

Enfoque de género aplicado al estudio de la salud

M^a del Pilar Sánchez López

Catedrática de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

Directora de la Red HYGEIA¹

Introducir la perspectiva de género en cualquier área de estudio implica ser sensibles al hecho de que *puede* haber diferencias entre hombres y mujeres en las oportunidades y recursos que tienen a su disposición, en la posibilidad que tienen para tomar decisiones que les afecten a ellos mismos y a los demás; introducir esta perspectiva en la salud implica incluir bajo el escrutinio los aspectos que afectan a la protección de la salud de personas y de grupos. Cada vez se hace más evidente la necesidad y los beneficios de introducir no solo el análisis del sexo, sino también el del género como variables en la investigación y la práctica relacionada con la salud. El género (diferencias sociales y culturales experimentadas por mujeres y hombres) interactúa con el sexo (diferencias biológicas entre mujeres y hombres) y ambos tienen un profundo impacto en la determinación del estatus de salud. El sexo puede determinar una propensión diferencial a determinadas condiciones de salud o de enfermedad, diferentes factores de riesgo o diferente requerimiento de los tratamientos; el género, por su parte, puede determinar diferentes exposiciones a ciertos riesgos, diferentes patrones de búsqueda de tratamiento o impactos diferenciales de los determinantes sociales y económicos de la salud. Sexo y género interactúan entre sí y con otras variables sociales y económicas, produciendo a veces patrones desiguales de exposición a riesgos, acceso y utilización a la información sobre la salud, a su uso y a los servicios. Estas diferencias, a su vez, tienen un impacto claro sobre la salud.

De todo esto es de lo que hablaremos en las siguientes páginas. Nótese que hemos resaltado el término *puede*. Introducir la perspectiva de género en la salud no implica que creamos, a priori, que existen diferencias entre hombres y mujeres siempre y en todo caso. No las buscamos en sí mismas. En unos casos se darán, en otros no, y, cuando aparezcan, no siempre serán de la misma naturaleza, circunstancias y condiciones. Pero no tener presente la perspectiva de género cuando estudiamos la salud, y sus herramientas de análisis (lo que comúnmente se llama el Análisis Basado en el Sexo y el Género, ABSG) significará que

¹ <http://www.redhygeia.com/>

perderemos mucha información relevante para entender los mecanismos que afectan a la salud de individuos y de grupos, y, en consecuencia, para intervenir, en su caso, sobre ellos, y mejorar su salud.

Los conceptos de sexo y género no son intercambiables

Antes de poder centrarnos en la aplicación del enfoque de género a la salud hemos de concretar qué se entiende realmente por *sexo* y por *género*. No son conceptos intercambiables, aunque a veces se utilicen (mal) de forma indistinta; pero no tienen en absoluto el mismo significado.

El término *sexo* implica la referencia a características biológicas (cromosómicas, gonadales, hormonales, dimorfismo genital, etc.). Conviene no olvidar que la mayor parte de sus elementos (p. ej., las diferencias hormonales y cromosómicas) son en realidad un continuo, lo que le convierte, en realidad, en un concepto *multidimensional*. Pero en la práctica, este concepto acaba convirtiéndose en una noción *binaria* (hombre-mujer). Esta transformación de una realidad multidimensional en algo bidimensional acaba produciendo desajustes en la interpretación de los datos sobre salud y sexo, que en este breve artículo no hay espacio para comentar extensamente, pero que es necesario tener en cuenta para interpretar correctamente las relaciones entre salud y sexo.

El término *género* hace referencia a los roles, relaciones, rasgos de personalidad, actitudes, comportamientos, valores, influencias y relaciones de poder que se construyen culturalmente y se atribuyen a uno u otro sexo. Es una categoría social, lo que implica que no existen rasgos o conductas que pertenezcan intrínsecamente a un sexo determinado. Tiene un valor de adaptación social y se aprende muy tempranamente en la familia y la escuela, fundamentalmente. En nuestra cultura, el género se relaciona, resumiendo mucho, con patrones de valentía y protección en los niños, y de atracción y bondad en las niñas. Además, los hombres (como genérico) pertenecen a los grupos dominantes y las mujeres (como genérico) pertenecen a los grupos dominados. Lo mismo que en el caso del sexo, el género es un concepto *multidimensional* que se transforma en la práctica en un concepto bipolar (masculino vs. femenino). Pero esto no refleja la amplia variedad de experiencias, de identidades, de comportamientos que constituyen el género. Los seres humanos sienten y expresan su género a lo largo de un continuo de características y comportamientos, *no mediante categorías excluyentes*.

