

5^a Monografía
*Sociedad
Española
de Epidemiología*

Investigación en género y salud

*Carme Borrell
Lucia Artazcoz
Coordinadoras*

Título original: *5a monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud.*

Primera edición: Julio de 2007.

Edita: Ana M. García

Coordinación y dirección: Carme Borrell y Lucía Artazcoz

Diseño: Maria Pons

Impresión: Impremta DITIFET

Depósito legal: B - 39372 - 2007

Impreso en: Cataluña

© Sociedad Española de Epidemiología.

La ley prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra, en cualquier de sus formas, sin la autorización previa y escrita del editor, excepto su citación en revistas, diarios o libros, siempre y cuando se haga alusión de su procedencia.

5^a monografía

Sociedad Española de Epidemiología
Investigación sobre género y salud
Carme Borrell Lucía Atrazcoz coordinadoras

INVESTIGACIÓN SOBRE GÉNERO Y SALUD

DIRECTORAS

CARME BORRELL Agència de Salut Pública de Barcelona.
Universitat Pompeu Fabra.
Grupo de Género y Salud Pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).
Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública.
Red de Investigación de Salud y Género.

LUCÍA ARTAZCOZ Agència de Salut Pública de Barcelona.
Grupo de Género y Salud Pública de la Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS).
Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública.
Red de Investigación de Salud y Género.

EDITORA

ANA M. GARCÍA Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública,
Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal.
Universitat de València.
Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud..

AUTORÍAS

CARLOS ALVAREZ-DARDET Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante. Red de Investigación de Salud y Género.

LUCÍA ARTAZCOZ Agència de Salut Pública de Barcelona. Grupo de Género y Salud Pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública. Red de Investigación de Salud y Género.

CARME BORRELL Agència de Salut Pública de Barcelona. Universitat Pompeu Fabra. Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS. Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública. Red de Investigación de Salud y Género.

LORENA CASCANT Agència de Salut Pública de Barcelona. Red de Investigación de Salud y Género

IMMA CORTÈS Agència de Salut Pública de Barcelona. Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública. Red de Investigación de Salud y Género.

VICENTA ESCRIBÀ-AGÜIR Escola Valenciana de Estudis per a la Salut (EVES), Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana. Red de Investigación de Salud y Género.

MARÍA FRIGOLA Grup de Recerca en Gènere i Salut (GREGIS). Universitat de Girona.

MARÍA DEL MAR GARCÍA CALVENTE Escuela Andaluza de Salud Pública. Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública. Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS. Red de Investigación de Salud y Género.

DANIEL LA PARRA CASADO Departamento de Sociología II. Instituto Universitario de Desarrollo Social y Paz. Universidad de Alicante.

ROSA MÁS PONS Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. Dirección General de Salud Pública. Consellería de Sanidad Generalitat Valenciana.

ROSANA PEIRÓ-PÉREZ Centro de Salud Pública de Alzira DGSP. Consellería de Sanidad Generalitat Valenciana. Red de Investigación de Salud y Género.

IZABELLA ROHLFS Grup de Recerca en Gènere i Salut (GREGIS). Universitat de Girona. Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS. Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública. Red de Investigación de Salud y Género.

MARIA TERESA RUIZ CANTERO Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante. Red de Investigación de Salud y Género.

CARMEN VIVES-CASES Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante. Red de Investigación de Salud y Género.

ÍNDICE

1 MARCO CONCEPTUAL

- CARME BORRELL p.012 .1 Introducción
 LUCIA ARTAZCOZ p.013 .2 El concepto de sexo y género y su influencia en la salud
 p.015 .3 Masculinidad y salud
 p.016 .4 Las desigualdades en salud según clase social:
 ¿se tienen en cuenta en los estudios de desigualdades
 en salud según género?
 p.017 .5 Presentación de los capítulos de la monografía
 p.018 Bibliografía

2 LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA DE LOS ENFOQUES DE GÉNERO, CLASE SOCIAL Y TRABAJO

- LUCIA ARTAZCOZ p.021 .1 Introducción
 CARME BORRELL p.023 .2 Revisión de la investigación
 IMMA CORTÈS p.024 .2.1 Epidemiología laboral, sexo y género
Segregación de género en el empleo
Segregación de género en el trabajo doméstico
 VICENTA ESCRIBÀ-AGUIR p.027 .2.2 Las desigualdades en la salud
*Las mujeres que trabajan a tiempo completo como amas
 de casa y las empleadas*
La compaginación de la vida laboral y familiar
El impacto del paro sobre la salud mental
La flexibilidad del empleo y la salud
Las desigualdades en la salud entre las personas ancianas
 LORENA CASCANT p.034 .3 Propuestas de avance en la investigación
 p.037 .4 Conclusiones
 Bibliografía

3 LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ENCUESTAS DE SALUD EN LOS PRIMEROS AÑOS DEL SIGLO XXI: EVOLUCIÓN Y CAMINO A SEGUIR

- IZABELLA ROHLFS p.044 .1 Introducción
 MARIA FRIGOLA .1.1 El conocimiento de la salud de la población a través
 de las encuestas de salud: ventajas y limitaciones
 p.046 .1.2 Un poco de historia
 p.048 .1.3 Las encuestas de salud y el estudio de las desigualdades
 sociales en la salud
 .1.4 Marcos metodológicos para entender las relaciones
 entre género y salud
 p.049 .2 Revisión de algunos cuestionarios y de la investigación
 realizada sobre el tema en los últimos años
 .2.1 La incorporación de la perspectiva de género en
 las encuestas de salud
 p.054 .2.2 La evolución de la perspectiva de género en
 las Encuestas Nacionales de Salud (ENSE)
 p.060 .2.3 La incorporación de variables y el análisis con
 perspectiva de género
 p.062 .3 Propuestas de avance en la investigación
 p.063 .3.1 Propuestas específicas
Diseño
VARIABLES O TEMAS A INTRODUCIR
Análisis
 p.065 .3.2 Propuestas generales
Investigación
Políticas públicas
Difusión
 p.066 .4 Conclusiones
 p.067 Bibliografía
 p.072 ANEXO. Algunos ejemplos de preguntas para las encuestas

4 EL SISTEMA SEXO-GÉNERO EN INVESTIGACIÓN SOBRE ATENCIÓN SANITARIA

- M. TERESA RUIZ CANTERO
- p.079 .1 Introducción
 - p.080 .2 Revisión de la investigación
 - .2.1 Pertinencia de la perspectiva de género en la investigación sobre atención sanitaria
 - p.082 .2.2 Retos metodológicos en la investigación sobre esfuerzo diagnóstico y terapéutico desde la perspectiva de género
 - Diseños y conceptos*
 - Fuentes de información secundarias*
 - p.086 .3 Propuestas de avance en la investigación
 - .3.1 Conceptuales
 - .3.2 Diseños
 - p.089 .3.3 Variables
 - p.090 .3.4 Análisis
 - p.091 .3.5 Temas pendientes
 - p.092 .4 Conclusiones

 - p.094 Bibliografía

5 LA INVESTIGACIÓN SOBRE CUIDADOS INFORMALES DE SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

- M. DEL MAR GARCÍA CALVENTE
DANIEL LA PARRA CASADO
- p.097 .1 Introducción
 - p.100 .2 Revisión de la investigación
 - .2.1 El cuidado como trabajo, las personas cuidadoras como recurso y otros ejemplos de androcentrismo en los modelos conceptuales
 - p.102 .2.2 Familismo” y otros sesgos de género en las estrategias metodológicas
 - p.106 .2.3 El olvido de la diversidad en el análisis e interpretación de resultados
 - .2.4 El cuidado informal como fenómeno invisible también en la publicación científica
 - .3 Propuestas de avance en la investigación
 - .3.1 Sobre marcos teóricos y preguntas de investigación sensibles al género
 - p.108 .3.2 Sobre estrategias metodológicas que eviten sesgos de género
 - .3.3 Sobre variables y categorías de estudio para investigar desigualdades de género
 - p.110 .3.4 Sobre el análisis e interpretación de resultados desde el enfoque de género
 - .3.5 Sobre la visibilización mediante la publicación de resultados
 - p.112 .4 Conclusiones

 - p.113 Bibliografía

6 EL ANÁLISIS DE POLÍTICAS CON ENFOQUE DE GÉNERO Y LA SALUD

- ROSANA PEIRÓ-PÉREZ
CARMEN VIVES-CASES
CARLOS ÁLVAREZ-DARDET
ROSA MÁS PONS
- p.119 .1 Introducción
 - p.121 .2 Revisión de la investigación realizada sobre el tema
 - p.123 .3 Propuestas de avance en el análisis de género en las políticas de salud
 - .3.1 En la construcción social de los problemas de salud con perspectiva de género
 - p.125 .3.2 En la toma de decisiones para que el género se introduzca en la agenda política
 - p.128 .3.3 En la formulación de las políticas de salud: valorar el impacto potencial
 - p.130 .3.4 En la implantación de las políticas: monitorizar la transversalidad de género
 - p.132 .3.5 Evaluación de las políticas en curso: la equidad en los resultados
 - p.136 .4 Conclusiones

 - p.137 Bibliografía

ÍNDICE DE TABLAS

- p.023 TABLA 2-1 *Limitaciones de la investigación de los determinantes de la salud desde la perspectiva de género, clase y trabajo*
- p.034 TABLA 2-2 *Recomendaciones para la investigación de los determinantes de la salud desde la perspectiva de género, clase y trabajo*
- p.036 TABLA 2-3 *Algunos temas para la agenda de investigación epidemiológica de los determinantes de la salud desde la perspectiva de género, clase y trabajo*
- p.046 TABLA 3-1 *Encuestas revisadas. Estado Español, 2000-2005*
- p.050 TABLA 3-2 *Ejemplos de variables que propician el análisis de género en algunas encuestas de salud del Estado Español, 2000-2005*
- p.054 TABLA 3-3 *Introducción de variables que posibilitan el análisis desde la perspectiva de género. Encuestas Nacionales de Salud (ENS) de 1993 a 2005-06*
- p.058 TABLA 3-4 *Artículos que utilizan datos de encuestas de salud españolas e incluyen los términos "género" o "sexo" en el texto, 1995-2005*
- p.088 TABLA 4-1 *Resumen de las características de las investigaciones sobre sesgo de género en la atención sanitaria*
- p.098 TABLA 5-1 *Sesgos de género que ocurren en la investigación sobre cuidado informal*
- p.099 TABLA 5-2 *Diez resultados de la investigación sensible al género en cuidado informal*
- p.101 TABLA 5-3 *Producción de sesgos de género en el proceso de investigación sobre cuidados informales de salud*
- p.124 TABLA 6-1 *La construcción social de la salud y el género en algunos medios de comunicación*
- p.125 TABLA 6-2 *Construcción social de la violencia de género en España*
- p.127 TABLA 6-3 *Análisis para conocer si la violencia de género forma parte de la agenda*
- p.129 TABLA 6-4 *Descripción de la formulación en los planes de salud de intervenciones para la reducción de las desigualdades de género*
- p.131 TABLA 6-5 *Descripción de una intervención que inició el cambio hacia una toma de decisiones más igualitaria*
- p.133 TABLA 6-6 *Análisis dirigido a contribuir a la comprensión del proceso social que determina las desigualdades de la conciliación de la vida familiar y laboral*
- p.134 TABLA 6-7 *Análisis de las desigualdades de género en el trabajo reproductivo según clase social*

ÍNDICE DE FIGURAS

- p.028 FIGURA 2-1 *Marco conceptual para el análisis de los determinantes sociales de la salud desde una perspectiva combinada de los enfoques de género, clase social y trabajo*
- p.084 FIGURA 4-1 *Esquema explicativo de los principales condicionantes del esfuerzo diagnóstico y terapéutico*
- p.110 FIGURA 5-1 *Factores determinantes de la calidad de vida de la persona cuidadora*

MARCO CONCEPTUAL

1.1 INTRODUCCIÓN

CARME BORRELL
LUCÍA ARTAZCOZ

Las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres en la mayoría de países ya que ellos tienen unas tasas de mortalidad más elevadas. Los hombres presentan más enfermedades graves y mueren antes, mientras que las mujeres viven más tiempo pero con enfermedades crónicas, discapacidades y peor salud mental¹⁻³. Estas diferencias son debidas tanto a factores biológicos como sociales. Sin embargo, la investigación en salud en general, y también la investigación epidemiológica, ha omitido el estudio de las desigualdades en salud derivadas de la desigual posición social de mujeres y hombres – las desigualdades de género– durante largo tiempo^{4,5}. La presente monografía pretende ser una guía que permita avanzar en la investigación de las desigualdades según género en nuestro país. En estas primeras páginas se introducen los conceptos de sexo y género y su influencia en la salud; se tratan aspectos relacionados con la masculinidad y la salud; se resalta la importancia de tener en cuenta las desigualdades en salud según clase social, además de las desigualdades en salud según género; y, finalmente, se presentan los diferentes capítulos de la monografía.

1.2 EL CONCEPTO DE SEXO Y GÉNERO Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD

A pesar de la progresiva utilización del término “género” en la literatura epidemiológica de la última década, aún existen confusiones sobre este concepto y a menudo, “sexo” y “género” se usan indistintamente. El género se refiere a un constructo social basado en las convenciones culturales, actitudes y relaciones entre hombres y mujeres⁶⁻¹⁰ y por lo tanto no es una categoría estática sino que se produce y reproduce a través de las acciones de las personas. El género puede cambiar de una sociedad a otra y también a lo largo de la historia. En cambio, el sexo se refiere a las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de hombres y mujeres.

Los conceptos de sexo y género han sido abordados en profundidad desde las teorías feministas, que han enfatizado que el género supone un nivel de abstracción distinto, mediante el cual se alude a la jerarquización de espacios y funciones sociales y la diferenciación en el acceso al poder, todo ello implícito en las ideas, representaciones y prácticas de hombres y mujeres¹¹⁻¹². Esta noción permite hacer una crítica política de las convicciones bioideológicas occidentales acerca de la subordinación de la mujer. El concepto occidental de sexo se construye desde una mirada jerárquica, dicotómica y heterosexual del cuerpo humano de forma totalmente independiente de la experiencia individual de la identidad de género¹¹.

Tanto el género como el sexo se relacionan con la salud y lo hacen de forma simultánea ya que las personas no viven siendo de un “género” o de un “sexo”, sino de ambos a la vez⁷. Por lo tanto es importante examinar cómo se relacionan el género y el sexo en su influencia sobre la salud. Veamos algunos ejemplos. El consumo de tabaco empieza antes en los hombres que en las mujeres y, durante las últimas décadas en nuestro país, las prevalencias han sido superiores en ellos. Esta es una exposición de “género” ya que el hecho de fumar no depende de la biología, e influencia la incidencia de múltiples enfermedades, como por ejemplo el cáncer de pulmón, que es mucho más frecuente en los hombres. Otro ejemplo descrito por Krieger⁷ muestra la relación tanto del género como del sexo: la paridad tanto en los hombres como en las mujeres está asociada al riesgo de padecer melanoma. Las mujeres y los hombres nulíparos tienen menor riesgo de padecer melanoma, lo que significa que, además de los factores biológicos relacionados con el embarazo y su nivel de hormonas, existen factores sociales no reproductivos que están en juego¹³.

Aunque con frecuencia la introducción de la sensibilidad de género en los estudios de los determinantes sociales de la salud se ha centrado en muestras constituidas exclusivamente por mujeres, el sexo y el género son también determinantes de la salud de los hombres. Por tanto, la investigación sobre las diferencias según sexo y de las desigualdades según género en salud debe tener en cuenta tanto a las mujeres como a los hombres y, siempre que sea posible, deben realizarse análisis separados para cada sexo para poder entender la naturaleza del género como un concepto multidimensional: social, cultural, psicológico, etc.



El hecho de analizar conjuntamente a hombres y mujeres, es decir, considerar la variable sexo como confusora, sin tener en cuenta la posible existencia de una interacción, no permite tener en cuenta estas complejidades¹⁴.

Relacionado con los concepto de sexo y género, está el sexismo o discriminación de sexo, que se refiere a las relaciones de género injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante (habitualmente los hombres) adquieren privilegios a base de subordinar a otros géneros (habitualmente las mujeres) y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias⁷. La discriminación puede ser legal, como por ejemplo lo fueron las leyes que impedían votar a las mujeres, o ilegal. Se perpetúa a través de muchos actores, tanto el estado y sus instituciones, como organizaciones privadas o a través de los individuos. La discriminación afecta la salud en distintos grados, siendo el máximo nivel de expresión la violencia física y mental, como la violencia de género, responsable de miles de muertes en todo el mundo¹⁵⁻¹⁷.

Existen pocos estudios sobre la repercusión en la salud de la discriminación tanto a nivel “macro”, referido a las formas estructurales de la discriminación, como a nivel “micro” midiendo la discriminación percibida¹⁸. De todos modos, la discriminación percibida se ha relacionado con peores indicadores de salud física y percibida. En nuestro país prácticamente no hay estudios al respecto, con la excepción de uno muy reciente basado en la discriminación percibida por parte de adolescentes autóctonos e inmigrantes¹⁹.

En la mayoría de sociedades industrializadas se produce una desigual distribución en función del sexo en el mundo de la producción (económico-mercantil) y el mundo de la reproducción (ámbito doméstico-familiar, que garantiza el sostenimiento de la vida humana) que es discriminatoria para las mujeres. Ello supone que los hombres realizan mayoritariamente el trabajo productivo fuera de casa, considerado fundamental y que es reconocido socialmente, y las mujeres básicamente se encargan de las tareas relacionadas con el cuidado de las personas, consideradas complementarias y sin tanto valor social. La progresiva incorporación de las mujeres al mercado laboral ha sido marcada por la existencia de una fuerte segregación laboral según género, tanto horizontal (las mujeres se concentran en unos pocos sectores de actividad económica, sobre todo en los servicios) como vertical, ya que las mujeres ocupan la mayoría de trabajos menos cualificados y con menor autoridad. Además, el nivel de ingresos siempre ha sido inferior para las mujeres. Estas discriminaciones deberán tenerse en cuenta al estudiar las desigualdades en salud según género y las diferencias según sexo.

Otro ejemplo de la discriminación de las mujeres es la sistemática exclusión de las mismas de los ensayos clínicos o de estudios relevantes sobre la salud y la enfermedad, asumiendo que los resultados obtenidos al estudiar los hombres pueden ser extrapolados a las mujeres, cuando no siempre es así²⁰.

1.3 MASCULINIDAD Y SALUD

Las desigualdades de género en la salud no perjudican únicamente a las mujeres. Según Courtenay⁸, es necesario tener en cuenta el poder y las desigualdades para entender la adopción de conductas poco saludables por parte de los hombres. La sistemática subordinación de las mujeres (patriarcado) requiere, entre otras cosas, la demostración de la fortaleza física y los hábitos relacionados con la salud por parte de los hombres. Ellos deben mostrarse saludables de acuerdo con los ideales de masculinidad hegemónica y dominante, lo que está implícito en la construcción del género masculino y por lo tanto, puede cambiar según el espacio y el tiempo.

El hombre “fuerte y sano” representa poder y autoridad. La masculinidad hegemónica es la de un hombre blanco, heterosexual, con nivel de estudios alto y de clase privilegiada. La adquisición de poder requiere que el hombre rechace el dolor, niegue la debilidad y vulnerabilidad, controle sus emociones, rechace lo considerado “femenino” y algunos estilos de vida saludables y asuma riesgos. Ello está relacionado con los estereotipos de feminidad y masculinidad. Así por ejemplo, mientras que a las mujeres se las considera “emotivas, sensibles, comprensivas, tiernas y expresivas”, a los hombres les corresponde ser “poco expresivos, competitivos, agresivos, fuertes y dominantes”²¹. Es necesario tener en cuenta que otros ejes de desigualdad, como la clase social, la raza o la sexualidad, pueden modificar la expresión de la masculinidad.

El desarrollo de una identidad masculina heterosexual tradicional significa la adopción de hábitos insaludables. Podemos citar algunos ejemplos: el mayor consumo de tabaco y alcohol por parte de los hombres, la adopción de conductas de riesgo en la conducción de vehículos, la menor realización de prácticas preventivas, como por ejemplo la aplicación de crema protectora solar, el menor reconocimiento de sus problemas de salud y por lo tanto la menor realización de visitas a profesionales sanitarios, etc.

Por otro lado, las diversas instituciones también producen y reproducen la construcción del género. Un sector importante de los hombres realiza los trabajos más peligrosos⁸. En este sentido, los hombres de clases manuales suelen desarrollar trabajos que comportan más riesgos que las mujeres, siendo más frecuentes en ellos las lesiones por accidentes ocupacionales²². En nuestro país no existe investigación sobre la relación entre “masculinidad y salud”, siendo un tema pendiente para la agenda de investigación en las desigualdades en salud según género.

1.4 LAS DESIGUALDADES EN SALUD SEGÚN CLASE SOCIAL: ¿SE TIENEN EN CUENTA EN LOS ESTUDIOS DE DESIGUALDADES EN SALUD SEGÚN GÉNERO?

La desigualdad en salud según clase social tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad²³. En la mayoría de países del mundo, incluyendo el Estado Español, se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades en salud según clase social, siendo la población menos favorecida la que presenta peor salud²⁴⁻²⁷. Es importante señalar que estas desigualdades son muy importantes ya que causan un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos y también que aumentan en la mayoría de países donde se ha estudiado porque la salud mejora más en las clases sociales más aventajadas²⁸. Hoy en día existe evidencia suficiente que demuestra que las desigualdades en salud son evitables, ya que pueden reducirse mediante políticas públicas sanitarias y sociales^{29,30}.

Los estudios de desigualdades en salud según clase social se han realizado mayoritariamente en poblaciones masculinas, mientras a las mujeres se las ha investigado según los roles familiares que desempeñan (esposa, madre, etc)³¹. Por ello, con frecuencia los estudios de desigualdades en salud según género se han realizado de forma paralela a los estudios de desigualdades según clase social, no existiendo una visión integradora de ambas líneas de trabajo. Recientemente algunos autores y autoras han empezado a tener en cuenta simultáneamente los ejes de desigualdad de género y clase social^{4,32,33}, a pesar de que no existe un consenso claro de cual es la medida de clase social a utilizar para las mujeres^{34,35}. Así, se ha comenzado a analizar el impacto en la salud de los múltiples roles realizados por las mujeres y cómo este impacto varía en función de la clase social y de la privación material de la mujer³⁶. Además, otros ejes de desigualdad deberían ser también integrados, como por ejemplo la raza, algo que se realiza en estudios provenientes de otros países³⁷.

En nuestro medio, en la última década, han empezado a publicarse algunos estudios que intentan integrar los dos ejes de desigualdad. Son fundamentalmente estudios que analizan la salud de mujeres y hombres según clase social teniendo en cuenta distintos grupos de análisis en función de la situación laboral, los trabajos realizados, el estado civil o las demandas familiares^{38,39}.

1.5 PRESENTACIÓN DE LOS CAPÍTULOS DE LA MONOGRAFÍA

A lo largo de esta monografía se examina la realidad de la investigación epidemiológica en diferentes ámbitos de la salud desde la perspectiva de género y se hacen propuestas de avance. En el capítulo 2 se repasa la situación de la epidemiología laboral y sus limitaciones en el abordaje de la salud de las mujeres y en la incorporación de la clase social; se examinan los dos enfoques utilizados en el análisis de las desigualdades en la salud, el de género y el de clase social, y se discute la necesidad de la integración de ambos ejes de desigualdad. Finalmente, se formulan recomendaciones para el avance en el conocimiento de la relación entre la salud y el trabajo desde una perspectiva sensible a las desigualdades de género y de clase social.

El capítulo 3 revisa la utilidad de las encuestas de salud en el análisis de las desigualdades en salud según género y clase social, describe las encuestas realizadas en el Estado Español y los principales instrumentos metodológicos a utilizar y finalmente hace una propuesta para el futuro.

El capítulo 4 analiza la perspectiva de género en la atención sanitaria, teniendo en cuenta la sensibilidad respecto a los conceptos sexo-género en los servicios de salud y revisando los sesgos en la investigación en servicios sanitarios desde la perspectiva de género. En el capítulo 5 se realiza una aproximación a los sesgos más frecuentes en la investigación sobre cuidado informal siguiendo el conjunto del proceso de investigación (desde el planteamiento de la investigación hasta la publicación). Tanto en el capítulo 4 como en el 5 se proponen algunas alternativas para evitar dichos sesgos, y así mejorar la calidad de la investigación en estos campos.

Finalmente, en el capítulo 6 se describen los conceptos del análisis de género en las diferentes fases del proceso de desarrollo de las políticas de salud, ilustrándolos con algunos casos de investigaciones ya realizadas y se propone un listado de cuestiones o preguntas de investigación útiles para cada fase del proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Verbrugge LM. *The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality*. J Health Social Behav. 1989; 30: 282-304.
- 2 Waldron I. *Recent trends in sex mortality ratios for adults in developed countries*. Soc Sci Med. 1993; 36: 451-62.
- 3 Rieker PP, Bird CE. *Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2005;60(2):40-7.
- 4 Macintyre S, Hunt K. *Socio-economic position, gender and health. How do they interact?* J Health Psychol. 1997;2:315-334.
- 5 Kunkel SR, Atchley RC. *Why gender matters: being female is not the same as not being male*. Am J Prev Med. 1996;12:294-6.
- 6 Krieger N. *A glossary for social epidemiology*. J Epidemiol Community Health. 2001;55(10):693-700.
- 7 Krieger N. *Genders, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter?* Int J Epidemiol. 2003;32(4):652-7.
- 8 Courtenay WH. *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health*. Soc Sci Med. 2000;50(10):1385-401.
- 9 Doyal L. *Sex and gender: the challenges for epidemiologists*. Int J Health Serv. 2003;33(3):569-79.
- 10 Barres BA. *Does gender matter?* Nature. 2006;442:133-6.
- 11 Esteban ML. *El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista*. Salud Colectiva. 2006;2:9-20.
- 12 Stolcke V. *La mujer es puro cuento: la cultura del género*. Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia. 2003;19:69-95.
- 13 Kravdal O. *Is the relationship between childbearing and cancer incidence due to biology or lifestyle? Examples of the importance of using data on men*. Int J Epidemiol. 1995;24(3):477-84.
- 14 Kunkel SR, Atchley RC. *Why gender matters: being female is not the same as not being male*. Am J Prev Med. 1996;12(5):294-6.
- 15 Krieger N. *Discrimination and health*. En: Berckman L, Kawachi I, editors. Society and health. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 36-75.
- 16 WHO *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. WHO; 2005 [citado 18 Sep 2006]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html
- 17 Blanco P, Ruiz-Jarabo C, Garcia de Vinuesa L, Martin-Garcia M. [Partner violence and women's health]. En: Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà V (eds). Informe SESPAS 2004. *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*. Gac Sanit. 2004;18 Suppl 1:182-8.
- 18 Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. *Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health*. Soc Sci Med. 2005;61(7):1576-96.
- 19 Pantzer K, Rajmil L, Tebe C, Codina F, Serra-Sutton V, Ferrer M, Ravens-Sieberer U, Simeoni MC, Alonso J. *Health related quality of life in immigrants and native school aged adolescents in Spain*. J Epidemiol Community Health. 2006;60(8):694-8.
- 20 Ruiz MT, Verbrugge LM. *A two way view of gender bias in medicine*. J Epidemiol Community Health. 1997;51(2):106-9.
- 21 Moynihan C. *Theories in health care and research: theories of masculinity*. BMJ. 1998;317(7165):1072-5.
- 22 Doyal L. *Sex, gender, and health: the need for a new approach*. BMJ. 2001;323(7320):1061-3.
- 23 Peter F, Evans T. *Ethical dimensions of health equity*. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health. From ethics to action*. New York: Oxford University Press; 2001.
- 24 Borrell C, Pasarín MI. *The study of social inequalities in health in Spain: where are we?* J Epidemiol Community Health. 1999;53:388-9.
- 25 Borrell C, Benach J, coordinadores. CAPS i Fundació J.Bofill. *Les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.
- 26 Borrell C, Benach J, coordinadores. CAPS i Fundació J.Bofill. *L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005 (en prensa).
- 27 Benach J, Daponte A, Borrell C, Artazcoz A, Fernández E. *Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España*. En: Navarro V, editor. *El Estado de Bienestar en España*. Madrid: Tecnos; 2004.
- 28 Benach J. *La desigualdad perjudica seriamente la salud*. Gac Sanit. 1997; 11: 255-7.

- 29 Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Challenging inequities in health. From ethics to action*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- 30 Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Int J Health Serv. 1992; 22(3):429-45.
- 31 Artazcoz L. *Salud y género*. Documentación Social. 2002; (127):181-206.
- 32 Bartley M. *Measuring women's social position: the importance of theory*. J Epidemiol Community Health. 1999;53(10):601-2.
- 33 Emslie C, Hunt K, Macintyre S. *Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees*. Soc Sci Med. 1999;48:33-48.
- 34 Borrell C, Rohlf I, Artazcoz L, Muntaner C. *Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?* Gac Sanit. 2004;18 Supl 2:75-82.
- 35 Krieger N, Chen JT, Selby JV. *Comparing individual-based and household-based measures of social class to assess class inequalities in women's health: a methodological study of 684 US women*. J Epidemiol Community Health. 1999;53(10):612-23.
- 36 Arber S, Khlat M. *Introduction to "social and economic patterning of women's health in a changing world"*. Soc Sci Med. 2002;54:643-7.
- 37 Krieger N, Waterman PD, Hartman C, Bates LM, Stoddard AM, Quinn MM, Sorensen G, Barbeau EM. *Social hazards on the job: workplace abuse, sexual harassment, and racial discrimination--a study of Black, Latino, and White low-income women and men workers in the United States*. Int J Health Serv. 2006;36(1):51-85.
- 39 Artazcoz L, Borrell C, Benach J. *Gender inequalities in health among workers: the role of family demands*. J Epidemiol Community Health. 2001;55:639-47.
- 40 Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. *Social class and self-perceived health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour*. Soc Sci Med. 2004;58(10):1869-87.

LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA DE LOS ENFOQUES DE GÉNERO, CLASE SOCIAL Y TRABAJO

2.1 INTRODUCCIÓN

La investigación sobre la influencia del trabajo en la salud se ha desarrollado en dos líneas paralelas. Por un lado, la epidemiología laboral clásica ha centrado su atención en los riesgos de seguridad e higiene del trabajo remunerado y en los trabajos manuales propios de los hombres, en los que estos riesgos están más presentes. Como señalan Kogevinas y cols.¹, la investigación epidemiológica en salud laboral se ha centrado en las personas que arrastran bloques de piedras... pero sólo en algunas de ellas. Las mujeres han trabajado siempre pero, pese a que hace décadas que han entrado en el mercado laboral de forma masiva, hay un insuficiente desarrollo de la epidemiología laboral referida al sexo femenino². La situación empieza a cambiar con los extraordinarios cambios en la producción, en la organización del trabajo y en el mercado laboral, que han hecho ampliar el campo de investigación a los riesgos ergonómicos y psicosociales y han supuesto un incremento del interés por el estudio de dos colectivos tradicionalmente olvidados, las mujeres y los trabajadores más cualificados.

Por otro lado, la investigación de las desigualdades sociales en la salud se desarrolla en buena medida con el trabajo como elemento central de marcos estructurales de análisis diferentes para hombres y mujeres. En ellos se centra en las desigualdades de clase social, habitualmente medida a través de la ocupación. Por el contrario, el marco de roles –que exa-

LUCÍA ARTAZCOZ
CARME BORRELL
IMMA CORTÉS
VICENTA ESCRIBÀ-AGÜIR
LORENA CASCANT



* Por situación laboral se entiende la relación de las personas con el mercado laboral. Las categorías estudiadas son empleado/a, en paro y ama de casa.

mina generalmente tres roles: la situación laboral*, el estado civil o de convivencia y la paternidad o maternidad, donde los papeles de esposa y madre son centrales y el empleo se considera un rol adicional— ha dominado la investigación de los determinantes sociales de la salud de las mujeres³. Este enfoque en el estudio de la salud de las mujeres contrasta con la escasa atención prestada a la influencia de los roles familiares en la salud de los hombres, así como a las desigualdades de género en la salud derivadas de la desigual distribución de las responsabilidades familiares entre hombres y mujeres^{4,5}. Por otro lado, los estudios sobre los determinantes sociales de la salud de las mujeres no han tenido en cuenta el papel de la clase social que, como el género, representa una categoría social que determina diferentes valores y actitudes, recursos y oportunidades.

El olvido de las mujeres en la epidemiología laboral clásica o el uso de enfoques distintos para el análisis de los determinantes sociales de la salud según el sexo, son consistentes con la división sexual del trabajo que impregna toda la sociedad y dicta para los hombres un papel central en el ámbito laboral y público y para las mujeres un rol protagonista en la vida familiar. El objetivo de este capítulo es proponer un marco de análisis del trabajo y la salud bajo un enfoque integrador de la epidemiología laboral clásica, centrada en la exposición a los riesgos laborales, y de los marcos estructurales procedentes de la investigación de las desigualdades sociales en la salud. En primer lugar, se repasa la situación de la epidemiología laboral y sus limitaciones en el abordaje de la salud de las mujeres y en la incorporación de la clase social. En segundo lugar, se examinan los dos enfoques tradicionales utilizados en el análisis de las desigualdades en la salud, el de género y el de clase social, y se discute la necesidad de la integración de ambos paradigmas. Finalmente, se formulan recomendaciones para el avance en el conocimiento de la relación entre la salud y el trabajo desde una perspectiva sensible a las desigualdades de género y de clase social.

2.2 REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se hace una revisión de las limitaciones de la investigación en epidemiología laboral y de la de las desigualdades sociales en la salud que se resumen en la Tabla 2-1.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD
DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO, CLASE Y TRABAJO

TABLA 2-1

- * Menor atención a los problemas de las mujeres en la epidemiología laboral.
- * Falta de consideración de las diferencias y desigualdades de sexo y de género en la epidemiología laboral
- * Escasa atención a las razones de la mayor exposición a los factores de riesgo psicosocial entre las mujeres.
- * Poco conocimiento sobre las diferencias de género en el impacto de los horarios no estándar sobre la salud.
- * Olvido del análisis de los factores de riesgo del trabajo doméstico en la epidemiología laboral.
- * Desarrollo en paralelo del análisis de las desigualdades de género y de clase en la salud.
- * Escaso desarrollo conceptual en muchos estudios sobre las desigualdades sociales en la salud.
- * Escasa atención a las diferencias de los determinantes sociales relacionados con distintos indicadores de salud.
- * Falta de consenso sobre la medida más adecuada de la clase social en las mujeres y en la población anciana.
- * Poco control del potencial sesgo de causalidad inversa que afecta a muchos estudios sobre desigualdades sociales en la salud de diseño transversal.
- * Insuficiente caracterización de los roles laborales y familiares en el análisis de los determinantes sociales de la salud de las mujeres.
- * Falta de consideración del efecto de la clase social en el estudio de los determinantes sociales de la salud de las mujeres.
- * Falta de consideración del papel de los roles familiares en los estudios de las desigualdades de clase social en la salud.
- * Falta de consideración de la posible interacción entre los roles familiares y los laborales.
- * Frecuente utilización de variables dependientes e independientes con alta carga subjetiva recogidas a través del sujeto de estudio, lo que sobreestima las asociaciones.
- * Poca atención a las desigualdades sociales en la salud en personas ancianas.

2.2.1 EPIDEMIOLOGÍA LABORAL, SEXO Y GÉNERO

En epidemiología laboral los problemas que afectan al sexo femenino han recibido menos atención que los de los hombres^{6,7}. Por ejemplo, la mayoría de los estudios para determinar los niveles de seguridad de las exposiciones se han realizado en muestras de hombres jóvenes y los resultados se han extrapolado a las mujeres, sin una evidencia concluyente de su aplicabilidad en el sexo femenino⁸. Pese a que se sabe que existen importantes diferencias de sexo en la estructura ósea, la distribución de la grasa, la función endocrina o el sistema inmune, hay muy pocos estudios sobre el impacto de estas diferencias en la respuesta a las exposiciones a tóxicos, a las exigencias físicas o al estrés térmico². Además, aunque los empleos ocupados tradicionalmente por las mujeres implican con menor frecuencia la movilización de cargas pesadas, ellas están más expuestas a otro tipo de riesgos ergonómicos, como los movimientos repetitivos, que a menudo pasan desapercibidos⁹.

