

Cuadernos
de la Fundació 56
Víctor Grífols i Lucas

La salud pública, el género y la ética

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

6147/01
09/09/20

La salud pública, el género y la ética

56

Cuadernos
de la Fundació 56
Víctor Grífols i Lucas

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Con la colaboración de:



Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
La salud pública, el género y la ética Nº 56 (2020)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-09-23822-4 Depósito Legal: B 18788-2020

La salud pública, el género y la ética

Cuadernos
de la Fundació 56
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

Pág.

Introducción

Andreu Segura Benedicto y Àngel Puyol González 7

Ética y género en el derecho que afecta a la salud

Injusticia epistémica, género y salud

Rosana Triviño Caballero 14

Desigualdades de género, ética y salud

Lucía Artazcoz Lazcano 28

Ética y género en las políticas sanitarias

Género y políticas sanitarias

María Teresa López de la Vieja de la Torre 40

Equidad de género en las políticas de salud: ¿hacemos lo que debemos?

María del Mar García-Calvente 51

Ética y género en la práctica sanitaria

Ética y género en la práctica asistencial

Margarita Boladeras Cucurella 74

Ética y género en la práctica clínica

María Teresa Ruiz Cantero 94

Resumen y conclusiones

Andrea Burón Pust 107

Relación de autores 116

Títulos publicados 118

INTRODUCCIÓN

Las ponencias que presentamos en este volumen, surgidas del noveno encuentro anual del Grupo de Trabajo de Ética y Salud Pública celebrado en diciembre de 2019 y auspiciadas por el acuerdo entre la Fundació Víctor Grífols i Lucas y SESPAS, tienen como eje común las consideraciones éticas sobre la cuestión del género en salud pública. Una propuesta que, lamentablemente, dispone del estímulo complementario experimentado estos últimos tiempos a propósito de las víctimas de la violencia machista, un problema de salud pública muy relevante porque refleja una de las discriminaciones sociales más injustas, que, además, tiene graves consecuencias en el ámbito de la salud de las personas y de las comunidades.

Una primera cuestión que nos asalta es si debemos denominar «género» a lo que parece ser una cuestión de sexo. En el contexto que nos concierne, no tiene mucho interés preguntarnos por qué le llamamos sexo cuando estamos hablando de género, aunque, sin duda, cuando le damos nombre a algo la realidad se transforma y se convierte en parte de nuestro imaginario colectivo, como diría el epidemiólogo Miquel Porta siguiendo al filósofo Edgar Morin. Se trata de un reflejo más o menos fiel, pero siempre metáfora, de lo que existe independientemente de nosotros. En cualquier caso, sexo y género son palabras con las que nos referimos a la realidad que percibimos y construimos, indisolublemente compuesta de materialidades —digamos biológicas— y desarrollo cultural, aunque el término sexo resulte, aparentemente al menos, más fácilmente objetivable.

Según el diccionario de la RAE, sexo, del latín *sexum*, nombra la condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. En cambio, género, del latín *genus, generis* (estirpe, linaje, nacimiento, clase o tipo natural de algo), remite al grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde una perspectiva sociocultural en lugar de exclusivamente biológica. Naturalmente, género tiene otros significados, uno de los cuales es el género gramatical que, mientras en algunas lenguas no tiene que ver con el sexo, en otras, como las nuestras, sí. Eso confiere la potencialidad de sexismo cuando se opta por el género masculino a la hora de nombrar al conjunto —independientemente de su género— de individuos u objetos denominados.

Dejando de momento la cuestión nominativa al margen, queremos resaltar la dominación social a partir del género (o el sexo), la tradicional sumisión de las mujeres a los hombres en las sociedades humanas y algunas de sus consecuencias en el ámbito de la salud individual y colectiva. Una sumisión que hace precisamente ciento cincuenta años denunciaba rotundamente uno de los padres del utilitarismo, la doctrina favorita —incluso inconscientemente— de los salubristas, el liberal John Stuart Mill. Una sumisión que, apenas diez años más tarde, también fue repudiada desde las filas socialistas por August Bebel, para quien las víctimas de la opresión social eran fundamentalmente los trabajadores y las mujeres, aunque estas desde mucho antes. Bebel fue uno de los fundadores del Partido Socialdemócrata alemán y su secretario general antes de la Segunda Internacional que, precisamente en 1910, proclamaría el 8 de marzo como día internacional de la mujer trabajadora.

Aunque la situación ha mejorado bastante desde la publicación del ensayo de Mill *The subjection of women* (pensado y redactado en colaboración estrecha con su compañera y filósofa Harriet Taylor), la mayoría de las sociedades humanas siguen manteniendo actitudes y comportamientos patriarcales. La primera edición española del libro citado se titulaba *La esclavitud de la mujer*, y contó con un elogioso y admirable prólogo de Emilia Pardo Bazán. Una dominación sexista que, en mayor o menor grado, todavía persiste y que implica una mayor probabilidad de discriminación por género, tanto en lo que respecta al derecho a la protección de la salud como en la práctica asistencial y, desde luego, en el diseño de políticas de salud y sanitarias.

Todavía hoy hay quien justifica tal sumisión en base a las diferencias físicas que existen entre ambos sexos; no en vano en nuestra especie se da cierto dimorfismo sexual y, desde luego, la maternidad es, hasta ahora al menos, una capacidad exclusivamente femenina. Otras diferencias tienen que ver con la probabilidad del nacimiento y también con la esperanza de vida. Parece ser que, en ausencia de cualquier interferencia reproductiva, nacen más hombres que mujeres y desde luego las mujeres sobreviven más años que los hombres, diferencias que no han sido objeto todavía de suficiente explicación.

Es verosímil suponer que, en las bandas de *Homo sapiens* del Paleolítico, la fuerza física y sobre todo el cuidado de las crías tuviera una notoria influen-

cia sobre el tipo de organización colectiva, aunque desconocemos si, como ocurre en algunas especies de simios antropomorfos, la figura del macho alfa era determinante y en qué sentido. Las películas de trogloditas arrasando de la cabellera a las mujeres parecen más bien inspiradas en machismos contemporáneos que en evidencias históricas. En cualquier caso, es verosímil suponer que se produjera alguna división social o sexual del trabajo: cazadores versus recolectoras; lo que tal vez comportara la aparición de otra dedicación especializada, puesto que probablemente fuera alguna madre quien atendiera a las parteras de la banda y, conocedora de algunas propiedades curativas de las plantas, desarrollara un oficio protomédico. Una dedicación que, con el tiempo, no solo no obtendría el reconocimiento debido, sino que sería objeto de discriminación, en ocasiones violenta. Valga como ilustración que de las más de mil entradas de la galería del Colegio de Médicos de Barcelona, que pretende subrayar las biografías profesionales de quienes, ya fallecidos, han destacado en el ejercicio de la medicina, solo unas treinta y cinco son mujeres, incluyendo a Gueraula de Codines (1275-1340), condenada por la Iglesia, y a Francesca de Satorra (viuda de Berenguer Satorra) que, en cambio, fue autorizada por el rey Joan I a ejercer la medicina, particularmente la obstetricia. No hay que olvidar que la feminización de la profesión médica es un fenómeno contemporáneo que refleja más la universalización de la enseñanza universitaria que la equidad en la distribución del poder profesional.

A nadie se le escapa, por tanto, que la sanidad ha tenido y tiene claros prejuicios de género; en realidad, prejuicios machistas. No hay que extrañarse de este prejuicio si pensamos que la civilización y la medicina occidental desde siempre han considerado que el cuerpo de la mujer era «inferior» o «complementario» al del hombre, que es el que, dentro de ese nefasto prejuicio, supuestamente representa a la humanidad. Así, Aristóteles, el primer gran filósofo naturalista, pensaba que una mujer no es más que un hombre mutilado, mientras que el Antiguo Testamento considera que la singularidad del cuerpo femenino es equivalente a una costilla del masculino. Si hoy pedimos a niños y niñas de siete años que dibujen el cuerpo de un ser humano, probablemente la mayoría de los dibujos reflejaría la silueta y los órganos sexuales propios de un hombre. Incluso los artistas modernos suelen pintar y esculpir las caderas de las mujeres más anchas y el cráneo más pequeño de

lo habitual, reproduciendo la idea anquilosada de que los cuerpos femeninos están hechos para la reproducción y no tanto para el pensamiento racional.

