

Género y salud: diferencias y desigualdades

Gender and health: differences and inequalities

Izabella Rohlfis

A pesar de que «el pensar del mundo es masculino» y de que muchos estudios epidemiológicos se han centrado en una población exclusivamente masculina, las diferencias que existen entre hombres y mujeres sólo son posibles de entender a través de los estudios de género que tienen en cuenta, además de los factores biológicos ligados al sexo, los factores sociales que afectan de manera desigual a mujeres y a hombres.

Although the «way of thinking of the world is male» and many epidemiological studies have focused on an exclusively male population, differences between men and women are only understandable by means of studies on gender which take into account biological factors linked to sex, social factors involving differently women and men.

La salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. *Diferente* porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. *Desigual* porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas (Rohlfis, Borrell y Fonseca, 2000).

Una de las primeras ideas que tienen que quedar claras en el estudio de las desigualdades en salud según el género es la de que *género* no es una variable. El género se constituye y expresa a través de las relaciones sociales, roles y expectativas ligados a las atribuciones femeninas y masculinas, que no son fijas y cambian según la cultura y a lo largo de la historia (Scott, 1988). Para medir o entender el efecto del género en el análisis de datos poblacionales uno de los primeros pasos es desagregar la muestra según sexo. «El análisis separado por sexos evidencia circunstancias e interrelaciones entre variables únicas para mujeres y únicas para hombres. Esta dinámica específica de género estaría enmascarada en una muestra agregada» (Kunkel y Atchley, 1996). Sin embargo, Morgan (1981) destaca la importancia de un marco teórico sólido (proveniente de las ciencias sociales), que propicie un análisis crítico de los datos como un paso imprescindible para conseguir la perspectiva de género.

En muchos campos de la ciencia y especialmente en la epidemiología y en la presentación de datos biomédicos, la diferenciación entre sexo y género es difícil y a veces confusa. La palabra género se emplea de forma indiscriminada, tanto en su correcta acepción para definir las relaciones sociales entre los sexos, pero también como sinónimo «políticamente correcto» de la palabra sexo (Urdir, 1994). Un error frecuente en la bibliografía es la utilización del término *género* en artículos o estudios en los que no se han tenido en cuenta los conceptos de género en los parámetros de análisis o a justificar su uso sólo por el hecho de que la población de estudio esté desagregada según el sexo. Así, frecuentemente se encuentran tablas y figuras de datos cuantitativos crudos desagregados según sexo que incluyen el género en su título, por ejemplo: «Mortalidad por cáncer según género», que dentro del marco teórico que proponemos sería un error. En este ejemplo para utilizar el término *género* de manera correcta se tendrían que haber interpretado los datos de mortalidad en la búsqueda de los determinantes sociales y biológicos de la enfermedad (en el ejemplo cáncer) que fueran diferentes y desiguales para mujeres y hombres, y sólo así se podrían explicar los resultados según el género. Las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres, sin embargo presentan mayor morbilidad e incapacidad, lo que ha generado un amplio campo de investigación. De este contexto surge una pregunta crucial: ¿cuáles son los determinantes que podrían explicar las diferencias y desigualdades existentes en la

mortalidad y morbilidad de mujeres y hombres? Además de los factores biológicos ligados al sexo también se deben considerar los factores sociales. Cabe mencionar los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación que, frecuentemente, generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida justificarían su mayor morbilidad por trastornos crónicos que se extienden en toda la vida sin producir la muerte. El reconocimiento de la importancia del impacto del trabajo doméstico y de las condiciones en que éste se realiza es fundamental para entender las desigualdades en salud entre mujeres y hombres (Rohlf's *et al.*, 1997).

Asimismo cabe destacar que los roles de género también afectan a la salud de los hombres, por ejemplo condicionando su vida personal y autoestima a las expectativas sociales de éxito laboral y económico, a las dificultades decurrentes de las situaciones de paro. La falta de socialización para expresar sentimientos y padecimientos mentales y físicos, así como las deficiencias del propio sistema sanitario significan mayores dificultades para diagnosticar problemas afectivos y psicológicos encubiertos por somatizaciones o conductas de riesgo (adiciones, conducción agresiva de vehículos, comportamientos sexuales de riesgo) (Bonino, 2001).

Primariamente, la salud de la mujer fue estudiada básicamente con relación a su fisiología reproductiva. Y, debido a la invisibilización de su salud como un *todo*, hay patologías, que si los/las médicos/as no las investigan, su diagnóstico pasa desapercibido. Un ejemplo puede ser el de una mujer que llega a una consulta de atención primaria con quejas de cansancio, malestar general, dolores en las piernas y que sale con un tratamiento contra la depresión, cuando una prueba permitiría saber que sus síntomas se explican por una anemia por falta de hierro.