Aunque la salud laboral de los hombres ha sido relativamente mejor estudiada que la de las mujeres, con frecuencia el interés se ha centrado exclusivamente en los aspectos biológicos, sin tener en cuenta los relacionados con el género. Los varones trabajan en las ocupaciones con mayor riesgo de accidentes, pero no se ha analizado hasta qué punto el género influye en el riesgo de accidentes laborales en el sexo masculino. La comprensión de las razones por las que los hombres tienen más comportamientos de riesgo y adoptan con menor frecuencia conductas promotoras de la salud requiere una reflexión sobre el poder y las desigualdades sociales. Se ha señalado que la adquisición del poder por parte de los hombres requiere, por ejemplo, la negación de las debilidades, del dolor o de las emociones, aparentar ser fuerte y no necesitar ayuda y mostrar un comportamiento agresivo y de dominación. La clase social configura la expresión de este estereotipo de masculinidad. Así, los trabajadores manuales muestran su fuerza física y su resistencia a las duras condiciones del entorno físico de trabajo como una forma alternativa de exhibir su masculinidad frente al modelo hegemónico correspondiente al hombre blanco de clase social alta¹⁰. Por otro lado, los trabajadores de clases privilegiadas, como los ejecutivos que trabajan sin descanso, niegan padecer estrés e ignoran su necesidad de sueño o de una dieta saludable, a menudo lo hacen porque son compensados en términos de poder, dinero y prestigio^{11,12}.

Además de las diferencias biológicas, mujeres y hombres difieren en su situación laboral, tipo de ocupación, tareas y responsabilidades asignadas. El análisis de la influencia de estos factores sobre la salud requiere el examen de la profunda división sexual del trabajo, y de la sociedad en general, que determina distintas expectativas y posiciones para mujeres y hombres y, como consecuencia, diferencias y desigualdades en los recursos y oportunidades y en los riesgos a los que están expuestos.

SEGREGACIÓN DE GÉNERO EN EL EMPLEO

Existe una marcada segregación de género en el mercado laboral, tanto horizontal como vertical. Por segregación horizontal se entiende que hombres y mujeres trabajan en sectores de actividad económica diferentes, ellas a

menudo reproduciendo el rol tradicional de responsables del mantenimiento de la familia y el hogar (empleadas en la sanidad, enseñanza o en el servicio doméstico, por ejemplo). La segregación vertical describe la división jerárquica del poder y de la influencia entre ambos sexos. Los hombres ocupan en mayor proporción posiciones directivas y las mujeres los puestos menos cualificados, tanto en los sectores feminizados como en los masculinizados. Incluso teniendo el mismo empleo, las tareas realizadas por mujeres y hombres son, con frecuencia, distintas^{13,14}. Por ejemplo, en Europa las mujeres que trabajan como dependientas de comercio al por menor lo hacen en tiendas de ropa, calzado y cosméticos, mientras los hombres venden automóviles o equipos electrónicos¹⁵. Esta asignación de tareas en función del sexo se traduce en exposiciones distintas, lo que tiene importantes implicaciones para la investigación. Aunque la diferencia en las tareas que realizan mujeres y hombres en una misma ocupación emerge a medida que aumentan los dígitos del código de ocupación utilizado, la mayoría de los estudios que basan la medida de la exposición en la ocupación pueden llegar a tal grado de detalle por problemas de tamaño muestral, lo que lleva, con frecuencia, a un sesgo de mala clasificación al atribuir exposiciones iguales a personas con el mismo código de ocupación a uno o dos dígitos de la clasificación de ocupaciones².

Además de las diferencias de género en los riesgos laborales clásicos, también las hay en los factores de riesgo psicosocial. En la Unión Europea el trabajo de las mujeres se caracteriza por ser más monótono, con menos participación en la planificación, con más exigencias, con más acoso psicológico, con más acoso sexual, con menor salario, más de cara al público, con menos perspectivas de promoción y con más precariedad laboral¹⁶. Aún se sabe poco sobre las razones de la concentración de las mujeres en las ocupaciones menos cualificadas, con más factores de riesgo psicosocial, las causas del “techo de cristal”¹⁷ o la discriminación en el mercado laboral¹⁸. Uno de los factores que limita la progresión de las mujeres en la jerarquía está relacionado con los estereotipos existentes que describen a las mujeres como pasivas y tímidas, lejos del estereotipo de liderazgo que considera como cualidades imprescindibles para el éxito las asociadas a la “masculinidad” (agresividad, competitividad, capacidad de decisión y fuerza). Por otro lado, la falta de políticas de conciliación de la vida laboral y familiar ha sido uno de los factores más importantes en la limitación de la carrera profesional de las mujeres¹⁹.

Existen también diferencias en las horas dedicadas al trabajo remunerado, en gran parte relacionadas con los diferentes roles de mujeres y hombres en el ámbito familiar. Así, las mujeres trabajan con mayor frecuencia que los hombres a tiempo parcial como estrategia para compaginar la vida laboral y la familiar. Sin embargo, según la III Encuesta Europea de Condiciones del Trabajo, el trabajo a tiempo parcial es más monótono, con menos oportunidades para aprender y desarrollar las habilidades y peor pagado en términos de precio/hora²⁰. Además, a menudo, se asocia a la precariedad laboral. Por el contrario, alargar la jornada laboral es más frecuente en los hombres, lo que en ocasiones se relaciona con la convivencia con hijos o hijas y con el papel

tradicional del hombre como sustentador principal del hogar. Prácticamente no existen estudios sobre el trabajo a tiempo parcial y la salud; en relación con las largas jornadas de trabajo, la investigación se centra en los horarios extremadamente largos, pero casi no hay estudios sobre otros no tan excesivos ni sobre el papel de la situación familiar, el género y la clase social²¹⁻²³.

SEGREGACIÓN DE GÉNERO EN EL TRABAJO DOMÉSTICO

La segregación de género es también obvia en la esfera privada de la familia donde la mayor parte de las tareas domésticas –cocinar, limpiar la casa, la ropa o cuidar de las personas dependientes– corresponden a las mujeres, mientras los hombres se encargan del trabajo del mantenimiento del coche y de las pequeñas averías del hogar. Estas desigualdades se dan también entre las mujeres de clases más privilegiadas²⁴. La diferencia respecto a las más desfavorecidas es que tienen recursos económicos suficientes para delegar algunas de las tareas domésticas en personas contratadas, habitualmente otras mujeres.

Las lesiones por accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo doméstico no se registran sistemáticamente y están infraestimadas. Desde una perspectiva de género, esta invisibilidad es de especial importancia ya que las mujeres sufren con más frecuencia lesiones por accidentes relacionados con el trabajo del hogar²⁵. Además, hay pocos estudios sobre la exposición a otros riesgos del ámbito doméstico que, no obstante, pueden tener consecuencias importantes para la salud. Así, se ha documentado la relación entre las tareas de limpieza y el asma²⁶. La investigación sobre los posibles riesgos del uso de productos de limpieza, de reparación o de mantenimiento de los jardines domésticos para la salud de mujeres y hombres es un tema pendiente en la agenda de la epidemiología laboral.

El trabajo doméstico significa también la exposición a riesgos ergonómicos y psicosociales relacionados con las tareas de cuidado de personas dependientes o discapacitadas, lo que además de un esfuerzo físico y mental implica, a menudo, una gran exigencia emocional. Muchos estudios evidencian el impacto de cuidar sobre diferentes indicadores de salud, si bien la mayor consistencia se observa en relación con la salud mental. Además, cuidar de las personas dependientes con frecuencia supone limitaciones en la vida social y laboral²⁷. Se ha señalado que el cuidado informal “se escribe en femenino singular”²⁸ pero una de las limitaciones más importantes de la investigación sobre el efecto del cuidado informal en la salud es el análisis de poblaciones compuestas exclusivamente por mujeres. Aunque la mayoría de las personas que asumen la responsabilidad principal del cuidado de las personas dependientes son mujeres, también hay hombres que lo hacen y es probable que su proporción se incremente progresivamente. Por otra parte, debido a las diferentes características del cuidado proporcionado por unas y otros, es posible que su efecto en la salud difiera según el sexo. Finalmente no se puede entender el impacto del cuidado informal en la salud sin tener en cuenta la influencia de la situación laboral y la clase social, lo que entronca con la reflexión sobre las desigualdades en la salud que se hace a continuación.

2.2.2 LAS DESIGUALDADES EN LA SALUD

Además de fuente de exposición a diferentes riesgos, el trabajo constituye un eje fundamental que configura la vida y lo hace de forma diferente en mujeres y hombres. En la rígida división sexual de la vida social, el mundo masculino disfruta de más poder y reconocimiento social, mientras que el femenino queda relegado a la invisibilidad y a la falta de valor social. Ambos proyectos han sido considerados con la misma “naturalidad”, es decir, como ineludibles y adecuados, de manera que la transición a la vida adulta durante siglos ha sido para los hombres el trabajo productivo o remunerado y para las mujeres el matrimonio y la maternidad, o el llamado trabajo reproductivo. Pero el primer tipo de proyecto conlleva la independencia económica y el pleno reconocimiento ciudadano y el segundo la dependencia y una ciudadanía delegada. Numerosos estudios evidencian una mayor morbilidad entre las mujeres para la mayoría de los indicadores de salud, lo que se explica en gran medida por su situación social más desfavorecida²⁹.

El indicador de clase social más utilizado en los estudios empíricos sociológicos ha sido la ocupación³⁰ aunque en salud pública también se usan otros indicadores como el nivel de estudios o los ingresos, por ejemplo³¹. Según Marx, las relaciones de clase se producen a través de las relaciones sociales de producción y, más concretamente, de la propiedad de los medios de producción. Weber remarca también la importancia de la propiedad, las diferencias económicas, los conocimientos técnicos y las cualificaciones, el prestigio social y la identificación con valores culturales. Hay una amplia evidencia de las desigualdades de clase en la salud y de la existencia de un gradiente que es menos pronunciado en las mujeres^{32,33}. Estas diferencias de género pueden ser debidas a varias razones, como el hecho de que los indicadores tradicionales de clase social son más adecuados para los hombres. Además, como apunta Bartley³⁴, al considerar los determinantes sociales de la salud de las mujeres sería un error olvidar las influencias que emanan más allá del trabajo remunerado, como el patrón de poder y subordinación en casa. Así, se ha documentado que mientras en la población ocupada entre los hombres las diferencias de clase se explican en gran parte por las condiciones de trabajo y de empleo, en las mujeres lo hacen por las condiciones materiales del hogar y el trabajo doméstico³⁵.

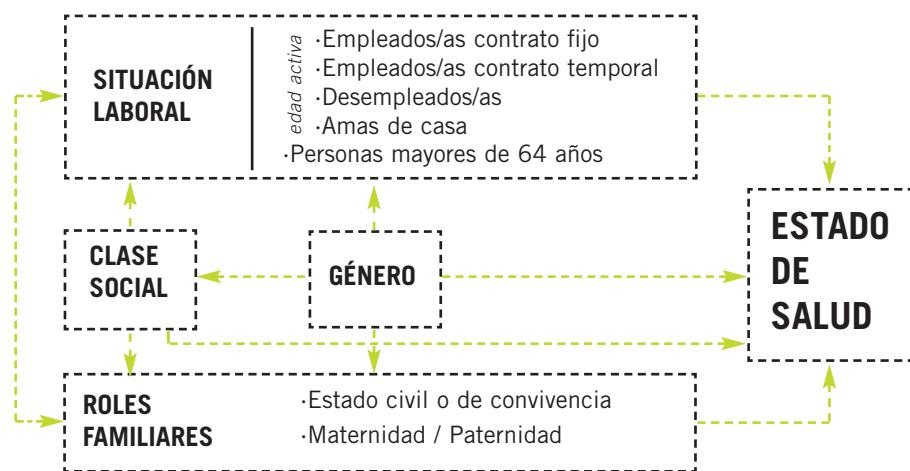
La posición socioeconómica interactúa con el género modificando la localización tradicional de las mujeres, y en menor medida de los hombres, en el trabajo remunerado y en el doméstico. Sin embargo, el análisis de los determinantes sociales de la salud de las mujeres raramente ha tenido en cuenta el posible papel modificador del efecto de la clase social. Tanto en España como en la mayoría de los países desarrollados, la formación presenta una clara relación con la entrada y el mantenimiento de las mujeres en el mercado laboral apreciable en el incremento de las tasas de actividad a medida que aumenta el nivel de estudios^{36,37}. Como consecuencia, diferentes situaciones laborales pueden tener un significado distinto, no sólo según el sexo, sino también según la clase social y, como consecuencia, su impacto en la salud puede ser diferente. Otra limitación en el estudio de las desigualdades

en la salud es que muchos estudios han analizado un solo indicador de salud pero se ha señalado que los determinantes sociales de la salud pueden ser distintos en función del indicador de salud analizado³⁸. Finalmente, el diseño de muchos estudios sobre desigualdades sociales es transversal, por lo que podría existir un sesgo de causalidad inversa. Así, el mal estado de salud puede ser la razón de ser ama de casa³⁹, estar en paro⁴⁰ o tener un contrato temporal⁴¹, y no darse la relación causal en sentido contrario que se atribuye en algunos estudios.

La decidida entrada de las mujeres en el mercado laboral cuestiona la lógica de la división sexual del trabajo que articula el reparto de las tareas socialmente asignadas a cada sexo y plantea la necesidad de reorientar el análisis de los determinantes sociales de la salud en un marco integrado de las perspectivas de género y de clase social^{42,43}. Es éste un periodo de transición en el que el empleo es cada vez más importante en la vida de las mujeres y se espera que los roles familiares lo sean en los hombres. Sin embargo, todavía el género es una estructura jerárquica que impregna las relaciones cotidianas en la familia y en el mercado laboral, de modo que los roles de mujeres y hombres son cualitativa y cuantitativamente diferentes, igual que lo son sus expectativas y exigencias. La posición de las mujeres en la sociedad se caracteriza por un menor poder y control en las esferas del empleo y la familia⁴⁴. Además, también en las mujeres la clase social determina tanto la calidad y cantidad de los roles como el poder y el control.

Traducir este marco conceptual, centrado en tres dimensiones de estratificación social, la posición en el trabajo remunerado y el doméstico, el género y la clase social, al análisis epidemiológico, requiere introducir el examen del efecto de múltiples interacciones sobre diferentes indicadores de salud (Figura 2-1).

FIGURA 2-1 MARCO CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA COMBINADA DE LOS ENFOQUES DE GÉNERO, CLASE SOCIAL Y TRABAJO



Y es que se sabe muy poco sobre el impacto que tiene en la salud una posición en un rol de unas características determinadas, teniendo en cuenta la posible modificación del efecto de otros roles, sobre los posibles patrones diferentes en hombres y en mujeres y según la clase social. A continuación se ilustra esta lógica a través de la reflexión sobre preguntas de investigación como, por ejemplo, el impacto en la salud de no tener empleo porque se trabaja a tiempo completo como ama de casa, de la compaginación de la vida laboral y familiar, de perder el empleo o de la incertidumbre sobre el empleo asociada con la creciente flexibilidad laboral, introduciendo sistemáticamente la perspectiva de género y de clase social. Finalmente, se examina la situación de las desigualdades en la salud en las personas que, por razón de edad, ya no forman parte de la población activa.

LAS MUJERES QUE TRABAJAN A TIEMPO COMPLETO COMO AMAS DE CASA Y LAS EMPLEADAS

Numerosos estudios han documentado que las mujeres empleadas tienen mejor estado de salud que las que trabajan a tiempo completo como amas de casa⁴⁵⁻⁴⁷. Además, se ha comprobado que este hecho no se debe simplemente a un “efecto de la trabajadora sana”⁴⁸⁻⁵⁰. Algunos de los beneficios que proporciona el empleo son las oportunidades para desarrollar la autoestima y la confianza en la propia capacidad de decidir, el apoyo social para personas que de otra forma estarían aisladas y las experiencias que aumentan la satisfacción con la vida³. Además, el salario aporta a las mujeres independencia económica e incrementa su poder en la unidad familiar. Estas observaciones apoyan la hipótesis de “potenciación de rol”, según la cual los diferentes roles pueden actuar como fuentes alternativas de bienestar.

No obstante, otros estudios dan soporte a las hipótesis de sobrecarga y conflicto de rol. Así, se ha documentado que el empleo tiene efectos beneficiosos sobre la salud de las mujeres solteras pero no sobre la de las casadas⁴⁹ o que entre las madres estos beneficios se limitan a las que trabajan a tiempo parcial⁵¹⁻⁵³. Parece que cuando la carga de trabajo total es alta, combinar la vida laboral y la familiar puede dañar la salud. Aunque no se puede descartar que las inconsistencias entre los estudios sean debidas a diferencias socioculturales en las poblaciones analizadas, existen también limitaciones metodológicas que las podrían explicar.

En muchos estudios la caracterización de los roles ha sido insuficiente. Algunos han medido únicamente el número de roles; otros han examinado diferentes combinaciones de roles, es decir, se han centrado en el tipo de rol⁵⁴. Sin embargo, la relación entre los roles ocupados y la salud no depende sólo del número o tipo de roles ocupados, sino también de la naturaleza de cada rol. Es diferente tener un empleo cualificado o uno sin cualificación; no es lo mismo ser madre de tres hijos menores de seis años que serlo de uno de 18, por ejemplo. Además, con mucha frecuencia se han seleccionado mujeres adultas sin ninguna restricción del límite superior de edad ni del estado civil o de convivencia, por lo que en el colectivo de amas de casa suelen estar sobrerrepresentadas las mujeres con responsabilidades familiares y mayores, mientras entre las ocupadas hay un buen número de jóvenes que viven con sus progenitores, sin asumir prácticamente ninguna responsabilidad familiar. De este modo, no se puede discernir si las asocia-

ciones encontradas se deben sólo a las diferencias en la situación laboral o se explican por las diferencias en la situación familiar o en la edad por la existencia de un efecto generacional.

Finalmente, pocos estudios han analizado la existencia de una posible interacción entre la situación laboral y la clase social. Es decir, ¿significa lo mismo, y tiene el mismo impacto en la salud ser ama de casa y mujer ocupada, en mujeres de clases privilegiadas o en las menos favorecidas? Por ejemplo, se ha documentado que las amas de casa de clase I tienen mejor estado de salud que las mujeres ocupadas de clase V⁵⁵. En un estudio realizado en población de Cataluña, Artazcoz y cols.³⁹ encontraban mejores indicadores de salud para las mujeres ocupadas que para las amas de casa, ambos grupos formados por mujeres casadas o que vivían en pareja, más consistente para las mujeres de clases sociales más desfavorecidas. Es importante señalar que en ese estudio, independientemente de la clase social, dormir poco o realizar poco ejercicio físico en el tiempo libre era más frecuente en las mujeres ocupadas, probablemente debido a su falta de tiempo. Este hallazgo tiene importantes implicaciones para las políticas de promoción de la salud que con demasiada frecuencia se limitan a la información o a la educación sanitaria sin intervenir para crear entornos favorecedores de las elecciones saludables⁵⁶.

LA COMPAGINACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR

Pese a la entrada masiva de las mujeres en el mercado laboral, ellas continúan asumiendo la mayor parte del trabajo doméstico, incluso cuando los dos miembros de la pareja trabajan⁵⁷. Una de las limitaciones a superar en la investigación del impacto de la compaginación de la vida laboral y familiar sobre el estado de salud, es la exclusión de los hombres de las poblaciones de estudio y la falta de consideración del efecto de la clase social⁵⁸. Además, deben analizarse los recursos para llevar a cabo el trabajo del hogar. Así, se ha descrito el efecto protector de la convivencia de personas mayores de 65 años en el hogar, limitado a las trabajadoras manuales, lo que podría estar asociado con su apoyo operativo y emocional⁵⁹. También se ha descrito el efecto protector, independiente de la edad y de la clase, de disponer de una persona contratada para las tareas domésticas para la salud de las mujeres ocupadas con responsabilidades familiares⁶⁰.

Muchos estudios sobre la relación entre roles familiares, laborales y estado de salud, se han basado en factores psicológicos sobre percepciones relacionadas con estos ejes sociales, en lugar de utilizar enfoques estructurales que miden los roles y las cargas asociadas mediante indicadores objetivos (por ejemplo, la carga de trabajo doméstico a través del número de hijos o hijas). En el primer abordaje la medida de las exigencias familiares incluye las tensiones derivadas de los diferentes roles familiares (madre o esposa) o de las tareas domésticas (cuidado de los hijos o hijas, compra, limpieza...)⁶¹⁻⁶³. Tal aproximación, aunque relativamente extendida, presenta serias limitaciones. Por un lado, la percepción de tensiones depende de otras razones, como la personalidad, más allá de las condiciones objetivas de vida y de trabajo. Por otro lado, cuando tanto la variable dependiente como la independiente son

subjetivas y obtenidas a partir de la información proporcionada por el propio sujeto de estudio, los rasgos de personalidad pueden influir en ambas (por ejemplo, una persona pesimista es probable que evalúe de forma negativa tanto su estado de salud como sus condiciones de vida y de trabajo) lo que haría sobreestimar las asociaciones al compartir ambas variables una varianza común. Además de las implicaciones para la investigación, la utilización de uno u otro abordaje tiene consecuencias sobre las intervenciones. Mientras el enfoque estructural conduce a intervenciones dirigidas a la modificación de los factores sociales que generan desigualdades en la salud, el abordaje psicológico enfatiza la necesidad de cambios individuales o culturales.

EL IMPACTO DEL PARO SOBRE LA SALUD MENTAL

Numerosos estudios han analizado el impacto del paro sobre diferentes indicadores de salud, sobre todo los relacionados con la salud mental⁶⁴. No obstante, pese a la alta prevalencia del desempleo y de trastornos ansioso-depresivos en las mujeres, la diferente posición de mujeres y hombres en el mercado laboral y las diferencias de género en los determinantes sociales de la salud mental⁶⁵, se sabe muy poco sobre la posible existencia de diferencias de género en el impacto del paro sobre la salud mental. De hecho, muchos estudios sobre desempleo y salud se han realizado en poblaciones masculinas^{66,67}.

La pérdida de empleo puede desencadenar problemas de salud mental debido a las dificultades económicas que supone, pero también por otras razones como la desaparición de la principal razón que estructura el día, la pérdida de estatus social, autoestima, actividad física y mental y contactos interpersonales⁶⁸. Sin embargo, la relación entre estos factores y la salud mental no es lineal, sino que los efectos están mediados por el contexto social en el que viven los individuos que, en buena medida, está determinado por los roles familiares y la clase social. Es razonable pensar que el impacto del paro sobre la salud depende del estado civil o de convivencia y del hecho de convivir con hijos o hijas dependientes. Además, posiblemente la vivencia de estos roles familiares es distinta en mujeres y hombres y también difiere según la clase social. En un estudio en que se analizaba el impacto del paro sobre el estado de salud mental combinando el abordaje de género y de clase social, los autores confirmaban este complejo marco de interacciones. El efecto beneficioso de las prestaciones económicas de desempleo sobre la salud dependía de las diferentes combinaciones de sexo, roles familiares y clase social; el desempleo tenía un mayor impacto en la salud mental de los hombres de clases manuales casados o que vivían en pareja; finalmente, para las mujeres convivir con hijos mostraba un efecto protector⁶⁹.

LA FLEXIBILIDAD DEL EMPLEO Y LA SALUD

Entre las posiciones extremas que representan en el mercado laboral el empleo con contrato fijo y el paro, existe un amplio abanico de situaciones de inestabilidad laboral con efectos potenciales sobre la salud. En los últimos años las políticas económicas y de trabajo han impulsado una creciente flexibilización del empleo con el fin de facilitar la adaptación a los constantes cambios de la producción en el contexto de un mercado globalizado. Mientras estas decisiones se toman en función de argumentos económicos, poco se sabe sobre el impacto que la incertidumbre sobre el empleo tiene sobre la salud y la vida de la población ocupada. La investigación sobre las consecuencias del empleo flexible en la salud es relativamente nueva y los resultados entre los diferentes estudios no son consistentes. En un artículo de revisión sobre el empleo temporal y la salud, Virtanen y cols.⁷⁰ señalaban como uno de los elementos a tener en cuenta en la investigación futura el análisis del contexto en el que se da el empleo temporal, y sugerían variables como la tasa de desempleo o los sistemas de protección y de seguridad social. Además, resaltaban la importancia del empleo sumergido o del trabajo a tiempo parcial.

Estos aspectos, y el resto de las recomendaciones de los autores, son de gran interés, pero el artículo citado⁷⁰ no tenía en cuenta, en absoluto, la existencia de posibles diferencias de género o de clase social en el efecto de la inestabilidad laboral sobre la salud. En un estudio realizado en población ocupada de Cataluña, el impacto de la inestabilidad laboral sobre la salud mental se limitaba a las relaciones contractuales más precarias, el contrato de obra y servicio y el trabajo sin contrato, y a los colectivos más vulnerables, los trabajadores manuales y las trabajadoras, en estas últimas independientemente de su clase social. Es importante también analizar la relación con los roles familiares. Así, en ese estudio se mostraba que la flexibilidad laboral, también en los contratos temporales de duración determinada, suponía más limitaciones para decidir convivir en pareja o tener hijos para los hombres, dos indicadores que el estudio relacionaba con la salud social, lo que se asociaría con la pervivencia de modelos sociales que consideran el hombre como sustentador principal del hogar⁷¹.

Pese a que muchos estudios se han basado en la inestabilidad percibida y han observado relación con la salud⁷²⁻⁷⁷, este enfoque tiene graves limitaciones ya que la percepción de inseguridad depende de otros aspectos además de la relación contractual objetiva. Por ejemplo, Orpen⁷⁸ documentaba que aunque la inestabilidad percibida se asociaba con la salud mental, no existía relación con el tipo de contrato. Como se ha señalado anteriormente, cuando tanto la variable dependiente como independiente tienen una alta carga subjetiva y la información de ambas procede del individuo encuestado, las asociaciones se sobreestiman porque ambas variables comparten una varianza común.

LAS DESIGUALDADES EN LA SALUD ENTRE LAS PERSONAS ANCIANAS

Superada la edad en la que habitualmente se abandona el mercado laboral, los 65 años, persisten las desigualdades y los roles diferentes de mujeres y hombres. Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre las desigualdades en la salud han analizado poblaciones en edad activa y pese a que en los últi-

mos años ha aumentado la investigación sobre las desigualdades en las personas ancianas, todavía está menos desarrollada que en los más jóvenes.

Entre las personas ancianas persisten las desigualdades de clase en la salud. Las de clases sociales más privilegiadas tienen mejor salud percibida y una menor mortalidad que las personas de clases sociales más desfavorecidas⁷⁹. Sin embargo, uno de los aspectos que despierta más controversia en la investigación de las desigualdades sociales en este grupo de población es la medida de la clase social. Arber y Ginn⁸⁰ defienden la última ocupación como el mejor indicador de clase social entre las personas ancianas porque determina los recursos durante los últimos años de la vida. El problema es la utilización de este indicador en mujeres que nunca han realizado un trabajo remunerado. En este caso, muchos investigadores han optado por asignarles la clase social de su pareja⁸¹. Se ha señalado también que el nivel de estudios puede ser un mejor indicador de posición socioeconómica para examinar las desigualdades en la salud entre las mujeres ancianas⁸². Otros autores defienden que, en la población anciana, los ingresos del hogar pueden ser un buen predictor del estado de salud, están ligados a la posición socioeconómica en el pasado y determinan los recursos y la calidad de vida de los hogares. En cualquier caso, el debate sobre la mejor medida de la clase social en población anciana está abierto.

Además de la clase social, los roles en el hogar y la persistencia de la división sexual del trabajo doméstico tienen gran interés en la población anciana. Se ha descrito que aunque las mujeres dedican más tiempo al trabajo doméstico que los hombres en todas las edades, a medida que las personas envejecen, ellas reducen el tiempo de trabajo en el hogar mientras los hombres lo incrementan, aunque su contribución a las tareas del hogar continúa siendo menor que la de las mujeres⁸³. En este segmento de edad cobran especial importancia las tareas de cuidado de las personas dependientes, que no se limitan únicamente a los padres mayores o a la pareja, sino también a los nietos y nietas. Sin embargo, también entre los mayores, el estudio de las tareas de cuidado se ha limitado generalmente a las mujeres. Como señala Rueda⁸⁴, la división sexual de las tareas de cuidado en el hogar puede ser responsable de un impacto diferente según el sexo. Por ejemplo, el hecho de que en las tareas de cuidado los hombres utilicen con más frecuencia su fuerza física y las mujeres tengan una mayor implicación emocional, podría suponer para ellos efectos osteomusculares mientras que en ellas se esperaría un mayor impacto sobre la salud mental. Finalmente, otro aspecto desconocido es la posible diferencia entre el cuidado que se ofrece en el interior del hogar o a personas que viven fuera de él. Mientras el primero parece obligado por la dependencia de la propia pareja o de los padres que viven en casa, el segundo parece ofrecer un mayor margen de libertad de elección y, por tanto, es más probable que su impacto sobre la salud sea menor.

2.3 PROPUESTAS DE AVANCE EN LA INVESTIGACIÓN

Los trabajos, el sexo, el género y la clase social tienen una clara influencia sobre la salud y son interdependientes. Sin embargo, la investigación epidemiológica debe superar lagunas actuales. A continuación se sugieren algunas recomendaciones para conseguirlo (Tabla 2-2):

TABLA 2-2 RECOMENDACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO, CLASE SOCIAL Y TRABAJO

- 1 Introducir la perspectiva de género y clase social en el análisis de los riesgos de seguridad, higiene, ergonómicos y psicosociales en epidemiología laboral.
- 2 Incrementar el esfuerzo para el desarrollo de marcos conceptuales que guíen el análisis epidemiológico.
- 3 Tener en cuenta el posible sesgo de causalidad inversa en los estudios de desigualdades en la salud que utilizan un diseño transversal.
- 4 Examinar las interacciones entre los trabajos, el sexo y la clase social mediante el análisis desagregado para extraer mejor la riqueza teórica de los resultados.
- 5 Seleccionar variables que capturen adecuadamente las exposiciones y las variables resultado en ambos sexos y evitar que las variables dependientes e independientes tengan ambas una alta carga de subjetividad.
- 6 Tener en cuenta las distintas fases del ciclo vital en el estudio de las desigualdades sociales en la salud.

***Epidemiología laboral.** El análisis de los riesgos de seguridad, higiénicos, ergonómicos y psicosociales debe incluir, cuando sea aplicable, ambos sexos y examinar las potenciales interacciones con el sexo y la clase social. Las interacciones con la variable sexo deben ser interpretadas en términos de diferencias biológicas –de sexo– y/o sociales –de género–.

***Marco conceptual.** El análisis epidemiológico de las desigualdades en la salud combinando el abordaje de género y de clase social, requiere un mayor esfuerzo de definición del marco conceptual que tenga en cuenta diferentes dimensiones de estratificación social y el ciclo vital.

***Diseño.** Los estudios transversales pueden tener un sesgo de causalidad inversa. Una alternativa son los diseños longitudinales pero son mucho más costosos y se alargan en el tiempo. Esta segunda limitación es especialmente grave en el contexto actual en el que la sociedad evoluciona a una velocidad sin precedentes, lo que podría conducir a que los resultados perdieran vigencia. Otra posibilidad es restringir las muestras de los estudios transversales a personas sin limitación crónica de la actividad, sujetos sanos en los que es razonable pensar que el problema de salud no ha sido responsable de la posición social que se analiza.

***Análisis de las interacciones.** El análisis epidemiológico de las interacciones entre el trabajo remunerado, el doméstico y familiar, el sexo y la clase social no es fácil. Se ha señalado que el uso de términos de interacción en el análisis estadístico sirve para el mismo propósito que el análisis desagregado por las variables de interacción y tiene la ventaja de preservar la parsimonia. Sin embargo, aunque esta posición puede ser defendida desde el punto de vista estadístico, se pierde buena parte de la riqueza teórica e interpretación intuitiva⁶⁵. Para entender este marco conceptual complejo es recomendable analizar diferentes piezas de realidad restringiendo las poblaciones de estudio según algunas variables y ajustar modelos estadísticos separados por las variables de interés para dar pleno sentido teórico al entramado que representa el impacto combinado del género, la clase social y el trabajo sobre el estado de salud. Se trata de obtener de este modo, como en un puzzle, la “foto” completa de la realidad. El problema de este abordaje es la necesidad de muestras grandes.

***Elección de las variables.** Las variables seleccionadas deben capturar de forma adecuada tanto las exposiciones como las variables resultado para ambos sexos. En el caso de los riesgos laborales se ha recomendado medir, siempre que sea posible, las exposiciones, en lugar de deducirlas del código de ocupación². También se recomienda caracterizar de forma detallada el trabajo doméstico y familiar, considerando tanto las exigencias como los recursos para afrontarlas. Para las variables de resultado es recomendable, siempre que sea aplicable, incluir diferentes dimensiones de la salud cuyos factores de riesgo pueden ser distintos y, además, diferir según el sexo y la clase social. Finalmente, cuando las variables dependientes e independientes se obtienen a través de la información del sujeto de estudio, debe evitarse que éstas tengan un alto grado de subjetividad que haría sobreestimar las asociaciones.

***Análisis del ciclo vital.** A lo largo del ciclo vital los roles de mujeres y hombres cambian cuantitativa y cualitativamente. Además se arrastran influencias generacionales. Por esta razón, es importante determinar de forma razonada, de acuerdo con bases teóricas, el ciclo vital. En las personas mayores de 15 años (en edad de trabajar) se propone la estratificación en, al menos, estos grupos de edad: de

16 a 24 años, de 25 a 64 (plena edad productiva y reproductiva) y mayores de 64 años.

***Temas para la agenda de investigación.** Además de las limitaciones metodológicas mencionadas, quedan también temas insuficientemente estudiados pese a que hay indicios de un impacto significativo sobre la salud de la población como la discriminación en diferentes esferas de la vida cotidiana, los riesgos del trabajo doméstico, las horas de trabajo no estándar y otros que se detallan en la Tabla 2-3.

TABLA 2-3 ALGUNOS TEMAS PARA LA AGENDA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO, CLASE Y TRABAJO

- 1 Medida más adecuada de la clase social para las mujeres y la población anciana.
- 2 Discriminación de género en diferentes esferas de la vida y su impacto en la salud.
- 3 Análisis de los riesgos de seguridad, higiene, ergonómicos y psicosociales del trabajo doméstico.
- 4 Avance en la definición de flexibilidad y precariedad laboral.
- 5 Análisis del impacto de las horas de trabajo no estándar en el estado de salud.
- 6 Avance en el análisis de las desigualdades en la salud de las personas ancianas.
- 7 Análisis del efecto combinado del género, la clase social y el trabajo en las conductas relacionadas con la salud.
- 8 Replicación de estudios en diferentes contextos socioculturales y a lo largo del tiempo.

