



El enfoque de género en la investigación y la difusión del conocimiento



María Teresa Ruiz Cantero
- [Universidad de Alicante] -

El enfoque de género en la

El enfoque de género en la

El enfoque de género en la investigación y la difusión del conocimiento



El enfoque de género en la investigación y la difusión del conocimiento

El enfoque de género en la investigación y la difusión del conocimiento

El enfoque de género en la investigación y la difusión del conocimiento

INTRODUCCIÓN

Considerar en investigación al sistema sexo-género implica incorporarlo en los marcos explicativos de las investigaciones, así como en sus diseños y análisis. Para priorizarlo, es básico aceptar que el género organiza y subyace en las bases de los valores y normas de las estructuras sanitarias asistenciales, y también investigadoras, académicas, planificadoras y preventivas.

La base de evidencia internacional en este tema es limitada, y las confusiones conceptuales son bastante comunes. El enfoque social de la epidemiología social y la salud pública no implica la adopción de la perspectiva de género, pero sin duda facilita el análisis de género dentro de la Medicina.

En España no existe gran producción científica sobre desigualdades de género en salud y en la asistencia sanitaria (acceso, uso y la calidad): ni respecto a las mejoras científico-técnicas, ni a los derechos de quienes padecen. Si acaso, existen estudios que involucran principalmente al ámbito hospitalario, y apenas a la atención primaria.

Es importante que la investigación sobre la asistencia sanitaria contemple al sistema sexo-género pues pese a sus beneficios, en ciertos casos puede perjudicar al estado de salud de los hombres; mientras que en muchos no beneficia sistemáticamente a la salud de las mujeres. En estos casos, se acepta que existen sesgos de género en la asistencia sanitaria, en la medida que se producen cuando las diferencias en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos.

En todo el proceso de producción y publicación de conocimientos sobre salud se pueden producir diversos sesgos de género. Básicamente, la producción de nuevo conocimiento desde el prejuicio oscurece los procesos que explican las desigualdades de género. Se expresa: 1. no preguntando por temas relevantes desde la perspectiva de género, y 2. no presentando los datos desagregados por sexo,

Conceptualmente, las investigaciones sobre sesgo de género parten de la base de que el sexismo y androcentrismo son sesgos sociales que actúan entre bastidores moviendo los hilos de sus normas; lo que afectará la validez de los conocimientos generados por las mismas. Su objetivo es reformar la ciencia mejorando sus métodos para incrementar su capacidad de inferencia. Pero, solo propone la aplicación de las normas metodológicas para comprobar hipótesis e interpretar datos (contexto de la Justificación). Este planteamiento no contempla el contexto del Descubrimiento, que es donde se encuentran las principales razones de los sesgos de género.

Así como se acepta que existen diferencias importantes entre diferentes grupos de mujeres y diferentes grupos de hombres, se acepta sin cuestión que hay muchas similitudes entre la historia natural, la social y las necesidades de cuidados en las mujeres y hombres, cuando de hecho no son tan similares. Consecuentemente, los análisis que pretenden detectar diferencias según sexo y desigualdades de género incluyen a ambos sexos para comparar mujeres con hombres, mientras que los análisis que comparan mujeres con mujeres enfatizan la inclusión de la diversidad como categoría transversal a considerar, denuncian el exceso de generalización, y proponen pensar en mujeres (plural) y no en la mujer (en singular) como categoría representante de todo el grupo.

Los estudios sobre salud de las mujeres, y los que pretenden aplicar la perspectiva de género se caracterizan por su eclecticismo en las metodologías. Los métodos empleados se relacionan con las hipótesis de trabajo, que generalmente desde el empirismo son cuantitativas, y cualitativas desde el punto de partida feminista (feminism stand point) y otras aproximaciones teóricas feministas existentes. Este es el caso de los métodos planteados conjuntamente desde la epistemológica feminista y la semiótica médica, que invita a reconsiderar el significado de los signos médicos, y girar la mirada crítica a la posición y la habilidad del intérprete; este es el caso del uso del término "inexplicado", que no significa que sea una verdad universal y que no exista explicación. Otras aproximaciones como las que parten del análisis narrativo y del análisis crítico de la ciencia merecen ser contempladas en los estudios de salud y género.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD

Al finalizar el estudio de esta unidad los/las participantes de este curso serán capaces de:

- 1.- Reconocer** la existencia de sesgos de género en la atención sanitaria y en los medios de comunicación.
- 2.- Determinar** las aproximaciones teóricas feministas en investigación sobre problemas de salud.
- 3.- Identificar** conceptos, diseños, fuentes de información, y estrategias de análisis a incorporar desde la perspectiva de género, en la metodología de las investigaciones sobre problemas de salud y desigualdades en su atención sanitaria.



