



## POSICIONAMIENTO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Desde la Federación Española de Estudiantes de Medicina para la Cooperación Internacional (IFMSA-Spain), como representantes de veintitrés comités locales, manifestamos nuestra condena hacia todo tipo de violencia, incluida la violencia de género. Con este posicionamiento, la comisión de Salud Reproductiva, Sexual, VIH/SIDA y otras ITS, queremos manifestar nuestra preocupación por las dimensiones mundiales de dicho problema.

### INTRODUCCIÓN

Todavía hoy existen estructuras sociales que perpetúan y justifican un trato social discriminatorio hacia la mujer, sustentadas en cuestiones de género (culturalmente construidas), y cuyas repercusiones pueden verse en distintos ámbitos. En la práctica totalidad de las culturas conocidas, las diferencias de género se traducen en desigualdad social, y tanto las mujeres como los valores considerados femeninos ocupan siempre un nivel de subordinación respecto a los varones y los valores conceptuados como masculinos **(1)**.

Nos gustaría aclarar que el término “violencia de género” hace referencia directa y precisa a la raíz o base sociológica de esa violencia -las diferencias de género-, y por ello lo hemos seleccionado. Este término no solo engloba la violencia del hombre contra la mujer, sino también contra personas con identidades de género antinormativas, como son las personas trans y personas con identidades no binarias. Pese a ello, queremos realizar un abordaje específico de la violencia del hombre contra la mujer para plasmar de manera más consistente el trato desfavorable al que nos referimos. Somos conscientes de que con ello separamos causas y luchas que en su base sociológica son muy parecidas, sino iguales.

Así mismo, nos gustaría recalcar que utilizaremos el término “violencia” en un sentido más amplio que el que habitualmente se le concede. En este posicionamiento, queremos abordar la violencia contra la mujer como una “violencia estructural”, en donde las diferencias de género socialmente perpetradas tejen unas redes de discriminación sólidas, que van mucho más allá de la violencia física o verbal del hombre contra la mujer. Nuestra modesta labor aquí será dar luz, con nuestro particular punto de vista como estudiantes de medicina, a esa violencia estructural que queda oculta en nuestra área, la medicina.



## VIOLENCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA Y ASESINATO

Desde el 2007 hasta lo que llevamos de 2016 han sido asesinadas más de 650 mujeres a manos de sus parejas o exparejas. Decimos más de 650 porque no se contabilizan dentro de este recuento aquellas asesinadas en el ámbito de la prostitución (unas 31 mujeres del 2010-2015), por trata o por violencia comunitaria, por lo que la cifra distaría mucho de la real. Esto es el resultado de la violencia de género en España, donde el 15,5% de las mujeres de más de 16 años afirman haber sufrido violencia física, sexual o haber sentido miedo de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida y donde la cifra aumenta al 25,4% si hablamos de las mujeres mismo rango de edad que han sufrido violencia psicológica de control **(2)**.

Si ampliamos la vista, en todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En total, un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja. Casi la mitad de las mujeres que mueren por homicidio son asesinadas por sus maridos o parejas actuales o anteriores, un porcentaje que se eleva al 70% en algunos países **(3)**.

El problema no acaba en la dimensión de los datos, sino en la dinámica al alza en la que ha entrado, en concreto, nuestro país. El Consejo de la Juventud de España ya ha manifestado su preocupación ante el aumento del 15,4% de los casos de violencia de género el año pasado entre menores de edad (según el INE) y considera alarmante que uno de cada tres jóvenes justifique actitudes que sostienen múltiples violencias machistas, como el control de la pareja, que recibe la aprobación del 33% de la juventud como dejó patente el CIS en un estudio de 2013 **(4)**.

No debemos olvidarnos tampoco de las otras víctimas de esta violencia: los niños/as. Alrededor de 800.000 menores en España conviven a diario con el maltrato a sus madres y a consecuencia de ello pueden padecer problemas físicos, trastornos psicológicos, problemas de conducta y dificultades cognitivas derivadas de su exposición a esta violencia.

Nos parece interesante aportar un dato para la reflexión sobre la violencia física en términos generales: cerca del 95% de los homicidas a nivel mundial, son hombres. De las víctimas de estos homicidios, 8 de cada 10 son hombres. Estos datos responden a un contexto cultural en donde la construcción de género de lo "masculino" (educado a los niños desde la cuna de forma incuestionable) lleva aparejadas ideas como el control, la agresividad e incluso a veces la violencia física. Cuando hablamos de violencia, siempre ponemos el punto de vista en "grupos radicales", religiones, ideologías... pero nunca se pone el acento en qué sexo ejerce dicha violencia. Nos parece que este análisis aporta mucho más entendimiento a la génesis de la violencia **(5)**.



## VIOLENCIA ECONÓMICA

Según datos de la Unión Europea (UE en adelante), a fecha de 2009, la tasa de empleo masculina superaba en más de un 10% a la femenina (75% frente al 63%)(6). No obstante, estos datos varían si los ajustamos según el país y/o el sector laboral que analicemos. En los últimos años hemos avanzado en cuestiones de igualdad de género, tanto sociales como laborales. Ejemplo de ello es que en 2010 más de la mitad de los graduados y graduadas universitarios europeos (60%) fueron mujeres(6).

Sin embargo, los datos de la UE coinciden con los de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE en adelante) en que la proporción de mujeres que estudian carreras relacionadas con la salud y los cuidados, la educación y los servicios sociales es muy superior a las que estudian informática, ingeniería o ciencias y matemáticas (un 80% frente a un 20-40% según la OCDE en 2015 y con pocas diferencias entre los países miembros)(6) (7) (8). La segregación educacional tiene evidentes consecuencias laborales, pues mientras las mujeres son la mayor fuerza trabajadora del sector servicios, en industria y agricultura lo son los hombres (9). En consecuencia, nos encontramos ante mercado laboral segregado en el que existen ocupaciones y sectores proporcionalmente femeninos o masculinos, detrás de los cuales subyacen cuestiones de género.