2.4 CONCLUSIONES

El estudio de las desigualdades en la salud desde una perspectiva combinada de género y clase social va más allá de separar el análisis de las desigualdades de clase por la variable sexo en la población general, sin ningún tipo de restricción de edad ni de consideración de la situación laboral y familiar. Significa desarrollar marcos teóricos en los que se incluyen hombres y mujeres y las implicaciones de la profunda división sexual del trabajo y de la sociedad en general. Significa, también, considerar en el análisis estadístico la existencia de posibles interacciones y una correcta interpretación de los resultados tanto en términos sociales como biológicos. En algunos ámbitos de la epidemiología laboral clásica es posible que este tipo de análisis se encuentre con obstáculos contra el cambio² por entenderse que se “contamina” la ciencia con la introducción de “temas políticos”, cuando sólo se trata de mejorar la calidad de la investigación para ambos sexos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Kogevinas M, Hoar-Zahm S. Introduction: *Epidemiologic Research on Occupational Health in Women*. Am J Ind Med. 2003; 44: 563-564.
- 2 Messing K, Punnett L, Bond M, Alexanderson K, Pyle J, Zahm S, Wegman D, Stock SR, de Grosbois S. *Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research*. Am J Ind Med. 2003; 43: 618-629.
- 3 Sorensen G, Verbrugge LM. *Women, work, and health*. Ann Rev Public Health. 1987; 8: 25-51.
- 4 Hall EM. Double exposure: *The combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish men and women*. Int J Health Serv. 1992; 22: 239-260.
- 5 Hunt K, Annandale E. *Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender specific?* Sociol Health Illn. 1993; 15: 632-664.
- 6 Niedhammer I, Saurel-Cubizolles M-J, Piciotti M, Bonenfant S. *How is sex considered in recent epidemiological publications on occupational risks?* Occup Environ Med. 2000; 57: 329-337.
- 7 Messing J, Stellman JM. *Sex, gender and women's occupational health: The importance of considering mechanism*. Env Res. 2006; 101 149-162

- 8 Messing K. *Prostitutes and chimney sweeps both have problems: towards full integration of both sexes in the study of occupational health*. Soc Sci Med. 1993; 36: 47-55.
- 9 Punnett L, Bergqvist U. *Musculoskeletal disorders in visual display unit work: Gender and work demands*. Occup Med State Art Rev. 1999; 14:113-124.
- 10 Courtenay WH. *A Global Perspective on the Field of Men's Health: An Editorial*. International Journal of Men's Health. 2002; 1: 1-13.
- 11 Courtenay WH. *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health*. Soc Sci Med. 2000; 50: 1385-1401.
- 12 Courtenay WH, Keelin RP. *Men, Gender, and Health: Toward an Interdisciplinary Approach*. J Am Coll Health. 2000; 48: 243-246.
- 13 Messing K, Dumais L, Courville J, Seifert AM, Boucher M. *Evaluation of exposure data from men and women with the same job title*. J Occup Med. 1994; 36: 913-917.
- 14 McDiarmid M, Olivr M, Ruser J, Gucer P. *Male and female rate differences in carpal tunnel syndrome injuries: Personal attributes or job tasks?* Environ Res. 2000; 83: 23-32.
- 15 Messing K, Chatigny C, Courville J. *"Light" and "heavy" work in the housekeeping service of a hospital*. Appl Ergon. 1998; 29: 451-459.
- 16 Paoli P, Merllié D. *Third European survey on working conditions*. 2000. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
- 17 Colomer C, Peiró R. *¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas?* Gac Sanit. 2002;16:358-360.
- 18 Krieger N. *Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination*. Int J Health Serv. 1999;29:295-352.
- 19 *Breaking glass ceiling through the glass ceiling. Women in management*. Geneva: International Labour Office; 2004.
- 20 Fagan C, Burchell B. *Gender, jobs and working conditions in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2002
- 21 Quinlan M, Mayhew C, Bohle P. *The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research*. Int J Health Serv. 2001; 31: 335-414.
- 22 Spurgeon A, Malcom Harrington HM, Cooper CL. *Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position*. Occup Env Med. 1997; 54; 367-375.
- 23 Härmä M. *Are long working hours a health risk?* Scan J Work Environ Health. 2003; 29: 167-169.
- 24 Larrañaga I, Arregui B, Arpal J. *Trabajo doméstico o reproductivo*. En: Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. *Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*. Gac Sanit. 2004;18(Supl.1):31-37.
- 25 Doyal L. *What makes women sick, gender and the political economy of health*. London: MacMillan Press LTD; 1995.
- 26 Medina-Ramón M, Zock JP, Kogevinas JP, Sunyer J, Anto JM. *Asthma symptoms in women employed in domestic cleaning: a community based study*. Thorax. 2003;58:950-954.
- 27 García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. *El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres*. Gac Sanit. 2004; 18 (Supl. 2): 83-92.
- 28 Rodríguez P. *El problema de la dependencia en las personas mayores*. Documentación social. 1998; 112: 33-63.
- 29 Verbrugge, LM. *Multiple roles and physical health of women and men*. J Health Soc Behav. 1983; 24: 16-30.
- 30 Crompton R. *Clase y estratificación. Una introducción a los debates actuales*. Madrid: Tecnos; 1993.
- 31 Krieger N, Williams DR, Moss NE. *Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines*. Annu Rev Public Health. 1997;18:341-378.
- 32 Mackenbah JP, Kunst AE, Groenhof F, Borgan JK, Costa G, Fiaggiano F et al. *Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study*. Am J Public Health. 1999;89:1800-1805.
- 33 Borrell C, Rohlfis I, Artazcoz L, Muntaner C. *Desigualdades en salud según clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida utilizado?* Gac Sanit. 2004; (Supl 2): 75-82.
- 34 Bartley M. *Measuring women's social position. The importance of theory*. J Epidemiol Community Health. 1999; 53: 601-602.
- 35 Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. *Social class and self-perceived health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour*. Soc Sci Med. 2004;58:1869-87.
- 36 Consejo Económico y Social. *Panorama sociolaboral de la mujer en España, número 22*. Madrid: Consejo Económico y Social; 2000.

- 37 Ballarin P, Euler C, Le Feuvre N, Raevaara E. *Women in the European Union* [citado 15 Jun 2006]. Disponible en: <http://www.helsinki.fi/science/xantippa/wee/weetext/wee225.html>.
- 38 Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. *Gender differences in health. Are things really as simple as they seem?* Soc Sci Med. 1996; 42: 617-624.
- 39 Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfs I. *Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position.* Soc Sci Med. 2004;59:263-274.
- 40 Dooley D, Fielding J, Levi L. *Health and unemployment.* Annu Rev Public Health. 1996; 17:449-465.
- 41 Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. *Selection from fixed term to permanent employment: prospective study on health, job satisfaction, and behavioural risks.* J Epidemiol Community Health. 2002;56:693-699.
- 42 Macintyre S, Hunt K. *Socio-economic position, gender and health. How do they interact?* Sociol Health Illn. 1997; 2: 315-334
- 43 Arber S. *Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status.* Soc Sci Med. 1991; 32: 425-436.
- 44 Milkie MA, Peltola P. *Playing all the roles: gender and the work-family balancing act.* J Marriage Fam. 1999; 61:476-490.
- 45 Nathanson CA. *Illness and the feminine role: a theoretical review.* Soc Sci Med. 1975; 9: 57-62.
- 46 Nathanson CA. *Social roles and health status among women: The significance of employment.* Soc Sci Med. 1980; 14: 463-471.
- 47 Verbrugge, LM. *Multiple roles and physical health of women and men.* J Health Soc Behav. 1983; 24: 16-30.
- 48 Passannante MR, Nathanson CA. *Female labour force participation and mortality in Wisconsin, 1974-1978.* Soc Sci Med. 1985; 21: 655-665.
- 49 Waldron I, Weiss CC, Hughes ME. *Interacting effects of multiple roles on women's health.* J Health Soc Behav. 1998; 39; 216-236.
- 50 Arber S. *Comparing inequalities in women's and men's health in Britain in the 1990s.* Soc Sci Med. 1997; 44: 773-788.
- 51 Bartley M, Popay J, Plewis I. *Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health.* Sociol Health Illn. 1992; 14: 313-343.
- 52 Walters V, Denton R, French S, Eyles J, Mayr J, Newbold, B. *Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses.* Soc Sci Med. 1996; 43: 1627-1636.
- 53 Bartley M, Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R. *Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993.* Soc Sci Med. 1999; 48:99-115.
- 54 Nathanson CA. *Social roles and health status among women: The significance of employment.* Soc Sci Med. 1980; 14: 463-471.
- 55 Rohlfs, I, de Andres J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. *Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres.* Med Clin (Barc). 1997; 108: 566-571
- 56 World Health Organization. *The Ottawa Charter of Health Promotion* [citado 19 Jun 2006]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>.
- 57 Artazcoz L, Artieda L, Borrell, C, Cortès I, Benach J, García V. *Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women?* Eur J Public Health. 2004; 14: 43-48.
- 58 Arber S. *Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status.* Soc Sci Med. 1991; 32: 425-436.
- 59 Artazcoz L, Borrell C, Benach J. *Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands.* J Epidemiol Community Health. 2001; 55: 639-647.
- 60 Artazcoz L, Cortès I, Moncada S, Rohlfs I, Borrell C. *Influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada.* Gac Sanit. 1999; 13: 201-207
- 61 Kandel DB., Davies M., Raveis VH. *The stressfulness of Daily Social Roles for Women: Marital, occupational and household roles.* J Health Soc Behav. 1985;26, 64-78.
- 62 Simon RW. *Parental role strains, salience of parental identity and gender differences in psychological distress.* J Health Soc Behav. 1992; 33, 25-35.
- 63 Simon, RW. *The meanings individuals attach to role identities and their implications for mental health.* J Health Soc Behav. 1997; 38: 256-274.
- 64 Janlert U. *Unemployment as a disease and diseases of the un-employed.* Scand J Work Environ Health. 1997;23(Suppl 3):79-83.
- 65 Piccinelli M., Wilkinson G. *Gender differences in depression.* Br J Psychiatry. 2000;177: 486-492.

- 66 Bartley M., Owen C. *Relation between socio-economic status, employment and health during economic change, 1973-93*. BMJ. 1996;13:445-449.
- 67 Leino-Arjas P., Liira J., Mutanen P., Malmivaara A., Martikainen E. *Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study*. BMJ. 1999;319:600-605.
- 68 Bartley M. *Unemployment and ill health: understanding the relationship*. J Epidemiol Community Health. 1994; 48: 333-337.
- 69 Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. *Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class*. Am J Public Health. 2004; 94: 82-88.
- 70 Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. *Temporary employment and health. A review*. Int J Epidemiol. 2005; 34: 610-622.
- 71 Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. *Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health*. J Epidemiol Community Health. 2005; 59: 761-767.
- 72 Joelson L, Wahlquist L. *The psychological meaning of flexible employment and job loss: results of a longitudinal study*. Soc Sci Med. 1987; 25: 179-182.
- 73 Dooley D, Rook K, Catalano R. *Job and non job stressors and their moderators*. J Occup Psychol. 1987; 60: 115-132.
- 74 Muntaner C, Nieto FJ, Cooper L, Meyer J, Szklo M, Tyroler HA. *Work organization and atherosclerosis*. Am J Prev Med. 1998; 14: 9-18.
- 75 Mattiasson I, Lindgarde F, Nilsson JA, Theorell T. *Threat of unemployment and cardiovascular risk factors: longitudinal study of quality of sleep and serum cholesterol concentrations in men threatened with redundancy*. BMJ. 1990; 301: 461-466.
- 76 Domenighetti G, D'Avanzo B, Bisig B. *Health effects of flexible employment among employees in the Swiss general population*. Int J Health Serv. 2000; 30: 477-490.
- 77 Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG. *Effects of chronic flexible employment and change in job security on self-reported health, minor psychiatry morbidity, physiological measures, and health related behaviors in British civil servants: the Whitehall II study*. J Epidemiol Community Health. 2002; 56: 450-454.
- 78 Orpen C. *Correlations between flexible employment and psychological well-being among white and black employees in South Africa*. Percept Mot Skills. 1993; 76: 885-886.
- 79 Borrell C, Ferrando J. *Desigualdades en salud en la población anciana*. JANO. 2003; 1474: 25-33.
- 80 Arber S, Ginn J. *Health and illness in later life*. En: D. Field y S. Taylor, editors. *Sociological perspectives on health, illness and health care*. Oxford: Blackwell Science; 1998. p. 134-152.
- 81 Arber S. *Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s*. Soc Sci Med. 1997; 44:773-787.
- 82 Arber S, Cooper H. *Gender and inequalities in health across the life course*. En: Annandale E, Hunt K. editors. *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press; 2000. p 123-149.
- 83 Gauthier AH, Smeeding TM. *Time use at older ages*. Res Aging. 2003; 25:247-274.
- 84 Rueda S. *Social inequalities in health among the elderly in Europe. An integrated analysis of the socio-economic position, caring roles and household living arrangements* [tesina predoctoral]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2006
- 85 Kunkel SR, Atchely RC. *Why gender matters: Being female is not the same as not being male*. Am J Prev Med. 1996;12:294-296.

LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ENCUESTAS DE SALUD EN LOS PRIMEROS AÑOS DEL SIGLO XXI: EVOLUCIÓN Y CAMINO A SEGUIR

3.1 INTRODUCCIÓN

3.1.1 EL CONOCIMIENTO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DE LAS ENCUESTAS DE SALUD: VENTAJAS Y LIMITACIONES

IZABELLA ROHLFS
MARÍA FRIGOLA

Las encuestas de salud por entrevista son una fuente de información sanitaria que permite conocer datos sobre la morbilidad percibida, hábitos, condiciones de vida y utilización de servicios sanitarios, así como actitudes y opiniones respecto a determinados temas¹. Asimismo, su repetición a lo largo del tiempo permite establecer las tendencias temporales de estos indicadores y de la situación epidemiológica de la población a que se refieren.

Es un instrumento útil en la determinación de las necesidades de salud de una población y un importante instrumento para la planificación sanitaria. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), sus principales ventajas son: desarrollar medios para que la información sobre la salud de la población sea válida, confiable y comparable; proveer información de calidad, con una buena relación coste-beneficio; fundamentar con una base de evidencia la monitorización y evaluación de los sistemas sanitarios; y dotar a los organismos y personas responsables de la planificación sanitaria con los datos y la evidencia necesarios para que se actúe en la mejora y adecuación de estrategias, políticas, planes y programas sanitarios².

A partir del análisis de sus resultados se pueden evaluar estrategias globales de salud e identificar grupos susceptibles de intervenciones, lo que puede servir para la mejora de la salud de estos grupos o para la disminución de las desigualdades existentes en una misma población. Asimismo, podemos señalar que las desigualdades en salud pueden ser el resultado tanto de variables o constructos sociales como por ejemplo la posición socioeconómica, el género, la etnia o el lugar de origen; como también pueden estar relacionadas con la falta de equidad en la provisión o el acceso a los servicios sanitarios².

Otra ventaja de las encuestas es la posibilidad de obtener información sobre aquellas personas que no utilizan los servicios sanitarios, de las cuáles sería muy difícil recabar información sobre su salud³.

Entre las principales limitaciones de las encuestas de salud podemos citar la dificultad de comparación entre poblaciones y también el análisis de las tendencias temporales, ya que muchas encuestas han cambiado al largo del tiempo, tanto las variables recogidas como la manera de recogerlas. Asimismo, las comparaciones territoriales o internacionales tropiezan en la existencia de diferentes escalas para recoger un mismo tipo de información, lo que frecuentemente impide su comparación.

Otro punto que se señala como limitación es la falta de instrumentos “objetivos” (medurables desde la óptica empírica y biologicista) para la validación externa de los datos, ya que la mayoría de encuestas se basan en datos obtenidos de las percepciones subjetivas de las personas entrevistadas. Estas percepciones, es decir la respuesta a las preguntas formuladas sobre el estado de salud, los trastornos crónicos, la utilización de los servicios sanitarios o la opinión sobre los mismos, pueden estar influenciadas por lo que las personas entrevistadas piensan que es socialmente correcto o la respuesta social más adecuada, por sus diferentes expectativas individuales en relación al significado de la salud o por sus procesos cognitivos⁴.

En esta línea podemos elucubrar si las escalas o preguntas utilizadas están captando la misma información cuando el contexto y realidad de las personas encuestadas llega a ser muy distinto. Así, una de las dudas es si personas de diferente sexo, lugar de origen o clase social parten de una escala de valores semejante al contestar las preguntas. Esta limitación puede atenuarse justamente con el análisis crítico de los datos y con la contextualización de los mismos en el marco de las desigualdades sociales en la salud, que debería tener en consideración el género, la clase social ocupacional, el lugar de origen, la edad y otras tantas variables o constructos que sean necesarios para entender la complejidad de los resultados de salud. También cabe pensar que si la encuesta ya no ha tenido en cuenta en su diseño las preguntas necesarias para conocer esta complejidad, no se alcanzará el grado de evidencia imprescindible para hacer unas políticas y actuaciones de planificación sanitaria efectivas y equitativas.

El objetivo de este capítulo es revisar la utilidad de las encuestas de salud en el análisis de las desigualdades en salud según género y clase social, describir las encuestas realizadas en el Estado Español y los principales instrumentos metodológicos a utilizar y finalmente hacer una propuesta para el futuro.



3.1.2 UN POCO DE HISTORIA

Las primeras encuestas de salud por entrevista se realizaron a principios del siglo pasado en el Reino Unido y en los Estados Unidos, pero fue a partir de 1957, momento en que la Encuesta de Salud de Estados Unidos empezó a ser anual, cuando alcanzaron un puesto destacable en las actividades de salud pública. Desde entonces se han extendido y han pasado a ser una importante fuente de información sanitaria de base poblacional⁵. Entre los países con más tradición y experiencia en la realización de encuestas de salud están los Estados Unidos de América (con el *National Health Interview Survey, NHIS*), el Reino Unido (con el *General Household Survey, GHS*) y Canadá (con la *Enquête de Santé du Canadá* y la *Enquête de Santé du Québec*).

En España fue a partir de los años ochenta del siglo pasado cuando, desde el ámbito de la salud pública, empezó a aumentar el interés por el tema. La primera encuesta de salud del Estado Español fue realizada en Barcelona en el año 1983⁶ y a partir de entonces han ido creciendo el número de encuestas, tanto locales como autonómicas y nacionales. Actualmente casi todas las autonomías ya han realizado al menos una encuesta de salud. También se han realizado seis Encuestas Nacionales de Salud (ENS) en los años 1987, 1993, 1995, 1997, 2001 y 2003⁷⁻¹¹. Más adelante trataremos detenidamente la evolución del tema que nos atañe en este capítulo, la perspectiva de género, en los cuestionarios de las cinco últimas ENS y también en el cuestionario de la encuesta que actualmente está en fase de recogida de datos (ENS 05-06)¹².

En la Tabla 3-1 se presenta una revisión de las encuestas de salud realizadas por algunas autonomías a partir del año 2000¹³⁻²³. En esta tabla constan sólo las encuestas a las que hemos podido acceder al cuestionario y por lo tanto puede no ser exhaustiva. La mayoría de los cuestionarios los hemos conseguido a través de buscadores generalistas en Internet y algunas a través de contactos con las consejerías de salud de las autonomías. El informe SES-PAS 2002 ya señalaba la dificultad en obtener los cuestionarios y la falta de una fuente de información que recoja exhaustivamente las diferentes encuestas de salud realizadas en el territorio español. Esta es una limitación para conocer la magnitud y abasto de las encuestas de salud realizadas en España, así como sus resultados. Para solucionar este problema, Abad y Carreter²⁴ apuntan que “se plantea la puesta en marcha de un Plan de Encuestas de Salud con representatividad muestral a nivel autonómico y dentro de las líneas recomendadas por organismos internacionales”. Aunque el apoyo a esta solución no es unánime y, se pueden plantear soluciones más sencillas como la creación de una escueta base de datos en el servicio de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad con algunos datos simplificados como la población a que se refiere la encuesta, su año de realización, la muestra encuestada y cómo acceder al cuestionario y resultados.

ÁMBITO	REFERENCIA	AÑO
Asturias	Gobierno del Principado de Asturias. Encuesta de Salud para Asturias 2002. Noviembre 2003	2002
Baleares	Conselleria de Sanitat i Consum. Direcció General de Sanitat. Enquesta de Salut de les Illes Balears 2001	2001
Barcelona	Agencia de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona. Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2000-2001.	2000
Canarias	Servicio Canario e Instituto Canario de Estadística. Encuesta de Salud de Canarias Adulto 2004	2004
Catalunya	Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 2001-2002.	2000
Euskadi	Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Encuesta de Salud de Euskadi 2002.	2002
Extremadura	Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2001.	2001
Galicia	Subdirección General de Planificación Sanitaria y Asesoramiento. Servicio Gallego de Salud. Encuesta de Salud de Galicia 2001.	2001
Madrid	Área de Gobierno de Seguridad y Servicios a la Comunidad de Madrid. Encuesta de la Salud de la Ciudad de Madrid 2005.	2005
Navarra	Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. ¿Cómo estamos de Salud? Encuesta de Salud de Navarra 1999. Pamplona: Gobierno de Navarra; 1999.	2000
Valencia	Conselleria de Sanitat i Consum. Encuesta de Salud de la Comunidad de Valenciana 2004/05.	2004

* El listado no es exhaustivo, incluyendo sólo las encuestas a cuyo cuestionario hemos tenido acceso

3.1.3 LAS ENCUESTAS DE SALUD Y EL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD

Uno de los temas más estudiados utilizando los datos de las encuestas de salud ha sido el análisis de las relaciones entre el nivel socioeconómico y los indicadores de salud. Las encuestas de salud, a diferencia de otras fuentes de información sanitaria rutinarias, recogen datos que permiten relacionar el estado de salud, la utilización de servicios y los estilos de vida, entre otros temas, con variables sociodemográficas que posibilitan la ubicación de las personas en un determinado estrato social. El estudio de estas relaciones permite conocer la existencia de desigualdades en salud o diferentes patrones de utilización de servicios y estilos de vida entre la población con más recursos económicos y la población más desfavorecida o pobre.

La clase social obtenida a través de la agrupación de ocupaciones^{25,26} o del nivel de estudios ha sido la principal variable utilizada para estudiar las desigualdades en salud según posición socioeconómica. De hecho la mayoría de los estudios realizados en España utilizando datos de encuestas de salud han analizado directa o indirectamente estas relaciones.

El análisis de datos de las encuestas de salud para estudiar las desigualdades sociales en la salud determinadas por otros factores como el género sólo comenzaron a realizarse a partir de finales de la década de los 90 y más intensamente en los últimos años. Otros factores como el lugar de origen o la etnia, hasta dónde ha podido llegar la revisión bibliográfica realizada para este capítulo, aún no han generado publicaciones indexadas, hecho justificable por que la inmigración es un fenómeno relativamente reciente en España y no siempre es fácil obtener datos sobre la población inmigrada con los métodos tradicionales de muestreo de las encuestas de salud.

3.1.4 MARCOS METODOLÓGICOS PARA ENTENDER LAS RELACIONES ENTRE GÉNERO Y SALUD

Elegir la mejor metodología para entender las relaciones entre género y salud no es una tarea sencilla; es importante señalar que ni las metodologías cuantitativas ni tampoco las cualitativas, en sí mismas, son intrínsecamente buenas o adecuadas para el estudio de estas relaciones. La metodología elegida debe adecuarse a las posibilidades óptimas de responder a la pregunta de estudio, a su factibilidad y a la disponibilidad de los datos.

Los análisis de los datos derivados de las estadísticas vitales y de las encuestas de base poblacional se pueden utilizar cuando lo que se busca es trazar diagnósticos macrosociales que puedan ser generalizables a amplios conjuntos de la población. Asimismo, son útiles para fundamentar, con resultados cuantificables, las políticas públicas²⁷. Para conocer la complejidad de los determinantes sociales de la salud hay que actuar en consonancia e introducir en las encuestas variables que permitan este análisis. Como el conoci-

miento de las diferencias y desigualdades en la salud de mujeres y hombres es fundamental para trazar políticas sanitarias más equitativas, se debería utilizar el género como uno de los marcos teóricos que fundamentan el diseño y la recogida y análisis de los datos de las encuestas de salud.

A partir del paradigma en el que se basa el estudio del género como eje vertebrador de las desigualdades sociales, la búsqueda de información debe partir de la premisa de que hay una sólida base teórica que incorpora la metodología y los conceptos pertinentes al tema. Este marco teórico aún no está totalmente incorporado por algunas disciplinas fuera del eje de las ciencias sociales. Aunque este tema ya se trató en el Capítulo 1 de esta monografía, creemos importante volver a recordar que en el universo de la salud pública y de la epidemiología la diferenciación entre sexo y género es difícil y a veces confusa. Frecuentemente el término género se emplea de forma indiscriminada, tanto para definir las relaciones sociales entre los sexos, como para utilizar un sinónimo “políticamente correcto” de la palabra sexo²⁸.

3.2. REVISIÓN DE ALGUNOS CUESTIONARIOS Y DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA SOBRE EL TEMA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

3.2.1 LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ENCUESTAS DE SALUD

Las encuestas de salud por entrevista han sido validadas y mejoradas a lo largo de varios años de experiencia nacional e internacional. Algunas veces esta mejora ha sido el fruto de la explotación de sus datos y de la constatación de que algunas preguntas, formuladas para entender mejor la salud de la población y sus condicionantes, quedaban sin respuesta al no haberse recogido las necesarias variables explicativas. Asimismo, estos cambios también responden a las inquietudes de grupos de interés o presión que han puesto de manifiesto la necesidad de recoger información sobre temas emergentes y/o poco conocidos y estudiados en el ámbito de la salud pública. En este sentido, la incorporación de variables ligadas al cuidado a las personas y los análisis que se han realizado con los datos de la encuesta de salud de Barcelona del año 1992²⁹ han sido un punto de partida importante para aglutinar a un grupo de investigadoras que ya llevaban tiempo trabajando sobre la perspectiva de género y su aplicación a la epidemiología y salud pública. Igualmente, en la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sabitaria (SESPAS) se escuchaban voces que expresaban su preocupación por la falta de variables que pudieran reflejar las condiciones de vida y trabajo de las mujeres y su impacto en la salud, como también la falta del marco teórico de género tanto en el diseño como en el análisis de las encuestas de salud. Así, en el año 2000 se publicaba en la revista Gaceta Sanitaria

EJEMPLOS DE VARIABLES QUE PROPICIAN EL ANÁLISIS DE GÉNERO EN ALGUNAS ENCUESTAS DE SALUD DEL ESTADO ESPAÑOL, 2000-2005. **TABLA 3-2**

el primer artículo del Grupo de Género de SESPAS³⁰, que en nuestro entorno ha servido para sentar las bases de la importancia de la perspectiva de género en todas las etapas de las encuestas de salud, desde su diseño hasta la formulación de las preguntas y el análisis de los datos. Asimismo, se formulaban algunas recomendaciones para las encuestas realizadas en el futuro. Tampoco se puede olvidar que en España ya había grupos o personas en salud pública y epidemiología investigando y trabajando con el marco teórico de género³¹⁻³⁶. En este sentido, el artículo de Ruiz y Verbrugge sobre los sesgos de género en medicina es una referencia fundamental³¹.

La Tabla 3-2 recoge la existencia de las variables propuestas en nuestro artículo del año 2000³⁰ en los cuestionarios analizados para este capítulo. Las variables de interés que se presentan en la tabla son aquéllas que posibilitan el análisis desde la perspectiva de género. Su selección se justifica por su distribución desigual según el sexo, por el diferente impacto que tiene en la salud de mujeres y hombres, y por permitir profundizar en las relaciones de género.

Es interesante observar que la mayoría de los cuestionarios analizados han seguido nuestra propuesta, lo que contrasta con la información que presentaba el citado artículo³⁰, ya que hasta finales de los 90 sólo las encuestas de salud de Andalucía y de Terrassa habían incorporado en sus cuestionarios, variables que permitían profundizar en las desigualdades en salud de mujeres y hombres.

	Asturias 02	Baleares 01	Canarias 04	Castilla-La Mancha 2002	Cataluña 01-02	Barcelona 01-02	Euskadi 02	Extremadura 01	Galicia 01	Ciudad de Madrid 05	Navarra 00	Valencia 04/05
Sociodemográficas y de trabajo												
<i>Estado civil de hecho</i>	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X
<i>Vivir en pareja</i>				X				X			X	X
<i>Clase social</i>	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X
<i>Nivel de estudios</i>	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X
<i>Situación laboral</i>	X	X		X	X	X	X	X			X	X
Trabajo productivo												
<i>Ocupación</i>	X	X		X			X	X			X	X
<i>Puesto de trabajo</i>		X			X	X	X	X				X
<i>Tipo de empresa donde trabaja o trabajó</i>				X				X				
<i>Actividad de la empresa donde trabaja o trabajó</i>		X		X	X	X	X	X				
<i>Tipo de contrato</i>		X		X	X	X	X					X
<i>Tipo de jornada laboral</i>		X		X	X	X	X	X				
<i>Horas trabajadas a la semana (al día)</i>		X		X	X	X	X	X				X
Trabajo reproductivo												
<i>Estructura familiar (convivencia)^b</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
<i>Trabajo doméstico^c</i>	X	X	X	X	X	X						
<i>Realización del trabajo doméstico</i>	X	X	X	X	X	X	X		X			X
<i>Reparto del trabajo doméstico</i>		X	X	X			X		X			X
<i>Cuidado a personas dependientes^d</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X



3.2.2 LA EVOLUCIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ENCUESTA NACIONALES DE SALUD (ENS)

En la Tabla 3-3 se puede observar cómo a partir de la ENS 2001 hubo un cambio significativo en las variables recogidas en la Encuesta Nacional de Salud. Este cambio se fundamentó principalmente en las recomendaciones de las personas expertas convocadas por la Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud “con el fin de analizar la situación de las encuestas de salud que se habían realizado en España hasta ese momento, y proponer modificaciones que debían incorporarse al proyecto, de cara a los próximos diez años”¹⁰.

En el informe general de la ENS 2001 se explicitaba y remarcaba la inclusión de nuevas variables respecto a la ENS 1997, que también eran las variables sugeridas en el artículo de Grupo de Género de SESPAS³⁰. Según se dice en este informe “(...) se incluyeron como novedad, respecto a 1997, variables que pueden permitir el análisis de la encuesta desde una perspectiva de género. La ausencia de indicadores uniformes y la dificultad de crear variables sencillas que permitan aproximarse a este enfoque fue uno de los principales problemas a la hora de redactar los cuestionarios. Se realizó una revisión de otras encuestas y finalmente se incluyeron algunas preguntas que intentan aproximarse a una mayor comprensión de la salud y de sus determinantes en las mujeres y en los hombres. Las materias nuevas incluidas sobre trabajo reproductivo (no remunerado) (...). En la última parte de los cuestionarios, además de las variables sociodemográficas (...) se incluyeron por primera vez variables sobre trabajo productivo (remunerado) como tipo de contrato, jornada laboral y otras no relacionadas con el trabajo pero que se consideraron de interés, como el estado civil de hecho”¹⁰.

En el listado de trastornos crónicos, que es uno de los instrumentos que permite el análisis de la morbilidad diferencial entre mujeres y hombres, en la ENS 2001 se incluyó la depresión, en la ENS 2003 se añadieron junto a la depresión, otras enfermedades mentales, el enfisema (junto el asma o bronquitis), las jaquecas, migrañas o dolores de cabeza, la mala circulación, las hernias, artrosis y problemas reumáticos, los problemas del “periodo menopáusico” y los problemas de la próstata. En cuanto al consumo de medicamentos, a partir de la ENS 2001 se añadieron las hormonas para la menopausia. Asimismo, en la ENS 2003 también consta la necesidad de asistencia médica en los últimos 12 meses.

Las encuestas de salud son un instrumento que, como se ha visto anteriormente, debe evolucionar e introducir cambios en sus cuestionarios. Éstos son el fruto de los cambios que vive la sociedad, de la emergencia de nuevas prioridades en salud pública, de la generación de evidencias o del interés social o científico en conocer temas que con las preguntas de encuestas anteriores no se han podido aclarar. Siempre hay la disyuntiva entre mantener las series históricas, que permiten la comparación de las encuestas a lo largo del tiempo, o bien modificar o eliminar preguntas en beneficio de la adecuación a las necesidades de cambio. Casi nunca estas decisiones son tareas fáciles, ya que si se mantienen rígidas las series históricas es práctica-

INTRODUCCIÓN DE VARIABLES QUE POSIBILITAN EL ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO. TABLA 3-3
ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD (ENS) DE 1993 A 2005-06

	ENS 93	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03a	ENS 05-06
Sociodemográficas y de trabajo						
Estado civil de hecho	X	X	X	X	X	X
Vive usted en pareja actualmente				X	X	X
Clase social	X ^b	X ^b	X ^b	X	X	X
Nivel de estudios	X	X	X	X	X	X
Situación Laboral	X	X	X	X	X	X
Trabajo productivo (remunerado)						
Ocupación	X	X	X	X	X	X
Puesto de trabajo				X	X	X
Tipo de empresa donde trabaja o trabajó ^c				X	X	X
Actividad de la empresa u organización donde trabaja o trabajó				X	X	X
Tipo de contrato						
Tipo de jornada laboral				X	X	X
Horas trabajadas a la semana						
Trabajo reproductivo (no remunerado)						
Estructura familiar (convivencia) ^d	X			X	X	X
Trabajo doméstico ^e				X	X	X
Realización del trabajo doméstico_				X	X	X
Reparto del trabajo doméstico_				X	X	X
Cuidado a personas dependientes ^f				X	(niños) X	X
Reparto de los cuidados_				X	X	X
Disponibilidad de ayuda externa (familiar o contratada) para tareas domésticas y de cuidados				X	X	X
Horas dedicadas al trabajo reproductivo						X



mente imposible introducir cambios, y si se introducen cambios hay que eliminar o modificar algunas variables.

La elaboración de una encuesta de salud debe responder a los intereses de amplios sectores de la salud que van desde la planificación sanitaria a la investigación o docencia. También debe ser un instrumento que permita una visión amplia y completa de la salud de la ciudadanía para fundamentar políticas sanitarias. Así, cabe pensar que la diversidad de intereses y la priorización de los mismos, ya que las encuestas no pueden sobrepasar una longitud prudente, genera una tensión entre el mantenimiento de lo que ya existe y la eliminación o introducción de nuevas preguntas.

A principios del año 2005 se convocó un grupo de personas expertas en encuestas, perspectiva de género y planificación sanitaria por la Dirección General de la Agencia de Calidad del Servicio Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto de Información Sanitaria y Observatorio de Salud de la Mujer, para revisar los contenidos de las anteriores encuestas y elaborar propuestas para avanzar en incorporación de esta perspectiva en la ENS 2005-2006. Además de las variables que ya habían sido incluidas en la ENS 2001, la actual encuesta incorpora novedades cómo el número de horas dedicadas al trabajo reproductivo y el cuestionario SF-12 para medir salud mental y calidad de vida.

En la ENS 2005-2006, en el apartado que recoge las enfermedades crónicas, se han añadido respecto a la ENS 2001 el infarto de miocardio, las varices en las piernas, el dolor de espalda crónico (separado entre cervical y lumbar), la úlcera del duodeno (junto con la de estómago), la incontinencia urinaria, las cataratas, los problemas crónicos de la piel, el estreñimiento crónico, la embolia, las hemorroides, los tumores malignos, la anemia y los trastornos de la tiroides. Entre las limitaciones de los listados recordatorios de los trastornos crónicos podemos citar la mezcla de síntomas y diagnósticos en este listado. Ya se ha señalado anteriormente que en la población general la mayoría de las personas sólo responden subjetivamente a los síntomas que reconocen o si tienen diagnósticos médicos formulados en este sentido. También es difícil deslindar los diagnósticos médicos de los autodiagnósticos, basados a veces en concepciones erróneas sobre las enfermedades. Los sesgos en las respuestas también pueden ser el resultado de haber recibido o no asistencia sanitaria y del nivel cultural y cognitivo de las personas encuestadas^{4,29}. No obstante, es indudable que pese a las limitaciones señaladas, esta información es muy útil para conocer en líneas generales el perfil de morbilidad de la población. Para conocer la morbilidad diferencial entre hombres y mujeres, la inclusión de diversas patologías puede arrojar luz sobre los patrones diferenciales por sexo y las desigualdades resultantes de la invisibilización de patologías con

	ENS 93	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03 ^a	ENS 05-06
Morbilidad, salud percibida, calidad de vida y salud mental						
Estado de salud percibido	X	X	X	X	X	X
Salud mental y calidad de vida						SF-12
Trastornos crónicos ^b	X	X	X	X	X	X
Horas dormidas/día	X	X	X	X	X	X
Apoyo social (presencia y tipo de red social)						
Estructura de la red (dimensión, densidad)						X
Apoyo social funcional (afectivo y confidencial)				X	X	

a_En la ENS 03 hubo una encuesta de hogar y de adultos

b_Estatus social: acomodado; medio-alto; medio-medio; medio-bajo; bajo. Obtenido a través del cruce del nivel de estudios terminados (ningún estudio; estudios terminados a los 14-15 años; estudios terminados a los 16-19 años; estudios posteriores sin ser universitarios; estudios universitarios; no contesta) con la ocupación, referidas ambas variables al cabeza de familia (trabajador por cuenta propia; por cuenta propia o ajena; por cuenta ajena-sector público o privado; otras situaciones)

c_Administración pública, empresa pública, privada u organización privada sin fines de lucro, o servicio doméstico

d_Edad, sexo, parentesco de las personas convivientes

e_Hacer la compra, la comida, limpieza, plancha, etc.

f_Criaturas, personas mayores, discapacitados/as

g_Listado de patologías más prevalentes o discapacidades (atención a las diferencias según sexo)

un alto impacto en la calidad de vida de las personas: “*aquello que no se pregunta no se conoce y aquello que no se visibiliza no existe*”. Un ejemplo claro fue la inclusión de las anemias en la última encuesta de salud de Cataluña (ESCA 2002). En los resultados de la distribución poblacional de esta patología según sexo y clase social, las anemias fueron siete veces más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres y se concentraban con mayor frecuencia en las clases más bienestantes y en las más desfavorecidas (respectivamente 7,9% y 8,1% estandarizando por edad).