Pues bien, ese mismo prejuicio machista generalizado se replica en la investigación médica. Por ejemplo, se suele utilizar el cuerpo masculino como referencia universal de la investigación, con la excusa paternalista, además, de que de este modo se protege a las mujeres de posibles efectos adversos sobre la «reproducción». Se trata de un argumento paternalista que, paradójicamente, no se esgrime de utilizar animales, sobre todo machos, para la investigación, ahondando así en la idea machista de que la protección de la maternidad humana está por encima incluso de la salud de las mismas mujeres (vayan a ser madres o no). Si pasamos de la investigación a la práctica clínica, también podemos observar, por ejemplo, que los mismos síntomas con los que hombres y mujeres llegan a un centro de atención primaria suelen atribuirse mayoritariamente a la ansiedad en el caso de ellas y a un posible problema coronario en el caso de ellos, lo que perjudica claramente las expectativas de salud de las mujeres. Los prejuicios machistas inundan el sistema sanitario del mismo modo que están presentes en la sociedad en general, y resulta inexcusable y prioritario desenmascararlos para poder hacerles frente y finalmente eliminarlos.

En el encuentro organizado sobre la cuestión del género y la salud, hemos querido abordar el tema desde tres ámbitos interconectados de la salud: el derecho, las políticas y las prácticas sanitarias. En todos ellos hay que identificar los elementos machistas que aún perduran y buscar las mejores estrategias para suprimirlos. Hemos contado, para ello, con la intervención de filósofas y sanitarias expertas en la cuestión de género y salud y con la participación en la discusión de diferentes profesionales protagonistas de la salud pública española. En las siguientes páginas, reproducimos las ponencias y parte de esa discusión, incluyendo un resumen destacado al final.

Andreu Segura

Coordinador del Grupo de Trabajo de Ética y Salud Pública de SESPAS

Àngel Puyol

Profesor de Ética de la Universitat Autònoma de Barcelona

**Ética y género en el
derecho que afecta
a la salud**

Injusticia epistémica, género y salud^a

Rosana Triviño

Universidad de Alcalá

Introducción

Este trabajo tiene como objetivo explorar la posibilidad de aplicar en el ámbito sanitario el concepto de injusticia epistémica formulado por Miranda Fricker.¹ Más concretamente, pretendemos utilizar esta noción en prácticas que atañen de manera específica a las mujeres en su dimensión reproductiva: el embarazo y su interrupción voluntaria. Partiendo de las definiciones establecidas por Fricker acerca de los tipos de injusticia epistémica (testimonial y hermenéutica), analizaremos primero su aplicación en el ámbito asistencial. Expondremos para ello dos escenarios que nos servirán para ilustrar la falta de reconocimiento de la autoridad epistémica de las mujeres a propósito de la toma de decisiones en el parto y en la interrupción voluntaria del embarazo. A continuación, enunciaremos algunas consecuencias potenciales derivadas de las situaciones de injusticias epistémicas previamente enunciadas. Además, desde una dimensión propositiva, ofreceremos algunas iniciativas encaminadas a la erradicación de este tipo de injusticias, cuyas víctimas son las mujeres.

Injusticia epistémica aplicada al ámbito sanitario

Según Miranda Fricker,² existe un tipo específico de injusticia que tiene un carácter eminentemente epistémico, es decir, una injusticia que recae sobre la capacidad de conocimiento de un agente (*knower*). Esta injusticia que identifica Fricker puede ser de dos tipos:

- Injusticia testimonial, en la que un prejuicio por parte del oyente (*hearer*) conduce a devaluar el nivel de credibilidad del testimonio del hablante (*speaker*). Estos prejuicios pueden estar relacionados con la etnia, el sexo, la edad, una situación de enfermedad o discapacidad, etcétera.
- Injusticia hermenéutica, en la que la existencia de una falta de recursos interpretativos pone al hablante en una situación de desventaja cuando intenta explicarse y dar sentido a sus experiencias.

En ambos casos, la injusticia que se produce puede ser, como es obvio, de diferente magnitud. Por ejemplo, ante el dolor de una paciente a la que se le está practicando una sutura en la zona genital, los profesionales sanitarios podrían: a) oír la queja («Me duele»), pero no responder a ella; b) responder a la queja, pero no creer que verdaderamente exista dolor («Imposible, te he puesto anestesia»); y c) responder a la queja, pero sin atender al mensaje («Ya termino»... sin anestesia).

La propuesta de Fricker permite aplicar su aparato conceptual a escenarios socialmente situados, como pueden ser el contexto educativo, científico o asistencial. En ellos, los seres humanos somos reconocidos como agentes epistémicos (generadores de conocimiento) que interactuamos en un marco de relaciones de poder. Para Fricker,³ compartir y producir conocimiento es un bien valioso. Como tal, las desigualdades en el acceso legítimo a ese conocimiento, por un lado, o en la participación en la conformación de conocimiento, por otro, constituyen un fallo ético que da lugar a un daño; de ahí que sea posible hablar de «injusticia epistémica».

Genéricamente, el ámbito de la salud reúne una serie de condicionantes que pueden conducir a situaciones de injusticia epistémica, tanto testimonial como hermenéutica, en el seno de la relación asistencial. Así lo corroboran investigaciones cada vez más concluyentes sobre el cuestionamiento del relato de los pacientes por parte de los profesionales sanitarios.⁴ Con frecuencia, los pacientes son personas consideradas emocionalmente inestables, cuyas narraciones resultan desarticuladas, confusas o escasamente fiables. Sus testimonios parecen estar influidos por elementos que los vuelven sospechosos o poco dignos de confianza en la medida en que no responden a las características propias del *relato creíble y eficaz*, donde prima el orden discursivo, la

^a Este trabajo se ha realizado en el marco del Proyecto de Investigación EPISTEPOC [2019-00397-001]. Las reflexiones acerca del aborto son continuación de los resultados del Proyecto de Investigación Proto-Access, financiado por la Beca de Bioética de la Fundació Víctor Grífols i Lucas [BEC-2016-11]. El interés por la atención al parto nació en el seno del Proyecto de Investigación Fil-Nac [MINECO FFI2016-77755-R].

coherencia y la ausencia de emocionalidad; en el que se elimina cualquier información que no se considere relevante para el establecimiento de un diagnóstico certero.

Sin embargo, resulta imprescindible reconocer que aquellos testimonios que no se ajustan a esta suerte de canon pueden resultar igualmente válidos en términos de credibilidad. Por tanto, el hecho de negarle a una persona esa credibilidad que merece se convierte en una forma de injusticia epistémica testimonial, de igual modo que negarle el estatus de agente epistémico se convierte en una forma de exclusión.⁵

Es posible que, bajo las circunstancias que provoca una enfermedad, sea más complejo entender la situación de la persona que la padece. Transmitir cómo y qué siente puede resultarle difícil y no lograr una comunicación eficaz con el profesional que le atiende de manera inmediata. De acuerdo con Ian J. Kidd y Havi Carel⁶ (p. 184), la injusticia epistémica de carácter hermenéutico surge cuando los recursos requeridos para la comprensión de las experiencias sociales de las personas enfermas no son aceptados como parte de los recursos hermenéuticos dominantes.

Dicho de otro modo, la mayoría de las personas enfermas son capaces de describir sus vivencias en un lenguaje que no es necesariamente técnico, pero que es susceptible de ser considerado valioso. Sin embargo, por un lado, esas vivencias se consideran inapropiadas para la discusión y, por otro, desempeñan un papel insignificante o nulo en la toma de decisiones clínicas. En el mejor de los casos, el paciente se considera un informante útil, pero no un agente implicado en la comprensión y valoración del proceso o en la toma de decisiones.

En cambio, los profesionales sanitarios ocupan una posición de privilegio en la relación asistencial que se produce en contextos institucionalizados. Son ellos quienes poseen el conocimiento experto; quienes tienen experiencia en la aplicación de técnicas y procedimientos; quienes se encuentran en un entorno con el que están familiarizados.⁷ Estas condiciones facilitan una posición de superioridad epistémica frente a quien está en una situación de vulnerabilidad, lejos del conocimiento experto, en un medio repleto de códigos que desconoce.

Todo ello acontece en un marco de atención que promueve una manera determinada de articular los testimonios, ciertas formas de evidencia (datos), de presentar y compartir el conocimiento, que impiden tener en cuenta otros modos de expresarse y contribuir a la construcción de ese saber desde una dimensión más experiencial, más vivida. La práctica sanitaria actual privilegia los informes en tercera persona y los datos empíricos frente a las anécdotas personales o los testimonios patográficos, de tal manera que se deshabilitan ciertas actividades testimoniales y hermenéuticas.⁸

Por supuesto, tanto la injusticia epistémica testimonial como la hermenéutica pueden darse sin necesidad de que haya consciencia de ellas. Lo más probable es que los profesionales sanitarios actúen guiados por sesgos y estereotipos, sin que exista una intencionalidad encaminada a la consideración de sus pacientes como agentes epistémicamente no válidos. La toma de consciencia de esta situación requiere tiempo y empatía para escuchar e intentar comprender, condiciones de las que con frecuencia adolece el contexto asistencial.