1. El enfoque de género y la salud pública

El enfoque social de la salud pública no implica la adopción de la perspectiva de género, al menos por ahora. Pero sin duda esta consideración social permite que el análisis de género pueda tener lugar. Por otro lado, existe un gran salto cualitativo entre los problemas de salud que necesitan respuestas desde la perspectiva de género, y lo que tradicionalmente se entiende por estudios de salud de las mujeres, centrados en sus diferentes etapas reproductivas. Ambas líneas de trabajo son relevantes cuando se pretende analizar desde la perspectiva de género a la asistencia sanitaria encargada del restablecimiento de las enfermedades comunes de ambos sexos, y las propias o mayoritarias de las mujeres, que es el objetivo de este capítulo, con especial énfasis en investigación.

Si los servicios de salud quieren caracterizarse por su equidad y ser más eficientes se precisa mayor sensibilidad respecto a los conceptos sexo y género. Pero, la base de evidencia internacional para las políticas y las prácticas profesionales sobre esta línea de investigación es limitada, y las confusiones conceptuales son bastante comunes. Reflejo de esta situación, en España no existe gran producción científica sobre desigualdades de género en el acceso, uso y la calidad asistencial sanitaria; ni relacionado con las mejoras científico-técnicas en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, ni con las mejoras percibidas y los derechos de quienes padecen -satisfacción acorde a sus necesidades. Si acaso, y en conexión con la investigación internacional, se ha producido información nueva sobre los sesgos del género asistenciales respecto a las enfermedades cardiovasculares, lo que involucra principalmente al ámbito hospitalario, y apenas a la atención primaria. Además, la participación de la epidemiología sigue siendo escasa todavía.

Tener en cuenta en el ámbito de la investigación al sistema sexo-género implica priorizarlo realmente, e incorporarlo en los marcos explicativos de las investigaciones, así como en sus diseños y análisis metodológicos. Y para ello, es básico aceptar que el género actúa como principio organizador de la estructura social posibilitando el acceso a recursos y la distribución de los mismos, como los sanitarios. Y también, que el género subyace en la base de los valores y normas de las estructuras sanitarias asistenciales, pero también investigadoras, académicas, planificadoras y preventivas. En el corto plazo su beneficio podría ser el promover la equidad mediante la disminución de las lagunas de conocimiento sobre la salud de las mujeres. En el largo plazo, la mejora de la calidad general del conocimiento científico en medicina en España por lo que los hombres también pueden verse beneficiados.

Es importante que la investigación sobre la asistencia sanitaria contemple al sistema sexo-género pues pese a sus beneficios, en ciertos casos puede perjudicar al estado de salud de los hombres mientras que en muchos no beneficia sistemáticamente a la salud de las mujeres. En estos casos, se acepta que existen sesgos de género en la asistencia sanitaria, en la medi-



da que se producen cuando las diferencias en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos. Pero, esta definición limita la responsabilidad al sector sanitario, cuando probablemente su origen deba buscarse en la propia investigación, al realizar planteamientos erróneos de igualdad o de diferencias entre ambos sexos –en su naturaleza, comportamientos y/o razonamientos- que genera conocimiento con sesgos de género, que influirá a su vez en una conducta discriminatoria para un sexo respecto a otro en los servicios sanitarios.

En todas las etapas del proceso de producción y publicación de conocimientos sobre la asistencia sanitaria se pueden producir diversos sesgos de género. En el planteamiento de los objetivos, elaboración del instrumento de obtención de la información, en la propia recogida de información e, incluso, en el análisis y presentación de los resultados y en la inferencia de los mismos. El manejo de la producción de nuevo conocimiento desde el prejuicio se expresa no preguntando por temas relevantes, y no presentando los datos desagregados por sexo, lo que tiene como consecuencia el oscurecimiento de los procesos que explican las diferencias y desigualdades de género en la asistencia sanitaria.

2. El género y las hipótesis en investigación sobre asistencia sanitaria

La mayoría de las investigaciones sobre sesgo de género parten de la base de que el sexismo y androcentrismo son sesgos sociales que actúan entre bastidores moviendo los hilos de las normas que influyen en las investigaciones; al punto de afectar la validez de los conocimientos generados por las mismas, y en concreto, con relación a la salud y la atención sanitaria de las mujeres. Su objetivo es reformador con respecto a la ciencia, pues plantea hacer mejor ciencia mejorando sus métodos, con el fin de corregir imprecisiones y problemas de validez. No obstante, solo propone la aplicación de las **normas metodológicas** para comprobar las hipótesis e interpretar los datos, o lo que es lo mismo mejorar el llamado contexto de la **JUSTIFICACIÓN**.