Evidentemente, el sexo y el género interactúan entre sí, pero no se determinan totalmente entre sí. Cuando la identidad o expresión de su género difiere de su sexo biológico, se utiliza el término genérico de *transgénero*. Este término se refiere a una variedad de

individuos, conductas y grupos que suponen tendencias que se diferencian de las identidades de género binarias (hombre o mujer) y del rol que tradicionalmente tienen en la sociedad. Una buena guía para acercarse al transgenderismo, a sus procesos psicológicos, físicos y sociales y a las recomendaciones para la práctica clínica los constituye el libro de Nicholas Teich.² En español, el capítulo de la psicóloga Marta Aparicio sobre «Orientación sexual y salud desde una perspectiva de género»³ constituye una excelente visión del hecho de que la comprensión e introducción del transgenderismo en el análisis de la salud es imprescindible.

La aplicación de la perspectiva de género a la salud

Veamos primero qué es (y qué no es) la salud con perspectiva de género. En primer lugar, el enfoque de género no se limita a las diferencias entre los sexos en salud. El conocer éstas es condición necesaria, pero no suficiente, para poder aplicar la perspectiva de género a la salud.

En segundo lugar, y en contra de lo que a veces se sobreentiende cuando se habla de género y salud, el enfoque de género en salud no es equivalente a hablar de la salud de las mujeres. Cuando hablamos de aplicar la perspectiva de género a la salud estamos incluyendo el estudio de la salud de los dos sexos, de la salud de las mujeres, de la salud de los hombres...

En tercer lugar, hablar de la perspectiva de género en la salud implica la consideración de éste (el género) como uno de los determinantes de la salud. Y uno de los importantes.

En cuarto lugar, implica que se admite, basándose en la evidencia empírica, que existen diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en salud. Y, por supuesto, que se es consciente de que no toda diferencia implica inequidad de género. Este término, inequidad de género, se reserva para aquellas diferencias en salud que son innecesarias, evitables y, además, injustas.⁴

Por último, aplicar la perspectiva de género a la salud implica poder estudiar una amplia variedad de temas, todos los relacionados con la salud. Y dado la inclusiva definición de la salud que es internacionalmente aceptada desde que en 1945 la propuso la Organización Mundial de la Salud, eso implica hacer referencia a la práctica totalidad de las esferas de la vida humana.

² N. M. Teich, *Transgender 101: A simple guide to a complex issue*, Columbia University Press, New York, 2012.

³ M. E. Aparicio García, «Orientación sexual y salud desde una perspectiva de género», en M. P. Sánchez-López, *La salud de las mujeres. Análisis desde la perspectiva de género*, Síntesis, Madrid, 2013.

⁴ OMS, *Health Impact Assessment (HIA). Glossary of terms used*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2016. Disponible en: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/>

Determinantes de la salud (tanto del individuo como de la población)

Puesto que acabamos de hacer referencia a los determinantes de la salud, conviene definirlos, aunque sea brevemente. Se entiende por determinantes de la salud todos los factores sociales, económicos, físicos y psicológicos susceptibles de tener alguna influencia sobre la salud. ¿Por qué hemos de tenerlos en cuenta? Porque sabemos (por la evidencia empírica resultado de las investigaciones) que estos determinantes nos proporcionan los indicios necesarios para aclarar, orientar, implementar y evaluar las intervenciones que se realizan sobre la salud. Ejemplos de determinantes de la salud: el nivel de ingresos y el estatus social, el apoyo social percibido por las personas, el nivel de escolarización, el empleo (o su ausencia) y las condiciones en el trabajo, el entorno social y físico, los hábitos de salud, el desarrollo a lo largo del ciclo vital de la persona, su patrimonio biológico y genético (incluido su sexo), los servicios relacionados con la salud de su entorno, el género, la cultura (identidad étnica y cultural), las condiciones de vida, la situación geográfica, el nivel educativo, la edad, la orientación sexual, las características personales, etc.

Estos determinantes pueden influir a lo largo de la vida sobre los riesgos, las posibilidades, los comportamientos y las manifestaciones de la salud y la enfermedad de personas y de grupos. Todos los factores (y su interacción) son importantes para poder gozar de una buena salud. Nosotros ahora hemos puesto el foco sobre el sexo/género, pero, naturalmente, este determinante de la salud no actúa aisladamente de los demás, sino en interacción ellos. Y, además, la influencia de cada uno de ellos sobre la salud de una persona puede variar, en función de su sexo y de su género. En definitiva, profundizar sobre el papel que tienen el sexo y el género sobre la salud contribuye a mejorar el estado de salud de las personas y de las poblaciones.