Especificidad de la injusticia epistémica en el ámbito sanitario por razón de género

Tanto los sesgos y estereotipos de género que se producen en el contexto sanitario como sus consecuencias para la salud y el bienestar de las mujeres han sido extensamente documentados desde finales de los años ochenta.^{9, 10, 11, 12, 13, 14} Estos sesgos y estereotipos guardan una estrecha relación con algunas situaciones de injusticia epistémica que experimentan las mujeres al recibir atención sanitaria. Los ejemplos que permiten ilustrar esta realidad son muchos, desde el abordaje de la enfermedad mental¹⁵ al tratamiento de las agresiones sexuales^{16, 17} o las *enfermedades de mujeres* como el síndrome de fatiga crónica.¹⁸ Aquí se expondrán dos escenarios relacionados con cuestiones eminentemente femeninas que importan para la salud pública, como son aquellos que afectan a la toma de decisiones reproductivas.

Escenario 1. Institucionalización forzosa del parto

Cuando R. se queda embarazada, se plantea parir en casa. Se informa para que todo vaya bien, contrata a una matrona privada y deja constancia de su

plan de parto en su hospital de referencia, el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). El plan incluye todas las alternativas posibles en función de cómo evolucione el embarazo, de sus necesidades y las de su futuro bebé, incluyendo una potencial cesárea.

En abril de 2019, R. acude voluntariamente al hospital para un control de bienestar fetal porque había sobrepasado las 42 semanas de gestación. Ella es consciente de que esta gestación prolongada puede generar riesgos, de ahí su visita al hospital. Allí le proponen realizar una inducción del parto. Tras la consulta, decide salir fuera con su pareja para reflexionar sobre la información recibida y tomar una decisión. R. vuelve al hospital, pero la sala de monitorización donde la habían atendido está cerrada y no encuentra a nadie. Puesto que las pruebas efectuadas no indicaban riesgo inminente y ella se sentía bien, vuelve a su casa. Las contracciones aparecen durante esa tarde y noche y, a la mañana siguiente, se pone de parto de manera natural, acompañada de su pareja y su matrona. Esa tarde, se presentan en su domicilio agentes de la Policía Local con una orden del juzgado dictada a instancias del hospital. La razón de su ingreso forzoso es vigilar y controlar a la madre y al *nasciturus*, así como la necesidad de practicarle una inducción al parto inmediata.

Cuando R. ingresa, el proceso de parto se ha paralizado. La primera profesional en verla es la ginecóloga de urgencias, que comprueba que el feto se encuentra en buen estado. No cree conveniente realizar ninguna intervención urgente, por lo que la envía a planta. Ello demuestra que la presunción de que existiera riesgo inmediato y real de que el feto sufriera hipoxia y muerte intrauterina no era cierto; de lo contrario, se hubiera practicado una cesárea en el acto.

Durante el día y medio siguiente, R. es sometida a tactos vaginales y, según su abogada, a «la presencia en pleno parto de burócratas y personal adscrito a su cuidado, que le recordaron que lo que ella dijese no importaba y que podrían hacer lo que quisiesen porque tenían una orden judicial». «Ninguna mujer puede dar a luz en un ambiente así, la cesárea era predecible», argumenta.

Debido al trato recibido, R. demanda al hospital por entender vulnerados sus derechos. La especialista en psiquiatría perinatal que declara durante el juicio explica la situación de estrés y tensión a la que fue sometida la parturienta. En

la sala del juzgado, relata que «el hecho de que esta mujer, estando ya en trabajo de parto, fuera trasladada por la policía en contra de su voluntad a un hospital ya condiciona la vivencia de todo lo posterior. Incluso si el trato es correcto y la vivencia de la paciente es de miedo». Lo equipara incluso al síndrome de Estocolmo: «Es como cuando sus secuestradores tratan bien a una persona: puede haber un trato correcto y amable, pero desde el momento en que no se están respetando sus decisiones ni su criterio y se pone en duda que ella quiera lo mejor para su bebé, la vivencia que la mujer tiene es de que, obviamente, no se respeta su interés por el bienestar de su hija y, además, de que en cualquier momento se le pueden hacer intervenciones en su contra».

La sentencia, que ha dado la razón al hospital, señala que el trato recibido por R. «fue exquisito». El juzgado considera que podía ser sometida a tratamientos en contra de su voluntad porque «hay que anteponer, como no podía ser de otra forma, la vida y la salud del *nasciturus* a cualquier otro interés». La sentencia ha sido recurrida ante el Tribunal Superior de Justicia de Asturias.

Entretanto, la ministra de Sanidad en aquel momento, M.^a Luisa Carcedo, declaraba que la «moda» (sic) de parir en casa, como la de los movimientos antivacunas, supone un retroceso frente a los avances de la medicina; que hay que respetar unas garantías sanitarias mínimas a la hora de dar a luz «pensando en los niños, que no tienen culpa» (sic).¹⁹

Escenario 2. Información y periodo de reflexión obligatorios ante la interrupción voluntaria del embarazo

De acuerdo con el artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo:

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

- Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad [...].
- Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

De manera específica, el artículo 17.1 y 17.2 de la citada ley establece la información específica que deberá recibir la embarazada en el caso de que solicite la interrupción voluntaria de su gestación.²⁰

Nada habría que objetar a la posibilidad de tomarse un tiempo para la reflexión o sobre el ofrecimiento de la información, que siempre debería estar a disposición de aquellas mujeres que así lo requirieran. Lo que resulta más cuestionable es: a) su carácter obligatorio; b) que el contenido de la misma se dedique casi exclusivamente a las ayudas a la maternidad y c) que la reglamentación de dichos contenidos quede en manos del Estado y mediatizada por los profesionales sanitarios.

Tales condiciones de acceso a la prestación presuponen, por un lado, que la información más demandada por parte de las mujeres guarda relación con la alternativa de la maternidad. Por otro, que el Estado es un ente capaz de establecer neutralmente los contenidos de la información, independientemente de quienes ostenten el poder; de manera similar, implica presuponer que los profesionales sanitarios están en condiciones de hacérsela llegar a las mujeres sin sesgos ideológicos.²¹ Finalmente, se desoye la situación y las necesidades reales de la mayor parte de las mujeres, que suelen acudir a los servicios sanitarios con una decisión tomada y reflexionada en compañía de personas allegadas,^{22, 23} y para quienes la arbitrariedad de los periodos de espera y los protocolos de información sobre la alternativa de ser madres suponen un obstáculo y una falta de reconocimiento de su capacidad de decisión.²⁴

Discusión

Los casos expuestos tienen en común la falta de consideración de la experiencia vivida y la solvencia del criterio adoptado por las mujeres. Su conocimiento queda relegado al ámbito privado y no se incorpora a la toma de decisiones que les atañen, como tampoco al diseño de políticas públicas o de prestación de servicios. Esto resulta especialmente flagrante en relación con el embarazo y el parto o el aborto. En tales casos, puede haber una forma de injusticia epistémica testimonial que consista, por un lado, en un rechazo silencioso a la decisión tomada o una falta de credibilidad de las necesidades y deseos enunciados. Por otro, en la resistencia a tomar en serio la capacidad

de las mujeres a la hora de proporcionar información relevante en situaciones como las anteriormente descritas.

Cuando esto ocurre, la relación que se establece entre las mujeres y los profesionales sanitarios, legisladores o jueces deja de ser meramente asimétrica para convertirse en una jerarquía opresiva. El interés por el bienestar del feto, en el primer caso, y por la protección del *nasciturus* como bien jurídico, en el segundo, no son razones suficientes para la falta de reconocimiento epistémico de las mujeres. Tampoco parece serlo una presunta preocupación por la protección y bienestar de las mujeres (cabe recordar aquí que el juez de Oviedo resuelve que «hay que anteponer, como no podía ser de otra forma, la vida y la salud del *nasciturus* a cualquier otro interés»).

En el caso de R., no hay motivos para dudar de su empeño en tener una gestación reflexionada, cuidada, vigilada, cuyo objetivo final es el feliz nacimiento de una hija deseada. El parto en casa se escoge como una preferencia que ninguna ley prohíbe, dentro de un plan de parto que no elude las posibles complicaciones y sus correspondientes respuestas, en el que el seguimiento es realizado tanto por una matrona especializada a nivel particular como por el centro público de referencia. En consecuencia, el operativo judicial y policial que el servicio sanitario correspondiente pone en marcha refleja una falta de reconocimiento de la madurez moral de la mujer y su capacidad para la toma de decisiones que afectan tanto a su vida, su integridad física y psicológica y su bienestar como a las de su bebé.