Este correcto planteamiento se queda corto al no contemplar el **contexto de DESCUBRIMIENTO**, que es donde probablemente se encuentren las principales razones de los sesgos de género: falta de identificación de problemas de salud y sanitarios mas allá de los considerados hasta la actualidad (violencia de género, abortos de repetición, enfermedades ocupacionales, incluido acoso), re-definición en ocasiones de lo que se considera problema (síntomas/síndromes sin causa orgánica), y reelaboración y establecimiento de otras prioridades de investigación (como influye la participación de las mujeres y el poder o no tomar decisiones en su propia salud). La falsa creencia de una mayor prevalencia de úlcera en hombres que en mujeres



hasta el descubrimiento del agente causal *helicobacter pilori* o la mayor frecuencia de IAM atípicos en mujeres pueden también ilustrar estos errores sistemáticos de la ciencia.

El fracaso del modelo biomédico en la producción de conocimiento útil para la asistencia y el tratamiento de lo que se ha venido a denominar síntomas y síndromes somáticos sin causa orgánica, básicamente más prevalente en las mujeres que en los hombres, ejemplifica sus limitaciones teórico-metodológicas para comprender estos problemas. Pese a haber aportado explicaciones fisiopatológicas, se mantiene un modelo de atención que pretende la adaptación de la persona enferma a su cronicidad con tratamientos sintomáticos y antidepressivos, lo que es indicativo de que no se cuenta con tratamientos eficaces. Esta situación ha estimulado el interés de otras corrientes en la producción de modelos que interrelacionan estos síntomas con el contexto social, las experiencias subjetivas y de género. Estos modelos de atención proponen evitar su medicalización, potenciando una atención que sitúa a la visión del sujeto paciente en centro de atención de esta perspectiva. Por tanto, las investigaciones y terapias se dirigen a quienes padecen, para que desde su condición de sujeto analice/asigne significados a sus síntomas dentro de su contexto vital, y consecuentemente incrementen su capacidad de control de los determinantes de su salud.

Las relaciones entre el sexo biológico, el género como constructo social, y la salud son complejas. Se acepta que existen diferencias importantes, entre mujeres y hombres, y entre diferentes grupos de mujeres y diferentes grupos de hombres, cuando en ocasiones son similares (ejem: problemas de salud mental); pero sin embargo, se acepta sin cuestión, que hay muchas similitudes entre la historia natural, la social y las necesidades de cuidados en las mujeres y hombres, cuando de hecho no hay tantas similitudes. Se está tardando en reconocer que las diferencias biológicas entre sexos se extienden más allá de la reproducción. No obstante, ya se reconoce un rango amplio de influencias genéticas, hormonales y metabólicas en los distintos patrones de morbilidad/mortalidad según sexo. Por ejemplo, hay evidencias sobre las diferencias según sexo en la incidencia, los síntomas y pronósticos de problemas de salud, como HIV/SIDA, infecciones, TBC, enfermedades auto-inmunes, y coronarias.

Consecuentemente, los análisis que pretenden detectar diferencias y consecuencias de género incluyen a ambos sexos para comparar a **mujeres con hombres**, mientras que los análisis que comparan **mujeres con mujeres** hacen énfasis en la inclusión de la diversidad como categoría transversal a considerar, denuncian el exceso de generalización, y proponen pensar en mujeres (plural) y no en la mujer (en singular) como categoría representante de todo el grupo.

3. Metodología

El eclecticismo metodológico caracteriza los estudios sobre salud de las mujeres, y los que pretenden aplicar la perspectiva de género. Los métodos



empleados en las investigaciones se relacionan con las hipótesis, siendo generalmente desde el empirismo de carácter cuantitativo, y cualitativos desde el punto de partida feminista (feminism stand point).

La medicina basada en la evidencia suele aportar conocimiento mediante métodos cuantitativos tradicionales de investigación. Pero al incorporar solamente cuestiones y fenómenos que pueden ser medidos, cuantificados y controlados tienen limitado su acceso a información relevante sobre factores que influyen de forma decisiva en las decisiones clínicas y los métodos de atención a los pacientes. En concreto, los métodos cuantitativos son buenos para identificar, pero no son demasiado capaces para interpretar como interactúan los factores que subyacen en los comportamientos, en las opiniones y experiencias, y que tanto influyen en la comunicación médico-paciente. Por ello, de forma complementaria se pueden emplear métodos de investigación cualitativa, que utilizan otras estrategias (observación y escucha) para la recolección sistemática, organización, e interpretación de la información, permitiendo la exploración de eventos experimentados por mujeres y hombres en su contexto.