De hecho, sabemos que el sexo influye sobre la salud: mujeres y hombres que sufren una misma enfermedad pueden presentar síntomas distintos y pueden responder diferencialmente a los medicamentos y a los tratamientos, dependiendo de sus características fisiológicas, hormonales, morfológicas, etc. O algunas enfermedades pueden afectar exclusivamente, o de forma más masiva, a uno de los dos sexos. O tener consecuencias distintas para los hombres que para las mujeres.

Y, por supuesto, también sabemos que el género influye sobre la salud. Los diferentes papeles y responsabilidad que se adjudican a una persona en función de si es hombre o es mujer pueden hacer que se asocie la *masculinidad* a la fuerza, a la resistencia, a la resiliencia, lo que puede hacer que los hombres que *acepten* este papel masculino sean reticentes a pedir ayuda, a acudir a la consulta de los profesionales de la salud y sean más proclives a asumir

riesgos y a tener accidentes. La *feminidad* tradicional se reconoce en la delicadeza, la suavidad, etc., lo que puede hacer que las mujeres que *acepten* más esta norma consideren no adecuado su participación en actividades físicas, con lo que pueden perjudicar su salud, tanto física como mental.

Cómo aplicar la perspectiva de género a la salud

Para terminar, veamos a través de un ejemplo cómo ha de aplicarse en la práctica la perspectiva de género a la salud: las enfermedades cardiovasculares. La mirada sesgada, sin perspectiva de género, sobre estas patologías hace que todavía hoy se considere que no hay diferencias entre los sexos en su importancia y prevalencia. Es un ejemplo de invisibilización, en este caso, de las mujeres.

Si comprobamos los datos, vemos que en España, por ejemplo, mueren cada año más de 12.000 personas de enfermedades cardiovasculares, de las cuales el 55% son mujeres. Los datos dejan pocas dudas sobre la importancia de las enfermedades cardiovasculares también en mujeres. Es uno de los temas de salud donde se ve la necesidad de poner en cuestión hipótesis y prácticas tradicionales. Porque la evidencia empírica nos demuestra que sexo y género tienen influencia sobre la salud cardiovascular. El sexo puede influir sobre la naturaleza diferencial de los síntomas que pueden experimentar las mujeres y sus factores de riesgo diferenciales. El género puede influir sobre el acceso a los cuidados y la reacción de los profesionales de la salud ante la mujer con síntomas (el conocido síndrome de Yentl, el caso de Paula Upshaw: solo cuando las mujeres se 'disfrazan' de hombre consiguen ser consideradas como posibles pacientes de infarto de miocardio).⁵

Este es un ejemplo de cómo las interacciones entre el sexo, el género y el resto de determinantes de la salud tienen una importante incidencia sobre el estado de la salud, las reacciones del sistema de salud y los resultados en materia de salud. De cómo el sesgo (fruto de percepciones equivocadas sobre las enfermedades cardiovasculares) tiene efecto directo (perverso) sobre la salud de las mujeres: no valorar que es (también) la primera causa de mortalidad entre el sexo femenino, no tener en cuenta que los síntomas de infarto miocardio en las mujeres pueden ser diferentes que en los hombres y, en consecuencia, que pueden no ser reconocidos ni por ellas mismas ni por los profesionales, ha tenido como consecuencia durante mucho tiempo, y todavía hoy, la exclusión, la invisibilidad de las mujeres en relación

⁵ B. Healy, «The Yentl Syndrome», *New England Journal of Medicine*, 325, n. 4, 1991, pp. 274-276.

con las patologías cardiovasculares,⁶ empezando por su ausencia en las investigaciones y ensayos clínicos.

Un resumen de las consecuencias del sesgo, a partir de los datos provenientes de evidencia empírica, tanto nacional como internacional:

- A igualdad de patología coronaria, las mujeres no reciben el mismo tratamiento médico y quirúrgico: las exploraciones (cateterismos, pruebas de esfuerzo) se efectúan menos cuando el paciente es de sexo femenino; las mujeres con infarto llegan de 2 a 5 horas más tarde que los hombres al hospital; los tratamientos trombolíticos son menos aplicados entre mujeres (30% entre mujeres vs 63% entre hombres).⁷

- La mortalidad post infarto es más elevada entre mujeres (68% vs 33%). Por supuesto, esta mayor mortalidad no se debe solo a la existencia de este sesgo, pero podemos inferir que el sesgo tiene una parte de responsabilidad.⁸