En el caso de las condiciones de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo relacionadas con la información y periodo de espera obligatorios, bien podría considerarse como el ejercicio de un paternalismo moralista sordo a la voz de las mujeres. Desde el momento en el que existen unos plazos que aseguran la protección del *nasciturus*, resulta difícilmente justificable el establecimiento de medidas procedimentales que, por sus características (obligatoriedad, tipo de contenido, reglamentación y mediación), merman la autoridad epistémica de las mujeres.

Consecuencias de la injusticia epistémica por razón de género en el ámbito sanitario

La injusticia epistémica hasta aquí descrita no se limita únicamente a lesionar la credibilidad del testimonio y las herramientas hermenéuticas de las mujeres en contextos determinados. También tiene otras consecuencias, como las que se enumeran a continuación, sobre las que merece la pena reflexionar:

- Daños evitables como el sentimiento de culpa; la vivencia traumática de acontecimientos que, en sí mismos, no tendrían por qué serlo; la pérdida de confianza en las instituciones y los protocolos sanitarios; la vulneración de la integridad física, psíquica y moral.^{25, 26}
- Falta de reconocimiento de las mujeres como agentes morales.
- En condiciones de máxima opresión epistémica, podría llegar a producirse lo que José Medina ha denominado «muerte hermenéutica», es decir, cuando la propia voz es asesinada²⁷ (p. 47).
- Mala praxis profesional, en la medida en que no se respeta el principio de autonomía en la toma de decisiones; se desoye el testimonio y la experiencia vivida de las mujeres y se producen situaciones de maltrato. En este sentido, hay buenas razones para conceder credibilidad a un testimonio que pone de manifiesto las condiciones de subordinación epistémica en la que las mujeres se encuentran. Si ellas creen que han sido tratadas de manera irrespetuosa, probablemente puedan proveer un conocimiento acertado sobre cómo ha sido ese trato.²⁸
- Retroalimentación de las condiciones de deshumanización asistencial.
- Perpetuación de la ignorancia epistémica, dado que se produce una pérdida de información «no experta» que puede ser útil o relevante por no escuchar o reconocer como valioso el testimonio.
- Obstáculo para proporcionar respuestas más adecuadas (éticas, políticas, legales) por parte de las instituciones.

Posibles propuestas de mejora

Puesto que se ha tratado de aplicar el concepto de injusticia epistémica a un contexto situado como es el sanitario, es posible establecer una serie de pro-

puestas encaminadas a superar las condiciones que favorecen dicha injusticia y que, al mismo tiempo, supondrían una mejora de la atención:

- Espacios y tiempos que faciliten la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes. El contexto actual, con frecuencia masificado y con escasez de tiempo para la atención, no favorece la escucha necesaria para el reconocimiento del testimonio no experto.
- Formación específica y transversal de los profesionales sanitarios que fomente el interés por aspectos de la salud no puramente clínicos y la empatía como salvaguarda de la alienación de los profesionales.²⁹
- Iniciativas que promuevan la toma de consciencia de los propios sesgos.³⁰
- Protocolos de actuación que contribuyan a considerar a pacientes y usuarias como interlocutores moralmente válidos en la toma de decisiones.
- Reconocimiento del valor de las experiencias de pacientes y usuarias como formas de conocimiento que pueden redundar en una mejora de la atención, de la ciencia y de la satisfacción profesional. Hay saberes que surgen desde una experiencia particular de una enfermedad que no deberían ser despreciados o considerados irrelevantes o demasiado emotivos, en la medida en que se entrelazan de manera crucial e iluminan los hechos clínicos.
- Aceptación de que no siempre se tiene un conocimiento total, de la necesidad de convivir con la incertidumbre propia de la vida, la medicina y la salud. Nancy Tuana³¹ reivindica una forma de ignorancia que se produce «desde el cuidado» y que implica la «habilidad de no saber», de asumir la humildad y la pregunta como actitud epistémica.
- Introducción de la justicia epistémica como principio en el ámbito de la salud.

Conclusiones

Como se ha tratado de mostrar a lo largo de este texto, la aplicación de la noción de injusticia epistémica propuesta por Fricker al campo de la salud puede resultar fructífera para el análisis de la relación asistencial y de las políticas públicas en salud, así como para la formación de los profesionales sanitarios.

La necesidad de participar en un proceso de toma de decisiones, en el que se produzca un intercambio de argumentos respetuoso, es algo que debería ser

reconocido por todos. Una comunicación efectiva permite evitar formas de pensamiento erróneas e identificarnos como participantes de gran valor en comunidades de conocimiento como las que pueden establecerse en torno a la salud reproductiva. Sin embargo, quienes no cuentan con el reconocimiento de una posición epistémica privilegiada, como con frecuencia ocurre con las mujeres (especialmente si se encuentran embarazadas), son ignoradas o despreciadas.

Es innegable que existe una jerarquía cognitiva entre quienes ostentan el conocimiento experto (profesionales sanitarios, legisladores, jueces) y las personas legas, un hecho que no tiene por qué ser negativo en absoluto. Generalmente, las personas legas confían en la experticia de quienes les atienden, incluso en quienes establecen las leyes y quienes las aplican. El problema surge cuando la jerarquía cognitiva se convierte en una jerarquía opresiva, en la que no se concede ninguna legitimidad epistémica al testimonio, la experiencia y las herramientas interpretativas de quienes conocen en carne propia qué significa, por ejemplo, estar embarazada o las implicaciones vitales de traer una criatura al mundo.

La injusticia epistémica produce una serie de consecuencias dañinas que podrían evitarse poniendo en práctica fórmulas que no solo redundarían en el reconocimiento de las mujeres como agentes de conocimiento válidas, sino en una mejor atención y un planteamiento más certero y justo de las políticas públicas.

Notas

1. Fricker M. *Epistemic injustice. Power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
2. Ibidem 1.
3. Ibidem 1.
4. Kidd IJ, Carel H. Epistemic injustice in medicine and healthcare. En: Kidd IJ, Medina J, Polhaus G, editores. *Nueva York: The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*; 2017. pp. 336-346.
5. Hookway C. Some varieties of epistemic injustice: reflections on Fricker. *Episteme*. 2010; 7(2): 151-163. doi:10.3366/E1742360010000882.

6. Ibidem 4.
7. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Med Health Care & Philos*. 2014; 17: 529-540.
8. Ibidem 7.
9. Verbrugge L. Gender and Health. *J Health Soc Behav*. 1985; 26: 156-182.
10. Borrell C, Artazcoz L, coordinadoras. 5a monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud. Barcelona: SEE; 2007.
11. García Calvente M et al. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*. 2011; 25(2): 100-107.
12. García Dauder S, Pérez Sedeño E. Las «mentiras» científicas sobre las mujeres. Madrid: Catarata; 2017.
13. Ruiz Cantero T, Verbrugge L. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health*. 1997; 51(2): 106-109.
14. Valls-Llobet C. Mujeres, salud y poder. Madrid: Cátedra; 2009.
15. Anderson C, Holder D. Women and serious mental disorders. En: McGoldrick M, Anderson C, Walsh F, editoras. *Women in families: A framework for family therapy*. Nueva York: W. W. Norton and Company; 1989. pp. 381-405.
16. Tilton E. Epistemic injustice in sexual assault trials. Georgia State University. Tesis doctoral. 2019. Disponible en: https://scholarworks.gsu.edu/philosophy_theses/255.
17. Jackson DL. «Me Too»: epistemic injustice and the struggle for recognition. *FPQ*. 2018; 4(4). Disponible en: <https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/fpq/article/view/6231>.
18. Blease C, Carel H, Geraghty K. Epistemic injustice in healthcare encounters: evidence from chronic fatigue syndrome. *J Med Ethics*. 2017; 43: 549-557.
19. El relato de este caso está extraído de los siguientes artículos de prensa: La Vanguardia. Carcedo cree que «modas» como parir en casa suponen «un retroceso». 25 de abril de 2019. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20190425/461857786021/carcedo-cree-que-modas-como->

parir-en-casa-suponen-un-retroceso.html; La Voz de Asturias. Batalla legal por el caso de la embarazada obligada a parir en el HUCA. 17 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.lavozdeasturias.es/noticia/oviedo/2019/10/17/batalla-legal-embarazada-obligada-parir-huca/00031571307713636417158.htm>; Requena Aguilar A. La mujer obligada a ingresar para dar a luz recurre ante los tribunales la decisión del hospital y del juzgado que dio la orden. *eldiario.es*. 23 de mayo de 2019. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/obligada-ingresar-tribunales-decision-hospital_0_902210273.html.