Planteamientos metodológicos procedentes de la crítica epistemológica feminista junto con otras disciplinas, como la semiótica o la narrativa se comentan a continuación. En concreto, el rol de la interpretación en el proceso diagnóstico es el principal objeto de estudio de la semiótica médica, pues mediante las diferentes interpretaciones de los médicos pueden producirse diferentes versiones del mismo signo. Los signos se producen, comparten e interpretan, como la música, las palabras o los números. En este sentido, hay aspectos de los sesgos de género en el proceso diagnóstico relacionados con como los médicos atribuyen diferentes significados a los mismos signos y síntomas según los presenten pacientes hombres o mujeres. Un fenómeno similar al que sucede cuando se producen diferentes versiones de una misma composición musical, según quien sea el intérprete. La semiótica invita a reconsiderar el significado de los signos médicos, y girar la mirada crítica a la posición y la habilidad del intérprete (ejem: el uso del término "inexplicado" no significa que sea una verdad universal y que no exista explicación).

El análisis narrativo plantea que la historia clínica es la traducción que hace el médico después de escuchar "la historia" de quien padece. Y dado que las historias se construyen, intercambian y escuchan como resultado de la interacción humana en un determinado contexto sociopolítico; la historia contada por las personas que sufren no suele ser idéntica a la historia clínica, aunque pueden ser compatibles. Estas investigaciones cuestionan la presunción de la medicina de ser más capaz que quien padece de contar la historia, pues como cualquier historia, tiene varias lecturas en función de quien la escuche.

La capacidad de observación del médico está delimitada por su experiencia persono-profesional. Determina la perspectiva desde la que observa, por lo que influirá en lo que puede ver. Si es una visión desde una parte, los médicos pueden no ver parte de la realidad, como les sucede a los conductores con los ángulos muertos de visión. Un análisis crítico debe cuestionar la aceptada visión universal y neutral típica de la medicina, e identificar las consecuencias de esta creencia errónea.



Cuando los síntomas no corresponden a los signos observables por los médicos, las experiencias pueden ser excluidas del proceso en el cual se construye el conocimiento científico. El discurso médico básicamente asigna el privilegio del conocimiento a la voz de la medicina más que a la voz de quien padece y sus acompañantes. En consecuencia, las experiencias vitales de quienes padecen no tienen cabida en los espacios retóricos de intercambio de conocimiento/experiencias médicas. Sin duda, el desconocimiento médico de este “otro” conocimiento influye en que ciertos síntomas de las mujeres sean considerados “atípicos”.

3.1 LOS DISEÑOS Y LA DEFINICIÓN DE EXPOSICIÓN Y EFECTO DE LOS ESTUDIOS DE SESGOS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA

La mayoría de estas investigaciones han tenido un diseño de carácter retrospectivo; en donde a partir de una definición de caso que corresponde al diagnóstico (por ejemplo: enfermos(as) con diagnóstico de infartos) se analiza el esfuerzo realizado para el diagnóstico y el tratamiento estratificado por sexo. Estos análisis a menudo controlan el efecto de factores como la edad, gravedad y co-morbilidad. La exclusión de pacientes no diagnosticados es el principal problema de los diseños retrospectivos que toman los diagnósticos como definición de caso, ya sea por razones propias de los/las pacientes, o precisamente por un menor esfuerzo en la atención sanitaria.

Idealmente, para incrementar la validez de los resultados es preciso realizar diseños prospectivos que partan de los síntomas manifestados por los/las pacientes, para comparar el esfuerzo diagnóstico y terapéutico realizado a hombres y mujeres con iguales síntomas. Son diseños identificables con los de cohortes, con un período de seguimiento que corresponde al tiempo que dure el proceso asistencial; siendo el grupo de pacientes hombres quienes constituyen el grupo de exposición (a un mayor esfuerzo diagnóstico y terapéutico) mientras que las pacientes mujeres constituirían el grupo de no exposición. Los efectos serían los propios esfuerzos diagnósticos y terapéuticos.

La definición operativa de esfuerzo diagnóstico y terapéutico debe comprender para cada enfermedad a aquellas variables objetivas y factibles indicadores de ambos esfuerzos. La práctica totalidad de las investigaciones sobre sesgo de género en el esfuerzo diagnóstico han seleccionado como variable indicadora del mismo la utilización (o no) de pruebas complementarias (ejemplo: la angiografía), no así a las otras dos tareas constitutivas del proceso diagnóstico: anamnesis y exploración clínica, que son las empleadas para el diagnóstico de la mayoría de las enfermedades; especialmente en atención primaria. Este hecho va a presentar problemas para elaborar una definición operativa de esfuerzo diagnóstico, pues las variables indicadores del mismo no son tan objetivas como la utilización de pruebas complementarias. Esto es, realizar la exploración clínica necesaria, y/o preguntar (o no) por patrones de vida/factores determinantes de un problema de salud específico y por su historia natural basada en los síntomas; basados a su vez en la valoración subjetiva de los pacientes.