La incorporación de la mujer al mundo del trabajo es un hecho innegable, pero, ¿se hace en igualdad de condiciones? Actualmente, en la Unión Europea las mujeres ganan de media un 16% menos que los hombres por hora trabajada. Este porcentaje se conoce con el nombre de brecha salarial. El país donde nos encontremos, el capital humano del/de la trabajador/a (su educación, la edad como medida de su experiencia laboral...), el número de horas trabajadas, la antigüedad en la empresa, su tamaño, que sea pública o privada, el tipo de industria o sector al que pertenece, la ocupación del trabajador y el tipo de contrato (temporal o fijo) son algunos de los factores que explican ese 16% (10)(11). Siendo tantos, expresar la brecha salarial sin tener en cuenta todos los factores de los que depende (*brecha salarial no ajustada*) es una falacia. ¿Por qué dentro de una misma empresa dos personas con igual capital humano y con el mismo tipo de contrato, pero con distinta ocupación iban a ganar lo mismo? La lógica nos lleva a pensar que quien ocupe el puesto de mayor responsabilidad deberá ganar más. Sin embargo, cuando se expresa la brecha condicionada a estos factores (*brecha salarial ajustada*), es decir, hombre y mujer con igual capital humano, en la misma empresa, con el mismo tipo de contrato y en puestos de igual responsabilidad, se observa que aunque la brecha se reduce, sigue existiendo y que perjudica a la mujer (10). En resumen, a igual trabajo no hay igual salario.





La brecha salarial ajustada también recibe el nombre de no explicada, pues una vez eliminados los factores condicionantes, ¿qué explica que siga existiendo? Por otra parte, que estos condicionantes puedan explicar parte de la brecha (brecha salarial explicada), no significa que la justifiquen. Por ejemplo, más del 75% de las personas que trabajan a tiempo parcial son mujeres **(6)(7)**. Es decir, las mujeres trabajan menos horas al día recibiendo un salario a cambio menor que los hombres. Pero trabajar menos horas al día debería traducirse en ganar menos dinero a la semana o al mes y no por hora, pues recordemos que la brecha salarial se expresa en porcentaje por hora trabajada. Además, el tiempo que dedican al trabajo (remunerado y no remunerado) es mayor. Es decir, los datos indican que las mujeres trabajan más horas el día, pero que las remuneradas son menores **(12)**. Detrás de estos datos, nos encontramos con el hecho de que las mujeres continúan dedicando más tiempo al cuidado del hogar, de los hijos y de las personas dependientes (trabajo no remunerado) que los hombres.

A largo plazo, la principal consecuencia del trabajo a tiempo parcial y de la brecha salarial es que las pensiones de las mujeres son más bajas y, por tanto, el índice de pobreza entre las mujeres ancianas es mayor que entre los hombres **(6)**. Y no sólo de las ancianas; trabajar a tiempo parcial también significa menor derecho a prestaciones por desempleo, desarrollo profesional y formación. Esto último dificulta que las mujeres puedan ascender y alcanzar puestos de mayor responsabilidad y mejor pagados, situación que contribuye a acrecentar la brecha salarial.

Lo que subyace bajo esta falta de conciliación entre vida laboral y privada es un tipo de discriminación basada en factores culturales e históricos a la que nos referimos como techo de cristal. Una superficie invisible, pues no existen leyes, dispositivos sociales o códigos que la impongan, basada en los prejuicios existentes a la hora de confiar a las mujeres puestos de responsabilidad u otorgarles un salario menor al considerar que se conformarán con menos, o que sus rasgos psicológicos, habilidades cognitivas y/o preferencias no las encaminan hacia puestos de mayor responsabilidad **(13) (14)**.

Así, según los últimos datos de la OCDE, en todos los países miembro el porcentaje de mujeres que ocupan puestos de gerente es mucho menor que el de hombres; menos de la mitad del total de las personas que ocupan un puesto en los consejos de las empresas que cotizan en bolsa son mujeres y menos de la mitad del total de personas que ocupan un puesto en los parlamentos nacionales son mujeres **(15) (16) (17)**.



Los datos anteriores son un ejemplo de segregación ocupacional: existen ocupaciones con mayor proporción de hombres que de mujeres y viceversa. En las primeras (artesanos y trabajadores de industrias manufacturadas, construcción y minería, operadores de instalaciones y maquinaria, directores de empresa y Administraciones Públicas...) la brecha salarial es menor, pero existe **(11)**.

Por otra parte, los datos muestran que la mayor brecha salarial se concentra en las ocupaciones donde los niveles salariales son más altos (puestos directivos, tipo administrativos, profesionales de apoyo...)(**11**). Es decir, la brecha entre un hombre y una mujer que ocupan un puesto directivo es más acusada que entre un hombre y una mujer trabajadores de una industria manufacturada, aunque en ambos casos se trate de ocupaciones con mayor proporción de hombres.

Pero la segregación ocupacional no es la única que contribuye a acrecentar la brecha. Como comentamos al principio, existen sectores educacionales y laborales con mayor proporción de mujeres que de hombres y viceversa. Como ocurre con la ocupación, se observa que en los sectores con mayor proporción de mujeres (educación, sanidad, servicios sociales, actividades inmobiliarias y de alquiler, hostelería...) la brecha salarial es mayor **(11)**. Esto se explica por las diferencias en la remuneración de las horas extra, de los pagos en especie[1] y de la paga variable anual, componentes subjetivos del salario y no sujetos a convenios colectivos. Estas diferencias, junto con un menor presencia femenina en los puestos de responsabilidad, acrecientan más el salario de los hombres que el de las mujeres **(11)**.

La segregación sectorial, la ocupacional y la falta de conciliación familiar, así como la parte de la brecha salarial no explicada podrían estar sujetas a discriminación por cuestiones de género. Aunque, algunas teorías justifican las situaciones comentadas anteriormente en términos de preferencias y libertades de elección y decisión. O consecuencia de rasgos psicológicos y habilidades no cognitivas diferentes entre hombres y mujeres. Es decir, las mujeres deciden trabajar a tiempo parcial o abandonar su trabajo y dedicarse al cuidado de su familia y hogar, porque le dan más valor a esto último que a sus carreras profesionales. O prefieren ocupar puestos de menor responsabilidad y trabajar en ciertos sectores y no en otros, aunque ganen menos, por su carácter y comportamiento (menos agresivas y competitivas, menor aversión al riesgo y menor propensión a negociar).