El «pensar el mundo en masculino» también representó para las ciencias de la salud (y en algunos casos sigue representando) una interpretación de que los hechos relacionados con la producción de enfermedad o la secuencia exposición–enfermedad no tienen matiz de sexo, mucho menos de género. Sin embargo, a partir de principios de la pasada década, el estudio de las desigualdades en la salud de mujeres y hombres, que sobrepasaban sus diferencias biológicas (sexuales), ha ido poco a poco ganando espacio en las publicaciones científicas.

Históricamente, muchos estudios epidemiológicos se han centrado en una población exclusivamente masculina. El patrón básico ha sido un hombre blanco (anglosajón) de 1,75 m de altura, 35 años y complexión fuerte. Las generalizaciones hechas a partir de este *patrón* han servido para disminuir o enmascarar las desigualdades en salud. Debido a que las desigualdades de género no actúan aisladas y sí interaccionan con otros factores, tales como el nivel socioeconómico, la etnia o la religión, no todas las mujeres u hombres de una determinada sociedad experimentan las desigualdades en salud de la misma manera (Gender y Health Group–Liverpool School of Tropical Medicine, 1998). Otro aspecto clave a tener en cuenta en el estudio de las desigualdades sociales en la salud es la estratificación socioeconómica de nuestra sociedad. El nivel socioeconómico es uno de los más importantes determinantes del estado de salud, conductas relacionadas con la salud y utilización de los servicios sanitarios (Borrell *et al.*, 2000). Prácticamente, en todos los continentes, debido a las estructuras de poder y oportunidades, son sobre todo las mujeres las más vulnerables a situaciones de pobreza y exclusión social. Es esencial analizar cómo el género se correlaciona con las circunstancias socioeconómicas individuales y familiares, observando que a medida que empeoran las condiciones del entorno los indicadores de salud son más negativos. Hacer un abordaje exclusivo de clase o de género sería incompleto. El género y las clases sociales deberían ser comprendidos como un proceso continuo y dinámico que tiene su origen en los entresijos de las relaciones sociales entre personas del mismo o de diferentes sexos (Saffioti, 1992).

Una de las maneras que han encontrado las mujeres para hacer oír su voz y ampliar sus opiniones y necesidades en relación con muchos temas, aunque más específicamente los

ligados a la salud, ha sido y sigue siendo el asociacionismo. Muchas veces, las asociaciones sirven de plataforma para poner en evidencia o sacar a la luz problemas de salud de las mujeres que habían quedado invisibles para la ciencia. La interacción entre las realidades y preocupaciones de la población (representada por los movimientos sociales) y la investigación científica, debería permitir priorizar el estudio y la resolución de los problemas que *realmente* preocupan y afectan a la salud de una alta proporción de personas y, a su vez, también servir como un control social y científico de las políticas sanitarias.

La mayor morbilidad de las mujeres y su paradójica mayor esperanza de vida es un tema que sigue generando innumerables investigaciones que, frecuentemente, acaban en un callejón sin salida. Lo que pone en evidencia la necesidad de una estricta metodología de estudio para el análisis de riesgos y exposiciones, que debería estar amparada por un marco conceptual que tenga en cuenta los factores sociales y psicológicos que afectan de forma desigual a mujeres y hombres, o sea, el análisis desde la perspectiva del género. Este tipo de investigación ayudaría a explicar cómo el género repercute de forma desigual y, por tanto, injusta en la calidad de vida, salud y bienestar de las personas. Una de las finalidades de la investigación de género y salud es señalar y suplir la ausencia de datos indispensables para el conocimiento de la vida de las mujeres, además de poner en evidencia los sesgos producidos por generalizaciones de conocimientos que, a menudo, se fundamentan en investigaciones basadas sólo en población de sexo masculino (Ruiz y Verbrugge, 1997). Asimismo, hay temas de especial interés en el estudio de las desigualdades en salud según el género, como por ejemplo el impacto de las situaciones de violencia de género en la salud física y mental de las mujeres. Aún no se disponen de estadísticas y fuentes de datos fiables para que se puedan planificar y protocolizar actuaciones sanitarias que no sean un sufrimiento añadido a las víctimas de estas situaciones. También hay que avanzar en el impacto de la medicalización de los procesos naturales como el embarazo y la menopausia: poniendo énfasis en el aumento imparable de los partos por cesárea, las consecuencias de las fecundaciones *in vitro* y en el uso indiscriminado de la reposición hormonal sustitutiva en la menopausia. Este último tema viene provocando un intenso debate en la comunidad científica y entre las propias usuarias de estos tratamientos, debido a que la divulgación pública de los mismos tiene una serie de efectos colaterales en la salud de las mujeres y que su utilización debería obedecer a unas pautas individualizadas que consiguieran controlar y minimizar los riesgos para la salud (Paoletti y Wenger, 2003).