Las variables indicadoras de sesgos de género en el esfuerzo terapéutico también pueden ser diversas. De lo que más información existe en España es sobre desigualdad en la aplicación según sexo de procedimientos terapéuticos en problemas cardiovasculares, como la trombolisis, angioplastias y cateterismos. También se ha publicado de forma puntual sobre la participación por sexo en ensayos clínicos. Desde el Hospital Servet de Zaragoza se evidencia que de los 101 ensayos realizados, es sobre terapia contra el cáncer sobre lo que más se investiga cuando solo participan mujeres, y sobre disfunción eréctil para el caso de ensayos realizado solo en hombres. En el caso de inclusión de ambos sexos se ha detectado una significativa mayor participación de hombres (62,3%) que de mujeres (37,7%).

Otros sesgos de género en el esfuerzo terapéutico a investigar son los de acceso y utilización (o no) de una atención sanitaria de calidad, como la derivación a los especialistas desde la atención primaria, o la proporcionada en los hospitales. El Institut Catala d'Oncologia detectó que las mujeres son menos readmitidas que los hombres para el caso de cáncer colorectal, incluso después de controlar por características del tumor, mortalidad y comorbilidad. En Alemania se identificó una mayor frecuencia de estancias hospitalarias inapropiadas en pacientes quirúrgicos hombres que en mujeres (32,2% vs. 25,5%, respectivamente), y a la inversa en pacientes de medicina interna (39,6% pacientes mujeres vs. 25,3% hombres). Se precisa información sobre la aplicación de determinados procedimientos terapéuticos, como los quirúrgicos, o los trasplantes renales, o incluso la recomendación de baja laboral. Y sobre la demora en la asistencia sanitaria según sexo; en sus dos etapas: desde el comienzo de los síntomas hasta la demanda de atención sanitaria, y desde esta última hasta que se produce la atención. Y también, sobre la prescripción desigual de fármacos, como los psicotrópicos que es mayor en mujeres.

Existe un gran campo de trabajo referente a los problemas de salud propios de las mujeres, en donde también se han evidenciado desigualdades en la oferta de servicios preventivos y efectos perversos de la provisión asistencial privada. Se necesita más información actual para España en problemas de salud y sus consecuencias, como los derivados del exceso de prescripción de terapia hormonal sustitutiva y de cesáreas. Y por el contrario, sobre las barreras a las interrupciones voluntarias del embarazo. Sobre las cuestionadas mastectomías radicales, y ooforectomías junto con histerectomías en mujeres en la peri-menopausia. Y también, sobre los innecesarios rituales del parto (rasurados de pubis y episiotomía sistemáticos). Y sobre la aplicación de terapias relacionadas con la estética corporal -quirúrgica y/o nutricional-, más utilizada de momento por las mujeres.

3.2 LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Para observar la realidad, siempre cambiante, además de producir nuevos datos (primarios), es bastante aconsejable por eficiente revisar y reanalizar los datos de los estudios ya publicados. Es útil para complementar desde la perspectiva de género la información con la ya existente. Por ejemplo, la información sobre la proporción de mujeres embarazadas sero+ para sífilis, puede ser más útil si se complementa con la información sobre la proporción de mujeres embarazadas sero+ a sífilis que informan que sus parejas tienen síntomas.



Una forma factible de revisar y reanalizar los datos es accediendo a las estadísticas alojadas en los portales de instituciones como el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Instituto Nacional de Estadística y Centro de Investigaciones Sociológicas. Los responsables de las fuentes de información relacionadas con la salud cada vez tienen más presente la importancia de incluir a ambos sexos en las muestras de lo que serán sus productos. El impulso tanto internacional como nacional de estadísticas con enfoque de género se debe a la Conferencia de Beijing en 1995.

Aunque las fuentes secundarias como las estadísticas de salud recojan y presenten desagregado al sexo como variable, hecho que no siempre ocurre; esto no es suficiente para detectar desigualdades de género. Es preciso que recojan información sobre temas relevantes desde esta perspectiva, y no incurran en sesgos de género.

El enfoque más descriptivo que explicativo de las estadísticas limita el análisis de género. También queda limitado por los estereotipos operantes en los diseños y formulación de las preguntas, y por las carencias, o por ser poco exhaustivas y precisas, en información sobre factores determinantes de las diferencias/desigualdades en la asistencia sanitaria según el sexo. Es el caso del uso en la ENS-2003 del concepto “actividad principal” en las preguntas sobre “síntomas limitantes” (P10 ENS_Cuestionarios Adultos), pues es utilizado para hacer referencia a ambos trabajos: productivo y reproductivo. Al tener que seleccionar solo uno entre ambos la persona encuestada, se la induce a valorar el trabajo en función de una jerarquía que redundará en pérdida de información sobre uno de los dos trabajos, y sobre las situaciones de doble carga. La consecuencia es la limitación de la posibilidad de asociar estos importantes determinantes de la salud de las mujeres con las variables en las que la encuesta pregunta por sus problemas de salud y su correspondiente demanda/atención sanitaria.