Desde el feminismo, la crítica a estas teorías viene dada por el hecho de que las preferencias y estereotipos no son innatas e inmutables. Vienen dadas por factores sociales, culturales e institucionales y se aprenden como medio de adaptación al mercado laboral y matrimonial**(18) (19) (20) (21)**. Por otra parte, quienes aluden a la discriminación de género para explicar estas diferencias, hablan de discriminación directa e indirecta. Indirecta porque, para cumplir con las expectativas sociales y familiares, las mujeres “eligen” aquellos empleos que son mayoritariamente femeninos, que les permiten compaginar vida laboral y familiar. Y directa, porque no se las contrata para empleos predominantemente masculinos por prejuicios patriarcales o por motivos de discriminación estadística<sup>[2]</sup>**(18)**.

En general, los datos muestran que las mujeres trabajan en sectores o desempeñan trabajos menos valorados y que se valoran menos sus habilidades y capacidades, pues se considera que reflejan características femeninas en lugar de capacidades y competencias adquiridas**(6) (7)**. Para ejemplificar esto último, la Universidad de Yale (EE.UU.) llevó a cabo en 2012 un experimento en el que envió los currículos de Jennifer y John, dos estudiantes de Ciencias que solicitaban una plaza de encargado de laboratorio, a 127 catedráticos de Biología, Física y Química pertenecientes a seis universidades norteamericanas, tres privadas y tres públicas. En la evaluación, John sacó un punto más que Jennifer. Además, se les pidió a los catedráticos que dijeran qué salario se merecían: 30.328 dólares anuales para John y 26.508 para Jennifer. En realidad, Jennifer y John no existían y los currículos eran absolutamente idénticos, excepto en el nombre y sexo del solicitante.

Queremos recordar, para finalizar este apartado, que la feminización de la pobreza es un término reciente, ya que siempre se ha considerado el estudio del hogar como unidad de análisis, hecho que no permite conocer con exactitud las relaciones de desigualdad que se producen entre los miembros del hogar. Sin embargo, sabemos que de las personas que viven en situación de pobreza, cuyo total se estima en 1.700 millones, más del 70% son mujeres **(22)**.

---

[1] Pago en especie: frecuentemente denominado por el acrónimo inglés PIK (payment in kind). Esto se refiere a cualquier instrumento financiero que pague unidades adicionales de él mismo en vez de dinero en efectivo.

[2] Discriminación estadística: La discriminación estadística ocurre cuando los empleadores creen que las mujeres son menos productivas en media que los hombres. Si la contratación de personal se realiza tras la adquisición de información que refleja imperfectamente la capacidad del candidato (por ejemplo, tras una entrevista o un test), el empleador encontrará óptimo añadir a la información obtenida por la prueba información sobre la capacidad media del colectivo al que pertenece el candidato.





## ROLES DE GÉNERO

Como seres activos que somos, desarrollamos diversas tareas a lo largo de nuestra existencia, que debido a la segregación por género muchas veces se convierten en roles. El *rol reproductivo* es el papel social en el que las mujeres siempre son visualizadas como: madres, cuidadoras (de hijas e hijos, personas ancianas o enfermas, etc.) y como principales reproductoras de la vida y de los trabajos domésticos. Es un trabajo social y económicamente desvalorizado e invisibilizado. El *rol productivo* comprende actividades generadoras de ingresos. Es el papel tradicionalmente asignado al hombre como proveedor. Suele ser valorado y remunerado en función del género. En el caso de los hombres, se considera su actividad fundamental y socialmente reconocida. Pero en el caso de las mujeres, este rol ha sido casi siempre invisibilizado y devaluado, considerado a menudo como un aporte marginal al ingreso familiar, a pesar de que en muchos casos, constituye el ingreso principal o el único en las familias con mujeres que son cabeza de familia o jefas de hogar.

Las mujeres tienen la tarea de asegurar la realización de los múltiples roles que les son asignados, encontrando a veces demandas contradictorias entre sus actividades reproductivas y productivas. En muchas ocasiones se ignora el hecho de que la sobrecarga de trabajo limita a las mujeres y su desarrollo. Un ejemplo de esto lo encontramos en el informe IMSERSO; en su última edición, la de 2005, reflejaba que el 84% de los cuidadores de mayores dependientes en nuestro país son mujeres **(23)**. El incremento de responsabilidad no se ha visto reflejado con un incremento de poder en el espacio público o privado, lo que produce una jornada continua de trabajos simultáneos o sucesivos totalmente invisibilizados.

En este apartado del posicionamiento nos gustaría abordar también la teoría de la socialización diferencial. Esta plantea que existe una diferenciación y división de roles de las personas, en su proceso de iniciación a la vida social y cultural, y a partir de la influencia de agentes socializadores, adquieren identidades diferenciadas de género. La identidad de la mujer está limitada a la esfera privada o doméstica, y la del hombre a la esfera exterior. Esta división lleva a que se considere como algo natural o lógico que la mujer se ocupe del cuidado, por pertenecer éste al ámbito de lo privado, considerándose en cambio poco natural su asunción por parte de un varón, por quedar fuera de su esfera habitual **(24)**.



Estos roles se aprenden, principalmente, en el proceso de socialización primaria, mediante una internalización de las normas sociales o culturales, rechazándose así explicaciones biológicas o sociales de los roles de género **(25)**. En consecuencia, serían las personas las que en función con los roles aprendidos optarían por aquellas funciones asociadas a su rol.

En la Unión Europea, por ejemplo, el 25 por ciento de las mujeres informa que las responsabilidades de cuidados y otras tareas de índole familiar y personal son la razón de su ausencia en la fuerza de trabajo, en comparación con el tres por ciento de los hombres **(26)**. Las mujeres dedican entre 1 y 3 horas más que los hombres a las labores domésticas; entre 2 y 10 veces más de tiempo diario a la prestación de cuidados (a los hijos e hijas, personas mayores y enfermas), y entre 1 y 4 horas diarias menos a actividades de mercado **(27)**.