Entre las novedades que presenta el cuestionario de la ENS 2005-2006, podemos destacar la inclusión de las preguntas sugeridas por Krieger³⁸ para conocer aspectos sobre la discriminación –por sexo, nivel de estudios, clase social, etnia o país de origen, preferencias sexuales y religión– en diversas

circunstancias y lugares como en la búsqueda de trabajo, en el trabajo, en casa por la pareja o por una persona diferente de la pareja, al recibir asistencia sanitaria y en un sitio público. Otros cambios introducidos son la inclusión de algunas variables para conocer la magnitud de los malos tratos tanto en el hogar por parte de la pareja u otros miembros de la familia como en otros lugares, el consumo de productos homeopáticos y productos naturistas en las dos últimas semanas y una referencia específica al dolor menstrual en la pregunta sobre la restricción de la actividad habitual en las dos últimas semanas. Estas variables permitirán profundizar en el análisis de las relaciones entre las desigualdades sociales y, más específicamente, las desigualdades de género y la salud de la población española.

ARTÍCULOS QUE UTILIZAN DATOS DE ENCUESTAS DE SALUD ESPAÑOLAS TABLA 3-4
E INCLUYEN LOS TÉRMINOS “GÉNERO” O “SEXO” EN EL TEXTO, 1995-2005

REFERENCIA	VARIABLES RELACIONADAS CON EL GÉNERO	PERSPECTIVA DE GÉNERO	ENCUESTAS USADAS
Rohlfs y cols. Med Clin 1997;108 (5):566-71	<i>Estado de salud percibido y tipo de trabajo realizado</i>	Salud de la mujer	ESB92
Fernández y cols. J Epidemiol Community Health 1999;53:218-22	<i>Desigualdades en la salud y los servicios utilizados entre hombres y mujeres</i>	Análisis por sexo	ESCA 94
Fernández y cols. BEC 1999; XX(5):63-6	<i>Estado de salud percibido, restricciones de actividad, problemas de salud en los últimos 15 días, trastornos crónicos</i>	Análisis por sexo	ESCA 94
Borrell y cols. Prev Med 2000,31:691-701	<i>Estado de salud percibido y comportamientos y utilización de los servicios</i>	Análisis por sexo	ESB 83;86; 92; 94
Borrell y cols. J Epidemiol Community Health 2000;54:24-30	<i>Tabaco, consumo de alcohol, actividad física</i>	Análisis por sexo	ESB 92
Fernández y cols. Aten Primaria. 2000;25:96-102	<i>Estado de salud percibido; actividad restringida, trastornos crónicos según clase social (hombre y mujer)</i>	Análisis por sexo	ESCA 94
Fernández y cols. Gac Sanit 2000;14:287-90	<i>Estado de salud percibido relacionado con el trabajo doméstico y la utilización de servicios sanitarios</i>	Perspectiva de género	ES Cornellà 1994
Artazcoz y cols. Gac Sanit 2001;15:150-3	<i>Estado de salud percibido de la población ocupada y carga de trabajo doméstico</i>	Perspectiva de género	ES Terrassa 1998
Artazcoz y cols. J Epidemiol Community Health 2001;55:639-47	<i>Estado de salud percibido entre los/las trabajadoras que están casados o conviven</i>	Perspectiva de género	ESCA 94
Borrell y cols. Int Soc Quality Health Care 2001;13 (2):117-25	<i>Utilización de los servicios sanitarios, percepción de salud, Seguridad social o mutua, clase social (hombres y mujeres)</i>	Análisis clase social y sexo	ESCA 94
Fernández y cols. Prev Med 2001;32:218-23	<i>Iniciación en el tabaco y abandono según nivel educativo y género</i>	Perspectiva de género	ESCA 94



Coma y cols. Aten Primaria 2003;32:208-15	<i>Estado de salud percibido, consumo de tabaco y visitas médicas con clase social y nivel estudios (hombre y mujeres)</i>	Análisis clase social y sexo	ES Cornellà 1994
Artazcoz y cols. Am J Public Health 2004;94(1):82-8	<i>Diferencias de género en salud mental por los efectos del desempleo</i>	Perspectiva de género	ESCA 94
Artazcoz y cols. Social Science & Medicine 2004;59:263-74	<i>Desigualdades de salud entre amas de casa y trabajadoras</i>	Salud de las mujeres	ESCA 94
Artazcoz y cols. Gac Sanit 2004;18(Sup1):56-68	<i>Estado de salud percibido y exposición al trabajo doméstico</i>	Perspectiva de género	ENS 97
Borrell y cols. Soc Sci Med 2004;58:1869-87	<i>Clase social, edad, variables del trabajo reproductivo y del trabajo productivo</i>	Análisis clase social y sexo	ESB 00
Cortes y cols. Gac Sanit 2004;18:351-9	<i>Desigualdades en la salud mental en la población ocupada</i>	Perspectiva de género	ESB 00
Domínguez-Berjon y cols. Gac Sanit 2004;18:92-100	<i>Estado de salud percibido, trastornos crónicos, tabaco, citología cervical preventiva, nivel estudios y clase social (hombre y mujer)</i>	Análisis clase social y sexo	ESB 92
Gonzalo y cols. Gac Sanit 2004;18(Sup1):69-80	<i>Salud percibida, probl. crónicos, capacidad funcional y uso de servicios sanitarios en personas mayores</i>	Análisis clase social y sexo	ENS 97
Rius y cols. J Epidemiol Community Health 2004;58:698-9	<i>Adolescentes fumadores y estado de salud percibido, utilización de servicios sanitarios, problemas de salud y utilización de medicamentos</i>	Análisis por sexo	ENS 93, 95, 97
Artazcoz y cols. J Epidemiol Community Health 2005;59:761-7	<i>Trabajo flexible y salud mental, insatisfacciones en el trabajo</i>	Perspectiva de género	ESCA 02

REFERENCIA

VARIABLES RELACIONADAS CON EL GÉNERO

PERSPECTIVA DE GÉNERO

ENCUESTAS USADAS

3.2.3 LA INCORPORACIÓN DE VARIABLES Y EL ANÁLISIS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Cómo hemos visto en las tablas 3-2 y 3-3, en los últimos años las encuestas de salud de diversas comunidades autónomas y también las ENS han incorporado en sus cuestionarios diversas variables que hacen posible un análisis de la situación de salud de mujeres y hombres y una lectura de los resultados con perspectiva de género. No obstante, la literatura científica en publicaciones indexadas aún no refleja el amplio interés por el estudio de estas relaciones (Tabla 3-4). Cabe mencionar que gran parte de los estudios o informes sobre este tema no se publican en revistas científicas y muchas veces forman parte de la literatura gris que queda confinada a ámbitos limitados y malogradamente, con frecuencia, perdida por estanterías y cajones.

Asimismo, aunque no se conociera públicamente y en gran escala, el resultado de estos informes o estudios, estos deberían servir para fundamentar en

su ámbito de acción, las políticas públicas en salud. Recientemente, Peiró y colaboradoras/es³⁹ han analizado la escasez de sensibilidad de género en los planes de salud de diversas comunidades autónomas del estado español, tema que se aborda en el Capítulo 6 de esta monografía.

Uno de los puntos que llama la atención en la bibliografía revisada en la Tabla 3-4⁴⁰⁻⁶⁰ es que aunque se nota un aumento en los últimos años de los artículos científicos que han estudiado algunas de las variables que habíamos destacado cómo importantes para conocer el impacto de las relaciones de género en la salud, una parte importante de estos artículos sólo alcanza a estudiar las diferencias entre mujeres y hombres (análisis desglosado por sexo) sin llegar a profundizar en el análisis de género como uno de los principales ejes de las desigualdades sociales en salud. El análisis de los datos tiene que ser crítico y cuidadoso, a fin de subrayar las relaciones sociales entre los sexos y deslindar las desigualdades que subyacen de estas relaciones⁶¹.

Los análisis desglosados por sexo son importantes y son uno de los primeros pasos para realizar un análisis de género; no obstante, no son suficientes para entender toda la complejidad que subyace tras los resultados. El género no tiene un impacto aislado en la salud, sino que frecuentemente encontramos interacciones entre el sexo (la variable medible) y otras variables o constructos sociales o características biológicas. Estas interacciones pueden ser aditivas o multiplicativas y en los análisis multivariados algunos factores pueden contrarrestar el efecto del género. También cabe destacar que las asociaciones entre determinadas variables pueden tener direcciones diferentes cuando estratificamos el análisis según sexo.

Las conclusiones deben huir de las generalizaciones. Se debe hacer énfasis en los resultados desglosados por sexo y en la significación o no de las diferencias encontradas, no sólo desde el punto de vista estadístico sino también a través de la discusión crítica de los mismos evitando patologizar procesos naturales o normalizar procesos patológicos, dañinos o disfuncionales para la salud de mujeres y hombres.

3.3 PROPUESTAS DE AVANCE EN LA INVESTIGACIÓN

Tal y cómo se ha visto, el artículo publicado en el año 2000³⁰ fue un importante punto de referencia en el diseño de las encuestas de salud posteriores, aunque la utilización de los datos de estas encuestas para publicar trabajos con perspectiva de género sigue siendo más bien escasa.

La reunión de consenso de un grupo de personas expertas en encuestas, perspectiva de género y planificación sanitaria a principios del año 2005, mencionada previamente, fue un importante avance en la forma de elaborar e integrar aspectos novedosos en la próxima ENS 2005-06. La forma de trabajo en grupo de discusión nominal y la incorporación de las sugerencias efectuadas transversalmente por el grupo de personas consultadas expresa una nueva y esperanzadora manera de trabajar, teniendo en cuenta la experiencia de las personas que ya habían trabajado exhaustivamente el tema tanto en sus comunidades autónomas como también en la ENS. Así, hay que dejar constancia que este apartado de sugerencias se nutre de muchos de los temas discutidos en este grupo. Algunas variables sugeridas no son exactamente las que se incluyen en la ENS, como es el caso de la violencia que pensamos se debe tratar con más profundidad y detenimiento. Asimismo, también hemos aprovechado la oportunidad de incluir algunas preguntas de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA 2005-2006) que también incorpora novedades interesantes.

En este apartado formulamos algunas propuestas, primero específicas y después generales que creemos que pueden aportar elementos para avanzar en la perspectiva de género en las encuestas de salud.

3.3.1 PROPUESTAS ESPECÍFICAS

DISEÑO

1 Muestra. A la hora de calcular el tamaño muestral se debe tener en cuenta la posterior necesidad de desagregar la muestra según las variables de interés. Para estudiar las desigualdades sociales en la salud tanto el sexo como el nivel socioeconómico son imprescindibles y sólo con una muestra suficiente, que permita mantener la significación estadística al desagregar los datos, se puede ahondar en el análisis de estas relaciones.

2 Lenguaje. El lenguaje tanto de la encuesta como del manual del/de la encuestador/a debe velar para que los términos empleados no sean sexistas y para que no se invisibilice alguno de los sexos, que no se hagan generalizaciones simplistas y que no existan discordancias gramaticales de género ni mensajes estereotipados. Ruiz y cols. han publicado recientemente un artículo que puede servir de guía práctica en este tema. Estas autoras resumen unas directrices para establecer pautas metodológicas y autocríticas en la redacción de los cuestionarios: *“Hacerse una de las siguientes preguntas antes de redactar el cuestionario: ¿hombres y mujeres están nombrados donde les corresponde? ¿quién hace que? ¿estoy pensando de forma estereotipada? ¿yo misma o yo mismo me pongo en lugar de quién contesta?”*⁶².

VARIABLES O TEMAS A INTRODUCIR

En este apartado no pretendemos ser exhaustivas ya que podríamos incluir un sinnúmero de aspectos y variables que propician el análisis de las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres. Eso alargaría de sobremano el capítulo y dificultaría su lectura. En todo caso, remarcamos que además de las variables que hemos elegido, también podríamos citar entre otras, las conductas relacionadas con la salud, las prácticas preventivas, la utilización de los servicios sanitarios y el consumo de medicamentos, etc. (ver Anexo para la formulación de las preguntas).

***Violencia.** Para conocer el abasto y magnitud de la violencia tanto en la pareja, cómo en otros ámbitos se deberían hacer preguntas específicas. Éste es un tema sensible y que requiere cuidado y precauciones máximas en la obtención de datos. Se deberían seguir unas pautas de confidencialidad y seguridad muy estrictas y sólo abordar el tema cuando la persona entrevistada esté sola (creemos interesante preguntar tanto a mujeres como a hombres para poder tener una aproximación lo más amplia posible al problema).

***Discriminación.** Nancy Krieger³⁸ ha señalado la gran importancia de conocer las situaciones de discriminación en la génesis de las desigualdades sociales y su impacto en la salud de las personas; como ya se ha dicho anteriormente, la ENS 2005-06 y también la Encuesta de Salud de Cataluña (Barcelona) 2006 ya incorporan esta pregunta.

***Apoyo social.** Es muy importante conocer el apoyo social como un posible modulador del impacto en la salud de situaciones negativas o estresantes. Sugerimos que se utilicen variables que puedan capturar el apoyo emocional y el apoyo instrumental.

***Inmigración.** La inmigración es un tema que ha irrumpido con fuerza en la sociedad española, es una realidad compleja e imparable. Frecuentemente las personas inmigradas tienen dificultades para acceder al sistema sanitario o reciben un trato desigual. Las características de salud de estas personas deberá ser estudiada amplia y específicamente para que las respuestas del sistema sanitario sean las más equitativas y solidarias posibles. No obstante, y sabiendo de las limitaciones de las encuestas de salud principalmente para muestrear estas personas y también el grado de comprensión de las preguntas por ellas, pensamos que es muy necesaria la aproximación al tema en las encuestas poblacionales y también estudios específicos con metodología mixta cualitativa y cuantitativa. En una encuesta general se debería preguntar, al menos, el país de origen literal y el tiempo que lleva viviendo en España.

***Convivencia en el hogar.** Es importante conocer la situación de convivencia en el hogar, pues condicionará aspectos con importante impacto en la salud como el de la carga de trabajo no remunerado, el hacinamiento, las formas de convivencia (familia monoparental, extendida, varios núcleos familiares, etc.)

***Trabajo no remunerado o cuidado a personas dependientes.** Son variables muy importantes para conocer la distribución de los trabajos no remunerados y el impacto de ellos en la salud de la persona entrevistada.

***Situación socioeconómica de la persona entrevistada.** Se deben hacer las mismas preguntas para conocer la situación socioeconómica de la pareja o de la persona señalada por el/la entrevistado/a como persona de referencia del hogar (persona que aporta los mayores ingresos al hogar).

***Salud mental.** Partiendo del referente amplio de salud (bio-psico-social) y conscientes de las limitaciones que hay en una encuesta de salud para conocer datos sobre la salud mental, creemos imprescindible la inclusión de al menos un instrumento que permita una aproximación. Nosotras recomendamos el cuestionario de Goldberg (GHQ12)⁶³.

***Morbilidad diferencial.** La morbilidad entre mujeres y hombres es diferente y para conocerla sugerimos la inclusión de un listado completo de patologías que al ser analizadas muestren el patrón diferencial, lo que puede condicionar programas o actuaciones específicas. Debido a la alta prevalencia poblacional de dolor y su alto impacto en la calidad de vida y bienestar, es también importante una pregunta específica sobre el dolor.

ANÁLISIS

Es fundamental comparar los resultados de mujeres y hombres y contextualizarlos en el marco de las desigualdades sociales en salud; para ello, no es suficiente ajustar modelos según el sexo (sexo como variable de confusión), es necesario el análisis separado por sexos. También es importante considerar las relaciones e interacciones del sexo con otras variables de contexto, como la clase social (este aspecto se desarrolla de manera más detallada en el Capítulo 2 de esta monografía).

Otra cuestión importante es poder estudiar la diversidad de diferentes grupos de mujeres y comparar su salud, por ejemplo, de acuerdo con sus cargas de trabajo doméstico y remunerado, la presencia de apoyo social o el haber vivido una situación de violencia o discriminación. La redacción de los resultados también es muy importante, ya que puede condicionar su interpretación.

3.3.2 PROPUESTAS GENERALES

INVESTIGACIÓN

*Crear mecanismos para facilitar la obtención de los datos de las administraciones públicas por grupos de demostrada capacidad (desburocratización).

*Crear una base de datos centralizada en el Servicio de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad con los años y cuestionarios de encuestas realizados en todo el territorio del estado (al menos autonomías y capitales de provincias).

*Crear una base de datos centralizada en el Servicio de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad con las publicaciones que han analizado las encuestas de salud y con ello facilitar el acceso de las personas investigadoras a las publicaciones no indexadas.

*Incentivar la utilización de los datos. Paliar la escasez de publicaciones indexadas utilizando los datos de las encuestas, aumentando así el número de estudios con perspectiva de género.

POLÍTICAS PÚBLICAS

*Reconocer la importancia de los datos de las encuestas para la planificación sanitaria y para la fundamentación de políticas.

*Utilizar tanto la ENS como las encuestas autonómicas y locales como herramienta de trabajo en la planificación sanitaria.

*Establecer una conexión clara con los programas y planes de salud.

*Elaborar publicaciones monográficas con datos relevantes.

*Evaluar y hacer seguimiento de las políticas a través de series históricas.

DIFUSIÓN

*Propiciar la difusión de los resultados de las encuestas, creando opinión, en:

- profesionales
- medios de comunicación
- población

*Hacer hincapié en la difusión pública de la importancia de las encuestas para conocer temas relevantes para la mejora de la salud de la población.

3.4 CONCLUSIONES

A la luz de una definición amplia de salud, el análisis de datos procedentes de las estadísticas vitales y de la información sanitaria, principalmente de las encuestas de salud, debería considerar el impacto de las estructuras sociales, políticas y culturales de cada sociedad⁶⁴. Una modificación significativa en los procedimientos de recogida de datos relevantes para el estudio del género requiere una actuación sistemática de los/as investigadores/as formados/as o sensibilizados/as por el tema junto a los organismos generadores de los datos.

Hay un abanico de variables fundamentales en la investigación de género entre las que se puede citar el sexo y la edad, la ocupación, los ingresos, el nivel educativo, las actitudes y los comportamientos de consumo –que frecuentemente son utilizados como aproximaciones o componentes de la clase social–, la situación laboral, el trabajo no remunerado y el uso del tiempo, la convivencia y composición familiar, las características del núcleo familiar, la diferenciación entre “cabeza de familia” y persona con más ingresos, los roles de cuidados, el apoyo social, el lugar de origen, las situaciones de discriminación y violencia, y variables directamente ligadas a la salud como comportamientos y conductas de salud, prácticas preventivas, percepción de la salud, salud mental, calidad de vida y utilización de servicios sanitarios³⁰.

El investigador/a en salud pública debe tener claro que hay lagunas en las informaciones, que muchas veces los datos no están desagregados o no pueden desagregarse según sexo y que en los cuestionarios o en las bases de datos poblacionales pueden haber sesgos de información o faltar variables. Todo ello dificulta el análisis de género. Sin embargo esta última limitación puede reducirse a través del análisis y lectura crítica de los resultados de los datos obtenidos, que se deben discutir bajo el marco contextual histórico/político/social de una sociedad donde viven hombres y mujeres, caracterizándose así el análisis de género. Sin embargo cabe recordar que, aunque importante, el análisis desagregado por sexo no es suficiente para el análisis de género.

Muchas veces las mejoras e innovaciones en las encuestas son el resultado de la evidencia científica, pero también del trabajo de abogacía de grupos de interés que pusieron de manifiesto la necesidad de recoger información sobre temas emergentes o poco estudiados desde la perspectiva de la salud pública. La inclusión de la perspectiva de género en las encuestas de salud es un claro ejemplo en estos dos sentidos: evidencia y abogacía.

Actualmente se puede observar una voluntad política que contempla la importancia del estudio de las desigualdades de género en la salud. La ENS es una excelente fuente de información para conocer estas desigualdades y se debe incentivar su utilización tanto para la investigación como para la planificación sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Sawick F. Interview Surveys for decision makers. En: *World Health organization. Information Systems for Health Services*. Copenhagen: WHO; 1980. p.73-85.
- 2 WHO. *World health surveys*. Ginebra: WHO; 2003 [citado 5 May 2006]. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html>.
- 3 Pineault R, Devaluy C. La determinación de necesidades. En: Pineault R, editor. *La planificación sanitaria, conceptos, métodos, estrategias*. Madrid: Masson;1989.
- 4 Sadana R, Mathers CD, López AD, Murray CJL, Iburg KM. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. En: Murray C, editor. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva: WHO; 2002.
- 5 Segura A. *Las encuestas de salud: entre el mito y la realidad*. Aten Prim. 1993; 12:381-384.
- 6 Antó JM, Company A, Domingo A. Enquesta de Salut a Barcelona. En: *Sèrie Salut Pública n°2*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 1984.
- 7 Biglino L, Coronado A. Gil E, Gil J, Prieto A, Regidor E. *Encuesta Nacional de Salud*. Rev San Hig Pub. 1994; 68:121-178.
- 8 Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. *Encuesta Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud de España, 1995*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.

- 9 Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. *Encuesta Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud de España, 1997*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- 10 Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. *Encuesta Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud de España, 2001*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
- 11 Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. *Encuesta Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud de España, 2003*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
- 12 Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. *Encuesta Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud de España, 2005*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- 13 Gobierno del Principado de Asturias. *Encuesta de Salud para Asturias 2002*.
- 14 Conselleria de Sanitat i Consum. Direcció General de Sanitat. *Enquesta de Salut de les Illes Balears 2001*.
- 15 Agencia de Salud Pública. Ajuntament de Barcelona. *Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2000-2001*.
- 16 Servicio Canario y el Instituto Canario de Estadística. *Encuesta de Salud de Canarias Adulto 2004*.
- 17 Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. *Enquesta de Salut de Catalunya 2001-2002*.
- 18 Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. *Encuesta de Salud de Euskadi 2002*.
- 19 Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. *Encuesta de Salud de Extremadura 2001*.
- 20 Subdirección General de Planificación Sanitaria y Asesoramiento. Servicio Gallego de Salud. *Encuesta de Salud de Galicia 2001*.
- 21 Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. *¿Cómo estamos de Salud? Encuesta de Salud de Navarra 1999*. Pamplona: Gobierno de Navarra; 1999.
- 22 Conselleria de Sanitat i Consum. *Encuesta de Salud de la Comunidad de Valenciana 2004/05*.
- 23 Área de Gobierno de Seguridad y Servicios a la Comunidad de Madrid. *Encuesta de la Salud de la Ciudad de Madrid 2005*.
- 24 Abad JM, Carreter C. Indicadores sanitarios por comunidades autónomas. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Informe SESPAS 2002. Valencia: SESPAS-EVES; 2002.
- 25 Domingo A, Marcos J. *Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación*. Gac Sanit. 1989; 3:320-326.
- 26 Grupo de trabajo de la SEE y de la SEMFyC. *Una propuesta de medida de la clase social*. Atención Primaria. 2000;25:350-363.
- 27 Seale C, Silverman D. *Ensuring rigour in qualitative research*. Eur J Public Health. 1997; 7:379-384.
- 28 Udry JR. *The nature of gender*. Demography. 1994; 31:561-73.
- 29 Rohlfs I. *Diferencias y desigualdades, la salud de hombres y mujeres en la ciudad de Barcelona*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona 1998.
- 30 Rohlfs I, Borrel C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V et al. *La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud*. Gac Sanit. 2000; 14:146-155.
- 31 Ruiz MT, Verbrugge LM. *A two way view of gender bias in medicine*. J Epidemiol Community Health. 1997; 51:106-109.
- 32 Dean K, Colomer C, Perez-Hoyos S. *Research on lifestyles and health: searching for meaning*. Soc Sci Med. 1995;41(6):845-55
- 33 Mazarrasa Alvear L, del Rey CF, Sánchez García A. *Salud pública y enfermería. Nuevas implicaciones*. Rev Enferm. 1996;19:65-70.
- 34 Zunzunegui MV, Beland F, Llacer A, Leon V. *Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly*. Soc Psychiatr Psychol Epidemiol. 1998;33:195-205.
- 35 Delgado A, Martínez-Cañavate T, García V, Frías J, Rueda T, Morata J. *Preferencias y estereotipos de los pacientes sobre el género del médico*. Aten Primaria. 1999;23:268-74.
- 36 Ruiz Perez I, Montero Pinar I, Hernandez-Aguado I. *Associated factors to psychiatric morbidity in postmenopausal phases*. Maturitas. 1997 ;28:107-15.
- 37 Rohlfs I, Valls-Llobet C, Pérez G. *Les desigualtats de gènere en la salut*. En: Borrell C, Benach J, coordinadors. *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Fundació Jaume Bofill-CAPS. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005.
- 38 Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. *Experiences of discrimination: validity and reliability of self-report measure for population health research on racism and health*. Soc Sci Med. 2005; 61: 1576-96.

- 39 Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C et al. *Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue*. Gac Sanit. 2004;18 (Supl 2):36-46.
- 40 Rohlf I, de Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. *Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres*. Med Clin. 1997;108:566-571
- 41 Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Badia X, Segura A. *Gender inequalities in health care services use in Catalonia (Spain)*. J Epidemiol Community Health. 1999;53:218-222.
- 42 Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Segura A. *Desigualtats socials en salut a Catalunya*. BEC 1999; XX:63-66.
- 43 Borrell C, Rue M, Pasarín MI, Rohlf I, Ferrando J, Fernández E. *Trends in Social Class Inequalities in Health Status, Health-Related Behaviors, and Health Services Utilization in a southern European Urban Area (1983-1994)*. Prev Med. 2000;31:691-701.
- 44 Borrell C, Domínguez-Berjón F, Pasarín MI, Ferrando J, Rohlf I, Nebot M. *Social inequalities in health related behaviours in Barcelona*. J Epidemiol Community Health. 2000;54:24-30.
- 45 Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Borrell C, Garcia M, Segura A. *Desigualdades en salud según la clase social en Catalunya 1994*. Aten Primaria. 2000;25: 96-102.
- 46 Fernández, Schiaffino A, Martí M. *Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa*. Gac Sanit. 2000;14:287-290.
- 47 Artazcoz L, Borrell C, Rohlf I, Beni C, Moncada A, Benach J. *Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada*. Gac Sanit. 2001; 15:150-153.
- 48 Artazcoz L, Borrell C, Benach J. *Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands*. J. Epidemiol Community Health. 2001; 55:639-647.
- 49 Borrell C, Fernández E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbí JR, Segura A. *Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: What is the influence of supplemental private health insurance?* Int Soc Qual Health Care. 2001;13:117-125.
- 50 Fernández E, Garcia M, Schiaffino A, Borrás J, Nebot M, Segura A. *Smoking initiation and cessation by gender and educational level in Catalonia, Spain*. Prev Med. 2001;32:218-223.
- 51 Coma A, Martí M, Fernández E. *Educación y clase social basada en la ocupación: su interrelación como indicadores de posición socioeconómica en el estudio de las desigualdades sociales mediante encuestas de salud*. Aten Primaria. 2003; 32:208-15.
- 52 Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortes I. *Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class*. Am J Public Health. 2004; 94:82-88.
- 53 Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortes I, Rohlf I. *Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position*. Soc Sci Med. 2004;59:263-274.
- 54 Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Font P. *La salud de las personas adultas*. Gac Sanit. 2004,18(Supl1):56-68.
- 55 Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. *Social Class and Self-reported health status among men and women; What is the role of work organisation, household material standards and household labour?*. Soc Sci Med. 2004;58:1869-1887.
- 56 Cortes I, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. *Desigualdades en la salud mental de la población ocupada*. Gac Sanit. 2004;18:351-9.
- 57 Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Pastor V. *Indicadores socioeconómicos de área pequeña en el estudio de las desigualdades en salud*. Gac Sanit. 2004;18:92-100.
- 58 Gonzalo E, Pasarín MI. *La Salud de las personas mayores*. Gac Sanit. 2004;18(Suppl 1):69-80.
- 59 Rius C, Fernández E, Schiaffino A, Borrás J, Rodríguez-Artalejo F. *Self perceived health and smoking in adolescents*. J Epidemiol. Community Health. 2004;58:698-699.
- 60 Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortes I. *Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health*. J Epidemiol Community Health. 2005;59:761-767.
- 61 Bruschini C. O uso de abordagens quantitativas em pesquisas sobre relações de gênero. En: Costa AO, Bruschini C. editores. *Uma questão de gênero*. Sao Paulo: Fundação Carlos Chagas; 1992- p.289-305.
- 62 Ruiz-Cantero MT, Simón-Rodríguez E, Papi-Gálvez N. *Sesgo de género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud 2003*. Gac Sanit. 2006; 20: 161-5.
- 63 Goldberg DP, Williams P. *A User's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson; 1988.
- 64 Breilh J. *Género, Poder y Salud*. Quito: Universidad Técnica del Norte y Centro de Estudios y Asesorías en Salud; 1993.

ANEXO. ALGUNOS EJEMPLOS DE PREGUNTAS PARA LAS ENCUESTAS

VIOLENCIA (FUENTE: RUIZ ET AL. CUESTIONARIO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA)

Hacer una pequeña introducción al tema: Como usted sabe, los problemas de violencia son un tema que preocupa cada vez más a la ciudadanía y hay estudios que indican que están relacionados con la salud de las personas.

*EN EL ÚLTIMO AÑO ¿HA VIVIDO ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA O MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA? (VARIAS RESPUESTAS POSIBLES)

	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIN PAREJA	NC
Física (por ejemplo le ha abofeteado, empujado o golpeado, etc)	()	()	()	()	()
Emocional (por ejemplo le ha insultado, humillado, asustado, amenazado etc.)	()	()	()	()	()
Sexual (por ejemplo le ha forzado a tener relaciones sexuales cuando usted no quería o le ha obligado a hacer algún acto sexual que usted consideró desagradable)	()	()	()	()	()

*ALGUNA VEZ EN LA VIDA HA VIVIDO UNA SITUACIÓN DE MALOS TRATOS (FÍSICOS, EMOCIONALES O SEXUALES)

si (→) no (←)

*¿POR PARTE DE QUIÉN? (VARIAS RESPUESTAS POSIBLES)

	HOMBRE	MUJER
Mi pareja (actual o pasada)	()	()
Una persona de la familia diferente de mi pareja	()	()
Un/a vecino/a	()	()
Un/a compañero/a de trabajo	()	()
Un/a jefe/a o superior	()	()
Un/a compañero/o de estudios	()	()
Una persona desconocido	()	()
Un amigo/a	()	()

DISCRIMINACIÓN (FUENTE: ENS 2005-2006)

Pregunta de Krieger y cols. que abarca aspectos relacionados con sexismo, racismo o discriminación por lugar de origen, clasismo, homofobia y discriminación por adscripción religiosa.

*¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA EXPERIMENTADO USTED DISCRIMINACIÓN, SE LE HA DICHO QUE NO HICIERA ALGUNA COSA O HA ESTADO AMENAZADO/A O SE HA SENTIDO INFERIOR EN ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES A CAUSA DE SU /SEXO/, /ETNIA O PAÍS DE ORIGEN/, /NIVEL DE ESTUDIOS O CLASE SOCIAL/, /PREFERENCIAS SEXUALES/, /RELIGIÓN/?

nunca () algunas veces () muchas veces () constantemente ()

	LUGAR	SEXO	ETNIA O PAÍS DE ORIGEN	NIVEL DE ESTUDIOS O CLASE SOCIAL	PREFERENCIAS SEXUALES	RELIGIÓN
Buscando trabajo	()	()	()	()	()	()
En el trabajo	()	()	()	()	()	()
En casa (por su pareja)	()	()	()	()	()	()
En casa (por alguien que no es su pareja)	()	()	()	()	()	()
Al recibir asistencia sanitaria	()	()	()	()	()	()
En un sitio público (incluye la calle)	()	()	()	()	()	()

CONVIVENCIA EN EL HOGAR (FUENTE: ENS 2005-2006)

*NÚMERO DE PERSONAS CONVIVIENTES EN EL HOGAR: LITERAL

*RELLENAR EL CUADRO PARA CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE RESIDEN HABITUALMENTE EN EL HOGAR

PARENTESCO O RELACIÓN CON EL/LA ENTREVISTADO/A: (LA PERSONA DE REFERENCIA ES AQUELLA QUE APORTA MAS RENTA AL HOGAR):

PERSONA	PARENTESCO CON ENTREVISTADO/A	SEXO	EDAD	¿ES LA PERSONA DE REFERENCIA?		Códigos de parentesco:
				SI	NO	
Entrevistado/a 1	()	()	()	()	()	1 cónyuge/pareja; 2 hijo/a;
2	()	()	()	()	()	3 madre/padre; 4 suegro/suegra; 5 nuera/yerno;
3	()	()	()	()	()	6 hermano/hermana; 7 abuela/abuelo;
4	()	()	()	()	()	8 nieto/nieta;
5	()	()	()	()	()	9 otros familiares;
6	()	()	()	()	()	10 otros no familiares
7	()	()	()	()	()	

TRABAJO NO REMUNERADO O CUIDADO A PERSONAS DEPENDIENTES (FUENTE ENS 2005-2006)

*¿EN SU HOGAR VIVEN PERSONAS QUE NO SEAN CAPACES DE CUIDARSE POR SÍ MISMAS: MENORES DE 15 AÑOS, PERSONAS MAYORES DE 74 AÑOS, O BIEN PERSONAS QUE REQUIEREN CUIDADO POR PRESENTAR ALGUNA DISCAPACIDAD, LIMITACIÓN, MINUSVALÍA O CUALQUIER OTRA RAZÓN? (DICOTÓMICA)

*¿QUIÉN SE OCUPA DE SU CUIDADO PRINCIPALMENTE?

	MENORES DE 15 AÑOS	MAYORES DE 74 AÑOS	LIMITACIÓN, MINUSVALÍA, ETC.
Usted sola/o	()	()	()
Su pareja solo/a	()	()	()
Usted compartiéndolo con su pareja*	()	()	()
Usted compartiéndolo con otra persona que no es su pareja*	()	()	()
Otra persona de la casa que no es su pareja	()	()	()
Una persona contratada (que cobra por ello)	()	()	()
Otra persona que NO reside en el hogar	()	()	()
El o ella mismo/a	()	()	()
Los servicios sociales	()	()	()
Otra situación	()	()	()
NC	()	()	()

*En el caso que el cuidado se comparta o sea otra persona del hogar, anotar el código de parentesco:_____

EN EL CASO QUE LA PERSONA ENTREVISTADA SE DEDIQUE O COMPARTA ESTOS CUIDADOS:

*¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA DEDICA USTED A SU CUIDADO?

De lunes a viernes () Sábado + domingo ()

*¿EN SU CASA ¿QUIÉN SE OCUPA PRINCIPALMENTE DE LOS TRABAJOS DEL HOGAR COMO: FREGAR, COCINAR, PLANCHAR, ETC.?

Usted sola/o	()
Su pareja solo/a	()
Usted compartiéndolo con su pareja*	()
Usted compartiéndolo con otra persona que no es su pareja*	()
Otra persona de la casa que no es su pareja	()
Una persona contratada (que cobra por ello)	()
Otra persona que NO reside en el hogar	()
El o ella mismo/a	()
Los servicios sociales	()
Otra situación	()
NC	()

*En el caso que el trabajo sea compartido con otra persona diferente de la pareja o sea realizado por otra persona del hogar, anotar el código de parentesco:_____

EN EL CASO QUE LA PERSONA ENTREVISTADA SE DEDIQUE O COMPARTA ESTOS CUIDADOS:

*¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA DEDICA USTED A SU CUIDADO?

De lunes a viernes ()

Sábado + domingo ()

*¿DISPONE DE ALGUNA PERSONA CONTRATADA PARA REALIZAR O AYUDAR EN LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DOMÉSTICO (COCCINAR, LIMPIAR, PLANCHAR, ETC.)?