Por otra parte, la ENS-2003 recoge información sobre problemas clásicos, pero no sobre problemas de salud que actualmente afectan más a las mujeres, y su correspondiente demanda/atención sanitaria, como las dietas de adelgazamiento vinculadas a la imagen, y los problemas de salud mental. También sobre la violencia de género, pues la única cuestión de la ENS pregunta conjuntamente por sucesos intencionados (agresiones), y por no intencionados, como los accidentes, provocando seguramente sesgos de mala clasificación e invalidando sus resultados.

Otro caso ejemplar de la influencia del sistema de género en los estereotipos institucionales puede ser observado en los Indicadores de salud de las mujeres propuestos por la OMS, pues se centran en sexual y reproductiva. En estos Indicadores también falta información sobre violencia de género.

Además de la ENS y los Indicadores de Salud de la OMS, algunas de las operaciones estadísticas destacadas relacionadas con la atención sanitaria según el Plan Nacional de Estadística 2005, que estratifican la información por sexo en su presentación digital son: la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, la Estadística estatal del SIDA, las Estadísticas del Programa de lesiones: red de accidentes domésticos y de ocio, el Consumo farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, la explotación estadística del Conjunto Mínimo Básico de Datos, los indicadores hospitalarios, y



el Barómetro Sanitario no presenta la información estratificada por sexo al menos en la versión digital. Desafortunadamente, no existe información sobre el Sistema de información de APS del Sistema Nacional de Salud.

El Barómetro Sanitario es una encuesta de opinión a los/as ciudadanos/as sobre los problemas actuales que existen en España. Los resultados de 2005 muestran a la sanidad como la condición considerada de su mayor interés; siendo especialmente relevante que cerca del 80% de los ciudadanos/as valore que el sistema sanitario necesita cambios. Esta consideración sobre la sanidad es apreciable, pues a lo largo de un año acuden al médico de cabecera un 70%, a urgencias un 30%, y al especialista un 45% (50% para intervenciones quirúrgicas). Hay que lamentar que el Barómetro Sanitario no proporcione esta información desagregada por sexo. Aunque por otro lado, según los datos de la última ENS (2003), hombres y mujeres acuden con la misma frecuencia a la consulta del médico.

El Barómetro Sanitario apunta problemas para investigar por la insatisfacción que producen en la ciudadanía. Si bien, los procesos de hospitalización o consulta son satisfactorios, existen insatisfacciones derivadas de los tiempos asistenciales: el tiempo de espera hasta entrar en consulta es la característica menos valorada respecto a las consultas de medicina general y pediatría (5,63 sobre 10); seguido de el tiempo dedicado a cada enfermo (6,57) y el tiempo que tarda el médico en verle desde que pide cita (6,62). Esta última opción es la peor puntuada respecto al especialista (4,64), seguida de la facilidad para conseguir cita (5,27) y el tiempo de espera hasta entrar en la consulta (5,37).

3.3 LOS DATOS PRIMARIOS Y SU PROCESAMIENTO

La salud de los hombres no siempre tiene que ser el estándar con el que comparar a la salud de las mujeres –ejemplo, todo aquello que esté asociado a parámetros hormonales cursará de forma diferente según sexo. Esta es la primera consideración a tener en cuenta a la hora de identificar variables que generen información sobre salud de las mujeres. Sin embargo, como la comparación entre sexos se precisa en gran parte de los estudios de género en servicios sanitarios, es conveniente no olvidar que la utilización de definiciones de las variables operativas más sensibles e inclusivas tiende a mostrar cifras de mujeres más cerca del número de hombres. En paralelo, hay que fijarse en los niveles de desagregación (puntos de corte) de lo que se definirá como normal/anormal respecto a la variable objeto de interés, pues según donde se establezcan pueden detectar (o no) las diferencias por sexo. Este puede ser el caso de la validez de los procedimientos diagnósticos (pruebas de laboratorio, anamnesis, examen físico), en ocasiones poco sensibles para detectar los problemas de salud de las mujeres en sus fases iniciales. De ahí probablemente la mayor cantidad de enfermedades de curso atípico en mujeres respecto a hombres.

El interés por producir información sobre determinadas variables, su elección sobre otras, no es neutral (ejemplo: cuando se examina la atención sanitaria según sexo pueden no existir diferencias, pero puede haberla en el tiempo de espera ante una demanda de atención médica). La elección de variables debe basarse en el análisis de los factores de género que con mayor probabilidad pueden repercutir en cierta dimensión de la salud (ejem-



plo: la Tasa de mortalidad por sexo por causa de muerte ¿fue una causa prevenible?). Dada la importancia de la consistencia de los resultados, en este como en otros temas de investigación, es preciso identificar y seleccionar variables representativas comunes a otras investigaciones internacionales sobre los principales procesos asistenciales en los que se pueden expresar las desigualdades de género.