Aún quedan muchos temas por citar, estudiar y seguir avanzando: por ejemplo, la salud de las mujeres mayores y el impacto de los apuros económicos generados por los insuficientes ingresos económicos de las pensiones, la mayor vulnerabilidad tanto biológica como social de la mujer a infectarse por el virus del sida o bien la necesidad de incorporar esta visión diferencial y el enfoque de género en la formación de las personas que hagan asistencia o investigación en el campo sociosanitario (profesionales de la enfermería, medicina, trabajo social y psicología, entre otros).

El abordaje transversal o *mainstreaming* en género y salud es parte fundamental de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y también de las directrices políticas de la Comunidad Europea. A medida que podamos conocer mejor los determinantes biológicos y sociales, tanto de la salud como de las enfermedades, estaremos caminando en la posibilidad de diseñar programas y políticas sanitarias que actúen en el sentido de mejorar la calidad de vida, evitar y minimizar los efectos de las enfermedades y eliminar las inequidades en la salud de mujeres y hombres.

Según Alleyne (2000), «el género es una de las dimensiones importantes y ubicuas de la inequidad. Frecuentemente, investigadores/as y planificadores/as pasan por alto el hecho de que incluso la biología establece diferenciales por sexo en materia de riesgos y necesidades para la salud, ya que en muchos casos se considera que el hombre sigue representando el patrón de funcionamiento fisiológico y social de todas las personas. La segmentación de la sociedad en ámbitos de acción *masculinos* y *femeninos* marca

asimismo diferencias sustantivas entre los hombres y las mujeres no sólo en materia de riesgos y necesidades sociales y biológicas, sino también en cuanto a oportunidades, recursos y contribuciones para la salud».

Bibliografía

- ALLEYNE G.A.: «Prólogo», en: HILARY STANDING, *El género y la reforma del sector salud*, Harvard Center for Population and Development, Harvard, 2000.
- BONINO L.: «Masculinidad, salud y sistema sanitario: el caso de la violencia masculina», Seminario de la OMS/Oficina europea, «*Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa*», Madrid, 2001.
- BORRELL C., RUE M., PASARIN M.I., ROHLFS 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.
- GENDER AND HEALTH GROUP-LIVERPOOL SCHOL OF TROPICAL MEDICINE: *Guidelines for the analysis of Gender and Health*, Liverpool, 1998.
- KUNKEL S.R., ATCHLEY R.C.: «Why gender matters: being female is not the same as not being male», *Am J Prev Med* 1996; 12: 294-295.
- MORGAN D.: «Men, masculinity, and process of sociology enquiry», ROBERTS H. (ED.): *Doing feminist research*, Londres, Routledge and Keagan, 1981.
- PAOLETTI R., WENGER N.: «Review of the international position paper on women's health and menopause. A comprehensive approach», *Circulation* 2003; 107:1336-1339.
- ROHLFS I., DE ANDRÉS J., ARTAZCOZ L., RIBALTA M., BORRELL C.: «Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres», *Medicina Clínica (Barc)* 1997; 108: 566-571.
- ROHLFS I., BORRELL C., FONSECA M.C.: «Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos», *Gac Sanit* 2000; 14 (supl 3): 60-71.
- RUIZ M.T., VERBRUGGE L.M.: «A two way view of gender bias in medicine», *J Epidemiol Community Health* 1997; 51: 106-109.
- SAFFIOTI H.: «Rearticulando género e classe social», en: COSTA A.O., BRUSCHINI C. (EDS.): *Uma questao de gênero*, Sao Paulo, Fundação Carlos Chagas, 1992.
- SCOTT J.W.: «Gender and the politics of history», Nueva York, Columbia University Press, 1988.
- UDRY J.R.: «The nature of gender», *Demography* 1994; 31: 561-573.

Izabella Rohlfs

Doctora en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona. Especializada en Epidemiología y en Salud Pública. Profesora asociada de la Universidad de Girona. Coordinadora del programa de Formación Continua del Centro de Análisis y Programas Sanitarios de Barcelona (CAPS). Sus líneas de investigación se centran en temas relacionados con la salud de las mujeres, el conocimiento de las relaciones entre género y salud, las desigualdades sociales en salud y calidad de vida, y finalmente, encuestas de salud, bases de datos poblacionales y estadísticas vitales.

regicor@htrueta.scs.es