- La rehabilitación postinfarto solo se realiza entre el 30% de mujeres afectadas vs. el 87% de hombres.⁹

Las soluciones para evitar este sesgo pasan por introducir la perspectiva de género, primero, en los ensayos clínicos, la docencia y la investigación (en este caso, de las enfermedades cardiovasculares) y, segundo, en la promoción de la salud. Las campañas *The heart truth*¹⁰ en EE UU y *The heart truth/Le coeur tel qu'elles*¹¹ en Canadá tratan desde hace ya varios años de incitar a las mujeres a cuidar su salud cardiovascular, a cambiar sus hábitos, a reconocer los síntomas de una crisis cardíaca y de un accidente vascular cerebral y a tratar de conseguir un tratamiento temprano. En España, el año pasado, 2015, por primera vez, el Hospital Universitario Ramón y Cajal implementó una campaña específica para las mujeres a través de la Unidad del Cuidado del Corazón en la mujer y en la Sociedad Española de Cardiología existe ya un Grupo de Trabajo de Enfermedad Cardiovascular en la Mujer.

⁶ S. Sans Menéndez, «Enfermedades cardiovasculares», en C. Colomer y M. P. Sánchez López, *Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud: Materiales Didácticos*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2007.

⁷ Véase, por ejemplo, J. Z. Ayanian y A. M. Epstein, «Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease», *New England Journal of Medicine*, 325, n. 4, 1991, pp. 221-225.

⁸ J. Cinca, «Sexo femenino y mortalidad postinfarto de miocardio», *Medicina Clínica*, 122, n. 15, 2004, pp. 576-577.

⁹ J. G. Canto, J. J. Allison, C. I. Kiefe, C. Fincher, R. Farmer, P. Sekar, y N. W. Weissman, «Relation of race and sex to the use of reperfusion therapy in Medicare beneficiaries with acute myocardial infarction», *New England Journal of Medicine*, 342, n. 15, 2000, pp. 1094-1100.

¹⁰ <http://www.nhlbi.nih.gov/educational/hearttruth/>

¹¹ <http://lecoeurtelquelles.ca/>

Aquí solo hemos visto un ejemplo; podríamos ver muchos más. Podríamos, por ejemplo, aplicar la perspectiva de género al análisis de la mayor prevalencia de la depresión en las mujeres y hablar de cuáles son los factores que modulan el ratio de 2/1 (a veces incluso 3/1) en los diagnósticos de depresión entre mujeres y hombres. La evidencia científica nos dice que, por una parte, hay factores que hacen aumentar el 'diagnóstico' de depresión para las mujeres: sesgo de profesionales hacia los mismos síntomas según lo expresen hombres o mujeres, diagnóstico no especializado, semejanza entre síntomas depresivos y papel tradicional femenino (sumisión, falta de asertividad, altruismo, introyección de la culpa, necesidad de ser buena esposa, madre, ama de casa). Y por otra, factores que hacen disminuir el diagnóstico de depresión para los hombres: reticencia a pedir ayuda, enmascaramiento e intento de solución de síntomas mediante adicciones.

Otra vez las soluciones pasarían en este caso por: a) introducir la perspectiva de género en los ensayos clínicos, la docencia y la investigación (de la depresión), lo que haría disminuir los sesgos en el diagnóstico; b) formar profesionales con perspectiva de género para el tratamiento de la depresión; y c) introducir la perspectiva de género en la promoción de la salud: programas de intervención diferenciales.¹²

En resumen, los resultados de las investigaciones nos indican que el complejo constructo de género, interactuando con diferencias sexuales biológicas, genéticas o inmunológicas crea condiciones, situaciones y problemas relacionados con la salud que son diferentes para mujeres y para hombres, como individuos y como grupos.

Es decir, se trata de que el género es uno de los determinantes de la salud (junto a otros, como la situación económica). Se trata, pues, de que existe una estrecha asociación entre salud y género; de que los modelos biológicos y biomédicos no explican, por ejemplo, por qué la distribución de la enfermedad en la población sigue los contornos de la pobreza; de la misma forma, tampoco explican las diferencias en salud entre hombres y mujeres. El sexo no basta para describir, explicar e intervenir en las diferencias en salud entre hombres y mujeres; necesitamos modelos biopsicosociales; y necesitamos la introducción del constructo de género para explicar la salud de individuos y grupos y para, en su caso, mejorarla.

¹² M. P. Sánchez López y R. M. Limiñana Grass, *The Psychology of Gender and Health. Conceptual and Applied Global Concerns*, Elsevier/Academic Press, Nueva York, en prensa.