Las variables desagregadas por sexo no siempre son iguales a variables con sensibilidad de género (en ocasiones los dos se utilizan de forma indistinta pero no son lo mismo). La información desagregada por sexo recoge la existencia de diferencias por sexo en una dimensión específica de la salud; mientras que las variables con sensibilidad de género son construidas para ayudar a comprender si la diferencia es el resultado de sesgos de género.

El uso de una sola variable puede enmascarar las desigualdades de género en salud. Es preciso examinar varias dimensiones de la salud. En los estudios de sesgos de género en el sector sanitario, es fundamental para establecer comparaciones entre sexos respecto de las variables de esfuerzo diagnóstico y terapéutico, partir de la premisa de que se están comparando hombres y mujeres con igual necesidad en términos de morbilidad-gravedad, y teniendo en cuenta la prevalencia del problema. Partiendo de esta situación, se puede examinar la respuesta del sector sanitario en términos de disponibilidad de servicios sanitarios para un problema específico, distancia al servicio sanitario mas cercano, accesibilidad, calidad asistencial, resultados en salud, y consecuencias inmediatas (mortalidad, recuperación) y de largo plazo (discapacidad); además de las consecuencias sociales y económicas (estigma, pérdida de empleo).

Volviendo al esquema explicativo inicial recordemos que para cumplir con el objetivo de detectar sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y posterior esfuerzo terapéutico es preciso comparar entre el grupo de expuestos a un mayor esfuerzo (hipotéticamente los hombres) y el grupo no expuesto (las mujeres), desde la premisa “a iguales síntomas”. Para comparar, será preciso utilizar algún procedimiento de clasificación/agrupación de síntomas (ejemplo: con base al pronóstico, o utilizando el consenso de expertos. Para la clasificación diagnóstica se pueden utilizar las clasificaciones normalizadas -entre otras, CIE, WONCA si la investigación se centra en usuarios de la atención primaria. Siempre debe establecerse para su medición categorías tales como “Signos y Síntomas mal definidos” pues las mujeres suelen ser asignadas a esta categoría con significativamente mayor frecuencia que los hombres.

La gravedad como se ha comentado es una de las principales condicionantes en la interpretación de los resultados sobre esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Se disponen de sistemas estandarizados y validados de clasificación de la gravedad de quien padece -ejemplo: el Índice TISS (Therapeutic Intervention Scoring System). La gravedad hace referencia a un conjunto de atributos sobre diferentes contenidos: gravedad de la patología, por la dificultad del tratamiento, o respecto al pronóstico. Si no se dispone de ningún sistema de clasificación validado se pueden establecer variables proxy a la gravedad, como la edad y comorbilidad, la valoración del médico o la percibida por quien padece. Algunos resultados publicados con datos españoles reconocen un sesgo diagnóstico en función del sexo con relación al diag-



nóstico provisional de la EPOC, mas probable para los pacientes varones que para las mujeres [OR=1,55 (1,15-2,1)], que desapareció después de mostrar los resultados anormales de la espirometría como indicador de la gravedad del proceso.

La información anterior se complementa con información sobre la asociación entre una importante determinante de la atención sanitaria como es relación de comunicación médico-paciente y los sesgos de género en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Hay que tener presente, que en este proceso de comunicación interactúan factores socio-culturales de médicos y pacientes que claramente influirán en los diagnósticos. Existen métodos establecidos desde las ciencias de la conducta, educación y comunicación. Se han utilizado items y escalas para la observación directa –sistemática y estructurada- de las habilidades sociales de comunicación verbal y no verbal de los pacientes en una consulta. Existen diferentes modelos de plantillas cuya elección no siempre ha sido justificada. De hecho, escasean los cuestionarios validados. Otras técnicas de investigación, como la grabación con cámara de vídeo, pueden obviar el sesgo de quien observa, pero puede influir en la conducta de quienes padecen. Y la utilización de encuestas a pacientes y a médicos directamente puede producir además del sesgo de quien encuesta, sesgos de información y clasificación por parte de quien responde. Se ha detectado un estilo de comunicación de las médicas mas enfocado a los aspectos emocionales y psicológicos de quienes padecen, un tono de comunicación mas positivo de las mismas, y un estilo mas igualitario reflejado en el incremento de participación de los/las pacientes. Pero los resultados son contradictorios, o al menos no se detectan diferencias en la satisfacción por el hecho de ser atendidos/as por médicos de uno u otro sexo; lo que implica que existen otros factores que influyen en la satisfacción.