En lo referente a la esfera política (pública), a escala mundial, en junio de 2016, había 38 Estados donde las mujeres representan menos del 10 por ciento del total de los parlamentarios en cámaras individuales o cámaras bajas, incluyendo cuatro cámaras sin presencia femenina **(28)**.

En cuanto a conciliación, España, con 112 días para la madre y 15 días para el padre, estaba a la cola de Europa. Concretamente, ocupando el octavo puesto en permisos de maternidad/paternidad. Aunque parece ser que la situación va a cambiar, ya que se ha aprobado la proposición no de ley que ampliaría a 16 semanas el permiso de paternidad con el objetivo de equipararlo con el de maternidad y que ambos sean intransferibles **(29)**.





## VIOLENCIA SANITARIA CONTRA LA MUJER

Como futuros/as médicos/as es nuestra labor prevenir, evitar y denunciar la violencia contra la mujer en el ámbito sanitario. Esta puede observarse en distintos ámbitos: en la violencia obstétrica, en las relaciones médico-enfermera o a través de la medicalización de la sexualidad femenina, entre otros.

Antes de entrar en la temática, queremos definir un concepto fundamental para la comprensión de nuestra reivindicación; la medicalización. La medicalización es intervenir médica o farmacológicamente en la vida de las personas de forma excesiva e innecesaria. Un claro ejemplo es crear fármacos para procesos inherentes a la vida humana, que no son patológicos, y para los que contamos con numerosos mecanismos -tanto de nuestro propio cuerpo como de nuestro entorno- para afrontarlos, como pueden ser la menopausia, el embarazo o la vejez **(30)**.

También hablamos de medicalización cuando olvidamos el origen múltiple de las causas del malestar y lo reducimos a una única causa de carácter biológico a la que hacer frente con medicamentos, como ocurre en el caso del deseo sexual hipoactivo. Éste se define, según el DSM IV, como “disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente” **(31)**. Es lícito pensar que esta “ausencia de deseo sexual” pueda tener su origen en el agotamiento de una doble carga de trabajo -fuera y dentro de casa-, la desilusión de una relación de pareja basada en el machismo y los malos tratos o la preocupación por una situación económica inestable, en lugar de por un desequilibrio fisiológico **(32)**. Por esta razón deberíamos evitar psicofármacos como la flibanserina -el recomendado para este trastorno- y atacar a la raíz del problema, a la vez que buscamos otro tipo de intervenciones como terapias y/o actividades socio-comunitarias. La flibanserina, además, es un fármaco antidepressivo cuyo uso no se aprobó debido a su falta de eficacia, pero que, sin embargo, demostró un mínimo efecto relativo a la vida sexual (los eventos sexuales mensuales satisfactorios pasaron de 0,5 a 1,0) por lo que finalmente se aprobó para tratar el deseo sexual hipoactivo. Es un fármaco de toma diaria que entraña un alto riesgo, pues modifica los niveles de serotonina en determinadas áreas cerebrales, produce ansiedad, somnolencia, fatiga, aumenta el riesgo de síncope, bradicardias o hipotensión, interacciona con otros medicamentos – como los anticonceptivos- y sus efectos adversos se ven agravados con la ingesta del alcohol **(33)**.



Otra forma de violencia que afecta a las mujeres en el ámbito sanitario es la violencia obstétrica. La violencia obstétrica es la ejercida por el profesional de salud sobre las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. El abuso de cesáreas y episiotomías, la medicalización del parto o el trato deshumanizado de la mujer durante el embarazo son ejemplos de violencia obstétrica. Para algunos autores la violencia obstétrica también incluye la anticoncepción, la menopausia y todo aquello que tenga que ver con la salud sexual de las mujeres. **(34)**

El origen de esta forma de violencia se sitúa a mediados del siglo XIX, cuando los gobiernos comenzaron a impulsar políticas de salud pública acordes con la nueva concepción biologicista de la salud humana **(34)**. Asuntos como la obstetricia pasaron del saber tradicional a la disciplina científica, trasladándose también espacialmente del hogar a los centros médicos. Con ello, el parto dejó de estar en manos de las propias mujeres –tanto de la parturienta como de la matrona y otras mujeres de confianza que habían pasado por la experiencia- para pasar a la de los profesionales médicos, en su mayoría hombres. El derecho a parir en instituciones médicas pasó pronto de ser un derecho a ser casi una obligación **(35)**. Este paradigma médico conduce a que se vea a la parturienta como objeto de intervención en lugar de un sujeto activo que puede decidir e intervenir sobre su propia salud sexual.

Uno de los ejemplos más ilustrativos de violencia obstétrica es la episiotomía. Esta práctica actualmente se emplea en España de forma rutinaria y en partos normales, a pesar de que diversos estudios han demostrado que causa más complicaciones por sí misma que un desgarro espontáneo –que es lo que pretende evitar dicha técnica-, y que por ello sólo debe estar reservada a partos complicados –con sufrimiento fetal extremo, por ejemplo.**(36)(37)** En España se realiza episiotomía en un 60% de los partos **(38)**, muy lejos del máximo 20-30% recomendado por la OMS **(39)(40)**. Existen múltiples razones por las que esta práctica se mantiene. Una de ellas, ya citada anteriormente, es el hecho de que el parto ha pasado de las matronas y/o médicos generales a obstetras –más acostumbrados a la cirugía-. Otras razones son la comodidad que supone para el ginecólogo (pues agiliza el parto), la tendencia a una medicina defensiva y el paternalismo sobre la paciente. Además se trata de una técnica arraigada y aceptada tanto por la población general como por el sector médico, lo cual dificulta que se reduzca su empleo ya que las pacientes la solicitan y los médicos están acostumbrados a hacerla **(36)**.



Los ejemplos de esta violencia sanitaria contra la mujer no acaban aquí; en el caso concreto de España existen varios casos documentados y denunciados de mujeres a las que no se les comunicó que sus hijos tenían malformaciones graves para evitar que abortasen **(41)**, que han sido enviadas a clínicas privadas de otra Comunidad Autónoma porque el Servicio de Salud correspondiente no estaba dispuesto a cumplir con lo dispuesto en la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo **(41)**, a las que han robado a sus bebés **(42)**, o el caso de una mujer argelina a la que engañaron para firmar un contrato de entrega en adopción aprovechando que no hablaba castellano **(43)**. Todos ellos constituyen casos de violencia obstétrica.

