

Diálogo intergeneracional

¿Qué hace una Red como la nuestra: dónde estamos?

Esta mesa coloquio propone una reflexión colectiva sobre cómo seguir construyendo CAPS desde el respeto, el cuidado y la adaptación al contexto social, político, económico y sanitario actual. A través de las intervenciones de las ponentes, se abordarán los retos organizativos, el valor de la diversidad y la importancia de la sensibilización y la formación, destacando el papel clave de la revista *MYS* como herramienta de difusión y pensamiento crítico feminista en torno a la salud de las mujeres. El encuentro pretende concluir con un diálogo abierto y un mensaje optimista orientado al futuro compartido.

Pilar Babi
Lola Márquez
Isabel Soriano
Carme Valls

Diálogo intergeneracional

Tejiendo el futuro: propuestas en construcción

Preguntarse dónde estamos supone parar, observar, analizar...e invita a reflexionar sobre el sentido de lo que hacemos: *¿qué es para nosotras la salud de las mujeres?, ¿por qué es importante?*

El objetivo de este coloquio intergeneracional es conocer y poner en valor la historia de RedCAPS, el contexto en que se inicia, a qué necesidades responde y cómo se desarrolla, para entender el presente y reconocer el lugar que ocupa actualmente. Con orgullo de nuestro pasado y esperanza en el futuro.

Enriqueta Barranco
Mercè Botinas
Anna Freixas
Yolanda Garza

Antes de prescribir: dónde se cuelan los sesgos de género

Antes de llegar a la prescripción, el proceso clínico ya está atravesado por sesgos de género que influyen en cómo se escucha, se interpreta y se legitima el malestar de las mujeres. Esta intervención pone el foco en las fases previas al diagnóstico, donde la banalización del dolor, la psicologización de los síntomas y el androcentrismo biomédico operan de forma estructural e invisible. Estos sesgos no son errores individuales, sino prácticas normalizadas que generan inequidades en salud. Visibilizarlos es imprescindible para una atención sanitaria justa, basada en la evidencia y en los derechos de las mujeres.

Idoia Ugarte

Profesora Titular de la Universidad de Castilla La Mancha (UCLM)

Coordinadora de Titulación Grado en Enfermería y del Máster Universitario de Antropología aplicada

Grupo de Trabajo de Morbilidad y Farmacocinética Diferenciales CAPS

Toledo

Clítoris: historia, ciencia y resistencia

Durante siglos, la anatomía del cuerpo de la mujer ha sido descrita, interpretada y representada desde una mirada profundamente androcéntrica, centrada casi exclusivamente en los órganos reproductivos. En este contexto, el conocimiento sobre las estructuras vinculadas al placer ha sido omitido, minimizado o directamente tergiversado. Uno de los ejemplos más claros de esta invisibilización es el clítoris, un órgano dedicado exclusivamente al placer, cuya anatomía completa no fue representada con precisión hasta bien entrado el siglo XXI. A pesar de contar con más de 10.000 terminaciones nerviosas y una compleja extensión interna que incluye los crura, los bulbos vestibulares, el glande, el cuerpo y los nervios que lo conectan con otras estructuras genitales, los manuales académicos de anatomía, ginecología y ciencias de la salud continúan representando el clítoris como un simple botón externo o de manera incompleta.

La próstata en la mujer, constituye otro ejemplo de órgano sistemáticamente ignorado. Existe una amplia cantidad de estudios científicos que han demostrado de forma rigurosa que estas glándulas presentan características fisiológicas y bioquímicas similares a la próstata en el hombre, e incluso son capaces de producir líquido prostático. Sin embargo, la mayoría de los libros académicos no la mencionan o la diluyen en descripciones genéricas del llamado “punto G” o del tejido uretral. Esta ausencia de reconocimiento ha generado confusión, desconocimiento y, en muchos casos, la patologización de sensaciones o secreciones normales del cuerpo en las mujeres. La próstata en la mujer, al igual que el clítoris, forma parte de un entramado anatómico y neurovascular en el que también participan la vulva, la vagina, el vestíbulo vulvar y el ano, configurando una zona perineal compleja e interconectada.