20. La literalidad del artículo 17 establece lo siguiente:

1. Todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente.
2. En los casos en que las mujeres opten por la interrupción del embarazo regulada en el artículo 14 recibirán, además, un sobre cerrado que contendrá la siguiente información:
 - a) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.
 - b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.
 - c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.
 - d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.

Esta información deberá ser entregada en cualquier centro sanitario público o bien en los centros acreditados para la interrupción voluntaria del embarazo. Junto con la información en sobre cerrado se entregará a la mujer un documento acreditativo de la fecha de la entrega, a los efectos de lo establecido en el artículo 14 de esta Ley.

La elaboración, contenidos y formato de esta información será determinada reglamentariamente por el Gobierno.

21. Triviño Caballero R. Acciones indebidas en el acceso al aborto. Sobre el periodo de espera y asesoramiento obligatorios. En: Triviño R, Ausín T, editores. *Hacer o no hacer. La responsabilidad por acciones y omisiones*. Madrid: Plaza y Valdés; 2017. pp. 313-338.
22. Brown S. Is counselling necessary? Making the decision to have an abortion. A qualitative study. *Eur. J Contracept Reprod Health Care*. 2013; 18(1): 44-48.
23. Rowlands S. The decision to opt for abortion. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2008; 34: 175-180.
24. Ibidem 21, 22 y 23.
25. Ibidem 21.
26. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*. 2014; 384(9948): e42-4.
27. Medina J. Varieties of hermeneutical injustice. En: Kidd IJ, Medina J, Polhaus G, editores. *Nueva York: The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*; 2017. pp. 41-52.
28. Hartsock N. The feminist standpoint: developing the ground for a specifically feminist historical materialism. En: Harding S, Hintikka M, editoras. *Discovering reality: feminist perspectives on epistemology, metaphysics, methodology, and philosophy of science*. 2a ed. Dordrecht: Kluwer; 2003. pp. 283-310.
29. Blanco Canseco JM et al. Empatía médica en residentes y tutores de medicina familiar y comunitaria. La visión del profesional y del paciente. *Atención Primaria*. 2018. Disponible en: doi: 10.1016/j.aprim.2018.04.009.
30. En este sentido, un proyecto de referencia es el Project Implicit, desarrollado por la Universidad de Harvard. Más información disponible en: <https://implicit.harvard.edu/implicit/>.
31. Tuana N. The speculum of ignorance: the women's health movement and epistemologies of ignorance. *Hypathia*. 2006; 21(3): 1-19.

Desigualdades de género, ética y salud

Lucía Artazcoz

Agència de Salut Pública de Barcelona

Introducción

La paradoja de género en la salud se refiere a que, pese a que las mujeres son más longevas, sufren más discapacidad y mala salud que los hombres a lo largo de su vida.¹ La contribución de las diferencias biológicas a las desigualdades en la salud entre mujeres y hombres es modesta; sus diferentes patrones de salud y enfermedad se explican fundamentalmente por razones sociales ligadas a un sistema patriarcal que configura un orden de género —más o menos acentuado— que determina oportunidades desiguales para que hombres y mujeres puedan desarrollar su potencial de salud. Las personas nacen hombre o mujer, pero en todas las sociedades se asignan diferentes roles a los hombres y a las mujeres que determinan el poder que tienen en su vida diaria.

El análisis de las desigualdades de género en la salud permite una consideración ética de la forma en que los factores sociales y culturales contribuyen a las desigualdades en salud entre los sexos. Sin embargo, el género está ausente o no se entiende en la mayor parte de las intervenciones de salud pública.² El objetivo de este capítulo es proponer un marco teórico para la comprensión de las desigualdades de género en la salud.

Género y salud

Durante años los conceptos de «perspectiva de género en la salud», de «desigualdades de género en la salud» o similares han sido, con frecuencia, sinónimos de salud de las mujeres.³ Este abordaje es comprensible, ya que las mujeres tienen casi universalmente menos poder, privilegios y oportunidades que los hombres y, por tanto, la idea de trabajar para corregir estos desequilibrios entre géneros es muy poderosa. Además, existe una gran evidencia de que la salud materna influye en la salud y la supervivencia de los niños y niñas. Sin embargo, poner el foco en la salud de las mujeres es complementario, pero no

sinónimo, de la promoción de la equidad de género en la salud.⁴ De hecho, en los últimos años los hombres también han comenzado a llamar la atención sobre las implicaciones negativas de la masculinidad para su salud.⁵

Patriarcado

Entender las causas de las desigualdades de género en la salud requiere partir del concepto de patriarcado, una forma de organización social, política, económica y religiosa basada en la autoridad de los hombres y en la dominación masculina sobre las mujeres. Implica la existencia de estructuras de desigualdad de género en las esferas pública y privada de la vida, así como en los derechos y recursos, sustentados por trayectorias impulsadas por el mercado, el Estado y el marco legal,⁶ así como la construcción social constante de lo que se considera «femenino» y «masculino».⁷

El patriarcado determina unas normas de género que configuran las ideas de la sociedad sobre las esferas sociales que deberían ser las posiciones principales para las mujeres y los hombres, así como la valoración que la sociedad efectúa de estas esferas sociales.⁸ Existe una percepción tácita acerca de que lo que hacen los varones es mejor y más valioso que lo que hacen las mujeres. De resultas, se socializa a los hombres de modo que interiorizan que son superiores a las mujeres y que deben dominar a sus parejas femeninas,⁹ de modo que la subordinación y sumisión de las mujeres se considera normal, esperada, aceptada y, en algunos casos, atractiva.¹⁰ De esta manera, se configura un sistema social marcado por desigualdades de género en el acceso y el control sobre los recursos y en la toma de decisiones y el poder, así como en la experiencia de discriminación, un modelo de sociedad sustentado, en definitiva, por unas normas que configuran aquello que se considera «masculino» o «femenino» y los roles que deben ocupar mujeres y hombres. La transgresión de estas normas y roles suele ser penalizada socialmente, lo cual puede tener un impacto negativo sobre el estado de salud.¹¹

Marco conceptual

Incorporar la perspectiva de género en el análisis, el diseño, la implantación y la evaluación de políticas y programas de salud pública requiere tener en

cuenta cuatro elementos: a) las normas de género; b) las desigualdades en el acceso y el control sobre los recursos; c) la falta de igualdad en la toma de decisiones y el poder y d) la división sexual del trabajo.¹²

Normas de género

Las normas de género se refieren a las conductas y actitudes que la sociedad considera que son propias de mujeres o de hombres. Estas normas son enseñadas y reforzadas por las diversas instituciones sociales: la familia, la escuela, las entidades religiosas, el trabajo, los medios de comunicación y la sociedad en general. Las reglas y prácticas de estas instituciones son percibidas como imposibles de cambiar. Además, son legitimadas e institucionalizadas mediante leyes y políticas, lo que dificulta enormemente el cuestionamiento de los roles de género. Los gobiernos, por ejemplo, pueden legitimar las desigualdades de poder en la familia y la sociedad y perpetuar la violencia machista en el ámbito de la pareja (VMAP) mediante la promulgación de leyes y políticas discriminatorias o mediante la aplicación desigual de la ley. También pueden promover o no la tolerancia de la VMAP en el ámbito no oficial (es decir, en la familia y en la comunidad). Sin embargo, a pesar del contexto legal, con frecuencia el tratamiento judicial de la VMAP, afectado por prácticas androcéntricas y estereotipos de género, produce baja tasa de condenas, estereotipos discriminantes en la conceptualización de la violencia machista y atención revictimizante a las mujeres, lo que provoca la desconfianza de estas.¹³

Las normas de género se corresponden con los roles específicos que la sociedad prescribe para las niñas y los niños, las mujeres y los hombres, que son evaluados de manera diferente. En casi todas las sociedades se valora menos a las niñas y las mujeres que a los niños y los hombres. El cumplimiento de los roles de género es controlado mediante una variedad de mecanismos que van desde una simple aprobación o desaprobación hasta el ostracismo social y la agresión e incluso la violencia tolerada socialmente.

Socialización de género en la infancia

Desde que nacen, los niños y niñas son socializados de acuerdo con el orden de género. Deben vestir de manera diferente o jugar a distintos tipos de jue-

gos que, en muchos casos, reproducen la división sexual del trabajo de la vida adulta. A las niñas no se les anima a jugar a fútbol o a otros juegos que impliquen una actividad física fuerte; a los niños frecuentemente no se les permite jugar con muñecas o «a casitas». Además, se les enseña que las respuestas emocionales deben ser diferentes: los hombres no lloran, pero, en cambio, en las mujeres, llorar es aceptable y es considerado como un signo de feminidad. También deben ser desiguales las respuestas intelectuales: se espera que las niñas no respondan o expresen sus opiniones, mientras que de los niños se esperan actitudes activas. Ya en la escuela, con frecuencia, el profesorado presta mayor atención a los niños que a las niñas, porque esperan más de ellos. También desde la infancia, niñas y niños aprenden cuáles son la identidad de género o la orientación sexual «correctas».