Otro de los comportamientos que debemos evitar es el trato paternalista, infantilizante o frívolo hacia enfermedades que afectan principalmente a mujeres, como es el caso del cáncer de mama. Cualquier acción o campaña que se hace por el cáncer de mama se considera legítima, independientemente de que en ella se sexualice e infantilice a las mujeres, o incluso se ofrezca información sesgada. También resulta habitual presentar la enfermedad con un “optimismo desmesurado”, que contribuye a banalizarla y considerarla algo tierno. Es en ello donde las empresas han visto la oportunidad de hacer negocio vendiendo productos de “lazo rosa”.

Además, muchas de las campañas instigan a que las mujeres hagan todo lo posible para mantener su feminidad y seguir cumpliendo con el canon estético de mujer (reconstrucciones mamarias y pañuelos para ocultar la calvicie). Lo más preocupante es que las campañas de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) también siguen un tono paternalista y se reducen a dar una serie de mandatos médicos –a veces cuestionables- o enumerar hábitos saludables. El hecho de que la prevención sólo se centre en modificar el comportamiento de las personas “conlleva que se haga responsable a éstas de prevenir el cáncer, de detectarlo y curarlo, así como de culpabilizarlo si las cosas salen mal”, a la vez que resta responsabilidad a los gobiernos de estudiar las causas de la enfermedad. **(44)**

Enfermedades como la fibromialgia o los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCAs) afectan también mayoritariamente a mujeres y tienden a ser banalizadas o cuestionadas.





## SESGOS DE GÉNERO

En la investigación médica es esencial considerar las diferencias entre ambos sexos (así como cuestiones de género) para evitar un sesgo androcéntrico, incluso en la actualidad. Dado que la mayoría de puestos significativos en la toma de decisiones han estado históricamente ocupados por hombres, este sesgo se extiende distorsionando las investigaciones a múltiples niveles (la elección y definición de los problemas objeto de estudio, la exclusión de las mujeres como sujeto de experimentación, en la metodología para recoger e interpretar los datos, etc). En tanto que la práctica clínica moderna se sustenta en dicha investigación, esto tiene como consecuencia una asistencia sanitaria más deficiente hacia las mujeres.

Un ejemplo de esto es la designación de la patología cardíaca como “enfermedad masculina” (pese a ser la principal causa de muerte en mujeres ancianas), que ha hecho que la mujer quede excluida numerosas veces de la investigación en este sector. Existen múltiples casos recientes y llamativos; aquí sólo citaremos algunos: en un estudio longitudinal sobre los efectos en el colesterol de un medicamento, este se probó con 3806 hombres y ninguna mujer (Hamilton 1985). El MultipleRisk Factor Intervention Trial (1990) examinó la mortalidad por afección coronaria en 12866 personas, exclusivamente varones. Según Physician’sHealthStudy, la terapia mediante dosis bajas de aspirina reducía el riesgo de infarto de miocardio en 22071 hombres.

Los sesgos en los estudios se traducen de forma directa en sesgos en la asistencia: en un estudio realizado en 1991 en Massachusetts y Maryland, Ayanian y Epstein (1991) demostraron que la posibilidad de que las mujeres fueran sometidas a angioplastia, angiografía o cirugía coronaria al ingresar en un hospital con un diagnóstico de infarto de miocardio, angina inestable, cardiopatía isquémica crónica o dolores torácicos era significativamente más reducida.



Los prejuicios de género empapan más ámbitos de la literatura científica. Según datos recientes, la designación del SIDA como una enfermedad de varones homosexuales y UDVP ha llevado a que los investigadores y terapeutas fracasaran en la comprensión de su etiología y diagnóstico en las mujeres. En la actualidad, el SIDA crece con mayor rapidez entre las mujeres que dentro de cualquier otro grupo. Así mismo, los hombres con SIDA mueren, por término medio, a los treinta meses de ser diagnosticados; las mujeres, al cabo de quince semanas. Con estos datos, parece esencial examinar las teorías y conclusiones extraídas de los estudios sobre el SIDA para determinar en qué medida representan y refuerzan el sexismo, el racismo y el clasismo.

La única manera de evitar este tipo de sesgos es incluyendo individuos de diversas procedencias, clases, géneros y orientación sexual. Entonces será menos probable que la perspectiva de un grupo influya sesgadamente en el diseño, planteamientos, sujetos de estudio e interpretaciones de las investigaciones. **(1)**



## PROSTITUCIÓN

Desde SCORSA, muchas veces nos encontramos con que desde el debate público, se dirige el foco de la discusión sobre la prostitución a las ramas del problema, y no se intenta analizar las raíces del mismo, para intentar tomar medidas al respecto. Para situar el debate, daremos unas cuantas pinceladas estadísticas.

Según el informe de Eurostat (2013), de los estados miembros de la Unión Europea en 2010 se identificaron 9.528 víctimas y presuntas víctimas de la trata de personas, lo que supondría un incremento desde 2008 del 18%. Del total de la víctimas, el 80% eran mujeres; si diferenciamos por finalidad, del total de víctimas de trata para la explotación sexual, el 96% eran mujeres **(45)**.

En el lado de la demanda, el informe de las Cortes Generales de 2007, señalaba que alrededor de 99,7% de la demanda total de prostitución está compuesta por hombres. Asimismo, en la Encuesta Nacional de Salud Sexual de 2009 (CIS), el 4,6% de los hombres afirmó haber pagado por sexo en los últimos 12 meses, mientras que sólo el 0,1% de las mujeres lo había hecho. En cuanto al porcentaje total de hombres que alguna vez ha pagado por mantener relaciones sexuales, se manejan distintas cifras: según la encuesta Nacional sobre Salud y Hábitos Sexuales (INE, 2003) un 27,3%, mientras que de acuerdo al informe de Naciones Unidas (2012) sería un 39%. La demanda de prostitución (hombres en su inmensa mayoría) es por tanto uno de los factores estructurales de la existencia de la trata, puesto que la finalidad de la trata es aumentar y abaratar la oferta de mujeres en el mercado de la prostitución.