No () Sí () NC ()

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA PERSONA ENTREVISTADA (MISMAS PREGUNTAS PARA LA PAREJA O LA PERSONA SEÑALADA POR EL/LA ENTREVISTADO/A COMO PERSONA DE REFERENCIA DEL HOGAR (PERSONA QUE APORTA LOS MAYORES INGRESOS AL HOGAR))

(FUENTE ESCA 2005-2006, MODIFICADA)

NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS FINALIZADOS (MUCHO CUIDADO PUES LOS PLANES DE ESTUDIO Y LA NOMENCLATURA DE LOS CURSOS HA CAMBIADO A LO LARGO DEL TIEMPO)

*¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados?

- 1_No sabe leer ni escribir
- 2_Primarios incompletos: sabe leer sin haber acabado la educación primaria
- 3_Primarios completos: cinco cursos aprobados EGB (o similar)
- 4_Primer etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO
- 5_Enseñanzas de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato plan nuevo, PREU o COU
- 6_FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio
- 7_FP de grado superior: maestría industrial, FPII, ciclos formativos de grado superior
- 8_Universitarios de grado medio: diplomaturas y enseñanzas universitarias de primer ciclo
- 9_Universitarios de grado superior: licenciaturas y enseñanzas universitarias de segundo ciclo
- 10_Universitarios de tercer ciclo: doctorados

SITUACIÓN LABORAL (PRINCIPAL) ACTUAL

*¿Cuál es su situación laboral principal actual?

- 1_ Trabaja
- 2_ Trabaja pero tiene una baja laboral de más de 3 meses
- 3_ Parado/a con subsidio
- 4_ Parado/a sin subsidio
- 5_ Tareas del hogar (amo/a de casa)
- 6_ Estudiante
- 7_ Incapacitado/a o con la invalidez permanente
- 8_ Jubilado/a por edad
- 9_ Jubilado/a de forma anticipada
- 10_ Otra situación. Especificar: _____

PARA LAS PERSONAS PARADAS:

*¿Cuánto tiempo lleva parado/a ininterrumpidamente?

- 1_ 6 meses o menos
- 2_ De más 6 meses a 12 meses
- 3_ De más 12 meses a 2 años
- 4_ De más 2 años a 4 años
- 5_ Más de 4 años
- 6_ No ha tenido nunca un trabajo remunerado

PARA LAS PERSONAS JUBILADAS:

*¿En qué año se jubiló? _____

PARA LAS PERSONAS SIN UN TRABAJO REMUNERADO EN LA ACTUALIDAD:

*A pesar de que en la actualidad no tiene un trabajo remunerado, ¿lo había tenido antes?

No () Sí ()

*¿Por qué motivos dejó o perdió su trabajo?

- 1_ Por motivos de salud
- 2_ Por dificultades o imposibilidad de conciliación entre vida personal y laboral
- 3_ Por finalización de contrato
- 4_ Por cambios organizativos o económicos en la empresa
- 5_ Por despido
- 6_ Por otro motivo. Especificar: _____

PARA LAS PERSONAS CON UN TRABAJO REMUNERADO EN LA ACTUALIDAD O ANTERIORMENTE:

ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (LITERAL):

*¿Cuál es la actividad principal de la empresa en que trabaja o trabajaba?

OCUPACIÓN (LITERAL):

*¿Qué trabajo concreto realiza (o realizaba)?

SITUACIÓN EN EL TRABAJO:

*¿En qué situación se encuentra en su trabajo (o se encontraba en su último trabajo?)

- 1_ Funcionario/a
- 2_ Asalariado/a con contrato indefinido
- 3_ Contrato temporal de menos de 6 meses
- 4_ Contrato temporal entre 6 meses y menos de 1 año
- 5_ Contrato temporal entre 1 año y menos de 2 años
- 6_ Contrato temporal de 2 años o más
- 7_ Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar)
- 8_ Trabajador/a de empresa de trabajo temporal (ETT)
- 9_ Trabaja sin contrato
- 10_ Autónomo/a o profesional sin asalariados/as
- 11_ Empresario/a con menos de 10 trabajadores/as
- 12_ Empresario/a con 10 o más trabajadores/as
- 13_ Otra relación contractual. Especificar: _____

TRABAJADORES A SU CARGO:

*¿Tiene (o tenía en su último trabajo) trabajadores/as a su cargo?

- 1_ No
- 2_ Sí, de 1 a 4 personas
- 3_ Sí, de 5 a 10 personas
- 4_ Sí, de 11 a 20 personas
- 5_ Sí, más de 20 personas

PARA LAS PERSONAS ENTREVISTADAS CON UN TRABAJO REMUNERADO EN LA ACTUALIDAD:

CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO REMUNERADO

*¿Qué tipo de jornada tiene en su trabajo?

- 1_ Jornada partida
- 2_ Jornada continua, por la mañana (por ej. 8 a 15 h)
- 3_ Jornada continua, por la tarde (por ej. 13 a 21h)
- 4_ Jornada continua, por la noche
- 5_ Turnos
- 6_ Jornada irregular o variable según los días
- 7_ Otra posibilidad. Especificar: _____

*Dentro de la jornada habitual normal, ¿tiene flexibilidad horaria? (dicotómica)
No () Sí ()

HORAS TOTALES DE TRABAJO REMUNERADO

*¿Cuántas horas ha trabajado durante la última semana?

(o la última semana que haya trabajado completa?)
_____ horas

MORBILIDAD DIFERENCIAL (FUENTE ENSE 2005-2006 + ESCA 2005-2006)

***LISTADO DE SÍNTOMAS O PATOLOGÍAS**

<i>presión alta</i>	<i>diabetes</i>	<i>dolores generalizados crónicos</i>
<i>infarto de miocardio</i>	<i>úlceras de estómago o duodeno,</i>	<i>mala circulación</i>
<i>otras enfermedades del corazón</i>	<i>problemas de próstata (hombres)</i>	<i>hemorroides</i>
<i>varices en las piernas</i>	<i>colesterol elevado</i>	<i>tumores malignos (cáncer)</i>
<i>artrosis</i>	<i>cataratas</i>	<i>osteoporosis,</i>
<i>artritis o reumatismo (dolor articulaciones)</i>	<i>problemas crónicos de piel</i>	<i>anemia</i>
<i>dolor de espalda cervical crónico</i>	<i>estreñimiento crónico</i>	<i>problemas de tiroides</i>
<i>dolor de espalda lumbar o dorsal crónico</i>	<i>depresión y/o ansiedad</i>	<i>trastornos menstruales</i>
<i>alergias crónicas</i>	<i>otros trastornos mentales</i>	<i>trastornos de la menopausia</i>
<i>asma</i>	<i>embolia apoplejía</i>	<i>incontinencia urinaria</i>
<i>bronquitis crónica</i>	<i>migraña o dolores de cabeza frecuentes,</i>	<i>otros</i>

En la ENS 2005-2006 este listado también intenta aclarar si la persona lo ha padecido en los últimos 6 meses, si ha sido un/a médico/a que ha dicho que la padece y si esta tomando o ha tomado medicación en los últimos 12 meses para este problema. Creemos que es la manera más detallada y completa de preguntarlo el ejemplo del cuadro es la siguiente:

*A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud: ¿ha padecido alguna vez alguna de ellas?

	¿HA PADECIDO ALGUNA VEZ UNA DE ELLAS?		EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, PREGUNTAR Y ANOTAR LO QUE PROCEDA					
	si	no	¿La ha padecido en los últimos 12 meses?		¿Se lo ha dicho un/a médico/a?		¿Está tomando o ha tomado medicación en los últimos 12 meses para este problema?	
	()	()	()	()	()	()	()	()
Presión alta	()	()	()	()	()	()	()	()
Infarto de miocardio	()	()	()	()	()	()	()	()
etc...								

PREGUNTA ESPECÍFICA SOBRE EL DOLOR:

*Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta que punto cualquier tipo de dolor le ha dificultado su trabajo habitual (trabajo remunerado y trabajo doméstico o de cuidar) o sus actividades de ocio?

- 1_Nada
- 2_Un poco
- 3_Regular
- 4_Bastante
- 5_Mucho

EL SISTEMA SEXO-GÉNERO EN INVESTIGACIÓN SOBRE ATENCIÓN SANITARIA

4.1 INTRODUCCIÓN

El enfoque social de la salud pública no implica la adopción de la perspectiva de género, al menos por ahora, pero sin duda permite que el análisis de género pueda tener lugar. 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 etapas reproductivas. Ambas líneas de trabajo son relevantes para analizar desde la perspectiva de género a la atención sanitaria, encargada del restablecimiento de las enfermedades padecidas por ambos sexos, y las propias o mayoritarias de las mujeres, que es el objetivo del capítulo.

La sensibilidad respecto a los conceptos sexo-género en los servicios de salud es un valor añadido para el logro de objetivos de equidad y eficiencia. Es importante que la investigación sobre la atención 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 atención 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 mismos¹. 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 razona-

M. TERESA RUIZ CANTERO



mientos— 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.

La incorporación de la perspectiva de género en la atención sanitaria tiene beneficios incuestionables: a corto plazo, la promoción de la equidad mediante la disminución de lagunas de conocimiento sobre salud de las mujeres; y, en el largo plazo, la mejora de la calidad general del conocimiento científico en medicina en España, con el consiguiente beneficio para la salud de los hombres.

En el ámbito de la investigación, considerar al sistema sexo-género implica priorizarlo realmente, e incorporarlo en sus marcos explicativos, así como en sus diseños y análisis metodológicos. Para ello, es básico aceptar que el género, en primer lugar, actúa como principio organizador de la estructura social determinando el acceso a los recursos sanitarios, su uso y la calidad de los mismos; y, adicionalmente, subyace en las bases de los valores y normas de las estructuras sanitarias asistenciales, pero también investigadoras, académicas, planificadoras y preventivas.

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. Sin embargo, en todas las etapas del proceso de producción y publicación de conocimientos sobre la atención sanitaria se pueden producir diversos sesgos de género: en el planteamiento de los objetivos, en la 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 la inferencia a partir de los mismos.

4.2 REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1 PERTINENCIA DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE ATENCIÓN 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. Su objetivo es reformador 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”².

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 infartos agudos de miocardio (IAM) atípicos en mujeres son ejemplos de errores sistemáticos de la ciencia. Y también, de que el correcto planteamiento del empirismo feminista se queda corto al no contemplar el contexto de “Descubrimiento”, que es donde probablemente se encuentren las principales razones de los sesgos de género, en particular²:

*La falta de identificación de problemas de salud y sanitarios más allá de los considerados hasta la actualidad (violencia de género, abortos de repetición, enfermedades ocupacionales, incluido acoso).

*La redefinición de lo que se considera problema (síntomas/síndromes sin causa orgánica).

*La reelaboración y establecimiento de otras prioridades de investigación (cómo influye la participación de las mujeres, y el poder o no tomar decisiones, en su propia salud).

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 comunes³. 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 conocimiento nuevo sobre los sesgos de género asistenciales en enfermedades cardiovasculares, involucrando principalmente al ámbito hospitalario. También, con relación a problemas de salud propios de las mujeres se han evidenciado desigualdades en la oferta de servicios preventivos y efectos perversos de la asistencia sanitaria privada⁴. La participación de la atención primaria y la epidemiología en estudios de sesgos de género sigue siendo escasa todavía.

El fracaso del modelo biomédico en la producción de conocimiento útil para la atención y el tratamiento de lo que se ha venido a denominar síntomas y síndromes somáticos sin causa orgánica, básicamente más prevalentes en las mujeres, 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 antidepresivos, 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 los síntomas con el contexto social y 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, tanto las investigaciones como las terapias se dirigen a quienes padecen, para que desde su condición de sujetos analicen/asignen significados a sus síntomas dentro de su contexto vital, y consecuentemente incrementen su capacidad de control de los determinantes de su salud⁵.

Las relaciones entre el sexo biológico, el género como constructo social y la salud son complejas. Se acepta que existen diferencias importantes entre ambos sexos, y entre diferentes grupos de mujeres y diferentes grupos de hombres, cuando en ocasiones los problemas de salud son similares, como los problemas de salud mental. Pero también se acepta sin ser cuestionada la igualdad en la historia natural y social, y en las necesidades de cuidados en mujeres y hombres, cuando de hecho no hay tantas similitudes⁶. Por otra parte, aunque ya se reconoce un rango amplio de influencias genéticas, hormonales y metabólicas en los distintos patrones de morbilidad/mortalidad según sexo (por ejemplo, existen evidencias sobre las diferencias según sexo en la incidencia, síntomas y pronósticos de problemas de salud como HIV/SIDA, infecciones, TBC o enfermedades autoinmunes y coronarias), son muchos los años de retraso en el reconocimiento de que las diferencias biológicas entre sexos se extienden más allá de la reproducción.

Consecuentemente, las investigaciones 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.

4.2.2 RETOS METODOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE ESFUERZO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

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*)².

La medicina basada en la evidencia es útil para el manejo de problemas de salud de los que hay evidencia. Sin embargo, de un importante porcentaje de problemas presentados en la práctica clínica no existe evidencia. Esta realidad puede estar en parte relacionada con la utilización exclusiva de métodos cuantitativos tradicionales de investigación, los cuales sólo incorporan cuestiones y fenómenos que pueden ser medidos, cuantificados y controlados, pero tienen limitado acceso a información relevante explicativa de los factores que influyen de forma decisiva en las decisiones clínicas y los métodos de atención a los pacientes.

El problema radica en que cuando los síntomas no corresponden a los signos observables por los médicos, éstos son excluidos del proceso en el cual se construye el conocimiento científico. El desconocimiento médico de este “otro” conocimiento sin duda influye en que ciertos síntomas de las mujeres sean considerados “atípicos”. Sobre ello, se ha detectado un estilo de comunicación de las médicas más enfocado a los aspectos emocionales y psicológicos de quienes padecen, un tono de comunicación más positivo, y un estilo más igualitario reflejado en el incremento de participación de los/las pacientes. Sin embargo, los resultados son contradictorios, pues no se detectan diferencias en la satisfacción por el hecho de ser atendidos/as por médicos de uno u otro sexo, implicando la existencia de otros determinantes de la satisfacción⁷.

Con posterioridad, al asignar el discurso médico básicamente el privilegio del conocimiento a la voz de la medicina más que a la voz de quien padece y su contexto, sus experiencias vitales no tienen cabida en los espacios retóricos de intercambio de conocimiento/experiencias médicas, sean reuniones o artículos científicos⁸.

DISEÑOS Y CONCEPTOS

La Figura 4-1 muestra la interrelación de conceptos relevantes en el proceso de atención sanitaria que pueden verse afectados por sesgos de género. La mayoría de estas investigaciones tienen un diseño de carácter retrospectivo, parten de una definición de caso que corresponde al diagnóstico (por ejemplo, enfermos(as) con diagnóstico de infartos), y analizan el esfuerzo realizado para el diagnóstico y el tratamiento estratificado por sexo. Estos análisis a menudo controlan el efecto de la edad, gravedad y co-morbilidad. La exclusión de pacientes no diagnosticados es el principal problema de los diseños retrospectivos que utilizan los diagnósticos como definición de caso, sea por razones propias de los/las pacientes, o precisamente por un menor esfuerzo en la atención sanitaria.

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 (por ejemplo, la angiografía). Pero no se han estudiado con este objetivo a las otras dos tareas constitutivas del proceso diagnóstico: anamnesis y exploración clínica. La información recogida de ambas es más poderosa que la de las pruebas complementarias, y generalmente es suficiente para establecer un diagnóstico definitivo de la mayoría de las enfermedades, especialmente en atención primaria. El principal problema de su uso probablemente se halle en que la elaboración de una definición operativa de variables indicadoras de esfuerzo diagnóstico para anamnesis y exploración física es complicada, pues no son tan objetivas como la utilización de pruebas complementarias.

La gravedad es una de las principales condicionantes en la interpretación de los resultados sobre esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Hace referencia a un conjunto de atributos sobre diferentes contenidos: gravedad de la patología, por la dificultad del tratamiento, o respecto al pronóstico. Algunos resultados publicados con datos españoles reconocen un sesgo de género

FIGURA 4-1 ESQUEMA EXPLICATIVO DE LOS PRINCIPALES CONDICIONANTES DEL ESFUERZO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



en el diagnóstico provisional de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, pues el diagnóstico fue más probable para los pacientes varones que para las mujeres [OR=1,55 (1,15-2,1)]. No obstante, el sesgo diagnóstico desapareció post-espirometría como indicador de la gravedad⁹.

Las variables indicadoras de sesgos de género en el esfuerzo terapéutico son diversas¹⁰. De lo que más información existe en España es sobre desigualdad en la aplicación según sexo de procedimientos terapéuticos en problemas cardiovasculares: trombolisis, angioplastias y cateterismos^{11,12}. También existe información sobre la participación por sexo en ensayos clínicos. Desde el Hospital Sertet de Zaragoza se evidenció que de los 101 ensayos clínicos realizados, es sobre terapia contra el cáncer sobre lo que más se investiga cuando sólo participan mujeres, y sobre disfunción eréctil en ensayos realizados sólo en hombres. En el caso de inclusión de ambos sexos se detectó una mayor participación de hombres (62,3%) que de mujeres (37,7%)¹³.

Otros sesgos de género en el esfuerzo terapéutico son los de acceso y utilización (o no) de una atención sanitaria de calidad, como la derivación a los especialistas desde atención primaria, o la proporcionada en los hospitales. El Institut Catala d'Oncologia detectó que las mujeres son menos readmitidas que los hombres con cáncer colorectal, incluso después de controlar por características del tumor, mortalidad y comorbilidad¹⁴. 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% mujeres vs. 25,3% hombres)¹⁵.

FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIAS

El impulso internacional como nacional de estadísticas con enfoque de género parte de la Conferencia de Beijing en 1995¹⁶. Los responsables de las fuentes de información relacionadas con la salud cada vez tienen más presente la importancia de incluir a ambos sexos en lo que serán sus productos. Pero 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 sus carencias e imprecisiones de información sobre determinantes de las diferencias/desigualdades en la atención sanitaria según el sexo.

Es el caso del uso en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2003 de conceptos como "actividad principal" en las preguntas sobre "síntomas limitantes" (pregunta 10, cuestionario de adultos), pues se utiliza para hacer referencia a ambos trabajos: productivo y reproductivo. Con ello, quien es encuestado tiene que seleccionar sólo uno entre ambos, induciendo 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 demanda/atención sanitaria generada por problemas clásicos, pero no

por problemas de salud que actualmente afectan más a las mujeres, como las dietas de adelgazamiento vinculadas a la imagen, y los problemas de salud mental^{17,18}. En el Capítulo 3 de esta monografía se trata con detalle la incorporación de la perspectiva de género en las encuestas 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 cambios¹⁹. Esta consideración sobre la sanidad de los encuestados 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 la información desagregada por sexo, aunque, según los datos de la ENS-2003, ambos sexos acuden con la misma frecuencia a la consulta del médico²⁰. El Barómetro Sanitario apunta problemas para investigar por la insatisfacción que producen en la ciudadanía, pues 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, el dedicado a cada enfermo y el que tarda el médico en verle desde que pide cita son las características menos valoradas respecto a las consultas de medicina general y pediatría. Respecto al especialista, esta última opción es la peor puntuada, seguida de la dificultad para conseguir cita, y el tiempo de espera hasta entrar en consulta. Queda por determinar esta información según sexo.

4.3 PROPUESTAS DE AVANCE EN LA INVESTIGACIÓN

4.3.1 CONCEPTUALES

La consistencia de los resultados es importante, en éste como en otros temas de investigación, por lo que es conveniente identificar y seleccionar conceptos representativos comunes a otras investigaciones internacionales sobre los principales procesos asistenciales en los que se pueden expresar las desigualdades de género.

Para establecer comparaciones entre sexos en las investigaciones sobre acceso, uso y calidad de la atención sanitaria, es fundamental partir de la premisa de que se están comparando hombres y mujeres con igual necesidad en términos de morbilidad, gravedad y prevalencia del problema. Partiendo de esta situación, se puede examinar la respuesta del sector sanitario. No obstante, en enfermedades padecidas por ambos sexos, la salud de los hombres no siempre tiene que ser el estándar de comparación en la identificación de parámetros que informen sobre la salud de las mujeres.

Por ejemplo, la fisiopatología asociada a parámetros hormonales cursará de forma diferente según sexo.

El principal énfasis de las investigaciones sobre sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico debería ser en cómo influye el mismo en la anamnesis y la exploración clínica, más que en la prescripción de pruebas complementarias en ambos sexos como ha venido siendo habitual (Tabla 4-1), como por ejemplo las coronariografías. Es más, dado que en los procesos diagnósticos cada vez tienen más peso los protocolos estándares, es sumamente relevante revisar de forma crítica desde la perspectiva de género la información contenida en estas guías de procedimientos.

La respuesta del sector sanitario también puede ser cuantificada en términos de disponibilidad de servicios específicos, distancia al centro sanitario más cercano, accesibilidad, resultados en salud, y consecuencias inmediatas (mortalidad, recuperación) y de largo plazo (discapacidad), además de las consecuencias sociales y económicas (estigma, pérdida de empleo) (Tabla 4-1).

Tener presente que la utilización de definiciones operativas más sensibles e inclusivas tenderá a mostrar resultados similares en mujeres respecto a los de los hombres. Dependiendo de donde se establezcan los niveles de desagregación (puntos de corte) de lo que se definirá como normal/anormal respecto del problema de salud estudiado, se podrán detectar (o no) 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.

4.3.2 DISEÑOS

Como la comparación entre sexos es necesaria en gran parte de los estudios de género en servicios sanitarios –en concreto en enfermedades padecidas por ambos sexos–, idealmente, para incrementar la validez de los resultados, hay que realizar diseños prospectivos que partiendo de la premisa “a igualdad de síntomas” manifestados por los/las pacientes, comparen el esfuerzo diagnóstico y terapéutico realizado a hombres y mujeres. Son diseños identificables con los de cohortes, con un período de seguimiento que corresponde al tiempo que dure el proceso asistencial. El grupo de pacientes hombres será el grupo de exposición (a un mayor esfuerzo diagnóstico y terapéutico) mientras que las pacientes mujeres constituirá el grupo de no exposición. Los efectos serán los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos (Tabla 4-1).

Además de producir nuevos datos (primarios) para observar la realidad, siempre cambiante, es eficiente revisar y reanalizar los datos de los estudios ya publicados. Ello resulta útil para complementar desde la perspectiva de género la información ya existente²¹.

TABLA 4-1 RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS INVESTIGACIONES
SOBRE SESGO DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA

	EN EL PASADO Y EN LA ACTUALIDAD	PROPUESTA
Direccionalidad de los estudios	Retrospectivos	Prospectivos
Período de seguimiento	Indeterminado	Desde la presentación de la demanda de atención sanitaria hasta el diagnóstico y posterior prescripción terapéutica
Expuestos a mayor/mejor esfuerzo diagnóstico y terapéutico	Hombres	Hombres
	Con igual problema	Con igual problema
No expuestas a mayor/mejor esfuerzo diagnóstico y terapéutico	Mujeres	Mujeres
Conceptos problema a comparar	Enfermedad	Quejas/Síntomas
Variables indicadoras de Esfuerzo diagnóstico	Pruebas complementarias	Anamnesis
		Exploración clínica
Variables indicadoras del esfuerzo terapéutico	Intervenciones terapéuticas	Acceso
		Utilización
		Calidad asistencial
No controlar	Sexo	Sexo
Controlar variables de confusión	Edad	Edad
	Co-morbilidad	Co-morbilidad
	Gravedad	Gravedad
Calcular	Riesgos relativos	Riesgos relativos
		Riesgos atribuibles

4.3.3 VARIABLES

Las variables desagregadas por sexo no siempre son iguales a variables con sensibilidad de género (en ocasiones ambas 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. En este sentido, la elección de variables debe basarse en el análisis previo de los factores de género que con mayor probabilidad pueden repercutir en cierta dimensión de la salud. Por ejemplo, la información sobre la proporción de mujeres embarazadas seropositivas para sífilis puede ser más útil si se complementa con información sobre la proporción de mujeres embarazadas seropositivas para sífilis que informan que sus parejas tienen síntomas. Además, es conveniente examinar varias dimensiones del problema, pues el uso de una sola variable puede enmascarar las desigualdades de género en salud (por ejemplo, cuando se examina la atención sanitaria según sexo pueden no existir diferencias, pero pueden haberlas en el tiempo de espera ante la demanda de atención).

Para comparar entre sexos a igualdad de síntomas será preciso utilizar algún procedimiento de clasificación/agrupación de los síntomas (por ejemplo, con base al pronóstico o utilizando el consenso de expertos). Para la clasificación diagnóstica se pueden utilizar las clasificaciones normalizadas –entre otras, CIE, o WONCA si la investigación se centra en usuarios de la atención primaria. Y 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. Además, se dispone para su uso de sistemas estandarizados y validados de clasificación de la gravedad de quien padece –por ejemplo el índice TISS (Therapeutic Intervention Scoring System). Pero además, 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 gravedad percibida por quien padece.

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. Para ello, se deberán tener en cuenta las siguientes cuestiones:

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

3. Además de la ENS y de 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) y el Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, la explotación estadística del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y los indicadores hospitalarios no presenta la información estratificada por sexo al menos en la versión digital.

4. Si se pretende que las estadísticas sanitarias tengan sensibilidad de género, es preciso que cumplan al menos las siguientes cinco premisas básicas:

*Ser recogidas por sexo.

*Ser analizadas y presentadas teniendo en cuenta al sexo como clasificación principal y general.

*Hacer posible la comparación de los datos entre hombres y mujeres.

*Hacer posible la comparación de los datos entre grupos específicos de mujeres.

*Reflejar temas de género.

4.3.4 ANÁLISIS

En las investigaciones con enfoque de género, el análisis de género debe primar sobre otros análisis. Primero, no controlando el efecto de las diferencias según sexo como variable. Es más, es conveniente estratificar las variables por sexo desde el comienzo para identificar su comportamiento por separado en cada sexo. Segundo, 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 (Tabla 4-1).

Las diferencias de género de los/las pacientes que consultan o son atendidos en los servicios sanitarios pueden expresarse mediante diferentes medidas: de base poblacional (razón de las tasas de visitas anuales de mujeres/hombres por persona) o mediante los registros asistenciales del sexo de los pacientes por visitas (razón de mujeres/hombres que consultan).

La gravedad, prevalencia y edad son principales condicionantes en la interpretación de los resultados sobre esfuerzo diagnóstico y terapéutico; por tanto, siempre deben ser incluidas en el análisis para controlar su efecto (Tabla 4-1).

4.3.5 TEMAS PENDIENTES

El interés por producir información sobre determinados problemas de salud, y su elección sobre otros, no es neutral. Este es el caso de la ausencia de información sobre problemas relevantes para las mujeres, como la violencia de género, o los sesgos de información, como los indicadores de salud de las mujeres propuestos por la OMS, exclusivamente centrados en salud sexual y reproductiva. Por tanto, se precisan revisiones bibliográficas con ecuaciones de búsqueda que tengan sensibilidad de género.

De los debates sobre el intervencionismo de la medicina en las diferentes etapas del ciclo vital de las mujeres se desprende la necesidad de generar nuevo conocimiento para España sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de la atención sanitaria –o la ausencia de la misma– sobre determinadas experiencias propias de las mujeres. Los problemas con mayor necesidad de información son los derivados del exceso de prescripción de terapia hormonal sustitutiva y de cesáreas; los procesos y consecuencias de la ausencia de atención sanitaria pública, como es el caso de las barreras a las interrupciones voluntarias del embarazo; las cuestionadas mastectomías, y ooforectomías junto con histerectomías en mujeres en la peri-menopausia; los innecesarios rituales del parto (rasurados de pubis y episiotomía sistemáticos); y la aplicación de terapias relacionadas con la estética corporal –quirúrgica y/o nutricional–, más utilizada de momento por las mujeres.

Se necesitan evidencias sobre las diferencias de sexo/género en la historia natural de la mayoría de las enfermedades. Y también, se necesita más conocimiento que dé respuesta a preguntas importantes para el manejo más apropiado de problemas de salud de las mujeres. Algunas de las cuestiones a resolver son:

*¿Cursan de forma diferente determinadas patologías en hombres que en mujeres?, es decir, ¿su pronóstico es diferente según el sexo?

*Como en el caso de la úlcera: ¿cuánto de la prevalencia diferente por sexo es fruto del desconocimiento científico?

*¿Cuáles son las razones por las que las mujeres reingresan más que los hombres por efectos secundarios después de determinadas intervenciones quirúrgicas?

*¿Cuáles son las razones por las que las mujeres son menos comúnmente readmitidas que los hombres en el hospital entre los pacientes de ciertos cánceres?

Se precisa aportar información diferenciada por sexo sobre la aplicación de procedimientos terapéuticos específicos, como los quirúrgicos, o los trasplantes renales, o incluso la recomendación de baja laboral. Y seguir aportando información sobre la prescripción desigual de fármacos, como los psicotropos, que es mayor en mujeres, así como sobre el origen de la demora en la atención sanitaria según sexo, sea desde el comienzo de los síntomas hasta la demanda de atención sanitaria, o desde la demanda de atención sanitaria hasta que se produce la atención.

Faltan investigaciones sobre problemas propios de las mujeres que aporten conocimiento beneficioso para aquéllas que, sobreviviendo a problemas de salud, como el cáncer de mama, tienen mayores riesgos para su salud psicológica-somática, como los grupos minoritarios, con escaso capital social o jóvenes en el momento del diagnóstico, que sufren relaciones conflictivas y tienen que enfrentarse con la enfermedad avanzada, o con menopausias prematuras por la quimioterapia.

Es necesaria mayor aplicación de metodologías críticas. Los métodos cuantitativos son buenos para identificar, pero no son demasiado capaces de interpretar cómo interactúan los factores que subyacen en los comportamientos, en las opiniones y experiencias, y que tanto influyen en la comunicación médico-paciente. La epidemiología tiene sus sesgos, como son los derivados de la despolitización y descontextualización de la información que genera. Por ello, de forma complementaria es conveniente emplear métodos de investigación cualitativa, que valoran y utilizan otras estrategias (observación y escucha) permitiendo la recolección sistemática, organización, e interpretación de información alternativa y complementaria a la que se viene produciendo, y con ello exploran los 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 esbozan a continuación, pues su uso viene siendo frecuente en centros internacionales de investigación sobre género y salud⁸. En concreto, el rol de la interpretación en el proceso diagnóstico es el principal objeto de estudio de la semiótica médica. La idea de partida es que los signos clínicos se producen, comparten e interpretan, como las palabras, los números, o la música. Por tanto, el objetivo de esta aproximación es demostrar que mediante las diferentes interpretaciones de los médicos se pueden producir diferentes versiones del mismo signo clínico. En este sentido, hay aspectos de los sesgos de género en el proceso diagnóstico relacionados con cómo 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. Así por ejemplo, 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. La narrativa invita a cuestionar la presunción de la medicina de ser más capaz que quien padece de contar la historia de la enfermedad, pues como cualquier historia, tiene varias lecturas en función de quien la escuche.

Por último, la capacidad de observación del médico está delimitada por su experiencia personal-profesional. Determina la perspectiva desde la que observa, la cual determinará lo que puede ver. Si la visión es 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 cuestiona la aceptada visión universal y neutral típica de la medicina, y pretende identificar las consecuencias de esta creencia errónea.

4.4 CONCLUSIONES

La cita “cuando los doctores comenzaron a medir su trabajo, midieron lo que vieron e hicieron, no lo que no vieron y por lo tanto no pudieron hacer”, de Julian Tudor Hart²², es apropiada para concluir, pues la evidencia de sesgos de género en la atención sanitaria es aún escasa y débil. Puesto que la ingenuidad no cabe en la ciencia, el comentario también nos lleva a la reflexión sobre las razones de esta escasez y parcialidad en la información, sea que no se ha investigado lo suficiente por no haber sido el tema visionado por una especie de “ceguera”, o visionado como relevante a los ojos de quien ha venido investigando.

Precisamente por ello, las investigaciones sobre sesgos de género en la atención sanitaria pretenden hacer visibles los sesgos de los procedimientos asistenciales realizados que son objetivables y que se pueden medir, pero también de los no realizados a uno de los dos sexos pese a su igual necesidad (responsabilidad de la propia atención sanitaria). Pero sobre todo, pretenden hacer visible la falta de información sobre realidades y situaciones injustas por evitables para la salud de las mujeres, en la medida que se produzca un conocimiento útil para ellas (responsabilidad de la propia ciencia).

Las evidencias existentes indican que post-hipótesis, la estrategia hipotético-deductiva para el diagnóstico se separa de su fuente experimental. Las observaciones clínicas muestran que la mayoría de los síntomas y signos que se investigan son seleccionados más por que sustentan que por que rechazan una hipótesis de trabajo, lo que puede derivar en un diagnóstico ineficiente o erróneo. En este sentido, los sesgos de género pueden encontrarse en la selección de los datos clínicos, la adquisición de los mismos y en su interpretación. De todos estos factores se necesita información desde la perspectiva de género.

Los datos diagnósticos sirven para realizar diagnósticos, pero también es necesario analizar, desde la perspectiva de género, sus otras utilidades. Esto es, para evidenciar la posible existencia de sesgos de género generadores de desigualdad en un sexo respecto al otro en lo relativo al juicio de la gravedad del síndrome, además de su causa, a la predicción de la evolución clínica y el pronóstico, a la estimación de la respuesta probable al tratamiento en el futuro y a la determinación de la respuesta efectiva al tratamiento en el presente.

La dificultad estratégica más perentoria para la generalización consistente del nuevo conocimiento desde la perspectiva de género se deriva de que la información disponible a menudo se limita a estudios puntuales sin perspectiva longitudinal.

Otra dificultad relevante es la imposibilidad en la comparación de resultados por la utilización de diferentes medidas. Ambas necesitan de acuerdos que exceden la sola responsabilidad de quien investiga desde la perspectiva de género en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lenhart SH. *Gender discrimination: a health and career development problem for women physicians*. J Am Med Women Assoc. 1993;48:155-9.
- 2 Harding S. *Ciencia y Feminismo*. Madrid: Morata; 1996.
- 3 Doyal L. *Sex and gender: the challenges for epidemiologists*. Int J Health Serv. 2003; 33: 569-79.
- 4 Alicia Llácer. Mejorar la salud de las mujeres. En: Alvarez-Dardet C, Peiró S, editores. *La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Informe SESPAS 2000. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000 [citado 11 Jul 2006]. Disponible en: <http://www.sespas.es>.
- 5 Velasco S, Ruiz MT, Alvarez-Dardet C. *Modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica. De trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres*. Rev Esp Salud Publica. 2006;80(4):317-33.
- 6 Ruiz MT, Verbrugge L. *A two way view of gender bias in medicine*. J Epidemiol Community Health. 1997; 51: 106-9.
- 7 Hall JA, Roter DL. *Medical communication and gender: a summary of research*. J Gender-Specific Med. 1998; 1(2): 39-42.
- 8 Kirsti Malterud. *Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women*. Fam Med. 2000; 32(9): 603-11.
- 9 Miravittles M, De la Roza C, Naberan K, Lamban M, Gobartt E, Martin A, Chapman KR. *Attitudes toward the diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Primary Care*. Arch Bronconeumol. 2006; 42(1): 3-8.
- 10 Ruiz-Cantero MT, Verdú M. *Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico*. Gac Sanit. 2004; 18(supl 1): 118-25.
- 11 Di Carlo A, Lamassa M, Baldereschi M, Pracucci G, Basile AM, Wolfe ChDA, Giroud M, Rudd A, Ghetti A, Inzitari D. *Sex differences in the clinical presentation, resource use, and 3-month outcome of acute stroke in Europe. Data from a multicenter multinational hospital-based registry*. Stroke. 2003; 34: 1114-9.
- 12 Boda V, Fácila L, Sanchís J, Llácer A, Ferrero JA, Chorro FJ. *Gender differences in patients with suspected non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. Implication for invasive management*. Rev Esp Cardiol. 2003; 56: 412-6.
- 13 Arenere M, Cilveti-Sánchez U, Idiopé A, Izuel-Rami M, Navarro H, Palomo P. *Influencia del género en investigación clínica*. Farm Hosp. (Madrid) 2004; 28(6): 445-53.
- 14 González JR, Fernandez E, Moreno V, Ribes J, Peris M, Navarro M, Cambray M, Borrás JM. *Sex differences in hospital readmission among colorectal cancer patients*. J Epidemiol Community Health. 2005; 59(6): 506-11.
- 15 Sangha O, Schneeweiss S, Wildner M, Cook EF, Brennan TA, Witte J, Liang MH. *Metric properties of the appropriateness evaluation protocol and predictors of inappropriate hospital use in Germany: an approach using longitudinal patient data*. Int J Quality Health Care. 2002; 14(6): 483-92.
- 16 Naciones Unidas. *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* [citado 11 Jul 2006]. Disponible en: www.un.org/womenwatch/confer/beijing/reports/platesp.htm

- 17 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.
- 18 Ruiz-Cantero MT, Papí-Gálvez N, Cabrera-Ruiz V, Ruiz-Martínez A, Álvarez-Dardet C. *Los sistemas de género y(en) la Encuesta Nacional de Salud*. Gac Sanit (en prensa).
- 19 Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Sanitario 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo [citado 11 Jul 2006]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS2005distribucionesmarginales.pdf>
- 20 Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo [citado 11 Jul 2006]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>
- 21 Stephenson P, McKee M. *Look twice*. Eur J Public Health. 1993; 3: 151-2.
- 22 Tudor J. *A new kind of Doctor*. London: Merlin Press; 1988.