La educación tradicional ha contribuido de manera decisiva a la perpetuación de este sesgo. La comunidad científica y sanitaria se gradúa sin haber visto nunca una representación tridimensional o funcional del clítoris completo ni de la próstata en la mujer. Esta carencia se traduce en una falta persistente de investigación, diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados y, sobre todo, en una profunda desconexión entre las mujeres y su propio cuerpo. La invisibilidad de estas estructuras no es únicamente anatómica, sino también simbólica y política. Revisar y divulgar la anatomía del clítoris, la próstata femenina y el conjunto de la zona clítoris-vagina-próstata-uretra-ano no constituye solo un acto de justicia científica, sino también una poderosa herramienta de empoderamiento.

Referencias Bibliográficas

- Campos-Salinas J. (2023). La Próstata y la Eyaculación en las Personas con Vulva: ¿es un órgano invisibilizado por el sesgo androcéntrico? Trabajo de investigación de final de master. UNED
- Campos-Salinas J y Santarone S. (2025). Clítoris: lo que no te contaron. Editorial Disidencias. España
- O’Connell, H. E., Eizenberg, N., Rahman, M., Cleeve, J. (2008). The anatomy of the distal vagina: Towards unity. *Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 1883–1891.
- Haller, B., Brock, J., Chung, E., & O’Connell, H. E. (2025). Comparison of female and male prostate glands. *BJU International*, 135(4), 582–585.
- Zaviacic, M. (1999). *The Human Female Prostate: From Vestigial Skene’s Paraurethral Glands and Ducts to Woman’s Functional Prostate*. Slovak Academic Press.

Jenny Campos-Salinas

*Doctora en Biología, Sexóloga y divulgadora científica
Investigadora en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)*

Feminética farmacológica. ¿Hasta cuándo van a seguir medicándonos como si fuéramos hombres?

Llegó SG-RECLIP

Los medicamentos no actúan exactamente igual en hombres y mujeres. Las diferencias en la composición corporal pueden hacer que un fármaco se absorba, se distribuya o se elimine de forma distinta.

Por eso, en algunos casos, las mujeres pueden necesitar dosis diferentes y por ello a igualdad de dosis, tener más efectos secundarios. Tener en cuenta el sexo puede ayudar a que los tratamientos sean más seguros y eficaces.

A pesar de que la legislación y las recomendaciones científicas exigen considerar el sexo y el género en la investigación médica, este enfoque sigue sin aplicarse de forma sistemática, lo que puede limitar la seguridad y eficacia de los tratamientos.

Las mujeres han estado infrarrepresentadas en los estudios clínicos, lo que ha provocado que parte del conocimiento sobre medicamentos se base principalmente en datos obtenidos en hombres, poniendo en duda la seguridad de algunos tratamientos farmacológicos.

María Gil

*Farmacéutica comunitaria y secretaria de la Junta de CAPS
Grupo de Trabajo de Morbilidad y Farmacocinética Diferenciales CAPS
València*

VIOLENCIA Y VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN GAZA

La Red-Caps en su XXIII seminario de autoformación,

DECLARA:

- nuestro apoyo a las mujeres palestinas, y especialmente a las gazatíes, que continúan criando y cuidando a sus seres queridos, muchas de ellas enfermas, o cuidando a personas heridas o lesionadas, o en terribles condiciones de salud;
- nuestro abrazo a las 690.000 mujeres y niñas de Gaza (según estimaciones de la UNRWA), quienes en medio de las bombas, han tenido que menstruar en condiciones infrahumanas, disponiendo de apenas 1,5 litros al día de agua por persona, y han tenido que recurrir a alternativas insalubres, recurriendo a trozos de tela sucios y desgastados exponiéndose a infecciones y otros múltiples problemas de salud;
- nuestra solidaridad con todas las mujeres embarazadas en Gaza que han sufrido las consecuencias de los bombardeos y la destrucción del sistema sanitario de salud gazatí, y han tenido que vivir su embarazo sin seguimiento, con una alta tasa de embarazos y partos de alto riesgo con aumento de sangrados y sepsis, pariendo “en el infierno”;
- nuestro dolor infinito por todas esas madres que han sobrevivido a sus hijos, cuyas vidas han sido truncadas de la manera más terrible, pero que no por ello dejarán de haber sido madres;
- nuestro enorme respeto a las mujeres y niñas, a los niños y a los hombres por seguir en pie, sufriendo desplazamientos forzados, algunas más de 10 veces en estos dos años;
- nuestro cariño a las niñas y adolescentes que viven en Gaza, quienes se están desarrollando en condiciones muy adversas, y especialmente a las niñas y niños;
- nuestro más profundo pesar por todas las víctimas de este genocidio, y nuestra más sincera condolencia a todas las familias que lloran a sus seres queridos asesinados. Muchas personas en Gaza han perdido a toda su familia. Niños y niñas que han perdido no sólo su hogar, su escuela, su infancia sino además que han perdido a todos sus amigos y amigas, a toda su familia.

SEÑALA:

- al estado de Israel y su presidente Benjamín Netanyahu, quien continúa cometiendo genocidio contra el pueblo palestino en Gaza y masacres en el resto de tierras ocupadas en Cisjordania;
- a los gobiernos neocoloniales del Norte global, quienes condescienden y permiten que los genocidios y las atrocidades en contra de los pueblos subalternos del mundo se perpetúen en su nombre;
- a nuestras autoridades, sanitarias incluidas, que no han hecho todos los esfuerzos posibles y que han dejado abandonadas a su suerte a las mujeres y niñas de Gaza, y a todo el pueblo palestino gazatí, especialmente con el precedente del enorme esfuerzo exhibido para con la población ucraniana, habiendo evacuado a muy pocos niños, niñas y mujeres, cuando en nuestro territorio disponíamos de medios para poder haber ayudado a la recuperación de las personas que sufrían graves heridas. Como mujeres, sabemos que la violencia en contra de las mujeres en Palestina es frecuentemente despolitizada, cuando en realidad es producto directo del bloqueo, el asedio y la ocupación, desde los *checkpoints* que bloquean el acceso a hospitales, a las bombas que destruyen las maternidades, a los bloqueos que matan de hambre a las embarazadas y niñas.

La salud sexual y reproductiva no es un problema marginal, atañen a los derechos humanos más fundamentales ya que dejan huellas profundas y duraderas en las vidas de las mujeres, y su destrucción es, además de un marcador de atrocidad, un crimen. Sabemos que eliminar a las niñas, adolescentes y mujeres de una tierra es condenar al pueblo que la habita a su desaparición.

Queremos también recordar a las mujeres que viven en otras situaciones de guerra o de conflicto armado sufriendo violencia extrema, especialmente a las que habitan esos territorios en los que Occidente es cómplice, bien por su inacción en los organismos internacionales para defender los derechos de las mujeres y la infancia o bien porque Occidente ha colaborado en esas guerras por su proyecto colonial. Mujeres del Sur Global: de la República Democrática del Congo, Yemen, Venezuela, Cuba, Camboya...

Reconocemos el dolor y el miedo que persisten en nuestras propias comunidades. Pensamos, en particular, en las familias migrantes de Minnesota y de todo el país que, incluso en emergencias médicas, evitan buscar atención por temor a ser separadas o detenidas por el Servicio de Control de Inmigración (ICE). El derecho a la salud no debería nunca estar condicionado por el estatus migratorio.