La inmensa mayoría de las víctimas de trata para la explotación sexual son mujeres y niñas. Por lo tanto, no podemos analizar el fenómeno de la explotación sexual sin hacer referencia al patriarcado como sistema de poder que jerarquiza lo masculino sobre lo femenino. Con la perspectiva de género podemos analizar de qué forma los fenómenos sociales, como la explotación sexual, afectan de manera diferenciada a mujeres y hombres, profundizando en las relaciones de poder y desigualdad que se producen y que posicionan a las mujeres en un lado (oferta), y a los hombres en otro (demanda). Es esta discriminación por razón del sexo –intencional, no neutra y continuamente enmascarada–, la que ubica a las mujeres en una situación de exclusión y vulnerabilidad superior de la que experimentan los hombres, especialmente en las regiones más pobres del planeta. Dicha discriminación determina, por tanto, que las mujeres se vean expuestas con mayor facilidad que los hombres a las situaciones de trata; siendo cultural y universalmente aceptado, con naturalidad (y neutralidad), el hecho de que las mujeres puedan ser consideradas y tratadas como un objeto al servicio de la mayor satisfacción de los hombres (Ruiz et al., 2005).





Como sostiene Colette de Troy (2002:34): «La trata y prostitución no se pueden disociar de otras formas de violencia hacia las mujeres ni tampoco de la demanda: las mujeres víctimas de trata pagan un alto precio por las fantasías sexuales y el dominio de los hombres. La trata y la prostitución representan desequilibrios llamativos entre los hombres y las mujeres, entre el Norte y el Sur. Representan no sólo la cara oculta de la globalización, sino que también es la muestra más visible todavía presente en nuestras sociedades, donde la igualdad entre sexos permanece en los tratados, pero no ha llegado aún a ser una realidad». La demanda de prostitución (hombres en su inmensa mayoría) es otro de los factores estructurales de la existencia de la trata, puesto que como se ha expuesto, la finalidad de la trata es aumentar y abaratar la oferta de mujeres en el mercado prostitucional.

## ACOSO CALLEJERO

El “catcalling” o acoso callejero son prácticas de connotación sexual ejercidas por una persona desconocida, en espacios públicos como la calle o el transporte que suelen generar malestar en la víctima. Estas acciones son unidireccionales, es decir, no son consentidas por las víctimas y quien acosa no tiene interés en entablar una comunicación real con la persona agredida. Esta práctica es otra forma de violencia de género, pues refleja la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, a través del abuso sexual y ocasiona modificaciones en la vida de estas: cambiar su recorrido habitual, modificar los horarios de tránsito, preferir caminar en compañía o cambiar su modo de vestir.

Todo ello refleja la legitimidad que tiene el hombre desde su posición social de invadir a la mujer (siendo su cuerpo un terreno de dominio público), haciéndola sentir incómoda en los espacios públicos. La mujer se enfrenta a esta realidad de forma constante, siendo un estrés y una presión psicológica injustificables, que pueden generar conductas como el aislamiento, absentismo laboral o incluso el suicidio.



## MUJERES TRANSEXUALES

Con este apartado queremos recordar que la discriminación tiene diferentes motivos, y que estos aparecen en distintas combinaciones en cada individuo, por lo que, en lugar de ser compartimentos estancos, se van sumando al riesgo de dicha persona de ser discriminada (esto es, una mujer lesbiana tiene más riesgo de ser discriminada que una mujer heterosexual). Al hecho de ser mujer (con todas las desventajas sociales que esto supone, y que hemos tratado de forma extensa, aunque no completa) pueden sumarse otras variables.

Nuestra sociedad impone la interiorización de la heteronormatividad (lo hacemos como hombre o como mujer –proceso de autosexación-) y cualquier forma de identidad sexual antinormativa, que rompe con el molde, que transgrede la norma, supone la marginación, la exclusión y el rechazo de estas personas. Las mujeres transexuales sufren la violencia de género, pero además se ven doblemente golpeadas por la transfobia que impera en el día a día.

Dentro de los pocos estudios que recogen datos sobre el colectivo, observamos estadísticas preocupantes sobre el nivel de discriminación al que se ven sometidas que, recordemos, traspasa todas las dimensiones de sus vidas. Un 82% de este colectivo ha sufrido algún tipo de agresión física en su vida, un 31% se ha sentido discriminado en su trabajo (las cifras de desempleo llegan al 55% **(48)**) y un 23% ha intentado quitarse la vida al menos una vez. **(46)** El 80% de las mujeres trans latinoamericanas mueren a los 35 años o menos **(47)**.

Respecto al colectivo transexual, sin distinción de sexo, y con respecto al nivel de ingresos mensual aportado por todos los miembros del hogar (incluyendo la persona encuestada), se observa que el porcentaje más alto (18,3%) se sitúa entre los 301 y los 600 euros, seguido del 15,5% que señala un nivel de ingresos menor o igual a 300 euros y un 14,4% entre 901 y 1200 euros **(48)**. Los transexuales tienen una probabilidad de dos a tres veces mayor de sufrir trastornos mentales, depresión, ansiedad, pensamientos suicidas e intentos de suicidio y también autolesiones **(49)**. El 29% de los/as encuestados/as han sido objeto de agresiones sexuales por parte de su pareja mientras que el 40% habían sido agredidos por miembros de la familia. Las encuestas también revelan que hasta un 48% fueron atacados más de una vez en espacios públicos **(50)**.



## COSIFICACIÓN E HIPERSEXUALIZACIÓN DE LA MUJER

La cosificación convierte a las mujeres en objetos (en especial la sexual) y las reduce a meros instrumentos para el deleite sexual de otra persona. Esta forma de violencia simbólica, que resulta casi imperceptible por lo naturalizada que está, somete a todas las mujeres a través de la publicidad, las revistas, las series de televisión, las películas, los videojuegos, los videos musicales, las noticias, la telerrealidad, etc.