En las investigaciones con enfoque de género, el análisis de género debe primar sobre otros análisis. En primer lugar no se debe controlar el efecto de las diferencias según sexo como variable. Es mas, es conveniente la estratificación por sexo de las variables desde el comienzo para identificar su comportamiento por separado en un sexo respecto a otro. En segundo lugar, no solo hay que centrarse en las asociaciones (riesgo relativo) si no en la cantidad de población expuesta al sesgo de género (riesgos atribuibles), pues incluso en el caso de riesgos bajos, estos son experimentados por un gran número de población: el constituido por las mujeres.



CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE GÉNERO

🌀 **Sesgos de género en la asistencia sanitaria:** cuando las diferencias en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos.

🌀 **Sesgos de género en investigación:** cuando se realizan planteamientos erróneos de igualdad o de diferencias entre ambos sexos –en su naturaleza, comportamientos y/o razonamientos- que genera un conocimiento erróneo y una conducta discriminatoria para un sexo respecto a otro.

🌀 **Sexismo y androcentrismo:** sesgos sociales que actúan entre bastidores moviendo los hilos de las normas que influyen en las investigaciones, afectando la validez de los conocimientos generados por las mismas.

🌀 **Semiótica médica desde la crítica feminista:** estudia la interpretación de los signos que tienen lugar durante el proceso diagnóstico. Se considera que hay aspectos de los sesgos de género en el proceso diagnóstico relacionados con como los médicos atribuyen diferentes significados a los mismos signos y síntomas según los presenten pacientes hombres o mujeres. La semiótica invita a reconsiderar el significado de los signos médicos, y girar la mirada crítica a la posición y la habilidad del intérprete.

🌀 **Análisis narrativo:** plantea que la historia clínica es la traducción que hace el médico después de escuchar “la historia” de quien padece. Y sume que las historias se construyen, intercambian y escuchan como resultado de la interacción humana en un determinado contexto sociopolítico, por lo que la historia contada por las personas que sufren no suele ser idéntica a la historia clínica, aunque pueden ser compatibles. El análisis narrativo cuestiona la presunción de la medicina de ser más capaz que quien padece de contar la historia, pues como cualquier historia, tiene varias lecturas en función de quien la escuche.

🌀 **Análisis crítico:** es el que cuestiona la aceptada visión universal y neutral típica de la medicina, e identifica las consecuencias de esta creencia que entiende errónea.

🌀 **Esfuerzo diagnóstico:** Son las actividades médicas desarrolladas durante el proceso de identificación de una enfermedad. Hay que tener en cuenta que para realizar un diagnóstico se necesita de tres tipos de esfuerzos diagnósticos: anamnesis o historia clínica, examen clínico, y pruebas complementarias (laboratorio, RX,



Scanner, ..). Y también que a partir de la anamnesis y del examen clínico se realizan aproximadamente el 80-85% de los diagnósticos. Por lo tanto, a la hora de evaluar la existencia de sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico es especialmente relevante enfocar la mirada en si ambas estrategias diagnósticas se realizan por igual a ambos sexos.

 **Esfuerzo terapéutico:** Son las actividades médicas desarrolladas para la recuperación de la salud, o el alivio de enfermedades. Pueden estar relacionadas con la prescripción de fármacos, pero también con las intervenciones quirúrgicas, días de estancias hospitalarias, listas de espera y tiempo de espera para ser atendidos post-demanda asistencial, derivaciones a la asistencia especializada, bajas laborales, acceso a recursos sanitarios, materiales y humanos.

 **Información desagregada por sexo:** recoge la existencia de diferencias por sexo en una dimensión específica de la salud.

 **Variables con sensibilidad de género:** se construyen para ayudar a comprender si las diferencias entre sexos respecto a la dimensión específica de la salud es el resultado de sesgos de género.

AMPLIACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Enlaces a páginas Web

<http://www.genderbias.net> o <http://www.genderbias.org>

Páginas web que ofrece información de investigaciones a partir de búsquedas bibliográficas constantemente actualizadas sobre los principales problemas de salud de las mujeres, y con enfoque de género. Inicialmente creada en inglés en la actualidad se ofrecen las explicaciones en castellano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Harding S. Ciencia y Feminismo. Ed Morata: Madrid, 1996.
- Ruiz MT, Verbrugge L. A two way view of gender bias in medicine. J Epidemiol Comm Health 1997; 51: 106-9.
- Kirsti Malterud. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. Fam Med 2000; 32(9): 603-11.
- Ruiz-Cantero MT, Verdú M. Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit 2004; 18(supl 1): 118-25.
- Ruiz-Cantero MT, Simón-Rodríguez E, Papí-Gálvez N. Sesgo de género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud 2003. Gac Sanit 2006; 20: 161-5.