LA INVESTIGACIÓN SOBRE CUIDADOS INFORMALES DE SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Más allá del examen de la situación de ventaja o desventaja de las mujeres o los hombres, es necesario analizar el contraste entre los esfuerzos y los sacrificios hechos por mujeres y hombres y las compensaciones y los beneficios que unas y otros obtienen. Establecer este contraste es importante para una mejor comprensión de la injusticia de género en el mundo contemporáneo. La naturaleza altamente demandante de los esfuerzos y las contribuciones de las mujeres, sin recompensas proporcionales es un tema particularmente importante de identificar y explorar

Sudhir A, Sen A.

Gender inequality in human development, 1995

5.1 INTRODUCCIÓN

Los sesgos de género que se producen en la generación del conocimiento sobre cuidados informales tienden a legitimar la división sexual del trabajo. La tipología propuesta por Margrit Eichler¹ resulta útil para identificar algunos de los sesgos más frecuentes en la investigación sobre cuidado informal (Tabla 5-1). En una extensa revisión sobre atención domiciliaria y cuidado informal en Canadá, Marika Morris² identificó más de 2000 estudios de los cuales sólo 184 eran sensibles al género (Tabla 5-2), esto es, investigaciones que recogen datos sobre personas cuidadoras y beneficiarias desagregados por sexo y extraen conclusiones sobre diferencias, similitudes y experiencias específicas de género.

No hay que olvidar que uno de los principales sesgos de género es la propia invisibilidad de las mujeres en los estudios; por ejemplo, cuando la información no aparece desagregada por sexo, o cuando se distingue entre muje-

M. MAR GARCÍA CALVENTE
DANIEL LA PARRA CASADO



TABLA 5-1 SESGOS DE GÉNERO QUE OCURREN EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL CUIDADO INFORMAL.

ANDROCENTRISMO	
Tomar a los varones como norma frente a la cual las mujeres son valoradas	<i>Invisibilización o minusvaloración del cuidado informal como tema de investigación en salud</i>
Infrarrepresentación o exclusión de los hombres en áreas identificadas como femeninas	<i>Olvido frecuente del papel de los hombres en la investigación sobre cuidados, manteniendo excluidos a los pocos que son cuidadores, y a los muchos que podrían llegar a serlo.</i>
Aceptación de la dominación masculina como normal	<i>Investigaciones que asumen que las mujeres son las que “deben” seguir cuidando, y que se plantean como problema la búsqueda de alternativas para “apoyarlas” y evitar la “claudicación del cuidador”.</i>
Culpabilización de las víctimas	<i>Investigaciones sobre el “síndrome del cuidador”, que señala y trata a las mujeres cuidadoras como enfermas, describiendo los “síntomas” sin hacer un análisis de la desigualdad de género que está a la base del fenómeno.</i>
INSENSIBILIDAD DE GÉNERO	
Familismo o “householdismo”	<i>Considerar la familia o el hogar como unidad de análisis, ignorando las desigualdades de género existentes entre sus miembros.</i>
Descontextualización	<i>Ignorar que situaciones aparentemente similares (por ejemplo, cuidar versus tener un empleo) tienen efectos diferentes en hombres y mujeres.</i>
DOBLES ESTÁNDARES	
Dicotomismo sexual	<i>Exagerar las diferencias entre mujeres y hombres, en situaciones que son similares de hecho. Por ejemplo, cuando se entiende que el coste-oportunidad que asumen las mujeres cuidadoras al abandonar el mercado laboral es más tolerable que el que tendrían que asumir los hombres en la misma situación.</i>
Reificación de los estereotipos de género	<i>Se produce cuando se considera que el cuidado de personas dependientes es “intrínsecamente” femenino y que las mujeres están “naturalmente” más capacitadas para realizarlo, y viceversa, que los hombres no pueden hacerlo.</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de la clasificación de sesgos de género propuesta por Margrit Eichler (2001)

TABLA 5-2 DIEZ RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN SENSIBLE AL GÉNERO EN CUIDADO INFORMAL

- 1 La gran mayoría de personas cuidadoras son mujeres
- 2 Las mujeres prestan más horas y reciben menos horas de cuidado que los hombres
- 3 La situación laboral, educacional y familiar afecta a los cuidados
- 4 Cuidar interfiere en la vida cotidiana de las mujeres más que en la de los hombres
- 5 Las mujeres prestan más cuidados altamente demandantes (atención personal, vigilancia) que los hombres
- 6 Las mujeres cuidan con más frecuencia a varios dependientes que los hombres cuidadores
- 7 Cuidar afecta negativamente a la salud de las mujeres más que a la de los hombres
- 8 El cuidado interfiere más con el trabajo remunerado de las mujeres que con el de los hombres
- 9 El cuidado supone costes financieros para mujeres y hombres, pero tiene más costes a largo plazo para las mujeres
- 10 Las reformas del sistema de salud y de atención a personas dependientes afectan particularmente a las mujeres.

Fuente: Adaptado de Marika Morris (2001)

res y hombres sólo para interpretar los resultados en términos biológicos. Al ser los cuidados de salud informales principalmente desempeñados por mujeres, el propio objeto de estudio es el que se convierte en invisible, siendo bastante reducida, en términos comparativos, la literatura científica sobre esta forma de atención a la salud.

Estudiar los cuidados de salud informales y preguntarse sobre las formas de desigualdad que afectan a las mujeres cuidadoras es, por tanto, el principal paso hacia una investigación sin sesgos de género. No obstante, las propias preguntas e hipótesis son susceptibles de estar sesgadas en un campo como éste, en el que el propio objeto de estudio está marcado por las definiciones sociales de lo masculino y femenino: se investigan cuidados desempeñados por mujeres; el contexto del estudio es el hogar, espacio simbólicamente ligado a lo femenino, y se habla del “cuidado informal” para referirse a una forma concreta de atención a la salud y a la dependencia.

En este capítulo pretendemos aproximarnos a los sesgos más frecuentes de la investigación sobre cuidado informal, siguiendo las distintas etapas del

proceso de investigación (desde el planteamiento del problema hasta la publicación de resultados), a partir de la revisión de la bibliografía nacional e internacional. Finalmente, proponemos algunas alternativas para evitar dichos sesgos y mejorar la calidad de la investigación.

5.2 REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

5.2.1 EL CUIDADO COMO TRABAJO, LAS PERSONAS CUIDADORAS COMO RECURSO Y OTROS EJEMPLOS DE ANDROCENTRISMO EN LOS MODELOS CONCEPTUALES

El concepto de cuidado, el modelo de relación entre servicios formales (sanitarios y sociales) y el sistema informal, y la definición de la persona cuidadora, tienden a ser construidos desde planteamientos que parten de lo masculino como marco de referencia (Tabla 5-3).

El concepto de cuidado informal es complejo y multidimensional. Cuidar bien puede ser entendido como un trabajo que consiste en la ejecución de tareas y que acarrea costes; pero desde la crítica feminista esta definición se revela como androcéntrica. En primer lugar, cuidar implica tareas, pero también relaciones y sentimientos. Por otra parte, existen considerables variaciones en la definición del “trabajo de cuidar”: cuidar hoy se está convirtiendo en una actividad más compleja y especializada que la que desarrollaban nuestras abuelas en el hogar³. El cuidado debe ser entendido como un proceso con diferentes fases, en el que la persona que cuida a) identifica necesidades y elige estrategias de acción (*caring about*), b) asume responsabilidades (*caring for*), c) realiza actividades o tareas concretas (*care-giving*), y d) tiene en cuenta las reacciones de la persona que recibe los cuidados (*care-receiving*)⁴. Finalmente, el cuidado tiene una dimensión ética y política que trasciende a un contexto social y físico más amplio que el interpersonal. La ética del cuidado, como práctica y como “forma de pensar”, está fuertemente relacionada con la identidad moral de género y su construcción.

Por otra parte, la relación entre cuidados formales e informales no es simétrica⁵. La atención a la dependencia en el hogar no es asimilable al cuidado de la salud profesional, de la misma manera que enfermedad no es sinónimo de dependencia. Por ello, cuando se habla de profesionalización de la atención a la dependencia debe evitarse la tendencia a la “sanitarización” del servicio⁶ (frecuente en la investigación de enfermería), o hacia lo social (ayuda a domicilio) como ocurre en la actual Ley de Dependencia^{7,8}. Por otro lado, desde la perspectiva de los servicios formales es frecuente que se entienda a la persona cuidadora como recurso para cuidar⁹, como tal escaso y que puede influir en la demanda de servicios formales por parte de personas dependientes¹⁰. La preocupación por el bienestar de la persona cuidadora cobra carácter instrumental: pretende maximizar el cuidado informal hasta donde sea posible y evitar la “claudicación del cuidador”¹¹. Éste enfoque, frecuente en la evaluación de servicios^{12,13}, refuerza las desigualdades

PRODUCCIÓN DE SESGOS DE GÉNERO EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN TABLA 5-3
SOBRE CUIDADOS INFORMALES DE SALUD

ELEMENTOS QUE PUEDEN PRODUCIR SESGOS DE GÉNERO	CONSECUENCIAS PARA LA CALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN
Marco teórico y cuestiones de investigación	
El concepto de cuidado informal como “trabajo”	*Oculta la complejidad y multidimensionalidad del cuidado como actividad, relación, proceso y ética
Atención a la dependencia versus atención a la salud	*Infravalora la dimensión real del cuidado informal
La preocupación por el cuidador como “recurso”	*El bienestar de la persona cuidadora tiene carácter instrumental *Culpabiliza a las mujeres que no cuidan
El término “cuidador principal” y la familia	*Sexismo del lenguaje *Cuidado como responsabilidad que no se puede compartir *Oculta la desigual carga de cuidados entre diferentes miembros de la familia
La confusión entre cuidados de salud y tareas domésticas	*No tiene en cuenta la división sexual del trabajo sobre la que se desarrollan los cuidados de salud
Construcción de hipótesis	
La persona cuidadora como segunda paciente: “el síndrome del cuidador”	*Medicaliza un problema de desigualdad de género. *Focaliza exclusivamente en salud, obviando otras consecuencias de cuidar
La persona dependiente como origen y propósito	*Infraestima la magnitud y la carga del cuidado *Oculta situaciones de cuidado a varios dependientes *Olvida los cuidados a “independientes” que también realizan las mujeres.
Estrategias de diseño	
La escasez de estudios poblacionales	*Dificulta conocer la magnitud y diversidad del cuidado informal
El divorcio entre los estudios cualitativos y cuantitativos	*Escasa comprensión de la diversidad en las experiencias de cuidado entre mujeres y hombres *Desconocimiento de las bases que perpetúan las desigualdades de género en el cuidado
La escasez de investigación orientada a la acción y el cambio social	*Falta de estudios transformadores respecto a las desigualdades de género



de género, al no reconocer la posibilidad de conflicto entre bienestar de la persona dependiente y de su cuidadora, y tiende a culpabilizar a las mujeres que optan por roles diferentes a los tradicionales de cuidados. La definición de persona cuidadora más frecuente tiende a asumir la idea de que existe una persona del hogar especializada en dicha función. La producción de información se concentra en este único cuidador, al que se nombra en masculino. Esta práctica invisibiliza la aportación de otros miembros del hogar (“cuidadores secundarios”) y desvaloriza su contribución. El olvido de la red de cuidados, dentro o fuera del hogar (familiares, amistades, vecindario...), fortalece además una visión de indivisibilidad del trabajo, que no promueve el reparto de tareas. Igualmente, cuidar se convierte en una función para especialistas (femeninas). No en vano, el término “cuidador principal”¹⁴ encuentra su equivalente en la figura del “cabeza de familia”, ya en desuso por su marcado carácter patriarcal. Alternativamente, se usa también el término “familia cuidadora”¹⁵, ocultando así la desigualdad en el reparto de tareas.

Mientras que la literatura científica y las instituciones socio-sanitarias hablan de “cuidadores”, la figura socialmente disponible es la del “ama de casa”. Entre el cuidado y las tareas domésticas hay una alta continuidad; atender a una persona dependiente incluye preparar comida, realizar compras o lavar ropa, tareas de las que se pueden beneficiar otras personas del hogar. Así medida, la carga de actividades de cuidado podría encontrarse en hogares sin personas dependientes, esto es, los cuidados se desarrollan a partir de una situación previa de división sexual del trabajo¹⁶. En cualquier caso, resulta reduccionista asimilar el cuidado con una forma de trabajo doméstico, sustituible de forma directa por servicios públicos o privados de ayuda a domicilio.

La persona cuidadora también es analizada frecuentemente como una segunda paciente, llegando a definir una enfermedad que le es propia: “el síndrome del cuidador”¹⁷. Al problematizar sobre la persona cuidadora en el campo de la salud¹⁸, se olvidarían otros múltiples aspectos prioritarios que determinan su calidad de vida¹⁹, como exclusión laboral y social, falta de tiempo, opresión patriarcal o empobrecimiento.

5.2.2 “FAMILISMO” Y OTROS SESGOS DE GÉNERO EN LAS ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN

El cuidado es un fenómeno profundamente basado en normas, valores, estereotipos e identidades de género. La comprensión de las diferentes experiencias de cuidado entre mujeres y hombres y, de forma especial, las bases que perpetúan las desigualdades de género en el cuidado²⁰, requieren abordajes metodológicos abiertos que nos ayuden a definir una diversidad de experiencias desde el punto de vista de las propias personas cuidadoras²¹⁻²³. Pese a la amplitud de la tradición cualitativa en la investigación sobre cuidados, es notable el divorcio con la investigación cuantitativa.

Selección de la población	
Los cuidados como fenómeno femenino	<i>Ausencia de varones en las muestras Invisibiliza a los varones cuidadores Oculta la desigualdad en el reparto del cuidado</i>
La identificación de la persona cuidadora a partir de las personas dependientes	<i>Infraestimación del cuidado Oculta la contribución de otras mujeres como “cuidadoras secundarias”</i>
La familia o el hogar como unidad de análisis	<i>Falta de reconocimiento de la diversidad de situaciones de cuidado</i>
Definición de variables o categorías	
La definición del trabajo y la carga de cuidar	<i>Familismo (“householdismo”) Dificultad de medición del tiempo del trabajo reproductivo (circularidad, simultaneidad) No se reconoce la especificidad de cuidados realizados por mujeres y varones Olvido de las diferencias de género en la carga percibida</i>
El impacto sobre la salud y otros costes de cuidar	<i>Insensibilidad de género al medir el impacto en salud y calidad de vida No reconocimiento de los costes económicos, laborales y de oportunidad, mayores para las mujeres Carencias en la medición del impacto de cuidar a largo plazo</i>
La ausencia de variables o dimensiones relacionadas con la situación de desigualdad	<i>Falta de información sobre dimensiones explicativas de las desigualdades de género (valores, normas, estereotipos, acceso y control sobre recursos simbólicos y materiales, etc)</i>
Análisis e interpretación de resultados	
La confusión por clase social, grupo étnico y otros factores de posición	<i>Falsa homogeneización de las personas cuidadoras</i>
La confusión por edad y la perspectiva biográfica	<i>Olvido de la importancia del cuidado como elemento diferenciador del ciclo vital, especialmente para las mujeres</i>
El análisis individualizado	<i>Oculta la influencia del contexto y estructuras sociales</i>
Difusión y publicación	
La exclusión del campo editorial	<i>Falta de visibilidad y de reconocimiento del cuidado informal en la comunidad científica</i>

Por su parte, en la investigación cuantitativa se tiende a la selección de la muestra a partir de pacientes con patologías específicas (Alzheimer, EPOC)^{24,25}, y todavía resulta escaso el peso de los estudios poblacionales, a pesar de su crecimiento en los últimos años. Este sesgo impide especificar la magnitud y diversidad del fenómeno. En los últimos años se han incrementado las fuentes estadísticas que recogen información sobre el cuidado: Panel Europeo de Hogares²⁷, Encuesta de Condiciones de Vida, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, Encuesta de Empleo del Tiempo, e incluso este aspecto se ha incorporado a la Encuesta Nacional de Salud. Casi todas ellas presentan el problema de no tener como objetivo principal a las personas cuidadoras²⁸ y, por tanto, el carácter breve de la información. Además se informa sobre la persona dependiente o sobre la cuidadora, pero no sobre la relación entre ambas.

Otra importante carencia es la escasez de la investigación orientada a la acción y el cambio social, que utilice diseños adecuados para este propósito, tales como las metodologías de investigación-acción participativa o los diseños evaluativos.

ELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

La conceptualización del cuidado como fenómeno femenino tiene como consecuencia trabajar con muestras conformadas exclusivamente por mujeres. De esta manera se oculta la desigualdad en la distribución de tareas y responsabilidades, pero, sobre todo, a los varones cuidadores y la forma en que la construcción del cuidado como actividad femenina afecta tanto a mujeres como a varones.

Por otra parte, la gran mayoría de las investigaciones identifica a la persona cuidadora a partir de una persona dependiente (cuidadoras de enfermos de Alzheimer, Parkinson, etc...). Esta asociación de cuidados con dependencia ha sido cuestionada desde la crítica feminista porque supone una devaluación del fenómeno de cuidar⁴. El principal problema es que al situar a una persona dependiente como origen y propósito de la investigación, se infraestima la verdadera dimensión del cuidado informal, ya que una alta proporción de cuidadoras tiene a su cargo más de una persona dependiente²⁹. Se olvida, además, que habitualmente las mujeres no sólo se hacen cargo del cuidado de los dependientes, sino también de los independientes, prestando cuidados de atención, prevención y promoción de salud a los demás miembros de la unidad familiar.

Finalmente es frecuente el sesgo de familismo o *householdismo*¹, que supone una ocultación de la desigualdad de género en el cuidado al interior de la familia u hogar, al no considerar el conjunto de la red de cuidadores de forma específica y usar el término “familia”³⁰ como sinónimo de persona cuidadora.

SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES O CATEGORÍAS DE ESTUDIO

Es frecuente que los estudios sobre cuidado informal utilicen medidas de tipo de tareas y tiempo dedicado a cuidar como aproximación al trabajo de cuidar y la carga que supone. Esta aproximación oculta las características propias del cuidado informal, como actividad compleja, ya que, con frecuencia, las actividades de cuidado tienen límites difusos y son difíciles de medir (estar pen-

diente, vigilar, acompañar). Cuidar entraña responsabilidades (hacerse cargo de), más que tareas, y la persona cuidadora asume la función de “gestora de cuidados”, más que de mera prestadora de los mismos²⁹.

Se añade la dificultad de utilizar como unidad de medida el tiempo dedicado a cuidar³⁰, que tiene en sí mismo un carácter de simultaneidad, continuidad y circularidad, típico del trabajo reproductivo que realizan las mujeres, en contraste con el carácter limitado y lineal del tiempo de trabajo productivo, que realizan los varones. Esta forma de medir entraña un sesgo de género, ya que las mujeres realizan con más frecuencia las actividades de cuidado más difusas y demandantes, y dedican un mayor tiempo a los cuidados³. Otras variables utilizadas como proxy a la carga de cuidados, como el número de miembros del hogar, arrojan resultados contradictorios, probablemente porque enmascaran situaciones muy diversas, ya que la presencia de determinados miembros puede constituir una fuente de ayuda, como es el caso de las abuelas^{31,32}.

Además de la carga objetiva, cuidar entraña una carga subjetiva, relacionada con la percepción de capacidad para afrontar los cuidados. Las escalas de sobrecarga más utilizadas³³ revelan diferencias en carga percibida y en estilos de afrontamiento según sexo^{34,35}, y que factores como las relaciones de género entre persona cuidadora y cuidada³⁸ o el apoyo social recibido tienen que ver con los niveles de sobrecarga³⁷.

Diversas investigaciones han puesto en evidencia que cuidar supone un riesgo para la salud, en términos de salud percibida, morbilidad e incluso mortalidad³⁸⁻⁴¹. La evidencia no es tan concluyente acerca de las diferencias de género en el impacto en salud, aunque son numerosos los estudios que muestran que cuidar afecta negativamente a la salud de las mujeres más que a la de los hombres que cuidan^{42,43}. En un reciente metanálisis, Pinquart y Sorensen⁴⁴ encontraron menores diferencias de las esperadas en las variables de cuidados según sexo. Los hallazgos indican que son las desigualdades de género en las condiciones en las que se prestan los cuidados (más horas de cuidado, más tareas demandantes), en acceso y control a los recursos materiales y simbólicos (mayor obligación social de cuidar, menor capacidad de elección real) y en costes de oportunidad^{2, 45}, las que condicionan un mayor impacto de cuidar en la salud de las mujeres.

Cuidar interfiere en la vida cotidiana de las mujeres más que en la de los hombres. Las repercusiones sobre el empleo remunerado son mayores para las mujeres, en términos de dificultad de acceso al mercado laboral, trabajo a tiempo parcial, abandono o cambio de empleo y menores oportunidades de progreso profesional^{2,29}. El cuidado además supone costes financieros para ambos sexos^{46,47}, pero mayores costes a largo plazo para las mujeres, sobre las que recae lo que se ha llamado “impuesto de reproducción”⁴⁸, a través del retiro de las inversiones en el sector social. Algunos estudios identifican la disponibilidad de una persona cuidadora informal como el factor más importante que explica la variación en el crecimiento del gasto institucional en cuidados de larga duración a personas mayores, de modo que la presencia de cuidadoras informales, particularmente esposas e hijas, está asociada a una reducción en este tipo de gasto⁴⁹.

Es escasa la investigación sobre cómo se generan y, sobre todo, cómo se perpetúan las desigualdades de género en los cuidados⁵⁰, y su relación con factores como la posición social y etnicidad⁵¹, acceso y control sobre los recursos, posibilidad o no de elegir entre alternativas, recursos sociales de apoyo disponibles y su calidad⁵².

De especial relevancia para el análisis de género sería investigar cómo se interiorizan y socializan los estereotipos de género^{20, 53} y su relación con estructuras macrosociales⁵⁴.

5.2.3 EL OLVIDO DE LA DIVERSIDAD EN EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Existe la tendencia a considerar a las personas cuidadoras como un grupo socialmente homogéneo. Clase social, etnia o edad son factores de heterogeneidad importantes que pueden producir confusión en los resultados. El cuidado y sus consecuencias⁵⁵ están fuertemente mediados por las condiciones materiales (capacidad adquisitiva, características de la vivienda, distancia a equipamientos), el entorno social (desarrollo de servicios públicos, patriarcado, cultura de cuidados) o las condiciones laborales (tipo de ocupación, tipo de jornada)⁵⁶. Estos aspectos varían en función de la edad, adscripción étnica⁵⁷ y clase⁵⁸, y también por factores de tipo cultural (de clase, grupo étnico^{59,60}, edad y generación).

La dimensión temporal también está frecuentemente ausente tanto en el diseño (con frecuencia de tipo transversal) como en el análisis de los datos, sin tener en cuenta que los cuidados se prolongan habitualmente durante años, lustros o décadas⁶¹.

Finalmente, los estudios tienden a tomar como unidad de análisis el individuo, en especial aquellos realizados con encuesta, lo que puede llevar al olvido de la influencia del contexto social en el que se establece la relación de cuidados.

5.2.4 EL CUIDADO INFORMAL COMO FENÓMENO INVISIBLE TAMBIÉN EN LA PUBLICACIÓN CIENTÍFICA

Los cuidados de salud informales cuentan con menos publicaciones que otros aspectos del proceso de enfermedad-salud que precisan medicalización (por ejemplo, en cirugía, cáncer o cardiovasculares). Los resultados se suelen publicar en revistas de enfermería, salud pública, estudios de género o ciencias sociales, publicaciones con menor número de títulos, difusión, factor de impacto, trascendencia mediática y prestigio que las de las ramas centrales de la medicina.

Adicionalmente, la sistematización de la información en los tesauros y bases de datos también es menor, y encontramos mayor vaguedad en los términos de búsqueda: caregivers, home nursing, informal care, housework, domestic work, etc.

5.3 PROPUESTAS DE AVANCE EN LA INVESTIGACIÓN

5.3.1 SOBRE MARCOS TEÓRICOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN SENSIBLES AL GÉNERO

*El énfasis sobre “el cuidador como recurso” debería ser superado. El modelo alternativo de persona cuidadora como ciudadana (sujeto de derechos) y cliente (sujeto de atención)⁹, la situaría en el foco de los servicios formales, se preocuparía por maximizar su bienestar y reconocería de forma explícita que puede existir conflicto de intereses entre persona cuidadora y beneficiaria.

*Para superar el sesgo hacia “el cuidador principal” habría que estudiar de forma explícita la red de personas cuidadoras y describir el tipo de reparto de la responsabilidad en la red (desigual o igualitario).

*Clarificar la confusión entre tareas domésticas y de cuidado supone descomponer el tipo de tareas que se realizan (cuidados personales, actividades instrumentales, atención y vigilancia)²⁹ y estudiar la dedicación distinguiendo diferentes tipos de trabajo (cuidados de salud, asistencia personal a dependientes, doméstico⁶², remunerado³¹). Habría también que distinguir los beneficiarios de la acción de cuidar: personas dependientes, personas autónomas que reciben atención, personas sobrecargadas que no reciben atención, etc.

*Es necesario precisar entre atención a la salud y atención a la dependencia, diferenciando, tanto en personas cuidadoras como cuidadas, si las necesidades que atienden o precisan se relacionan con falta de autonomía o con una condición de salud. De igual modo se debería integrar la atención socio-sanitaria en los programas de atención a la salud y la dependencia en la comunidad.

*La aproximación al impacto de cuidar ha de ser multidimensional, partiendo de las prioridades manifestadas por las propias cuidadoras. A partir de la investigación cualitativa previa, se deberían contemplar entre los factores de riesgo determinantes tales como la pérdida de oportunidades vitales o la desigualdad en el reparto de responsabilidades del hogar. Habría que revisar conceptos como el de carga, medido habitualmente como tiempo o esfuerzo físico-emocional, para incorporar elementos como la percepción de inequidad u otros que tengan que ver con la desigualdad de género.

*En definitiva, cuidar es un concepto complejo, que debe ser comprendido más allá de la realización de tareas concretas. Supone necesariamente una dimensión relacional, en un proceso recíproco más que unidireccional, e implica emociones que pueden ser incluso contradictorias. El cuidado tiene un carácter difuso, cuyos límites son difíciles de marcar en términos de qué se hace, dónde se hace y durante cuánto tiempo. Situar el cuidado como una responsabilidad colectiva, más que individual, y entenderlo como “objetivo”, más que como “problema”³, ayudaría a generar marcos teóricos más equitativos.

5.3.2 SOBRE ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS QUE EVITEN SESGOS DE GÉNERO

*Habría que promover estudios de base poblacional y limitar los datos procedentes de listados de pacientes como único mecanismo de identificación de las personas cuidadoras que participarán en el estudio.

*Las estrategias de investigación que combinan diseños epidemiológicos y cualitativos mejorarían nuestro conocimiento y comprensión del cuidado informal como fenómeno complejo, profundamente enraizado en normas y estereotipos de género. La interpretación de datos cuantitativos (desagregados por sexo) se beneficiaría de la aportación de métodos cualitativos para profundizar en el análisis de género del cuidado. Sugerimos algunas técnicas de producción de información cualitativa como la entrevista y observación de grupos, la entrevista individual en profundidad, el relato de vida, la observación participante en espacios públicos o el uso de diarios.

*Habría que introducir propuestas de acción en la investigación, y desarrollar programas de investigación sobre políticas públicas dirigidas a personas cuidadoras y dependientes (en especial, evaluación y estudios comparados)^{63,64}. Es preciso desarrollar investigación útil para la transformación de la división sexual del trabajo de cuidados y atención a la dependencia, tanto en la esfera informal como en la formal.

*Es necesario incluir a los varones como sujetos de estudio, analizando las diferencias, pero también las semejanzas, en la situación mujeres y varones cuidadores⁶⁵. Esto permitiría caracterizar el fenómeno de los cuidados masculinos e interpretar los cuidados dentro de la dinámica general de la relación entre los sexos⁶⁶⁻⁶⁹.

*Reconocer la diversidad supone también identificar en la población y en la muestra, además del sexo, otras variables relevantes de estratificación, como clase social, educación, etnia o edad.

5.3.3 SOBRE VARIABLES Y CATEGORÍAS DE ESTUDIO PARA INVESTIGAR DESIGUALDADES DE GÉNERO

*El tiempo dedicado a las tareas de cuidado es, hoy por hoy, una de las medidas más aproximadas de la dedicación objetiva al cuidado. Por ello es necesario medirlo de forma detallada, distinguiendo los diferentes tipos de actividades relacionadas con el cuidado: cuidados personales, cuidados instrumentales, vigilancia y acompañamiento, atención a la enfermedad, administración de medicación, cuidados de rehabilitación, transporte, recreo y ocio, visitas médicas, etc.²⁹. Pero, además de mejorar la medición, habría que interpretar adecuadamente su significado (y su relación con la percepción de sobrecarga), incorporando las diferencias en la actividad realizada por mujeres y hombres y sus implicaciones en términos de desigualdad de género.

*Se propone como técnica cuantitativa el uso de diarios de empleo de tiempo al estilo de la Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003 del Instituto Nacional de Estadística, aunque con la especificación de actividades de

cuidados. Como técnica de tipo cualitativo se puede utilizar la realización de diarios por parte de las personas cuidadoras, combinado con entrevista. La medición ha de contemplar tanto el tiempo digital (número de minutos dedicados a la tarea), como la valoración subjetiva de dedicación percibida. De igual modo, se debe contemplar la medición de tareas realizadas de forma simultánea (es decir, distinguiendo actividad principal y secundaria).

*Los instrumentos de medición deben ser lo suficientemente flexibles, para lo que se recomienda la integración de métodos cualitativos y cuantitativos de forma secuencial: exploración mediante entrevista u observación de grupos, seguida de la medición mediante cuestionario que contenga los ítems pertinentes para el tipo de cuidados que se estudia.

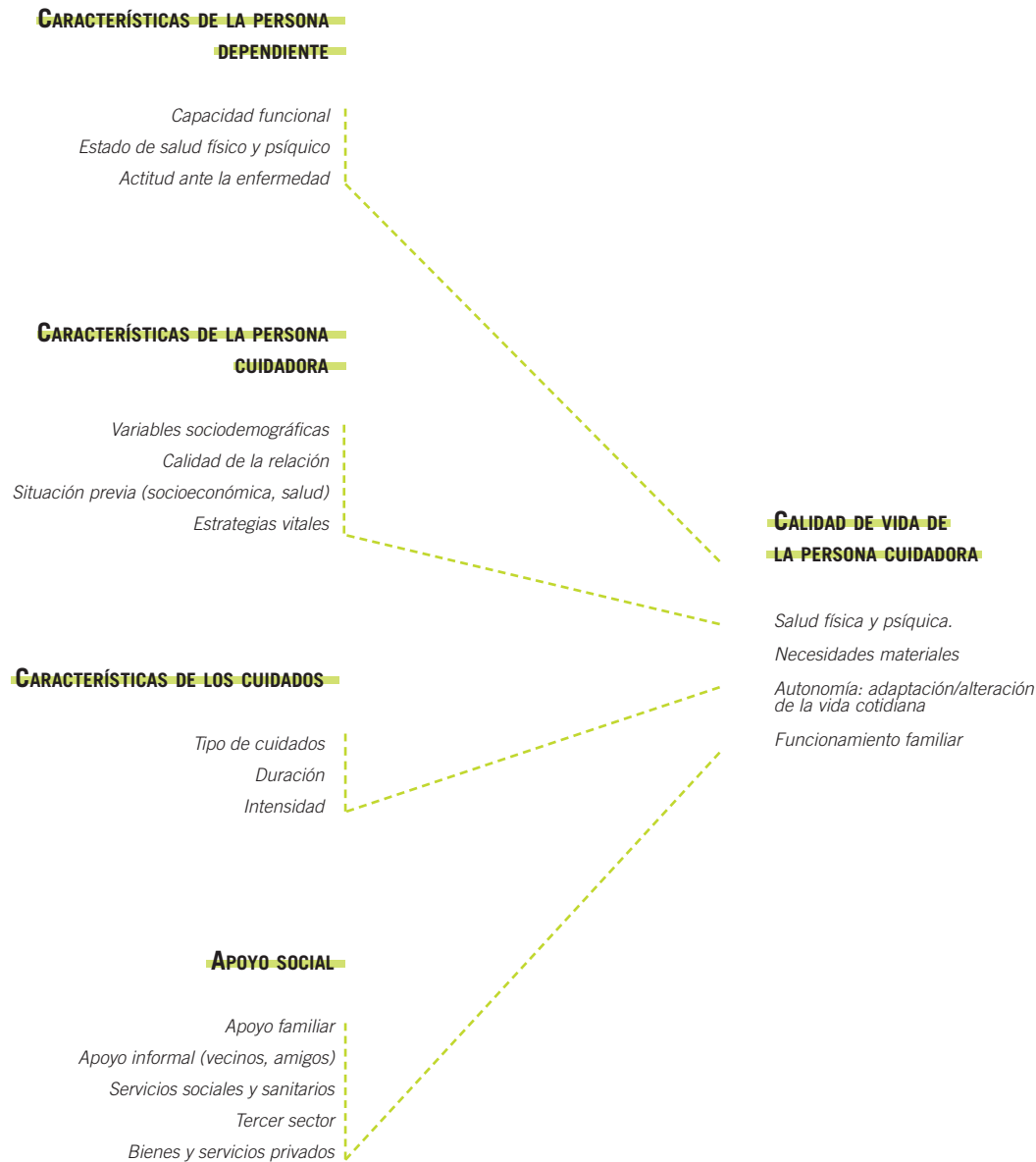
*Además de la carga en tiempo dedicado a cuidar (como indicador “objetivo”), se deberían incorporar medidas de sobrecarga subjetiva, algunas de las cuales han sido validadas en castellano (como la Escala de Zarit⁷⁰,). Se hace necesario, así mismo, revisar los instrumentos disponibles a partir de la diversidad de experiencias de mujeres y hombres cuidadores, cuyas vivencias pueden ser diferentes a pesar de afrontar circunstancias de cuidado aparentemente idénticas³⁶. Para ello serían de utilidad estudios cualitativos sobre las experiencias de cuidar, enfatizando las diferencias y similitudes entre mujeres y hombres cuidadores. Este tipo de abordaje permitiría también la construcción de instrumentos de medición de niveles de sobrecarga adaptadas a nuestro contexto cultural específico.

*El énfasis de la investigación sobre las consecuencias de cuidar debería enfocarse a la valoración del impacto sobre la calidad de vida de las personas cuidadoras, y no sólo a la medición de carga (objetiva o subjetiva). Este aspecto es especialmente importante para el diseño de intervenciones, ya que algunas investigaciones apuntan a que puede mejorarse la calidad de vida, incluso si existe carga⁷².

*Es necesario desarrollar investigación sobre las desigualdades de género en el impacto de cuidar, atendiendo la diferencia en la configuración de los factores determinantes de la calidad de vida según el sexo de la persona cuidadora (Figura 5-1)⁷³.