Hábitos relacionados con la salud

La configuración de la masculinidad puede variar entre comunidades, pero el desarrollo de una identidad masculina heterosexual tradicional generalmente implica asumir riesgos para la salud: por ejemplo, hábitos más insanos, más conductas susceptibles de accidentes o comportamientos agresivos y de dominio físico y resistencia a admitir debilidades. Todo ello se traduce en una escasa atención a los mensajes de promoción de la salud y un menor uso de los servicios de atención primaria en las etapas tempranas de los problemas de salud, lo cual comporta un mayor empleo de servicios hospitalarios o de urgencias.¹⁴ Estas conductas «típicamente masculinas» explican, en gran parte, la mayor mortalidad prematura de los hombres.¹⁵

Las normas de género ejercen una gran presión sobre la imagen de las mujeres, a las que se exige que sean jóvenes, atractivas y delgadas a lo largo de toda su vida. Aunque últimamente también ha aumentado la presión sobre la imagen de los hombres, en su caso es menor y se concentra entre los veinte y los cuarenta años. Por otro lado, en las dos últimas décadas se ha observado, principalmente en mujeres, un aumento de las intervenciones de cirugía estética, con los riesgos que comportan, con el fin de afrontar unas normas sociales que sobrevaloran la juventud y la belleza física y discriminan a las personas mayores, sobre todo si son mujeres.¹⁶ En los dos sexos, la presión social por un ideal de belleza irreal se asocia a baja autoestima, insatisfacción con el propio cuerpo y depresión.¹⁷

Las normas de género proporcionan la explicación social de los patrones de hábitos relacionados con la salud ligados al sexo. Sin embargo, este origen social raramente recibe la atención que merece, como si los hábitos de salud fueran naturales y no aprendidos.¹⁸

Relaciones de género

Las relaciones de género se refieren a las relaciones sociales entre mujeres y hombres y entre las personas del mismo sexo, configuradas por la cultura, la religión o las formas socialmente aceptables de pensar o ser. Estas relaciones entre hombres y mujeres, tal como existen en la mayoría de las sociedades, se caracterizan por la discriminación de las mujeres en la toma de decisiones, en el poder y el acceso y control sobre los recursos. Las desigualdades sustentadas por las normas sobre las relaciones de género están en el origen y perpetúan la violencia machista.¹⁹

Identidad de género y orientación sexual

El orden de género dicta las normas relativas a la identidad de género y la orientación sexual, de manera que, igual que sucede con otras conductas, el no cumplimiento de estas expectativas se asocia con problemas de salud.²⁰ En los últimos años la población de lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) ha reclamado que la orientación sexual y la identidad de género sean consideradas también componentes de las desigualdades de género en la salud.²¹ Numerosos estudios han documentado un peor estado de salud en este colectivo.^{22, 23} Así, resulta muy oportuno el documento de posicionamiento del American College of Physicians con recomendaciones para mejorar la comprensión de los médicos y médicas sobre cómo proporcionar un cuidado cultural y clínicamente competente a las personas LGBTI, abordando los factores ambientales y sociales que pueden afectar su bienestar mental y físico, y la investigación sobre sus necesidades de salud específicas.²⁴

Acceso y control sobre los recursos y el poder

Las mujeres y los hombres tienen desigual acceso (posibilidad de usar un recurso) y control (posibilidad de definir y tomar decisiones sobre el uso de un recurso) con respecto a los recursos. Estos son de distinto tipo: económicos

(entre los que se incluyen los servicios sanitarios), políticos, sociales o de educación. En los servicios sanitarios esto se traduce en un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico para numerosos problemas de salud,²⁵ violencia obstétrica²⁶ o medicalización de la salud sexual y reproductiva de las mujeres,²⁷ por ejemplo. El mayor acceso y control de los recursos hace que los hombres tengan más poder que las mujeres. Así, a través de prácticas sexistas, ellos tienen mayor acceso a puestos de responsabilidad en el mercado de trabajo.²⁸ Y a todo esto, el sexismo tiene un impacto negativo sobre el estado de salud.²⁹

Las desigualdades de género en el acceso a los recursos económicos juegan un papel importante en la VMAP. En España, si los ingresos de las mujeres derivados del trabajo o de una pensión propia (por jubilación o invalidez) son iguales o superiores a los del cónyuge, el riesgo de sufrir VMAP es menor. Por el contrario, cuando no tienen suficientes recursos, las necesidades relacionadas con los aspectos básicos de la supervivencia familiar, como la vivienda y el cuidado de los niños y niñas, tienen prioridad para muchas mujeres maltratadas con ingresos bajos. Muchas optan por continuar con hombres potencialmente peligrosos en sus vidas para satisfacer estas necesidades básicas, no porque acepten el maltrato o lo banalicen, sino porque la frecuencia o gravedad del maltrato no supera, desde su perspectiva, los recursos sustantivos o la seguridad económica que les confieren estas relaciones.³⁰

División sexual del trabajo

Por último, la división sexual del trabajo asigna a los hombres un papel protagonista en el trabajo remunerado y en la vida pública y a las mujeres una mayor responsabilidad en la esfera doméstica y familiar. Mientras que el trabajo remunerado ofrece estatus, poder, reconocimiento e ingresos, el ámbito privado permanece relegado e invisible, lo cual sustenta y perpetúa las desigualdades de género.³¹ Las posiciones más desfavorecidas de las mujeres en la sociedad en general y en el trabajo en particular explican en buena parte su peor estado de salud en comparación con los hombres.³² El papel de ama de casa a tiempo completo,³³ la conciliación de vida laboral y familiar,³⁴ el trabajo temporal,³⁵ el paro,³⁶ el trabajo a tiempo parcial o las largas jornadas de trabajo,³⁷ responden a presiones diferentes sobre hombres y mujeres, y suponen también experiencias distintas, lo que determina diferencias de género en el impacto sobre la salud.

Conclusión

Las desigualdades entre hombres y mujeres determinan desigualdades de género en la salud a través de las normas de género, el acceso al poder y los recursos y la división sexual del trabajo. Abordar este tipo de desigualdades requiere transversalizar el género en todas las políticas, incluidas las de salud pública, aplicando principios éticos a la forma en que las personas viven su vida cotidiana y al modo en que se relacionan entre sí.

Notas

1. Alberts SC, Archie EA, Gesquiere LR, Altmann J, Vaupel JW, Christensen K. The male-female health-survival paradox: a comparative perspective on sex differences in aging and mortality. En: Weinstein M, Lane MA, editores. *Sociality, hierarchy, health: comparative biodemography: a collection of papers*. Washington, DC: The National Academies Press; 2014. pp. 339-364.
2. Hawkes S, Buse K. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. *Lancet*. 2013; 381(9.879): 1.783-1.787.
3. Ostlin P, Eckermann E, Mishra US, Nkowane M, Wallstam E. Gender and health promotion: a multisectoral policy approach. *Health Promot Int*. 2006; 21(1): 25-35.
4. Ibidem 2.
5. Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *Br Med J*. 2001; 323: 1.061.
6. Walby S. The European Union and gender equality: emergent varieties of gender regime. *Soc Polit*. 2004; 11(1): 4-29+145.
7. West C, Zimmerman DH. Doing gender. *Gend Soc*. 1987; 1: 125-151.
8. Reed E, Raj A, Miller E, Silverman JG. Losing the «gender» in gender-based violence: the missteps of research on dating and intimate partner violence. *Violence Against Women*. 2010; 16(3): 348-354.
9. Taft CT, Bryant-Davis T, Woodward HE, Tillman S, Torres SE. Intimate partner violence against African American women: an examination of the socio-cultural context. *Aggress Violent Behav*. 2009; 14(1): 50-58.
10. Russo NF, Pirlott A. Gender-based violence concepts, methods, and findings. *Ann N Y Acad Sci*. 2006; 1.087: 178-205.
11. Rofes E. Desires as defiance: gay male sexual subjectivities and resistance to sexual health promotion. *Health Educ J*. 2002; 61(2): 125-137.
12. Ostlin P, Eckermann E, Mishra US, Nkowane M, Wallstam E. Gender and health promotion: a multisectoral policy approach. *Health Promot Int*. 2006; 21(1): 25-35.
13. Bodelón González E. Violencia institucional y violencia de género. En la Cátedra Fr Suárez. 2015; 48(0): 131-155.
14. Creighton G, Oliffe JL. Theorizing masculinities and men's health: a brief history with a view to practice. *Heal Sociol Rev*. 2010; 19(4): 409-418.
15. Ibidem 5.
16. Clarke LH, Griffin M. Visible and invisible ageing: Beauty work as a response to ageism. *Ageing Soc*. 2008.
17. Ibidem 3.
18. Ibidem 3.
19. Artazcoz L, Garrido A, Juárez O, Otero I, Pasarón M, Pérez K et al. Violencia machista en el ámbito de la pareja desde una perspectiva de salud pública: marco conceptual. *Barcelona Soc Rev Investig y análisis Soc*. 2019; 21: 1-15.
20. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex*. 2011; 58(1): 10-51.
21. Horner J, Roberts NJ. Time to recognise sexual orientation as a social determinant of health. *Medical Journal of Australia*. 2014; 200: 137.