Todo esto es fruto de la hipersexualización que vivimos: en la sociedad occidental, el canon de belleza femenina que se transmite está basado en el deseo sexual que la mujer despierta en el hombre, por eso vemos a niñas presentadas en los medios como “miniadultas”, sexualmente excitantes, con preocupaciones y conversaciones de mayores, que van asumiendo con naturalidad perversa su condición de objetos sexuales.

Indirectamente, este patrón de hipersexualización en las niñas podría estar relacionado con la aparición trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia, así como en que las mujeres inviertan menos energía en el desarrollo de otras facetas de su ser para poder dedicar todo su esfuerzo a cultivar su imagen corporal, puesto que los cánones de belleza nos han acompañado durante toda nuestra existencia: ya existían en la Prehistoria y han ido evolucionando hasta llegar a la actualidad, donde imperan cuerpos esqueléticos de grandes senos (gran auge de la cirugía estética). Este patrón inalcanzable e irreal lleva a una lucha constante para obtener así el cuerpo deseado, impuesto en multitud de espacios (publicidad, alimentación, el tallaje de la ropa de mujer...). Toda esta presión ocasiona una insatisfacción permanente con la imagen femenina propia, impidiendo así el disfrute satisfactorio del mismo.





## CONCLUSIÓN

Desde SCORSA, como estudiantes de medicina preocupados por la situación de la mujer en el mundo, quisimos redactar este posicionamiento para aportar un documento actualizado con un enfoque centrado en la salud y de contenido reivindicativo. Nuestra ambición con ello no es solo posicionar a nuestra asociación, IFMSA-Spain, en un tema de especial relevancia, sino también realizar una reivindicación más que justificada y evidenciada.

La lucha feminista es la última de todas las revoluciones mundiales. Es una lucha radical, justa y transversal contra la violencia, la pobreza, el racismo e incluso la discriminación por motivos de género y sexualidad. El estado actual de la mujer en el mundo nos exige a todas la responsabilidad de soñar, empoderarnos y luchar incansablemente, buscando como aliados a aquellos hombres que crean y luchan con sentido de justicia por esta profunda transformación social.

*“Ignoramos nuestra verdadera estatura hasta que nos ponemos en pie”.*

**Emily Dickinson**, poeta estadounidense.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Sexo y género en medicina. Montserrat Cabré i Paret y Fernando Salmón Muñiz (eds.). Ediciones Universidad de Cantabria. 2013. *Pag 202*
2. Macroencuesta Violencia contra la mujer. 2015 (Ministerio de Sanidad)
3. Datos mundiales violencia contra la mujer. OMS. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr73/es/>
4. El Consejo de la Juventud de España condena los últimos asesinatos machistas y exige medidas urgentes contra la violencia de género. Nota de prensa; viernes 15 de enero de 2016. El Consejo de la Juventud de España es un organismo autónomo dependiente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el que están representadas más de 60 entidades juveniles de todo el Estado, entre organizaciones y los consejos de juventud autonómicos. El principal objetivo de esta plataforma, creada por ley en 1983, es dar respuesta a las demandas de los y las jóvenes para el desarrollo de sus objetivos tanto individuales como colectivos.
5. Estudio mundial sobre el homicidio. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. 2013.
6. Cómo combatir la brecha salarial entre hombres y mujeres en la Unión Europea [Internet]. [cited 2016 Aug 23]. URL: [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/gender\\_pay\\_gap/140319\\_gpg\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/gender_pay_gap/140319_gpg_es.pdf)
7. Equal economic independence - European Commission [Internet]. [cited 2016 Aug 23]. URL: [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/economic-independence/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/economic-independence/index_en.htm)
8. OCDE. Porcentaje de mujeres graduadas por campo de estudio [Internet]. Tableau Software. [cited 2016 Aug 23]. URL: [http://public.tableau.com/views/EDU\\_TER\\_QUAL\\_FIELD\\_0/Dashboard?:embed=y&showVizHome=no&host\\_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate\\_transition=yes&:display\\_static\\_image=no&:display\\_spinner=no&:display\\_overlay=yes&:display\\_count=yes&:showVizHome=no&:showTabs=y&:loadOrderID=0](http://public.tableau.com/views/EDU_TER_QUAL_FIELD_0/Dashboard?:embed=y&showVizHome=no&host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=no&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:showVizHome=no&:showTabs=y&:loadOrderID=0)
9. OCDE Distribución empleo por sector [Internet]. Tableau Software. [cited 2016 Aug 23]. URL: [http://public.tableau.com/views/EMP13-2016/Dashboard?:embed=y&showVizHome=no&host\\_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate\\_transition=yes&:display\\_static\\_image=no&:display\\_spinner=no&:display\\_overlay=yes&:display\\_count=yes&:showVizHome=no&:showTabs=y&:loadOrderID=0](http://public.tableau.com/views/EMP13-2016/Dashboard?:embed=y&showVizHome=no&host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=no&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:showVizHome=no&:showTabs=y&:loadOrderID=0)
10. Magnitude and Impact Factors of the Gender Pay Gap in EU Countries [Internet]. [cited 2016 Aug 27]. URL: [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/gender\\_pay\\_gap/2016\\_factors\\_gpg\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/gender_pay_gap/2016_factors_gpg_en.pdf)
11. Brecha Salarial en España [Internet]. [cited 2016 Sep 11]. URL: [http://www.igualdadenaempresa.es/recursos/monograficos/docs/la\\_brecha\\_salarial\\_realidad\\_y\\_desafios.pdf](http://www.igualdadenaempresa.es/recursos/monograficos/docs/la_brecha_salarial_realidad_y_desafios.pdf)
12. OCDE. Trabajo remunerado, no remunerado y total [Internet]. [cited 2016 Sep 11]. URL: <http://www.oecd.org/gender/data/time-spent-in-unpaid-paid-and-total-work-by-sex.htm>