*La diferenciación en función del sexo se debe tener en cuenta también a la hora de definir otras consecuencias del cuidado, como las económicas, laborales, desarrollo profesional, relaciones sociales y familiares, cumplimiento de expectativas vitales, entre otras. En la valoración de estas consecuencias se debe considerar un plazo temporal amplio. Por ejemplo, el ciclo de vida laboral de hombres y mujeres es diferente en términos de estabilidad, entradas y salidas del empleo y consolidación de derechos sociales. Los cuidados de salud a familiares son un motivo adicional de diferenciación del ciclo de vida. Así mismo, la medición del impacto de cuidar no sólo ha de tener en cuenta las consecuencias directas, sino también los costes de oportunidad que las personas cuidadoras asumen por el hecho de cuidar. De acuerdo con el enfoque de las capacidades de Amartya Sen, lo relevante es medir tanto las realizaciones o funcionamientos alcanzados por las personas, como las posibilidades reales de elección con las que cuentan⁷⁴.

FIGURA 5-1 FACTORES DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA CUIDADORA



Reelaboración a partir de Nijboer et al.

*La desigualdad de género derivada de la organización de los cuidados de salud se ha de relacionar con procesos de diferenciación (asunción de roles, masculino/ femenino), jerarquización (estructura patriarcal, profesional/lego), explotación (del recurso tiempo, esfuerzo) y exclusión (falta de reconocimiento de derechos a la persona cuidadora). Para comprender estas desigualdades se puede por tanto partir del análisis de roles (trabajo remunerado, trabajo doméstico, cuidado infantil, cuidado de adultos, trabajo comunitario), del análisis de las relaciones sociales (relación de autoridad o de explotación, normas de interacción, sistemas de legitimación), de los procesos de identificación (masculina, femenina, como cuidadora, como responsable, etc.) o de las oportunidades socialmente estructuradas (valores culturales, recursos disponibles, apoyo social). El análisis no debe limitarse por tanto a las variables medibles en el nivel individual, sino atender a los procesos de interacción social (el hogar o la relación de pareja como unidad de análisis) y al contexto social.

5.3.4 SOBRE EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DESDE EL ENFOQUE DE GÉNERO

*Es necesario analizar la diversidad interna de las personas cuidadoras por clase social, etnia, ciclo de vida, parentesco y educación. Se trata de evitar la transmisión de la idea de que existe un perfil tipo de cuidadora (mujer de más de 55 años, esposa o hija de la persona dependiente, ama de casa, de clase media...).

*Se recomienda introducir la perspectiva longitudinal. La situación de cuidados evoluciona a lo largo del ciclo de vida de la dependencia, desde el origen de la situación, hasta su finalización o consecuencias posteriores.

*Utilizar métodos de análisis multinivel⁷⁵, integrando elementos en el plano individual, familiar, de comunidad y de sociedad más amplia⁷⁶. Este tipo de análisis se puede realizar bien a partir de la combinación de unidades de análisis (por ejemplo, una encuesta con cuestionario de hogar y con cuestionario a los individuos que lo componen), bien a partir de la integración de métodos de investigación.

5.3.5 SOBRE LA VISIBILIZACIÓN MEDIANTE LA PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

*La mejor estrategia para superar la escasez de publicaciones sobre cuidados informales sería adoptar en las revistas biomédicas ya existentes la idea de que la atención a la salud comprende diferentes tipos de cuidados, en lugar de desarrollar publicaciones específicas dedicadas a cuidados informales. Idealmente, los equipos editoriales de estas revistas deberían impulsar el aporte interdisciplinario.

*Por otro lado, es necesario el trabajo en la sistematización de los tesauros y bases de datos.

5.4 CONCLUSIONES

El principal riesgo de los sesgos de género identificados es su contribución a la legitimación de la actual división sexual del trabajo. Desde una perspectiva constructivista, la investigación en cuidados informales debe estar orientada a conseguir una situación igualitaria, esto es, a la promoción del trabajo de cuidado de los varones y a evitar que la atención familiar suponga una limitación de las oportunidades vitales de mujeres y varones. Para que esto sea posible es imprescindible una adecuada integración de los cuidados de salud en el hogar dentro de la actuación de los servicios sociales y sanitarios.

El momento actual de desarrollo de la Ley de Atención a las Personas en Situación de Dependencia^{78, 8} es estratégico en la medida en que los resultados de investigación se trasladarán a políticas públicas específicas. El documento del anteproyecto de Ley, por ejemplo, no considera el reparto equitativo de tareas entre sus objetivos, y reproduce la figura del cuidador principal.

La reducción de la desigualdad que supone la carga de cuidados soportada principalmente por mujeres implica la actuación desde diferentes ámbitos. Entre ellos, el desarrollo jurídico de los derechos sociales de las personas cuidadoras y dependientes, la adecuada financiación del Sistema Nacional de Dependencia, la reorientación de los servicios sociales y de salud, la mejora de las prácticas en medicina, enfermería, trabajo social y cuidadores profesionales, las medidas para la conciliación del trabajo remunerado y de cuidados, la prevención de la dependencia y discapacidad, el desarrollo de la autonomía personal de personas con enfermedad o discapacidad o las mejoras arquitectónicas y urbanísticas en viviendas y ciudades. En definitiva, la investigación en cuidados informales y dependencia debe integrar materias tan diversas como salud pública, psicología, enfermería, trabajo social, economía, sociología, derecho, estudios sobre administración y políticas públicas, gestión, urbanismo, medicina, publicidad, arquitectura o prevención de accidentes, entre otros, todo ello con sensibilidad a las diversas formas de desigualdad (género, etnia, clase, discapacidad).

La atención a la salud se organiza a partir de las representaciones sociales de lo masculino y lo femenino en el interior del hogar, la administración pública, el mercado de trabajo y el sector de voluntariado. La investigación con perspectiva de género ha de ser capaz de romper con la desigualdad en el sistema de relaciones de género y plantear un nuevo modelo de organización del cuidado que esté fundado sobre la equidad en el reparto de tareas, la diferenciación en todo caso como mecanismo de complementariedad (pero no de explotación) y en relaciones sociales horizontales de igualdad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Eichler M. Moving forward: measuring gender bias and more. En: VV.AA. *Gender Based Analysis in public health research policy and practice. Documentation of the International workshop in Berlin 2001* [citado 1 Mar 2006]. Disponible en: <http://www.ifg-gs.tu-berlin.de/workshop/workshop-doku.pdf>.
- 2 Morris M. *Gender-sensitive home and community care and caregiving research: A synthesis paper. Final report. National Coordinating Group on Health Care Reform and Women, Health Canada*. Documento electrónico 2001 [citado 1 Mar 2006]. Disponible en: <http://www.cewh-cesf.ca/healthreform/publications>
- 3 Armstrong P, Armstrong H. *Thinking it through: Women, work and caring in the New Milenium*. Documento electrónico 2001 [citado 1 Mar 2006]. Disponible en: <http://www.medicine.da.ca/mcewh>.
- 4 Van Ewijk H, Hens H, Lammersen G. Mapping of care services and the care workforce. Consolidated report. En: Moss P, editor. *Care work in Europe. Current understandings and future directions*. Documento electrónico [citado 1 Mar 2006]. Disponible en: <http://144.82.35.228/carework/uk/reports>.
- 5 Lions KS, Zarit SH. *Formal and informal support: the great divide*. Int J Geriatr. 1999; 14(3):183-92.
- 6 Patel A, Knapp M, Evans A, Perez I, Kalra L. *Training care givers of stroke patients: economic evaluation*. BMJ. 2004; 328 (7448): 1102.
- 7 IMSERSO. *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2005.
- 8 Consejo de Ministros. *Proyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia*, aprobado en Consejo de Ministros de 21 de abril de 2006.
- 9 Twigg J. Carers in the service system. En Twigg J y Atkin K (ed): *Carers perceived: policy and practice in informal care*. Buckingham: Open University Press; 1994. p.11-30.
- 10 Hayward L, Davies S, Robb R, Denton M, Auton G. *Publicly funded and family-friendly care in the case of long-term illness: the role of spouse*. Can J Aging. 2004; 23 (supl 1): s39-48.
- 11 Ubiriego MC, Regoyos S, Gavilán MV. *El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal*. Enfermería Clínica. 2005; 15 (4): 199-205.
- 12 Chappell NL, Dlott BH, Hollander MJ, Miller JA, McWilliam C. *Comparative costs of home care and residential care*. Gerontologist. 2004; 44 (3): 389-400.
- 13 Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. *How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analisis*. Gerontologist. 2002; 42 (3): 356-72.

- 14 Peón Sánchez MJ. *Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer: prevención y cuidados en el "síndrome del cuidador"*. Enfermería Científica. 2004; 264-265: 16-22.
- 15 Phillips VL. *Community care for severely disabled people of low incomes*. BMJ. 1995; 311: 1121-1123.
- 16 Arber S, Ginn, J. Gender Differences in Informal Caring. En: Allan G, editor *The Sociology of the Family*. Oxford: Blackwell; 1999. p. 321-39.
- 17 Castel Riu A, Gelonch Munné M, Grau Campeón B, Pi Sánchez J, Puig Cuyàs JM, Ribas Sabaté J. *El síndrome del cuidador no profesional: ¿existen diferencias en función de la patología del enfermo anciano a cuidar?*. Revista de Psicogeriatría. 2003; 3 (2): 75-79.
- 18 Doran T, Drever F, Whitehead, M. *Health of young and elderly informal carers: analysis of UK census data*. BMJ. 2003; 327 (7428): 1388.
- 19 Ramírez A, Addington-Hall J, Richards M. *ABC of palliative care: the carers*. BMJ. 1998; 316: 208-211.
- 20 Kramer MK. *Self-characterizations of adult female informal caregivers: gender identity and the bearing of burden*. Res Theory Nurs Pract. 2005; 19 (2): 137-61.
- 21 Altschuler J. *Meaning of housework and other unpaid responsibilities among older women*. J Women Aging. 2004; 16 (1-2): 143-59.
- 22 Caron CD, Bowers BJ. *Deciding whether to continue, share or relinquish caregiving: caregivers view*. Qual Health Res. 2003; 13 (9): 1252-71.
- 23 Rabow MW, Hauser JM, Adams J. *Supporting family caregivers at the end of life: "they don't know what they don't know"*. JAMA. 2004; 291 (4): 483-91.
- 24 Van Exel NJ, Koopmanschap MA, Van den Berg B, Brouwer WB, van den Bos, GA. *Burden of informal caregiving for stroke patients. Identification of caregivers at risk of adverse health effects*. Cerebrovasc Dis. 2005; 19 (1): 11-7.
- 25 Davey C, Wiles R, Ashburn A, Murphy C. *Falling in Parkinson's disease: the impact on informal caregivers*. Disabil Rehabil. 2004; 26 (23): 1360-6.
- 26 Nordberg G, von Strauss, E, Kareholt I, Johansson L, Wimo A. *The amount of informal and formal care among non-demented and demented elderly persons-results from a Swedish population based-study*. Int J Geriatr Psychiatry. 2005; 20 (9): 862-71.
- 27 La Parra, D. *Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales*. Gac Sanit. 2001; 15 (6): 498-505.
CIS. *Ayuda informal a personas mayores*. Madrid: CIS, Estudio 2117, Datos y Opinión; 1996.
- 28 CIS. *Ayuda informal a personas mayores*. Madrid: CIS, Estudio 2117, Datos y Opinión; 1996.
- 29 García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuadra P. *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: EASP; 1999.
- 30 Van den Berg B, Spauwen P. *Measurement of informal care: an empirical study into the valid measurement of time spent on informal caregiving*. Health Economics. 2006; 15 (5): 447-60.
- 31 Artazcoz L, Cortés I, Moncada S, Rohlfis I, Borrell C. *Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud*. Gac Sanit. 1999; 13: 201-7.
- 32 Muñoz-Pérez MA, Zapater-Torras. *Impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas*. Aten Primaria. 2006; 37 (7): 374-80.
- 33 Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. *Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study*. Gerontologist. 1986; 26(3):260-6.
- 34 Fromme EK, Drach LL, Tolle SW et al. *Men as caregivers at the end of life*. J Palliat Med. 2005; 8 (6):1167-75.
- 35 McCullagh E, Bringstocke G, Donalson N, Kalra L. *Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients*. Stroke. 2005; 36 (10): 2181-6.
- 36 Bedard M, Kuzik R, Chambers L, Molloy DW, Dubois S, Lever JA. *Understanding burden differences between men and women caregivers: the contributions of care-recipient problems behaviors*. Int Psychogeriatr. 2005; 17 (1): 99-118.
- 37 Verhaeghe S, Defloor T, Grypdonck M. *Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of the literature*. J Clin Nurs. 2005; 14 (8): 1004-12.
- 38 Pinquart M, Sorensen S. *Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis*. Psychol Aging. 2003; 18 (2): 250-67.
- 39 Brehaut JC, Kohen DE, Raina P et al. *The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: how does it compare with that other Canadian caregivers?*. Pediatrics. 2004;114 (2):e182-91.
- 40 Li TC, Lee YD, Lin CC, Amidon RL. *Quality of life of primary caregivers of elderly with cerebrovascular disease or diabetes hospitalized for acute care: assessment of well-being and functioning using the SF-36 health questionnaire*. Qual Life Res. 2004; 13 (6): 1081-8.
- 41 Schultz R, Beach SR. *Caregiving as risk factor for mortality. The caregiver health effects study*. JAMA. 1999; 282 (23): 2215-9

- 42 Chiou CJ, Chen IP, Wang HH. *The health status of family caregivers in Taiwan: an analysis of gender differences*. Int J Geriatr Psychiatry. 2005; 20 (9): 821-6
- 43 Argimon JM, Limon E, Vila J, Cabezas C. *Health-related quality of life in carers of patients with dementia*. Fam Pract. 2004; 221 (4): 454-7.
- 44 Pinquart M, Sorensen S. *Gender differences in caregivers stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2006; 61 (1):33-45.
- 45 Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman PH. *Informal caregiving. Differential experiences by gender*. Med Care. 2002; 40 (12): 1249-59.
- 46 Moore MJ, Zhu CW, Clipp EC. *Informal cost of dementia care: estimates from the National Longitudinal Caregiver Study*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2001;56(4):S219-28.
- 47 Andersson A, Levin LA, Emtinger BG. *The economic burden of informal care*. Int J Technol Assess Health Care, 2002; 18 (1): 46-54.
- 48 Standing H. *El género y la reforma del sector salud*. Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies. Publicación Ocasional n. 3. Washington: OPS; 2002.
- 49 Yoo BK, Bhattacharya J, McDonald KM, Garber AM. *Impacts of informal caregiver availability on long-term care expenditures in OCDE countries*. Health Serv Res. 2004; 39: 1971-92.
- 50 Zhan HJ. *Aging, health care, and elder care: perpetuation of gender inequalities in China*. Health Care Women Int. 2005; 26 (8):693-712.
- 51 Dilworth-Anderson P, Brummett BH, Goodwin P, Williams SW, Williams RB, Siegler IC. *Effect of race on cultural justifications for caregiving*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2005; 60 (5): S257-62.
- 52 Cudin G. *Family caregiver's reluctance toward community services: a social psychology perspective*. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2004; 2 (4): 285-96.
- 53 Bover AB, Gastaldo D. *The centrality of the family as a resource for homecare: gender and generational perspectives*. Rev Bras Enferm. 2005; 58 (1): 9-16.
- 54 Adamson J, Donovan J. *'Normal disruption': South Asian and African/Caribbean relatives caring for an older family member in the UK*. Soc Sci Med. 2005; 60 (1): 37-48.
- 55 Glendinning C. *The costs of informal care: looking inside the household*. London: HMSO; 1992.
- 56 La Parra, Daniel. *La atención a la salud en el hogar: desigualdades y tendencias*. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante; 2002.
- 57 White-Means, S., Thornton, M. *Ethnic Differences in the Production of Informal Home Health Care*. Gerontologist. 1990, 30: 759-768.
- 58 Arber S, Ginn J. *Class and Caring: A forgotten Dimension*. Sociology. 1992, 26 (4): 619-34.
- 59 Hayes, PA. *Home is where their health is: rethinking perspectives of informal and formal care by older rural Appalachian women who live alone*. Qual Health Res. 2006 16: 282-97
- 60 Li LW, Fries BE. *Elder disability as an explanation for racial differences in informal home care*. Gerontologist. 2005, 45(2): 206-15.
- 61 La Parra D. Los cuidados de la salud en las trayectorias biográficas. En: Tortosa JM, coordinador. *Mujeres pobres, indicadores de empobrecimiento en la España de hoy*. Madrid: FOESSA; 2002.
- 62 Artazcoz L, Borrell C, Benach J. *Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands*. J Epidemiol Community Health. 2001; 55:639-47.
- 63 Young R. *The household context for women's health care decisions: impacts of U.K. Policy changes*. Soc Sci Med. 1996; 42 (6): 949-63.
- 64 Hirst M. *Transitions to informal care in Great Britain during the 1990s*. J Epidemiol Community Health. 2002; 56 (8): 579-587.
- 65 Kirsi T, Hervonen A, Jylha M. *Always one step behind: husband's narratives about taking care of their demented wives*. Health. 2004; 8(2): 159-181.
- 66 Allen SM, Goldscheider F, Ciambone DA. *Gender roles, marital intimacy, and nomination of spouse as primary caregiver*. Gerontologist. 1999; 39(2), 150-8.
- 67 Crocker Houde S. *Methodological issues in male caregiver research: an integrative review of the literature*. J Adv Nurs. 2002; 40: 626-40.
- 68 Carmichael F, Charles S. *The opportunity cost of informal care: does gender matter?*. J Health Economics. 2003; 22 (5): 781-803.
- 69 Hirsch C. *Understanding the influence of gender role identity on the assumption of family caregiving roles by men*. Int J Aging Hum Dev. 1996; 42(2): 103-21.
- 70 Martín M, Salvadó I, Nadal S et al. *Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit*. Revista de Gerontología. 1996; 6: 338-46.

- 71 Montorio I, Izal M, López A, Sánchez M. *La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga*. Anales de Psicología. 1998; 14 (2): 229-48.
- 72 Chappell NL, Reid RC. *Burden and well-being among caregivers: Examining the distinction*. Gerontologist. 2002; 42 (6):772-80.
- 73 Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, van den Bos GA. *Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients*. Cancer. 1999; 86: 577-88.
- 74 Sen A. *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza; 1995.
- 75 Krieger N, Chen JT, Selby JV. *Comparing individual-based and household-based measures of social class to assess class inequalities in women's health: a methodological study of 684 US women*, J Epidemiol Community Health. 1999; 53: 612-23.
- 76 García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. *El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad*. Gac Sanit. 2004; 18 (suppl.1): 132-9.
- 77 Graham H. *The informal sector of Welfare. A Crisis in Caring?*. Soc Sci Med. 1991; 32: 507-15.
- 78 IMSERSO. *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2005.

EL ANÁLISIS DE POLÍTICAS CON ENFOQUE DE GÉNERO Y SALUD

6.1 INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas –guías de acción desarrolladas por los gobiernos– establecen el rango de posibilidades que pueden elegir tanto los grupos, las organizaciones públicas y privadas o las empresas comerciales con o sin ánimo de lucro, como los individuos¹. La OMS define las políticas públicas saludables como aquellas que muestran una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política y una responsabilidad sobre su impacto en salud, cuya finalidad principal consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dichas políticas posibilitan o facilitan a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierten los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud². Las políticas tienen que ver con facilitar que unas cosas sucedan frente a otras, y en este sentido tiene tanto interés el estudio de los efectos en salud de las políticas, como el estudio de los efectos de la ausencia de políticas. Las no-políticas también tienen efecto en la salud. Por lo tanto, también tienen que ver con que las desigualdades se conozcan, se analicen sus causas y se tomen decisiones para reducirlas.

El objetivo del análisis de género en las políticas de salud es revelar las conexiones entre el sexo, las relaciones de género y la política de salud en cuestión, de manera que se muestre el impacto de estas conexiones en la salud y el impacto de obviar este análisis, en las desigualdades de género. Es extremadamente importante que se perciba que vivimos en sociedades imbuidas por desigualdades y diferencias de género. No hay ningún país en el cual los resultados de sus políticas sean iguales para hombres y para mujeres, pero en muchas ocasiones estas desigualdades son difíciles de identificar.

ROSANA PEIRÓ-PÉREZ
CARMEN VIVES-CASES
CARLOS ÁLVAREZ-DARDET
ROSA MÁS PONS



El análisis de políticas con enfoque de género no requiere metodologías específicas sino que, como cualquier objeto de investigación, utiliza la metodología adecuada según la pregunta a resolver. En este caso el objeto de estudio será el efecto, atribuible al género, del impacto diferencial de las políticas según sexo. Y las metodologías a aplicar provienen tanto de las herramientas clásicas de la salud pública como de las desarrolladas por las ciencias sociales y políticas. Éstas pueden ser cualitativas y cuantitativas. Las unidades de análisis pueden ser muchas y diversas. Así, se puede obtener información a partir de personas individuales mediante entrevista cerrada en muestras poblacionales, entrevistas abiertas a informadores clave o grupos de discusión, los textos y discursos que producen los grupos y organizaciones, los medios de comunicación mediante el análisis de contenido, los beneficios y las pérdidas de los grupos y organizaciones mediante el análisis de ganancia económica, social, o de poder frente a diferentes opciones de políticas, o las estrategias de los grupos para aumentar su poder mediante el análisis de alianzas, redes entre grupos y coaliciones. Básicamente la metodología para el análisis de las políticas tiene un amplio abanico de metodologías y herramientas a utilizar, muchas de ellas provenientes de las ciencias sociales, pero ya incluidas como necesarias para las funciones y competencias de salud pública.

El concepto de “gender mainstreaming” o “transversalidad de género” hace referencia a un instrumento para obtener buena gobernabilidad, porque busca asegurar que las necesidades y las prioridades de todos los miembros de la sociedad –hombres y mujeres– se consideran y se satisfacen, que todos los miembros de la sociedad participan y contribuyen al proceso de gobernabilidad, y que los beneficios de este desarrollo se distribuyen de forma equitativa entre todos los miembros de la sociedad³.

El análisis de género provee una comprensión en profundidad de la situación entre los hombres y las mujeres, sus distintas amenazas, necesidades, prioridades e intereses. Nos informa acerca de por qué existen estas diferencias, o sea de las causas. El análisis de género es una dimensión intrínseca del análisis de políticas e identifica cómo las políticas públicas afectan a los hombres y las mujeres de forma diferente, así como las causas que producen las diferencias en el acceso, el control sobre los recursos, la participación en el proceso de toma de decisiones y los beneficios, tanto directos como indirectos, del impacto de las políticas⁴.

El análisis de género en salud examina también las consecuencias de estas desigualdades sobre la vida, la salud y el bienestar. La forma en que el poder se distribuye en nuestra sociedad hace que las mujeres tengan menor acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y menos probabilidades de intervenir en la adopción de decisiones. El análisis de género en la esfera sanitaria suele poner de manifiesto la forma en que las desigualdades redundan en perjuicio de la salud de la mujer, las limitaciones a que ésta se enfrenta para alcanzar la salud y los modos de hacer frente y superar esas limitaciones. También pone de relieve los riesgos y problemas de salud a que se enfrentan los hombres como consecuencia de la interpretación social de su papel⁴.

El análisis de género en las políticas de salud pretende identificar y producir información sobre cuál es la situación y cuáles son las propuestas de intervención para producir un cambio en todas las fases del proceso de construcción de las políticas⁵⁻⁷, incluyendo la identificación de información relevante para la reducción de desigualdades de género en la construcción social de los problemas de salud y la identificación de los actores claves y los grupos de presión que ejercen la defensa para influenciar el proceso de desarrollo de aquellas políticas que tienen prioridad para el grupo, de acuerdo con sus intereses. Por tanto, también cómo las cuestiones de género se introducen en el discurso mediático de los grupos de presión y cómo hay que introducirse para hacer más (y mejor) presión para la incorporación a la agenda. Y, mediante el análisis de la formulación y de la implantación, cómo se explicitan estas estrategias en un documento público y cómo se lleva a cabo la transversalidad de género. Por último, la evaluación nos sirve para conocer y valorar los posibles cambios como consecuencia de la acción política.

Se pretende en este capítulo abordar los fundamentos del análisis de género en las diferentes fases del proceso de desarrollo de las políticas de salud e ilustrarlos con algunos casos de investigaciones ya realizadas, proponiendo también cuestiones o preguntas de investigación útiles y necesarias para cada fase del proceso.

6.2 REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA SOBRE EL TEMA

En la producción científica generada en torno al análisis de políticas de salud y género destaca una importante heterogeneidad de temas y enfoques. Puede decirse que se comparte, en mayor o menor medida, el enfoque de género, la producción centrada en la construcción social de las diferencias entre mujeres y hombres, sus consecuencias en términos de división sexual del poder, influencia, estatus social y acceso a los recursos, y su impacto en las oportunidades de participación y de hacerse visibles las contribuciones de mujeres y hombres en la producción de conocimiento, ciencia y tecnología⁸. Sin embargo, incluso en estos aspectos en común, existen diferencias en cuanto a los niveles de observación aplicables.

Puede hablarse de tres niveles de observación de género en relación con la identidad social, la estructura social y la identidad personal^{9,10}. Más específicamente, el género como base de los valores normativos de la sociedad, o la identidad social de género, ha sido definido en relación con aspectos formales que pueden derivar en la promoción de estereotipos sexuales a través del lenguaje, el tratamiento de las personas, la valoración de los roles que hombres y mujeres desempeñan en la sociedad, y la presencia o ausencia de información relacionada con patrones de riesgo derivados de roles masculi-

nos y femeninos socialmente adscritos y con problemas de salud consecuencia de dichos roles –por ejemplo, ansiedad, depresión o estrés¹¹.

En segundo lugar, el género como principio organizador de la estructura social se aborda ampliamente en la bibliografía generada en torno al impacto en la salud de la división sexual del trabajo productivo y reproductivo –cuidados y doméstico–, de la dedicación de horas a tareas relacionadas con el trabajo productivo y reproductivo y del acceso a recursos sociales, educativos, sanitarios y de apoyo social¹¹.

Por último, el género como componente de identidad individual se refiere a conflictos derivados de la realización de múltiples roles y a la insatisfacción con la imagen corporal, la autoestima, el reconocimiento percibido por la persona con respecto a su trabajo y los problemas de salud derivados de las diferencias orgánicas debidas al sexo –salud reproductiva, sexualidad y relaciones íntimas de pareja¹¹.

Podría decirse que la investigación centrada en las desigualdades en salud con enfoque de género, y más específicamente aquellos estudios en los que se han analizado estrategias, intervenciones y políticas orientadas a disminuir dichas desigualdades en los últimos años¹²⁻¹⁴, parte del nivel de observación de género como identidad social. En efecto, se trata de evidencias que pueden contribuir al desarrollo de políticas de igualdad entre hombres y mujeres que contrarresten los efectos perjudiciales en la salud de aquellos aspectos formales –el lenguaje, el tratamiento de las personas, la división sexual de roles en la sociedad y su diferente valoración– que a su vez promueven estereotipos sexuales.

Además, se encuentra una importante contribución científica a las políticas promotoras de la representación femenina en puestos de decisión pertenecientes a los ámbitos sanitario¹⁵⁻¹⁷, político¹⁸ y, en España, en relación con sociedades científicas de salud pública¹⁹. Con respecto a los trabajos productivos y reproductivos destacan los estudios que no sólo hacen exclusiva a una esfera u otra, sino que también han contribuido a la emergencia de políticas de conciliación de la vida laboral y familiar²⁰⁻²³. Esta extensa bibliografía, ya abundante teniendo sólo en cuenta el último quinquenio, también en España²⁴⁻²⁷, parte de una perspectiva o enfoque centrado en el impacto en la salud, sobre todo de las mujeres, del género como principio organizador de la estructura social.

Por último, con respecto al nivel de observación de género como identidad individual, pueden mencionarse los estudios que han contribuido con evidencias al desarrollo de las denominadas políticas del cuerpo, referidas a los elementos más privados de la vida de hombres y mujeres –sus cuerpos, su sexualidad y sus capacidades reproductivas²⁸. En este sentido, cabe distinguir entre los estudios centrados en el análisis de políticas relativas a derechos reproductivos²⁹⁻³³, de las relacionadas con la sexualidad u orientación sexual³⁴ y la emergente e importante literatura desarrollada desde la salud pública internacional y española que aporta evidencias para políticas e intervenciones contra la violencia de género³⁴⁻⁴⁵.

6.3 PROPUESTAS DE AVANCE EN EL ANÁLISIS DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD

6.3.1 EN LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

En un debate público lo más importante no es quién tenga razón o quién aporte más argumentos técnicos a favor o en contra de una determinada cuestión. Lo más importante es la capacidad para definir conceptualmente un problema y sus posibilidades de intervención para reducirlo o aminorarlo. Se acepta ya además, como una de las funciones de la salud pública, la contribución a la construcción social adecuada de los problemas de salud y sus respuestas⁴⁶. Los grupos dominantes en una sociedad construyen socialmente los conceptos, y en concreto en lo que afecta a las mujeres, para perpetuar su poder. Por ejemplo, durante siglos las mujeres blancas fueron y continúan siendo “construidas socialmente” con mayor debilidad biológica que los hombres⁴⁷, cosa que nunca ocurrió con las mujeres negras. El poder es una dimensión social en la construcción cultural del conocimiento de la medicina y de la ciencia. La medicina reproduce las desigualdades y las jerarquías haciendo naturales y normalizando las desigualdades a través de hechos e imágenes sobre el cuerpo⁴⁸.

Los medios de comunicación son los mediadores del proceso de comunicación entre la población y más concretamente, entre los grupos de presión social y los responsables últimos de la adopción de políticas⁶. Pero además participan como grupo de presión no sólo por lo que dicen sino también por que lo dicen, o lo ignoran, o consiguen incorporar un tema en agenda, en función de a quien le permiten hablar o qué importancia se le da a un tema y el marco en el que se desarrolla⁴⁹. Por tanto incluir la cuestión de género en los medios de comunicación es un elemento fundamental, ya que de esta forma la cuestión se politiza y requiere atención por parte de la población (mediante su aparición en los medios de comunicación) y por parte de los políticos (mediante su aparición en los procesos políticos).

Con este conocimiento se pretende conseguir que los conceptos de género y la desigualdad que se produce debido al desigual tratamiento que reciben los hombres y las mujeres, se conozcan y se reconozcan, ayudando con ello a proponer políticas que reduzcan la desigualdad y no la perpetúen. En la Tabla 6-1 se describe un análisis de la construcción social del enfoque de género en los medios de comunicación, donde se observa que las mujeres están menos representadas como “actores” y lo están mayoritariamente como sujetos pasivos (pacientes). Y conclusiones semejantes se obtienen en otros estudios de similares características⁵⁰.

Durante las últimas décadas ha habido un debate importante sobre la salud de las mujeres y las desigualdades. Existe el reconocimiento de que hablar de la salud de las mujeres no se limita a cuestiones reproductivas sino a la desigualdad entre sexos. Aunque el género hace referencia a los diferentes roles sociales entre hombres y mujeres, hay que evitar centrarlo exclusivamente en el análisis de roles, que tiende a focalizar el problema en los cambios de comportamiento a nivel individual en vez de en el cambio de políti-

cas estructurales que afecten a la sociedad⁴⁸. Construirlo socialmente de esa manera desplazaría el eje de la intervención sólo al cambio de comportamiento de los hombres y las mujeres y no a un cambio también en la estructura social.

En este proceso es fundamental que un “suceso”, que es una cuestión individual y fortuita, (aunque pueda tener mucha repercusión en los medios de comunicación) se pueda construir como una cuestión poblacional con posibilidades de intervención para prevenir el problema o aminorarlo. Un ejemplo de este proceso se presenta en la Tabla 6-2. El objetivo de este estudio (entre otros) fue producir información de manera que ayudara a construir el problema de la violencia de género como una cuestión poblacional y por ello social y no un suceso individual (crimen pasional).

TABLA 6-1 LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD Y EL GÉNERO EN ALGUNOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS NOTICIAS DE SALUD.

Gac Sanit. 2004; 18 (2): 65-74

Objetivo: Analizar con enfoque de género el contenido de las noticias sobre problemas de salud que afectan ambos sexos (cáncer, infarto y tabaco), o principalmente mujeres (anorexia, malos tratos, aborto), publicadas en medios de comunicación escritos durante los años noventa.

Métodos: Análisis de contenido de las noticias de los temas mencionados de El País, ABC y El Mundo (1991-1999). Fuentes de información: bases de datos informatizadas de los periódicos. Muestra de 1358 noticias (malos tratos [57], anorexia [79], infarto [118], aborto [330], tabaco [350], cáncer [422]). Conceptos estudiados: visibilidad y atribución de poder y paridad.

Resultados: Un 38% de las noticias que identificaban el sexo de los periodistas fueron firmadas por mujeres. Como actores de las noticias, los hombres (73%) fueron más visibles que las mujeres (40%). La mayor presencia de las mujeres fue como pacientes (14%) y la de los hombres como políticos (29%) y médicos (24%).

Implicaciones para las políticas: Hace falta fortalecer el enfoque de género en las noticias de salud. Equiparar el tratamiento dado a los hombres y las mujeres, preguntarse rutinariamente sobre la presencia de las mujeres en las noticias, construir una imagen positiva del proceso de cualquier enfermedad sin clichés androcéntricos y sacar a la luz pública los problemas de salud derivados de estereotipos de género son parte de las recomendaciones para la elaboración de noticias de salud con enfoque de género que realizan los autores.

Ruiz MT, Martín M, La Parra D, Vives-Cases C, Albaladejo M.

6.3.2 EN LA TOMA DE DECISIONES PARA QUE EL GÉNERO SE INTRODUZCA EN LA AGENDA POLÍTICA

¿Cuándo un problema de salud empieza a ser problema del conjunto de la sociedad en vez de un problema individual? Ésta es quizá la pregunta del millón, por las implicaciones que tiene para la posible consecución de recursos. El conjunto de problemas que apelan a un debate público y a una eventual respuesta pública se denomina agenda. Poner en la agenda un problema aparece como un mecanismo esencial en una sociedad democrática. Un problema de salud no existe en sí mismo sino en relación con los actores específicos, cuyas prioridades e intereses suelen ser diferentes. Un problema se politiza publicitándose, haciendo que haya que tomar decisiones al respecto y por lo tanto que cada uno de los actores implicados se posicione con res-

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA

TABLA 6-2

UNA EXPERIENCIA DE DEFENSA DE LA SALUD EN VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES.

Gac Sanit. 2005; 19 (3): 262-4

Objetivo: Visibilizar información que contribuya a la construcción de un enfoque poblacional de la violencia de género

Métodos: En Noviembre de 2003, comenzó una iniciativa de defensa de la salud de las mujeres en Internet. Desde entonces, mensualmente se publica en e-leusis.net el índice epidémico de muertes por Violencia del Compañero Intimo (VCI) en la sección “Alerta Violencia”. La iniciativa se hizo pública con una rueda de prensa y, cada mes se circula una nota de prensa comentando el resultado.

Resultados: “Alerta Violencia” ha recibido 2330 visitas, unas 65 semanales. La noticia fue cubierta por varios periódicos, informativos de televisión y emisoras de radio.

Implicaciones para las políticas: El desarrollo de respuestas políticas para un problema necesita de su construcción como problema social, un sistema de vigilancia epidemiológica continuo y accesible para la población y tomadores de decisiones que contribuyan en ello.

Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Bernabeu A.

pecto al problema y con respecto a los posibles niveles de intervención (las soluciones). Toda demanda debe ser codificada y traducida a un lenguaje adecuado para que pueda ser escuchada o tratada. La incorporación a la agenda se presenta entonces como un proceso de concurrencia entre demandas múltiples y entre jerarquías de prioridades heterogéneas. Hace falta plantear el problema y ser capaz de formular la demanda en términos de acción política y pública⁵⁻⁷.

Para que se incluya un tema en agenda, los grupos de presión deben saber a qué puertas llamar, por quién ser escuchado, cómo formular la demanda para que sea audible, y en qué momento hacerlo (ventana de oportunidad)^{5,6}. También deben organizar sus planes estratégicos mediante el desarrollo de información para los medios de comunicación, crear o romper alianzas con organizaciones con intereses parecidos y buscar líderes que apoyen las opciones¹.