22. Blosnich John R, Farmer GW, Lee JGL, Silenzio VM, Bowen DJ. Health inequalities among sexual minority adults: evidence from ten U.S. States, 2010. *Am J Prev Med.* 2014; 46(4): 337-349.
23. Marshal MP, Dietz LJ, Friedmn MS, Stall R, Smith H, McGinely J et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *J Adolesc Heal.* 2011; 49(2): 115-123.
24. Daniel H, Butkus R, Tape TG, De Long DM, Beachy MW, Bornstein SS et al. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health disparities: executive summary of a policy position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015; 163(2): 135-137.
25. Hamberg K. Gender bias in medicine. *Women's Heal.* 2008; 4(3): 237-243.
26. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters.* 2016; 24(47): 47-55.
27. Lokugamage AU, Pathberiya SDC. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reprod Health.* 2017; 14(1): 1-8.
28. Moss-Racusin CA, Dovidio JF, Brescoll VL, Graham MJ, Handelsman J. Science faculty's subtle gender biases favor male students. *Proc Natl Acad Sci.* 2012; 109(41): 16.474-16.479.
29. Borrell C, Artazcoz L, Gil-González D, Pérez G, Rohlfs I, Pérez K. Perceived sexism as a health determinant in Spain. *J Womens Health (Larchmt).* 2010; 19(4): 741-750.
30. Barnett OW. Why battered women do not leave. Part 1: external inhibiting factors within society. *Trauma, Violence, Abus.* 2000; 1: 343.
31. Artazcoz L, Cortès I, Escribà-Agüir V. Gender, work and health: a step forward in women's occupational health. En: Gideon J, editor. Borrell C, Artazcoz L, Gil-González D, Pérez G, Rohlfs I, Pérez K. Perceived sexism as a health determinant in Spain. *J Womens Health (Larchmt).* 2010; 19(4): 741-750. *Handbook on gender and health.* Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing; 2016.
32. Ibidem 31.
33. Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Soc Sci Med.* 2004; 59: 263-274.
34. Arcas MM, Novoa AM, Artazcoz L. Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers. *Eur J Public Health.* 2013; 23(5): 883-888.
35. 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: 761-777.
36. 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(1): 82-88.
37. Artazcoz L, Cortès I, Benavides FG, Escribà-Agüir V, Bartoll X, Vargas H et al. Long working hours and health in Europe: gender and welfare state differences in a context of economic crisis. *Health Place.* 2016; 40: 161-168.



Ética y género en las políticas sanitarias

Género y políticas sanitarias

M.^a Teresa López de la Vieja

Universidad de Salamanca

Introducción

Desde hace varios años, la Organización Mundial de la Salud y otras entidades internacionales se han manifestado en favor de la igualdad y, por ello, sobre la necesidad de incluir el género en el ámbito de la salud. En el año 2001, la declaración de esa organización, la OMS, insistía en que se trata de un factor determinante para la salud. En este sentido, la perspectiva de género y una metodología específica, transversal, ¿qué lugar ocupan o han de ocupar en la definición de las políticas sanitarias? ¿Por qué son relevantes para el análisis de cuestiones de salud pública? El objetivo aquí es recordar que igualdad y justicia, como equidad, son principios básicos para vertebrar las políticas públicas, incluidas las políticas sanitarias.

La distribución equitativa de los recursos destinados a la prevención de enfermedades y a la mejora de la salud de la población será, pues, incompatible con aquellos papeles sociales que se convierten en limitaciones para acceder a los bienes públicos. La normativa vigente se refiere en modo expreso al igual derecho a la salud para mujeres y hombres, aun cuando programas y estrategias hayan de considerar sus distintas necesidades (Ley Orgánica 3/2007 y Ley 33/2011). «Género» se refiere a un sistema binario que asigna distintas cargas y beneficios, estableciendo así pautas —bien definidas— para las relaciones entre mujeres y hombres.

Dentro de este sistema, ¿cómo lograr la igualdad efectiva de oportunidades y derechos? La tesis es que perspectiva de género y método transversal son clave para definir políticas sanitarias coherentes con el principio de igualdad o igualdad efectiva. La información disponible en la actualidad sobre diferencias en salud muestra por qué tanto la agenda de temas como los principios básicos pueden —y deben ser— mucho más amplios de lo que se suele considerar. El enfoque de género ¿por qué está casi siempre asociado a la salud sexual y reproductiva?

A partir de la igualdad, principio recogido en documentos internacionales y en la legislación nacional, se hace aquí referencia a tres, solo a tres de los múltiples aspectos en la relación entre políticas sanitarias y género: a) el marco conceptual y su integración en el marco normativo, b) un ejemplo de política sanitaria con efectos no deseables, aunque previsibles, y c) el cuidado, principio complementario al de justicia, para temas de salud pública.

Marco conceptual

«No se nace mujer: se llega a serlo.»¹

No son las diferencias biológicas sino el aprendizaje, papeles atribuidos e inculcados a las mujeres. Este «segundo sexo» —así lo denominó Simone de Beauvoir a finales de los años cuarenta, en el siglo XX— está en el origen de la división de funciones y, al final, en las desigualdades. El patriarcado es un sistema social asentado en relaciones jerárquicas y de socialización diferenciadas que normaliza el trato desigual e incluso el dominio. No es, pues, algo «natural» sino el resultado de tradiciones y procesos culturales. Si este sistema ha sido construido, ¿cómo eliminarlo o reemplazarlo? Haría falta otro tipo de socialización, otra cultura. A finales de los años sesenta, se extendió el uso de un concepto alternativo para nombrar los procesos de aprendizaje destinados a las mujeres: el «segundo sexo».

«Género» se refiere a ello, a una construcción social y cultural. La asignación de papeles diferentes sirve luego para distribuir cargas y beneficios, de forma desigual. Este sistema binario y jerárquico tiene, sin duda, consecuencias para mujeres y hombres. ¿Qué lugar y qué actividades les corresponden? La perspectiva de género permite entender por qué y cómo se distribuyen las posiciones, con las respectivas ventajas —y desventajas— en el sistema social. Muestra, en fin, que las diferencias entre mujeres y hombres determinan el acceso a los bienes públicos, entre ellos los recursos sanitarios. Está por tanto en juego nada menos que la justicia social en la atención sanitaria.² Es una cuestión teórica, metodológica y, también, práctica:

1. «Género» ¿qué significa? Es una categoría analítica, útil para señalar la dimensión social y cultural de las relaciones entre personas de ambos sexos. Por tanto, no se refiere a un ámbito separado, ni tampoco

co es sinónimo de «mujer» ni de un mundo de y para mujeres. Se trata de relaciones asimétricas, jerárquicas, antes que biológicas, como explica Joan Scott.³ Según esto, los estudios de género no son exactamente lo mismo que los estudios de la mujer o que las teorías feministas. Aun compartiendo casi todas las críticas⁴ hacia el sistema patriarcal, la dimensión relacional y constructiva en el enfoque de género subraya la diferencia de papeles para mujeres y hombres y, sobre todo, su diferente poder. No es «natural».