Como red de mujeres que ayudamos a cuidar la salud de las mujeres, declaramos que no olvidaremos los daños cometidos a las mujeres, que trabajaremos por apoyar a las mujeres palestinas y a amplificar su voz, apoyaremos las iniciativas de otras organizaciones que luchan por acabar con el genocidio, y exigiremos una rendición de cuentas de los responsables de esta destrucción masiva de la dignidad más básica de las mujeres: sin justicia no puede haber paz.

El género importa en el uso seguro del medicamento: Las mujeres sufren más problemas relacionados con la medicación

El uso seguro del medicamento no es indiferente al sexo y género, y la evidencia muestra que ser mujer constituye un factor de peor pronóstico en salud y de mayor riesgo de problemas relacionados con la medicación. Existen diferencias farmacológicas por sexo vinculadas, entre otros factores, a la influencia hormonal, la expresión de enzimas metabólicas y el aclaramiento renal, que condicionan la respuesta y la seguridad de los fármacos. A pesar de ello, la mayoría de las prescripciones se realizan con dosis estándar que no tienen en cuenta estas diferencias. La menopausia supone un reto invisibilizado, al asociarse a cambios hormonales e inflamatorios que pueden modificar tanto la eficacia como la tolerancia a los medicamentos.

Connie Marín

Doctoranda en farmacología con perspectiva de género

Institut de recerca de Sant Pau & UAB

Directora de Scib Biomédica Barcelona

Grupo de Trabajo Salud Hormonal CAPS

Salud perinatal: una mirada preventiva, biopsicosocial y salutogénica para transformar futuros

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala la necesidad de integrar los cuidados de la salud perinatal dentro de la atención maternoinfantil. Garantizar una asistencia adecuada para madres, bebés y familias supone un gran desafío, pero ya no podemos ampararnos en el desconocimiento. Hoy entendemos mejor el malestar que atraviesan muchas mujeres, madres y criaturas, y contamos con herramientas eficaces basadas en la evidencia científica para no sólo restaurar su bienestar, sino también para prevenir dificultades en las generaciones futuras.

En esta comunicación abordaremos cómo es “estar en salud” a nivel biopsicosocial y desde un modelo salutogénico, pues cuando se cuida de manera holística la etapa perinatal (desde la preconcepción hasta la primera crianza), no sólo mejora el presente de la díada madre-bebé, sino que constituye una prioridad para la salud de la población del futuro.

Lola Márquez

Psicóloga

Psicóloga Perinatal e InfantoJuvenil

Grupo de Trabajo de Salud Perinatal CAPS

Vigilancia de la salud en el trabajo con perspectiva de género

Incorporar la perspectiva de sexo-género en la atención médica y en la salud laboral implica reconocer que las diferencias biológicas, sociales, culturales y medioambientales entre mujeres y hombres influyen de manera diferente en la forma sobre cómo se enferman y les afectan los riesgos profesionales, así como dar pautas para contemplar medidas de prevención, y de promoción de la salud diferentes entre mujeres y hombres. También en la salud laboral, lo normativo es el modelo masculino.

Desde los equipos y materiales de protección individual o colectiva necesarios para la realización de las actividades laborales, pasando por los riesgos profesionales diferenciales, como la exposición a productos químicos o físicos muchas veces sin protección; o la desvalorización de los síntomas y quejas de las mujeres en el ámbito laboral, como el estrés emocional y la carga física diaria, en las actividades de cuidado a terceras personas o el trabajo doméstico, o los movimientos de repetición con equipos electrónicos como algunos de los principales ejemplos de las desigualdades y diferencias entre mujeres y hombres en el ámbito de la salud laboral.