13. EL TECHO DE CRISTAL 1. [cited 2016 Sep 11]. URL: [http://www.stecyl.es/Mujer/el\\_techo\\_de\\_cristal.htm](http://www.stecyl.es/Mujer/el_techo_de_cristal.htm)
14. EL TECHO DE CRISTAL 2. About.com en Español. [cited 2016 Sep 11]. URL: <http://feminismo.about.com/od/trabajo/fl/questQueacute-significan-techo-de-cristal-y-suelo-pegajoso.htm>
15. OCDE. Proporción de mujeres que son gerentes. [cited 2016 Sep 12]. URL: <http://www.oecd.org/gender/data/employed-who-are-managers-by-sex.htm>
16. OCDE. Porcentaje de mujeres en consejos de empresas [Internet]. [cited 2016 Sep 12]. URL: <http://www.oecd.org/gender/data/female-share-of-seats-on-boards-of-largest-publicly-listed-companies.htm>
17. OCDE. Porcentaje de mujeres en parlamentos nacionales. [cited 2016 Sep 12]. URL: <http://www.oecd.org/gender/data/female-share-of-seats-in-national-parliaments.htm>
18. POLITIKON. La evolución de la brecha salarial entre hombres y mujeres. Politikon. [cited 2016 Sep 12]. URL: <http://politikon.es/2016/05/04/la-evolucion-de-la-brecha-salarial-entre-hombres-y-mujeres/>
19. POLITIKON ¿Elegiendo la desigualdad?. Politikon. [cited 2016 Sep 12]. URL: <http://politikon.es/2015/01/27/eligiendo-la-desigualdad/>
20. La desventaja competitiva de las mujeres depende de los estereotipos existentes sobre sus trabajos. POLITIKON La desventaja competitiva de las mujeres depende de los estereotipos existentes sobre sus trabajos [Internet]. Politikon. [cited 2016 Sep 12]. URL: <http://politikon.es/2014/11/04/la-desventaja-competitiva-de-las-mujeres-depende-de-los-estereotipos-existentes-sobre-sus-trabajos/>
21. POLITIKON Género y desigualdad laboral ¿por qué? [Internet]. Politikon. [cited 2016 Sep 12]. URL: <http://politikon.es/2016/03/11/genero-y-desigualdad-laboral-por-que/>
22. Ayuda en Acción. URL: <https://www.ayudaenaccion.org/noticias/mujeresinvisibles-solo-el-2-de-la-tierra-esta-en-manos-de-mujeres>
23. Informe de IMSERSO, 2005. URL: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>
24. Gilligan, 1982.
25. Andersen, 1997.
26. EuroStat. 2014 (según lo consultado en ONU Mujeres, de próxima aparición en abril de 2015, "El Progreso de las Mujeres en el Mundo 2014 Capítulo 2 p. 22.) (1)
27. Informe sobre Desarrollo Humano, 2012, p. 80
28. Hechos y cifras: liderazgo y participación política. ONU Mujeres. Página actualizada en agosto del 2016. URL: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/leadership-and-political-participation/facts-and-figures>
29. Noticia de prensa. Público. URL: <http://www.publico.es/sociedad/congreso-aprueba-igualar-permiso-paternidad.html>
30. López Carrillo M. La medicalización de la vida y la salud de las mujeres. Lecture presented at; 2015.
31. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
32. FDA Briefing Document Joint Meeting of the Bone, Reproductive and Urologic Drugs Advisory Committee (BRUDAC) and the Drug Safety and Risk Management (DSaRM) Advisory Committee. FDA Briefing Document [Internet]. 2015. URL: <http://www.sietes.org/fig/99142/flibanserina.pdf>





33. Gervás J, Pérez Fernández M. La medicalización de la sexualidad femenina: farmacológica, quirúrgica y social. Presentation presented at; 2015; Valencia.
34. F. Belli L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO. 2013;1(7).
35. Felitti K, Irrazábal G, Ariza L, Bacin G, Fornes V, Gemetro F et al. Madre no hay una sola. Experiencias de la maternidad en la Argentina. CICCUS; 2011.
36. Granero Melcón B, Pérez Fernández M. Episiotomía: uso, abuso y ensayo clínico. Presentation presented at; 2015; Granada.
37. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal [Revisión Cochrane traducida]. La Biblioteca Cochrane Plus. 2008;4.
38. Lasist. Benchmarks de Obstetricia. Hospitales top 20. Barcelona: lasist; 2005.
39. Romero Martín J, Prado Amián M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. Matr Prof. 2002; 8: 33-8.
40. Organización Mundial de la Salud Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996
41. Fernández Guillén F. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. Dilemata. 2015;(18):113-118.
42. Junquera N. La monja que repartía bebés. El País [Internet]. 2012 [cited 23 September 2016];. URL: [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/05/12/actualidad/1336844874\\_900912.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/05/12/actualidad/1336844874_900912.html)
43. Carreira X. Piden imputar a 8 personas por el caso del bebé arrebatado a una argelina. La Voz de Galicia [Internet]. 2014 [cited 23 September 2016];. URL: [http://www.lavozdegalicia.es/noticia/amarina/2014/06/07/piden-imputar-8-personas-bebe-arrebatado-argelina/0003\\_201406X7C7996.html](http://www.lavozdegalicia.es/noticia/amarina/2014/06/07/piden-imputar-8-personas-bebe-arrebatado-argelina/0003_201406X7C7996.html)
44. Porroche-Escudero A. La violencia de la cultura rosa. Diagonal [Internet]. 2015 [cited 24 September 2016];. URL: <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/26388-la-violencia-la-cultura-rosa.html>
45. Investigación sobre prostitución y trata de mujeres. Asociación de Promoción de Servicios Sociales, 2013. URL: <http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/629/Investigacion%20sobre%20prostitucion%20y%20trata%20de%20mujeres%20APROSERs.pdf> .Para más información sobre los artículos citados en este apartado, buscar también en esta investigación.
46. Estudio "Características Sociodemográficas y Ajuste Psicológico entre transexuales en España".
47. Violencia contra las personas LGTBI. Registro de Violencia, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 2015.
48. Transexualidad en España. Análisis de la realidad social y factores psicosociales asociados. URL: <http://www.lambdavalencia.org/wp-content/uploads/2013/04/Informe-sobre-transexualidad.pdf>
49. Journal of Adolescent Health (2015)
50. Violence in transsexual, transgender and intersex couples: a systematic review (Saude Soc. vol.24 no.3 São Paulo July/Sept. 2015)