y la ausencia de políticas públicas que sitúen la sostenibilidad de la vida en el centro. La tensión capital-vida emerge como un eje analítico fundamental para comprender cómo el sistema económico y social prioriza la productividad y el mercado por encima del bienestar, generando malestares que posteriormente son individualizados y patologizados por el sistema sanitario.

La metodología de Investigación Acción Participativa ha demostrado ser una herramienta clave para legitimar los saberes de las mujeres rurales como conocimiento válido y transformador. Escuchar sus voces, experiencias y estrategias de resistencia ha permitido construir un diagnóstico más ajustado a la realidad y evidenciar la necesidad de generar políticas y prácticas sanitarias que partan de los territorios y de quienes los habitan. Las mujeres rurales no son sujetos pasivos ni carentes de conocimiento, sino agentes activas de cambio con capacidad de análisis, organización y propuesta.

Asimismo, el estudio confirma la urgencia de incorporar de manera efectiva una perspectiva de género interseccional y decolonial en la atención sociosanitaria, que permita cuestionar los sesgos existentes en la ciencia médica y en la praxis clínica. Sin esta mirada crítica, las políticas sanitarias corren el riesgo de perpetuar desigualdades y violencias institucionales, especialmente hacia las mujeres más vulnerabilizadas.

En conclusión, mejorar la atención sociosanitaria en los entornos rurales no es únicamente una cuestión de ampliar recursos, sino de transformar el modelo de salud vigente. Apostar por una salud feminista implica reconocer la diversidad de experiencias, poner en el centro la vida y los cuidados, y garantizar la participación activa de las mujeres rurales en la toma de decisiones. Solo a través de un enfoque integral, comunitario y situado será posible avanzar hacia sistemas de salud más justos, equitativos y comprometidos con el buen vivir de las mujeres y sus comunidades.

## Bibliografía

- Asociación para la Cooperación con el Sur. (2010). En L. Cabnal, *Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala* (pp. 1–19). Asociación para la Cooperación con el Sur.
- Aurora Báez Boza. (2023). Sanidad en Andalucía: recortes, abandono de las periferias y huelga de médicas. *El Salto*. <https://www.elsaltodiario.com/sanidad-publica/sanidad-andalucia-recortes-abandono-periferias-huelga-medicas>
- Belza, M. J., González-Recio, P., Moreno-García, S., Donat, M., Iglesias, A., Guerras, J. M., Granda, E., Palma, D., & Barba, R. (2024). *Transaludes. Salud en personas trans y/o no binarias en España*. Instituto de Salud Carlos III.
- Borrego-Castellano, C., Cingolani, C., & Tuvilla-Rodríguez, M. (2024). *La vida de las mujeres en el centro. Análisis de las violencias económicas a las mujeres rurales: el caso de Extremadura*. Mujeres en Zona de Conflicto.
- Cabnal, L. (2010). Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala. En *Feminismos diversos: El feminismo comunitario* (pp. 1–19). Asociación para la Cooperación con el Sur.
- Carrasco-Bengo, C. (2017). La economía feminista: Un recorrido a través del concepto de reproducción. *Ekonomiaz*, 91, 52–77.
- Castillo, C. (2014). *La Cerda Punk: ensayos desde un feminismo gordo, lésbiko, antikapitalista y antiespecista*. Valparaíso.
- Confederación Salud Mental España. (2024). *Libro blanco: Salud y género*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Libro-blanco-salud-genero.pdf>
- Diéguez, A. (1999). Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(72), 637–652.
- EAPN España. (2023). *Informe del Estado de la Pobreza 2023*. <https://share.google/v1RtgN2l4LK3oIfwW>
- Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados*. Capitán Swing.
- Federici, S. (2010). *Caliban y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de Sueños.
- Federici, S. (2017). *En alabanza al cuerpo danzante*. Brujería Salvaje. <https://brujeriasalvaje.blogspot.com/2017/06/en-alabanza-del-cuerpo-danzante-por.html>
- Federici, S. (2022). *Ir más allá de la piel: Repensar, rehacer y reivindicar el cuerpo en el capitalismo contemporáneo*. Traficantes de Sueños.

- Foucault, M. (1989). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- Fundación Soberanía Sanitaria. (2020). *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Tinta Limón.
- Gil-Borrelli, C. C., Velasco, C., Iniesta, C., Beltrán, P. de, Curto, J., & Latasa, P. (2017). Hacia una salud pública con orgullo. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 175–177.
- Héritier, F. (2002). *Masculin/Féminin II. Dissoudre la hiérarchie*. Odile Jacob.
- Infocop. (2024). *La salud mental en la hoja de ruta para las políticas de igualdad hasta 2025*. <https://www.infocop.es>
- Instituto de las Mujeres. (2022). *Monográfico Salud y Género*. <https://www.inmujeres.gob.es>
- Instituto Romanò para Asuntos Sociales y Culturales. (s.f.). *Salud y mujer en riesgo de exclusión en el ámbito rural en Andalucía*. <https://institutoromano.org>
- Junta de Andalucía. (2024a). *Aprobado el Proyecto de Ley del Estatuto de las Mujeres Rurales y del Mar*. <https://www.juntadeandalucia.es>
- Junta de Andalucía. (2024b). *Andalucía impulsa el papel de la mujer en el medio rural*. <https://www.juntadeandalucia.es>
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo. (2007). <https://www.boe.es>
- LolaFPalenzuela. (2022). *Barreras e invisibilidad para las mujeres rurales andaluzas*. La Poderío.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, (9), 73–101.
- Millett, K. (2019). *Viaje al manicomio*. Seix Barral.
- Montalbetti, C. J. L. (2022). *Cuerpas Gordas de Abya Yala: Colonialidad, racismo y gordofobia*.
- ONU Mujeres América Latina y el Caribe. (2025). *Declaración El ascenso de las mujeres rurales*. ONU Mujeres.
- Organización de las Naciones Unidas. (s.f.). *Día Internacional de las Mujeres Rurales*. <https://www.un.org>
- Paul B. Preciado. (2020). *Testo yonqui*. Anagrama.
- Pérez-Orozco, A. (2019). *Subversión feminista de la economía*. Traficantes de Sueños.
- Pérez Prieto, L., & Domínguez Serrano, M. (2015). Una revisión feminista del decrecimiento. *Revista de Economía Crítica*, 34–57.

- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder. En *La colonialidad del saber* (pp. 201–246). CLACSO.
- Roberts, D. (1999). *Killing the Black body*. Random House.
- Rosas-Guevara, M., & Cassanova, A. (2021). Violencia epistémica. *Investigium IRE*, 12(1), 27–39.
- Sanz, M. (2017). *Clavícula*. Anagrama.
- Talón, M. (2022). *Salud mental, mujer y perspectiva de género*. Grupo 5.
- Torrano, A. B. G. (2023). Contributions from southern feminisms. *Resistances*, 4(7). <https://doi.org/10.46652/resistances.v4i7.116>
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Cátedra.
- Valls-Llobet, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina*. Capitán Swing.
- Velasco-Arias, S. (2009). *Sexos, género y salud*. Biblioteca Nueva.
- World Health Organization. (2023). *Global Strategy for Women's Health*. WHO.
- World Health Organization. (s.f.). *Constitución de la OMS*. WHO.