“Lo invisible que hace daño” como cualquier forma de expresión de violencia laboral, acallada posteriormente con antidepresivos/ansiolíticos prescritos y por prejuicios sociales que siguen perpetuando prácticas de poder laboral destructivo de la salud humana o el gran reto de la conciliación familiar, personal y profesional, con un elevado peso para las mujeres que requiere un abordaje integral y conocedor de la realidad. También la doble o triple jornada, combinando trabajos con más trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, sin soporte social o laboral, y con un impacto significativo en la salud física y mental de las mujeres, como una realidad agotadora para ellas.

Turnos rotativos y turnos nocturnos, sin estudio previo del impacto real que pueden tener para la salud de las mujeres y sin una vigilancia de salud laboral adecuada e incapaz de reconocer la relación laboral, quedando nuevamente invisible o infradiagnosticada, como en el caso del cáncer de mama, o de pulmón, así como mucha patología cardiovascular o músculo-esquelética.

Todo conlleva a un aumento del riesgo de agotamiento, trastornos musculoesqueléticos y problemas de salud mental, enfermedades cardíacas, predisposición a enfermedades autoinmunes, oncológicas y alteraciones menstruales que disminuyen la calidad de vida de las mujeres, contribuyendo a la mayor prevalencia de comorbilidades de las mujeres en cualquier edad.

El enfoque de sexo-género en salud laboral debe ser aprendido en la formación básica y superior universitaria, estar incluido en el día a día de las instituciones de salud, en las políticas públicas e instituciones de investigación, todas conocedoras de las realidades de las mujeres, que estudian a las mujeres, que escuchan a las mujeres y que observan a las mujeres.

RedCAPS, a través de su Grupo de Morbilidad Diferencial propone, una anamnesis diferencial laboral capaz de prevenir, detectar precozmente y promover la salud de las mujeres, a todas y todos quienes diariamente convivimos con mujeres y hacemos Salud.

Noémia Loio

Mujer feminista, médica especialista en Medicina del Trabajo

Master en Salud Laboral por la Universidad de Coimbra, Portugal

Ejerce en el Hospital de Santo António, Porto, Portugal, Coordinadora de médicos/as residentes

Miembra de la Red CAPS con mucho gusto,

Amante de los calçots catalans!, de las luchas feministas españolas! Y de la IBERIA federalista!

Perspectiva de sexo y género en la formación sanitaria: hacia una práctica clínica justa y de calidad

La formación sanitaria tradicional ha tendido a presentar la “neutralidad” como sinónimo de rigor, cuando en realidad muchas veces ha tomado como referencia implícita un modelo parcial: el de un cuerpo y una experiencia de salud normativos. Esta ponencia plantea por qué la perspectiva de sexo y género debe formar parte de cualquier formación sanitaria orientada a la calidad: porque condiciona la epidemiología, la presentación clínica, la farmacología, la respuesta a tratamientos, la exposición a determinantes sociales y la interacción con el sistema sanitario.

A partir de ejemplos clínicos, revisaré cómo los sesgos de sexo y género pueden generar infradiagnóstico, sobrediagnóstico, errores terapéuticos o desigualdades en acceso y calidad de la atención. También abordaré el riesgo de caer en esencialismos (convertir diferencias promedio en estereotipos) y cómo sostener una mirada crítica: integrar evidencia biomédica sobre sexo (biología) sin perder de vista que el género, junto con otros ejes (edad, clase social, origen, discapacidad, orientación sexual), estructura experiencias de salud y enfermedad.

Finalmente, propondré estrategias docentes concretas y evaluables: incorporar esta perspectiva en competencias, casos clínicos, simulación, guías de práctica, investigación y evaluación, con herramientas que permitan al profesorado y al alumnado detectar sesgos, formular mejores hipótesis diagnósticas y tomar decisiones más ajustadas a la diversidad de pacientes. El objetivo es avanzar hacia una práctica clínica más segura, responsable, equitativa y científicamente sólida.

Gemma Parramon

Psiquiatra del Hospital Vall d'Hebron y profesora asociada de la UAB

Grupo de Trabajo Formación CAPS

Barcelona