Necesitamos investigar acerca de cómo influir para aparecer en la agenda. La OMS lo llama defensa (advocacy) y lo define como la combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud^{2,51,52}. La existencia de grupos y redes de presión ayudan a visibilizar la existencia de un problema y conceptualizarlo de una determinada manera. En este sentido algunos grupos de investigación se comportan también como grupos de presión produciendo información para visualizar las desigualdades y conceptualizarlas de forma que se vean los beneficios de intervenir frente a no hacerlo^{53,54}.

La Tabla 6-3 muestra un análisis realizado para conocer si la violencia de género forma parte de la agenda. Se puede observar que aunque las mujeres realizan menos preguntas parlamentarias son las que con mayor énfasis intentan que el tema se incluya en la agenda para la toma de decisiones.

Por tanto, el análisis de género en las cuestiones de agenda tiene como objetivo producir información que intente dar respuesta y experiencia a las cuestiones que se han planteado anteriormente. Nancy Milio lo resumió en dos preguntas que propuso como cruciales para activar las políticas públicas saludables¹. La primera: ¿qué (propuesta) política haría la reducción de las desigualdades de género, la más fácil de elegir por los/as políticos/as y aquellos/as que les apoyan?. O sea, que se pierda en términos de salud por no abordar las desigualdades de género, y cómo somos capaces de mostrarlo de una forma tan clara, que los/as políticos/os lo tienen fácil para argumentarlo y para incluirlo en agenda y la población para entenderlo. Esta pregunta se respondería en términos de ganancia en salud, o sea, qué ganamos reduciendo las desigualdades de género. La segunda pregunta sería: ¿cómo deberían estar formuladas éstas (las políticas para abordar la reducción de desigualdades de género), para que sean las más fáciles de defender por los/as políticos/as y por sus seguidores? O sea, qué acciones se pueden hacer y cómo. Esta pregunta se responde en términos de proceso, es decir, cómo se puede llevar a cabo.

LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA AGENDA DEL PARLAMENTO ESPAÑOL (1979-2004).

Gac Sanit. 2006; 20 (2): 142-8.

Objetivo: Describir sistemáticamente las características de los procesos de formulación y toma de decisiones vinculadas al poder legislativo del Estado español en materia de violencia de género.

Métodos: Búsqueda sistemática de iniciativas parlamentarias sobre violencia de género en la web del Congreso de los diputados (<http://www.congreso.es>). Análisis de contenido cuantitativo de todas las iniciativas parlamentarias del Congreso de los Diputados y del Senado realizadas sobre el tema desde 1979 a 2004. Variables: Tipo función parlamentaria de la iniciativa, tipo de iniciativa parlamentaria, localización de la iniciativa parlamentaria, grupo parlamentario que promueve la iniciativa parlamentaria, sexo del interlocutor principal de la iniciativa, y toma de decisiones con impacto en las políticas.

Resultados: En 26 años, se produjeron 322187 iniciativas parlamentarias, de las que 569 fueron de violencia de género. Destacan las tasas de iniciativas sobre el tema de 1998 (4,12 x 10³), 2001 (4,49) y 2004 (9,19). El 67% fueron preguntas al gobierno. La mayoría fueron tramitadas sin acuerdo o decisión (81%). Los hombres obtuvieron una mayor probabilidad de preguntar (OR=17,08 [IC95%:5,91-55,62]), pero ellas promovieron el 60% de las iniciativas sobre el tema. La probabilidad de preguntar fue mayor entre los miembros del gobierno (OR=2,63 [IC95%: 1,32-5,31]), aunque la oposición lideró el 88% de las iniciativas.

Implicaciones para las políticas: En España, sólo se ha producido una incipiente construcción política de la violencia de género que puede o no llevar al desarrollo de verdaderas políticas. La actividad parlamentaria sobre el tema debe mantenerse a largo plazo, puesto que, el problema persiste.

Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portino M, Alvarez-Dardet C.

6.3.3 EN LA FORMULACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD: VALORAR EL IMPACTO POTENCIAL

La formulación significa la explicitación en un documento de la política de salud para un determinado periodo de tiempo. Debe incluir las metas y objetivos con los que se pretende mejorar la salud, las prioridades entre los objetivos propuestos y las principales direcciones para conseguirlo. La estrategia debe dar una amplia línea de acción para conseguir los objetivos incluyendo la identificación de puntos de intervención adecuados, las formas de asegurar que sectores diferentes del sanitario se involucren, el rango de factores políticos, sociales, económicos y de gestión que intervienen y las debilidades y cómo afrontarlas⁵⁵.

Existen muchas razones que muestran la utilidad y la importancia de analizar los documentos de políticas de salud. Quizá la principal sea que la existencia de un documento escrito hace explícita una determinada (intención) política; por lo tanto estos documentos informan sobre los ejes en los que se mueven las políticas y que finalmente inspirarán las acciones que se vayan a llevar a cabo. Fuerza a los decisores a mostrar un modelo de la acción política propuesta, mejorando la transparencia, potenciando la responsabilidad social y estableciendo relaciones entre las intenciones explícitas (en forma de objetivos e intervenciones) y los resultados esperados (en forma de datos que muestran los cambios en el estado de salud para todos los grupos de población). Permiten por tanto su monitorización y su evaluación, conocer si se han implantado o, aunque parecía que había intención política, se han quedado en el espacio de la retórica. Algo extremadamente importante también es que los documentos de formulación de políticas informan acerca de las cuestiones que no aparecen, es decir, que permanecen invisibles. Por otra parte ayuda a desarrollar canales democráticos donde los diferentes actores podrían participar en el proceso de toma de decisiones. Además el análisis de la formulación de políticas tiene que ver con el futuro (en qué se van a emplear los recursos en el próximo periodo de tiempo), mientras que la evaluación (y la descripción de una situación) refleja el resultado de intervenciones que tuvieron lugar en el pasado.

En la Tabla 6-4 se presentan los resultados de un análisis de género en la formulación de los planes de salud de las CCAA que lo tenían disponible en el momento del estudio. Se observa que el análisis de género se ha incorporado mayoritariamente en la descripción de los problemas de salud y en menor medida en las propuestas de intervención para reducir las desigualdades, aunque algunas CCAA tienen ya experiencia en ello y se podría avanzar sobre su experiencia acumulada.

Por otra parte la investigación que se necesita para formular políticas de salud para reducir las desigualdades de género es aquella que produce información acerca de qué propuestas de intervención benefician a todos los miembros de la sociedad por igual y cuáles son las necesidades prácticas e inmediatas y estratégicas que afectan a la salud⁵⁶. Las necesidades prácticas o inmediatas son las que requieren una respuesta a corto plazo, son más fácilmente identificables, están referidas a cuestiones biológicas o problemas de salud específicos, proveen servicios de salud, involucran a hombres y mujeres como sujetos pasivos y mejoran los problemas de salud, pero los

roles y relaciones de género se mantienen constantes. Las necesidades estratégicas requieren respuestas a largo plazo, son más difícilmente identificables, están dirigidas a reducir las desigualdades en las relaciones de poder, enfocadas sobre procesos de empoderamiento que involucran a la población como participantes activos, mejoran la posición de las mujeres y mejoran las relaciones de poder. Por ejemplo, una necesidad práctica e inmediata de las mujeres que realizan los cuidados informales en nuestra sociedad es la necesidad de ayuda para reducir el impacto negativo en que ello tiene en su salud. Sin embargo, esto no cambia la estructura social ni los roles establecidos, sólo mitiga el impacto negativo de estos roles sobre la salud de las mujeres. Identificar como interés estratégico (por ejemplo) que los hombres se ini-

ANÁLISIS PARA CONOCER SI LA VIOLENCIA DE GÉNERO
FORMA PARTE DE LA AGENDA TABLA 6-4

SENSIBILIDAD DE GÉNERO EN LA FORMULACIÓN DE PLANES DE SALUD EN ESPAÑA: LO QUE PUDO SER Y NO FUE.

Gac Sanit. 2004;18(supl 2):36-46.

Objetivo: Examinar de forma sistemática la sensibilidad de género en las políticas formuladas en los planes de salud en España.

Métodos: Se seleccionaron los planes de salud y se diseñó una guía para sistematizar la recogida de información. Esta fue clasificada en declaraciones simbólicas cuando la equidad era una prioridad en los principios y valores, y en contenidos operativos cuando había intervenciones concretas relacionadas con los problemas de salud, con los entornos y con los objetivos de apoyo para el desarrollo de los planes de salud. Se construyó un índice de sensibilidad de género con un rango de 0 a 3, siendo este último indicativo de una sensibilidad mayor.

Resultados: Se analizaron 13 planes de salud. El País Vasco, la Comunidad Valenciana y Canarias tienen un alto contenido simbólico que no en todas se corresponde con su posterior implantación operativa. Un elevado número de CCAA incluye información de los problemas de salud por sexo. País Vasco, Cataluña y Galicia son las CCAA con mayor sensibilidad operativa de género para la intervención. Para los objetivos relacionados con los entornos y los de apoyo al desarrollo del plan el contenido operativo es prácticamente nulo.

Implicaciones para las políticas: La sensibilidad de género en los planes de salud es muy desigual por CCAA. Algunas vías para la acción serían la formación de coaliciones y redes para visibilizar el problema así como construir sobre la experiencia de las CCAA que mayor sensibilidad de género realizan en sus propuestas.

Peiró-Pérez R, Ramón N, Alvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C et al.

cien en el desarrollo de dichos cuidados informales (y poner recursos para ello), e investigar sobre cómo hacerlo, significa cambiar las relaciones estructurales de género y pensar en términos de necesidades estratégicas.

Para ello hay que asegurar que la igualdad de género es el objetivo, y no las mujeres como población diana. Identificar las actividades que responden sólo a las diferencias de género y las que pretenden reducir las desigualdades. Y prestar atención a los hombres y su papel en la creación de una sociedad más justa⁵⁶.

6.3.4 EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS POLÍTICAS: MONITORIZAR LA TRANSVERSALIDAD DE GÉNERO

La implantación se define como el proceso de implicación de los hombres y las mujeres en cualquier actividad planeada, incluyendo la legislación, las políticas o los programas, en cualquier área y a todos los niveles. Es una estrategia para crear conciencia y experiencia en los hombres y las mujeres de que es una dimensión integral que afecta al diseño, implantación, monitorización, y evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas, sociales, siendo el objetivo final obtener la igualdad de género. Es un proceso técnico y político que requiere cambios en la cultura organizacional y en las formas de pensamiento así como en los objetivos, la estructura y la distribución de los recursos. Trabajar para conseguir la transversalidad de género requiere cambios a diferentes niveles en las instituciones, en la agenda política, en el desarrollo de políticas en la planificación, implantación y evaluación. Es un proceso a largo plazo que requiere profundos cambios en las estructuras burocráticas y organizacionales a todos los niveles^{3,4,56-60}.

Se necesita investigar acerca del proceso de implantación de la transversalidad de género en las políticas de salud, y para ello se han desarrollado algunos instrumentos^{3,4}. Básicamente son una lista de preguntas que tienen el objetivo de revisar si determinadas cuestiones de género lo tienen o no en cuenta. Estos instrumentos tienen interés porque ayudan a introducir las cuestiones de género en la práctica profesional, forzando a las instituciones que los han adoptado y a sus profesionales a chequear sus actividades en función de esta lista de preguntas y a argumentar cuando los aspectos de género no están cubiertos. También porque se han desarrollado de tal manera que acaban siendo preguntas de investigación, o sea cuestiones sobre las que hay poca información para poder decidir y por lo tanto que generan hipótesis y necesidades de información.

La transversalidad intenta asegurar que las necesidades, prioridades y amenazas, tanto de los hombres como de las mujeres, se reconocen, dirigen e influyen el proceso de planificación e implantación. Para ello todas las fases del proceso de desarrollo de políticas y de diseño de las políticas debe ser un proceso participativo, que involucre a hombres y mujeres de los grupos que se van a beneficiar con esas políticas, y en todos los niveles de deci-

¿TECHOS DE CRISTAL Y ESCALERAS RESBALADIZAS?

DESIGUALDADES DE GÉNERO Y ESTRATEGIAS DE CAMBIO EN SESPAS.

Gac Sanit. 2002;16; 358-360.

En las sociedades científicas, como en otros espacios públicos, la presencia de las mujeres en la toma de decisiones es menor que la de los varones.

Describimos la situación en SESPAS donde, a pesar de contar con un 40% de socias, las mujeres han estado escasamente representadas en los puestos donde se toman las decisiones y en los de reconocimiento profesional. Se explica el proceso de cambio que se ha impulsado en los últimos años y algunos de los efectos de las acciones emprendidas. Visualizar las desigualdades de género existentes provocó el debate y el interés por la acción. Se ha establecido un grupo de trabajo de género y salud pública. En los dos últimos años se han incorporado más mujeres a los puestos de poder y de reconocimiento profesional en SESPAS.

Colomer Revuelta C, Peiró Pérez R.

sión. En la Tabla 6-5 se presenta una intervención realizada dentro de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y los resultados obtenidos.

Una cuestión importante que se puso de manifiesto es que producir información y hacer visible la desigualdad puede tener consecuencias inmediatas.

La investigación en la implantación requiere un análisis de los hombres y mujeres de forma separada como partes interesadas, evaluando la importancia de cada uno de ellos, su poder e influencia relativa, así como la identificación de los riesgos y asunciones que podrían afectar al diseño del proyecto. Así mismo los grupos asesores, de trabajo, de gestión, deben incluir mujeres, pero también se debería evaluar la importancia de cada uno de ellos en términos de poder e influencia relativos.

6.3.5 EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS EN CURSO: LA EQUIDAD EN LOS RESULTADOS

Políticas de salud aparentemente no discriminatorias, pueden tener un impacto diferente en las mujeres y en los hombres y reforzar las desigualdades existentes. Un plan para evaluar y monitorizar permite una revisión periódica del progreso (monitorización) y muestra los cambios que han ocurrido (evaluación) como consecuencia de las intervenciones^{57,58}.

El análisis de género en la evaluación de las políticas de salud tiene como objetivo –con el reconocimiento previo de la distinta situación de partida entre mujeres y hombres y de sus diferentes necesidades– identificar y valorar si la aplicación de las políticas produce un beneficio equivalente en mujeres y en hombres o, por el contrario, condiciona la aparición de desigualdades en salud o incrementa las ya existentes⁶¹. Como toda evaluación, debe ser un proceso continuo, que permita introducir cambios y mejoras durante su desarrollo. Se pretende medir si las políticas reducen las desigualdades (largo plazo) y no sólo si las políticas contienen acciones relacionadas con las cuestiones de género (corto plazo)^{57,58}.

El análisis del impacto de las políticas sobre la salud, que es también evaluación de políticas, pretende estudiar los potenciales efectos sobre la salud y sobre la equidad, estudiando cómo estos potenciales impactos se distribuyen en los diferentes grupos de población e intentando prevenir las desigualdades que puedan aparecer debidas a la política bajo consideración⁶².

La evaluación de las políticas de salud puede realizarse mediante metodología tanto cuantitativa, a través del cálculo de indicadores, como cualitativa, ésta última especialmente útil en el análisis de género. La evaluación de las políticas de salud con perspectiva de género va más allá de la simple desagregación de los datos por sexo, y de los individuos como unidad de observación y análisis. Debe incluir también, entre sus objetivos, los procesos políticos que conforman una situación dada y las correlaciones de poder sobre la que se sustenta. Por tanto, serán necesarios⁶²⁻⁶⁴: a) indicadores que evidencien las desigualdades en salud entre mujeres y hombres y su magnitud; b) indicadores que pongan de manifiesto los factores causales que contribuyen a estas desigualdades; y c) indicadores que midan el impacto de las desigualdades de género y de la efectividad de la respuesta. Pero también la evaluación requerirá: d) el análisis de los discursos de los políticos y contenidos de las políticas para conocer si se han producido cambios con respecto a la construcción social de los problemas de salud y la sensibilidad de género; e) estudios de la agenda para conocer hasta que punto esta sensibilidad se convierte en decisiones de políticas que afectan a la salud y movilizan recursos; f) análisis de los hombres y las mujeres en términos de grupos sociales, su influencia y poder, así como las amenazas y oportunidades para obtenerlos.

La metodología cualitativa puede resultar muy útil en la evaluación de las políticas de salud con perspectiva de género, ya que con ella se obtiene información sobre percepciones, actitudes, creencias y expectativas, lo que puede facilitar la comprensión del proceso social y aportar información sobre por qué se producen y cómo modificar las situaciones de desigualdad en salud detectadas. Además, dado su carácter participativo permiten que los

LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR ¿UN HORIZONTE POSIBLE?

Sociología del Trabajo. 2004;50: 111-153.

Objetivo: Mostrar la existencia de la doble presencia y poner de manifiesto los condicionantes socioculturales que dificultan las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral.

Métodos: Estudio que combina metodología cualitativa y cuantitativa, a través del análisis de la Encuesta de población activa (4 trimestre de 2000), y metodología cualitativa mediante la realización de grupos de discusión y un estudio de caso. Las variables estructurales utilizadas para la configuración de los 4 grupos de discusión han sido el género, la clase social, la edad, el ciclo de vida y las cargas familiares. El estudio de caso se desarrolló bajo la forma de taller cívico.

Resultados: La doble presencia es una realidad mayoritariamente femenina, que presenta una heterogeneidad interna en función de distintas variables, fundamentalmente el tipo de ocupación, la categoría socioeconómica y el nivel de estudios. Esta heterogeneidad condiciona distintos tipos de doble presencia y éstas a su vez, distintos modelos de conciliación. Son las mujeres las que asumen la responsabilidad del trabajo doméstico familiar, el tiempo femenino es el tiempo de los demás.

Implicaciones para las políticas: Romper la división social y sexual del trabajo en el hogar familiar requiere; mostrar las raíces estructurales de tal división, la implantación de políticas sociales que actúen frente a la falta de recursos materiales que faciliten la conciliación y la corresponsabilidad de la vida familiar y laboral, así como, que sean capaces de modificar las pautas y los valores que la dificultan.

Torns T, Borrás V, Carrasquer P.

puntos de vista de las minorías también sean tenidos en cuenta^{61,63,64}. Se puede recurrir a entrevistas en profundidad a miembros de la comunidad o informadores clave, grupos de discusión, foros comunitarios, análisis del discurso en los medios de comunicación, etc⁶³. En la Tabla 6-6 se presenta la utilización de diferentes tipos de metodología para evaluar el trabajo reproductivo; independientemente de las variables estructurales, en cualquier caso, son las mujeres las que se ocupan de este tipo de trabajo. En la Tabla 6-7 se observa, sin embargo, que el impacto en términos de salud del trabajo reproductivo es diferente por clase social y las mujeres de clase más desfavorecida sufren peores consecuencias para su salud.

La OMS realizó una revisión sobre distintas herramientas utilizadas en el análisis de género, tanto en el ámbito específico de la salud como en otros entornos, algunas de las cuales pueden ser utilizadas en la evaluación de las políticas. El marco conceptual en el que se apoya esta revisión aporta un listado de cuestiones útiles que pueden aplicarse en la evaluación de las políticas de salud con perspectiva de género y que giran en torno a aspectos relacionados con los determinantes sociales de la salud y la enfermedad y las interrelaciones entre ellos, el acceso a los servicios de salud, la calidad de los servicios recibidos, el impacto de la financiación, la participación de las mujeres y los hombres en el proceso, etc⁴.

TABLA 6-7 ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL TRABAJO REPRODUCTIVO SEGÚN CLASE SOCIAL

GENDER INEQUALITIES IN HEALTH AMONG WORKERS: THE RELATION WITH FAMILY DEMANDS.

J Epidemiol Community Health. 2001; 55: 639-647.

Objetivo: Analizar si existen desigualdades de género en la salud en población ocupada casada o que convive en pareja y determinar si hay diferencias de género en la relación entre las exigencias familiares y la salud. Además, para ambos objetivos se examina si los patrones de género son similares según la clase social.

Métodos: Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Catalunya de 1994. La muestra analizada está constituida por 2148 hombres y 1185 mujeres. Las variables dependientes fueron 4 indicadores de salud (estado de salud percibido, limitación crónica de la actividad habitual, padecer al menos un trastorno crónico y salud mental) y dos conductas relacionadas con la salud (realización de ejercicio físico en el tiempo libre y dormir 6 horas o menos al día). Las exigencias familiares se midieron con el número de personas en el hogar, la convivencia con menores de 15 años y con mayores de 65.

Resultados: Las exigencias familiares no se asociaron con ninguno de los indicadores de salud analizados en los hombres ni en las mujeres de clases más favorecidas. Por el contrario, entre las mujeres de clases manuales el tamaño del hogar se asoció de forma consistente con peor estado de salud percibido, de salud mental, más limitación crónica de la actividad habitual y menos horas de sueño. Además, en este colectivo la convivencia con menores de 15 años se asoció también con una menor prevalencia de práctica de ejercicio en el tiempo libre.

Implicaciones para las políticas: Importancia del trabajo doméstico para explicar la salud de las mujeres que realizan un trabajo remunerado. Impacto centrado en las mujeres de clases más desfavorecidas. Resultan necesarias actuaciones encaminadas a fomentar la corresponsabilidad en las tareas domésticas y el aumento de los recursos comunitarios para hacer frente a estas exigencias, teniendo en cuenta la situación más desfavorecida de las mujeres de clase baja.

6.4 CONCLUSIONES

El análisis de políticas de salud con enfoque de género, aunque pueda parecer un área de conocimiento relativamente reciente, se encuentra dentro de las competencias reconocidas en España de la salud pública⁴². Se describen a continuación algunas de las cuestiones y áreas de interés a desarrollar en este ámbito agrupadas según las funciones de la salud pública a las que correspondería su abordaje.

Comprender y medir los determinantes de la salud y el bienestar de las poblaciones humanas en sus contextos sociales, políticos y ecológicos

*Producir información que muestre las posibles diferencias sobre los hombres y las mujeres que tienen las políticas con impacto en salud: trabajo, asuntos sociales, transporte, vivienda, educación, etc., analizando si éstas producen desigualdades.

*Hacer visible la información con perspectiva de género para hacer conscientes a la población y a los políticos de la necesidad de tomar decisiones a este respecto.

*Producir información sobre los actores implicados en los procesos de toma de decisiones y sus intereses.

*Mostrar las consecuencias de no incluir las cuestiones de género en las políticas

Contribuir a la construcción de respuestas sociales adecuadas para mantener, proteger y promover la salud

*¿Qué información hay que producir y de qué manera se debe mostrar para que las cuestiones de género que afectan a la salud se configuren como una cuestión poblacional y estructural, y no individual?

*¿Quién produce la información sobre las cuestiones de género relacionadas con la salud en los medios de comunicación?

*¿Cuáles son los beneficios para el conjunto de la sociedad de introducir las cuestiones de género y de que los políticos tomen decisiones referentes a las cuestiones de género?

Apoyar las garantías, eficiencia, sostenibilidad, subsidiaridad, equidad y paridad en las políticas, programas y servicios para la salud

*¿Cuáles son las intervenciones para cubrir las necesidades inmediatas y cuáles son las intervenciones que tienen que ver con los intereses estratégicos, para los problemas de salud y para los entornos que mejoran la salud?

*¿Cuáles son las necesidades inmediatas que reducen las desventajas de género en ese problema de salud y en ese entorno de salud?

*¿Cuáles son los intereses estratégicos que reducen las desigualdades de género en ese problema de salud?

*¿Está la organización dispuesta a que se produzca un cambio organizacional para la reducción de las desigualdades de salud por género?

*¿Cómo se distribuyen los recursos, incluidos los presupuestos?

*¿Cuáles son los beneficios (humanos, financieros, etc.) que una determinada política aporta a los hombres y a las mujeres?

*¿Cuáles son los costes (humanos, financieros, etc.) que una determinada política carga sobre ambos hombres y mujeres?

*¿Cómo se percibe por parte de los diferentes grupos “beneficiarios” de una determinada política esta opción en términos de costes, beneficios, aceptabilidad y factibilidad?

*¿Cuáles son las consecuencias de que una determinada política no tenga incorporada la sensibilidad de género para los hombres y las mujeres?

*¿Cuáles son los beneficios para el conjunto de la sociedad de introducir las cuestiones de género en las políticas de salud?

*¿Cómo se puede mostrar esa información a los políticos para que la puedan defender?

El análisis de políticas con enfoque de género y su impacto en la salud es un área de investigación que se incluye en las competencias profesionales de la salud pública, que utiliza información procedente de la metodología epidemiológica clásica, y que introduce unidades de observación, metodologías y técnicas de investigación más utilizadas en las áreas de conocimiento de las ciencias sociales. Se nutre fundamentalmente de las aportaciones del análisis de políticas y del análisis de género en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Milio N. *Making healthy public policy, developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies*. In: Health Promotion Research. Badura B. Kickbusck I, editors. Copenhagen: World Health Organization Regional Publications; 1991.
- 2 Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la salud*. Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
- 3 United Nations development programme. *Gender in development programme. Learning information package*. Gender mainstreaming [citado 12 Jul 2006]. Disponible en: http://www.undp.org/women/docs/GM_INFOPACK/Mainstreaming1.doc
- 4 World Health Organization. *Gender analysis in health. A review of selected tools*. Ginebra: World Health Organization; 2002 [citado 12 Jul 2006]. Disponible en: <http://www.who.int/gender/documents/en/Gender.analysis.pdf>
- 5 Subirats J. *El análisis de las políticas públicas*. Gac Sanit. 2001; 15 (3):259-264.
- 6 Meny I, Thoenig J.C. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel Ciencia Política; 1992.
- 7 Walt G. *Health Policy. An introduction to process and power*. London: Zed Books; 1994
- 8 Braidotti R. The uses and abuses of the Sex/ Gender distinction in European Feminist Practices. En: Griffin G, Braidotti R, editors. *Thinking Differently. A reader in European Women's Studies*. London: Zed Book; 2002.
- 9 Harding S. *Feminism and Methodology: Social Science Issues*. Bloomington: Indiana University Press; 1987.
- 10 Harding S. *Whose Science, Whose Knowledge?* Ithaca: Cornell University Press; 1991.
- 11 Ruiz MT, Papí N, Cabrera V, Ruiz A, Álvarez-Dardet C. *Los sistemas de género en la Encuesta Nacional de Salud*. Gac Sanit. 2006 (en prensa)
- 12 Spitzer DL. *Engendering health disparities*. Can J Public Health. 2006; 96 (suppl. 2): S78-S96.
- 13 Gomez EG. *Gender equity in health sector reform policies in Latin America and the Caribbean*. Rev Panam Salud Publica. 2002; 11 (5-6): 435-438.
- 14 Díez E, Peiró R. *Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud*. Gac Sanit. 2004; 18 (supl 1): 158-167.
- 15 Thurston WE, Vollman AR, Meadows LM, Rutherford E. *Public participation for women's health: strange bedfellows or partners in a cause?* Health Care Women Int. 2005; 26 (5): 398-421.

- 16 Thurston WE, Scott CM, Horne T, Donner L. *Constraints on Women's Intersectorial Health Partnerships: Lessons from Canada*. Can J Nur Res. 2003; 35 (3): 108-122.
- 17 Legato MJ. *The changing position of women in the medical marketplace: women's health morphs into gender-specific medicine*. Int J Fertil Womens Med. 2002; 47 (2): 55-60.
- 18 Weldon SL. *Beyond bodies: Institutional sources of representation for women in democratic policymaking*. Journal of Politics. 2002; 64 (4): 1153-1174.
- 19 Colomer C, Peiró R. *¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas? Desigualdades de género y estrategias de cambio en SESPAS*. Gac Sanit. 2002; 16 (4): 358-360.
- 20 Mckie L, Bowlby S, Gregory S. *Starting well: Gender, care and health in the family context*. Sociology. 2004; 38 (3): 593-611.
- 21 Pokhrel S, Snow R, Dong H, Hidayat B, Flessa S, Sauerborn R. *Gender role and child health care utilization in Nepal*. Health Policy. 2005; 74 (1): 100-109.
- 22 Meleis AI, Lindgren TG. *Man works from sun to sun, but woman's work is never done: insights on research and policy*. Health Care Women Int. 2002; 23 (6-7): 742-753.
- 23 Bover-Bover A. *El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y hombres de mediana edad: una perspectiva de género*. Enfermería Clínica. 2006; 16 (2): 69.
- 24 Santolaria E, Fernandez A, Daponte A. *El sector productivo*. Gac Sanit. 2004; 18 (supl 2): 24-30.
- 25 García-Calvente MdM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. *El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad*. Gac Sanit. 2004; 18 (supl 1): 132-139.
- 26 La Parra D. *Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales*. Gac Sanit. 2001; 15 (6): 498-505.
- 27 Artazcoz L, Borrell C, Benach J. *Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands*. J Epidemiol Community Health. 2001; 55: 639-647.
- 28 Mazur AG. *Theorising Feminist Policy*. New York: Oxford University Press; 2002.
- 29 Dahl E, Gupta RS, Beutel M, Stoebel-Richter Y, Brosing B, Tinneberg HR, Jain T. *Preconception sex selection demand and preferences in the United States*. Fertil Steril. 2006; 85 (2): 468-473.
- 30 Giacaman R, Wick L, Abdul-Rahim H, Wick L. *The politics of childbirth in the context of conflict: Policies or the facto practices?* Health Policy. 2005; 72(2): 129-139.
- 31 Cooper D, Morroni C, Orner P, Moodley J, Harries J, Cullingworth L, Hoffman M. *Ten years of democracy in South Africa: Documenting transformation in reproductive health policy and status*. Reproductive Health Matters. 2004; 12 (24): 70-85.
- 32 Panico S. *Hormone replacement therapy in menopause: How much the social context has influenced the interpretation of scientific evidence?* Medecine et Hygiene. 2004; 62 (2468): 273-276.
- 33 Meyer DE, De Oliveira DL. *Breastfeeding policies and the production of motherhood: a historical-cultural approach*. Nursing Inquiry. 2003; 10 (1): 11-18.
- 34 McAndrew S, Warne T. *Ignoring the evidence dictating the practice: sexual orientation, suicidality and the dichotomy of the mental health nurse*. J Psych Mental Health. 2004; 11 (4): 428-434.
- 35 Hague G. *Domestic violence survivors' forums in the UK: Experiments in involving abused women in domestic violence services and policy-making*. Journal of Gender Studies. 2005; 14 (3): 191-203.
- 36 Bevacqua M, Baker C. *Pay no attention to the man behind the curtain!: Power, privacy, and the legal regulation of violence against women*. Women and Politics. 2004; 26 (3-4): 57-83.
- 37 Carll EK. *News portrayal of violence and women: implications for public policy*. American Behavioral Scientist. 2003; 46 (12): 1601-1610.
- 38 Hall T, Whyte D. *At the margins of provision: Domestic violence, policing and community safety*. Policy and Politics. 2003; 31 (1): 3-18.
- 39 Mckie L. *Gender, violence and health care: implications for research, policy and practice*. Sociol Health Illn. 2003; 25 (1): 120-31.
- 40 Romero D, Chavkin W, Wise PH, Smith LA. *Low-income mother's experience with poor health, hardship, work and violence: implications for policy*. Violence Against Women. 2003; 9 (10): 1231-1244.
- 41 Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Bertomeu A. *Una experiencia de defensa de la salud*. Gac Sanit. 2005; 19 (3): 262
- 42 Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. *Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias*. Gac Sanit. 2004; 18: 4-12.
- 43 Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. *La violencia de género en la agenda del Parlamento español*. Gac Sanit. 2006; 20 (2): 142-148.
- 44 Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. *Detección temprana de la violencia del compañero íntimo. ¿Una intervención basada en la evidencia?* Med Clin (Barc). 2006;126(3):101-4.
- 45 Bayo A, González I, Román A, Rodríguez A, Grau S, Marina J, Tarancón I. *La mutilación genital en la mujer en el siglo XXI*. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2003; 46 (6): 257-266.

- 46 Benavides FG, Moya C, Segura A, de la Puente ML, Porta M, Amela C (y el Grupo de Trabajo sobre Competencias Profesionales en Salud Pública). *Competencias profesionales en salud pública*. Gac Sanit. 2006;20:239-43.
- 47 Krieger N, Fee E. *Man-made medicine and women's health: the biopolitics of sex/gender and race/ethnicity*. Int J Health Serv. 1994;24:265-83.
- 48 Sen G, George A, Östlin P. *Engendering health equity: a review of research and policy*. Harvard Center for Population and Development Studies. Working Paper Series. 2002; 12: 2.
- 49 Ruiz MT, Martin M, La Parra D, Vives C, Albadalejo M. *El enfoque de género en las noticias de salud*. Gac Sanit. 2004;18 Suppl 2:65-74.
- 50 Revuelta G, Alonso I, Tomás S, Guerrero M, Rohlfis I. *Género y salud en la prensa diaria*. Gac Sanit. 2004;18:201-6.
- 51 Loue S. *Community health advocacy*. J. Epidemiol Community Health. 2006;60:458-63.
- 52 S Chapman. *Advocacy for public health: a primer*. J. Epidemiol Community Health. 2004;58:361-65.
- 53 Grupo de Género y Salud Pública. *Sociedad Española de Salud pública y Administración Sanitaria* [citado 12 Jul 2006]. Disponible en: <http://genero.sespas.es/>.
- 54 *Red de Investigación de Género y Salud* [citado 12 Jul 2006]. Disponible en: <http://www.easp.es/redgenero/web/esp/index.asp>.
- 55 Ritsatakis A. *Conception, evaluation and experiences with implementation of the WHO HFA targets*. In: European Public health Centre, editors. International Workshops Targets setting in Brussels 8 and 9 march 1996. North Rhine-Westphalia: Institute of Public Health NRW;2000. p.28-37.
- 56 Gender mainstreaming guidelines In: *National policy formulation and implementation. Towards gender equality in Vietnam. Through gender-responsive national policy and planning*. VIE 01-015-01 Project "Gender in Public Policy" National Committee for the Advancement of Women in VietNam. Hanoi, 2004 [citado 12 Jul 2006]. Disponible en: http://vietnam.unfpa.org/documents/GenderMainstreamingGuidelinesInNationalPolicyFormulationAndImplementation_000.pdf
- 57 Christine Saulnier C, Bentley S, Gregor F, MacNeil G, Rathwell T, Skinner E. *Gender Planning: Developing an Operational Framework for En-Gendering Healthy Public Policy* [citado 3 May 2006]. Disponible en: www.acewh.dal.ca/eng/reports/Gender%20Planning.pdf
- 58 Christine Saulnier C, Bentley S, Gregor F, MacNeil G, Rathwell T, Skinner E. *Gender Mainstreaming: Developing a conceptual Framework for En-Gendering Healthy Public Policy* [citado 3 May 2006]. Disponible en: www.acewh.dal.ca/eng/reports/Gender%20Planning.pdf
- 59 Lobato Astorga P. *Experiencia de la Junta de Andalucía*. En: *Seminari ciutats i persones: Presupostos locals en perspectiva de gènere* [citado 3 May 2006]. Disponible en: http://www.ief.es/Investigacion/Recursos/Cursos/Genero/2006_LaExperienciaDeAndaluciaPilarLobato.pdf.
- 60 *Presupuestos públicos en clave de género. La iniciativa del País Vasco* [citado 3 May 2006]. Disponible en: http://ppcg.infopolis.es/segment.cfm?segment=1333&table_of_contents=1092.
- 61 Baume E, Juarez M, Standing H. *Gender and Health Equity Network: Gender and Health Equity Resource Guide*. Brighton: Institute of Development Studies - University of Sussex; 2001 [citado 25 May 2006]. Disponible en: <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/eng/doc13970/doc13970.htm>
- 62 Mindell J, Ison E, Joffe M. *A glossary for health impact assessment*. J Epidemiol Community Health. 2003;57:647-51
- 63 United Nations development programme. *Gender in development programme. Learning information package. Gender mainstreaming* [citado 3 May 2006]. Disponible en: http://www.undp.org/women/docs/GM_INFOPACK/GenderAnalysis1.doc
- 64 Canadian International Development Agency. *The why and how of gender-sensitive indicators: A project level handbook* [citado 29 May 2006]. Disponible en: [http://www.acdicida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Policy/\\$file/WID-HAND-E.pdf](http://www.acdicida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Policy/$file/WID-HAND-E.pdf)

NOTAS