2. ¿Cómo poner fin a estas relaciones desiguales? El método transversal o de integración (*mainstreaming*) implica medidas para llegar a la igualdad entre mujeres y hombres, en *todos* los ámbitos. Desde el año 1996, forma parte o debe formar parte de las políticas y actividades de la Unión Europea,⁵ a fin de ampliar el concepto estándar, simple, de igualdad de oportunidades. La metodología aporta un enfoque sistemático a la hora de intervenir en las múltiples causas de discriminación o desigualdad, con el propósito de sustituir el modelo tradicional por otro más cooperativo y horizontal. Para ello, el enfoque de género tendría que ser incorporado a *todos* los niveles de la toma de decisiones, a fin de producir cambios reales. Estos serán posibles cuando *todas* las políticas, *todos* los ámbitos y *todas* las instituciones sigan la misma dirección. La metodología transversal forma parte, entonces, de una noción más amplia e incluyente de igualdad efectiva.
3. ¿Qué relación hay entre políticas activas de género y políticas sanitarias? Desde el año 2007, la legislación vigente sobre igualdad entre mujeres y hombres incluye la dimensión transversal de las intervenciones. Estas estarán destinadas tanto a corregir conductas discriminatorias como a desarrollar políticas de igualdad real. La Ley Orgánica 3/2007 hace hincapié en ello: en que sean efectivas. Esto vale también para las políticas de salud, que es un derecho para todos.⁶ En esta misma línea, la Ley 3/2011 de salud pública, prohíbe la discriminación y se refiere a la igualdad como un derecho. Es compatible, sin duda, con estrategias y programas que tengan en cuenta las distintas necesidades de mujeres y de hombres;⁷ en conclusión, la igualdad es el nexo entre políticas de género y políticas de salud. De esta forma, el marco conceptual queda integrado, al menos en parte, dentro del marco normativo.

4. ¿Cómo es la relación entre lo normativo y las prácticas, lo fáctico? La base biológica y las necesidades de mujeres y de hombres suelen ser distintas, lo cual no justifica, no puede justificar, la pérdida de oportunidades ni de derechos. Tampoco será motivo suficiente para aceptar la discriminación, más o menos explícita. Es decir, los papeles sociales son distintos, solo que ¿por qué convertirlos en limitaciones? De manera general, los datos sobre salud y género son muy claros con respecto a las diferencias o «brechas» reales. Estadísticas e informes están a disposición de quienes deseen —o no deseen— acceder a información contrastada sobre el tema. En la práctica, las formas de socialización y las expectativas desiguales —el segundo sexo— pesan todavía, empezando por el modo de comunicar lo relativo a la salud de mujeres y hombres⁸ y a su participación en la investigación científica.⁹ Hay abundantes datos acerca de las oportunidades que unas y otros tienen,¹⁰ el acceso desigual a los recursos sanitarios,¹¹ la distribución de tareas y usos del tiempo,¹² el liderazgo masculino dentro de las organizaciones,¹³ el porcentaje de cuidadoras no profesionales y sobre otras muchas actividades. Los datos evidencian sesgos e importantes diferencias.

Al respecto, ¿qué dice la literatura especializada? Las aportaciones recientes relativas a salud pública, con enfoque de género,¹⁴ se centran en los aspectos normativos —principios básicos, legislación y buenas prácticas— y, ante todo, en la escasa visibilidad de las diferencias en este ámbito.¹⁵ La conclusión es que el género es uno de los determinantes de salud y, en muchos casos, se convierte en factor de riesgo.¹⁶ Continúa siendo un tema pendiente en la práctica de la medicina —androcéntrica, todavía—¹⁷ y en la investigación, tal vez porque los estudios de género han tenido un desarrollo independiente¹⁸ de las ciencias de la salud. Por todo ello, la declaración de la OMS,¹⁹ en el 2001, marcaba o debería haber marcado un antes y un después en el compromiso con la igualdad en las políticas sanitarias.

Políticas de salud: un ejemplo

«5. Cuidados no profesionales: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.»²⁰

¿Es necesaria la coordinación entre políticas de igualdad y políticas sanitarias? La forma de aplicar la Ley 39/2006, para la atención a personas en situación de dependencia, ejemplifica los riesgos de no integrar la perspectiva de género ni la metodología de intervención. Un año después de la entrada en vigor de la norma sobre dependencia, la dimensión transversal de la igualdad quedaba recogida en la Ley Orgánica 3/2007.²¹ Al analizar el contenido y, en especial, la aplicación de ambas leyes se comprende por qué es necesaria la atención formal o profesional a la dependencia. ¿Qué sucede cuando los recursos y el sistema previsto en la ley resultan insuficientes? ¿Hasta qué punto influye el sistema de dependencia en las políticas de igualdad? La distribución de los cuidados no profesionales suscita preguntas acerca de: a) quiénes son los cuidadores, b) el equilibrio entre cuidado e igualdad, y c) la agenda de temas relacionados con la salud:

- a) Los cuidados que no se presten desde el sistema público quedarán a cargo de «personas de la familia o de su entorno», según lo previsto en la Ley 39/2006. La cuestión es qué personas de la familia o del entorno asumen esa responsabilidad, sin la intervención de los servicios especializados. Las estadísticas oficiales, del INE y del Ministerio de Sanidad, aclaran este punto de la distribución real de cuidadores no profesionales o no formales. Entre el año 2007 y el 2017, los datos sobre personas que habían solicitado excedencia voluntaria para atender a familiares eran como sigue: entre un 85,67% y un 83,66% eran mujeres; entre un 6,22% y un 11,23%, hombres. Por su parte, las cifras totales de cuidadores en 2017 eran de 9.398 mujeres y 1.836 hombres.²² La conclusión es, entonces, que la mayor parte de los cuidadores eran «las cuidadoras» (<http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/contenidos/anuario.htm>). ¿Por qué? Habría que tener en cuenta la distribución general de tareas y papeles sociales, tal y como funcionan, para explicar esa «brecha» en los cuidados. Es decir, los esfuerzos y los recursos previstos en la Ley Orgánica 3/2007 pueden quedar sin efecto con la llegada de la enfermedad o las situaciones de dependencia. Ahí están las expectativas tradicionales sobre quién debe hacerse cargo de otras personas. Sin suficientes cuidados profesionales y sin una distribución equitativa de los cuidados no profesionales, la responsabilidad de atender a los demás vuelve a recaer en las cuidadoras.

Coherencia en las políticas públicas y equilibrio de género son, pues, necesarios.

- b) El cuidado puede ser entendido al modo convencional —solo «femenino»— o, por el contrario, en sentido «feminista», como propone Carol Gilligan.²³ Es decir, con responsabilidad, y por lo mucho que se valoran las relaciones;²⁴ pero sin exigir la renuncia ni el sacrificio personal de quien atiende a los demás. Este modo no convencional del cuidado requiere, entonces, del equilibrio con otros principios de actuación básicos, la igualdad —entre mujeres y hombres—, la autonomía y la justicia, la equidad en definitiva. Es decir, importa que la distribución tenga ventajas para todas las partes.²⁵ La Ley 33/2011 incluye la equidad en las políticas y en los informes públicos.²⁶ El marco normativo puede incluso ampliarse con la vulnerabilidad; es importante para definir políticas, sobre todo en etapas de crisis, debido a sus consecuencias para la población.²⁷ Un marco amplio de principios resulta, en fin, coherente con la variedad de determinantes de la salud, como la clase, la pertenencia a un grupo y, sin duda, el género.
- c) No se trata solo de salud sexual y reproductiva. La transversalidad del enfoque parece no haber llegado aún a varias campañas del Ministerio de Sanidad, dirigidas a las mujeres, sobre embarazo y salud, prevención de embarazos no deseados, etc. (<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/campanasMujer.htm>). La agenda de temas a revisar con perspectiva de género es mucho más extensa. Véase, por ejemplo, una temática destacada y con mucho eco en otros países: la donación de órganos para trasplantes. Los informes anuales de la Organización Nacional de Trasplantes arrojan cifras interesantes, aunque es también llamativo que en esos informes no aparezca comentario alguno sobre las diferencias en los donantes.²⁸ El sistema de distribución de órganos está organizado, pero no parece estarlo tanto la distribución de donantes en vivo, como indican los datos sobre trasplante renal en vivo durante los años 2010-2014, una muestra relevante. Los sesgos están también en las organizaciones sanitarias, en el uso de los servicios de salud, en la incidencia de enfermedades degenerativas, como las demencias, en la investigación científica, en el diagnóstico de enfermedades y así sucesivamente. Igualdad, justicia, autonomía y cuidado son principios válidos para analizar lo relacionado con

la salud. Por tanto, la agenda de temas a reconsiderar va mucho más allá de sexualidad y reproducción.

¿Quiénes son los cuidadores no profesionales? ¿Quiénes son los donantes en vivo? ¿A quiénes se dirigen las campañas de salud? ¿Quiénes utilizan la atención primaria? ¿Quiénes tienen más ingresos en los centros de salud? Hay numerosos ejemplos de políticas sanitarias que, de haber tenido en cuenta la atribución de papeles, no habrían producido —más aún siendo previsibles— efectos no deseables. No es sexo; es género.

Solo cabe recordar que el estereotipo de las mujeres como cuidadoras natas ya no se corresponde con las cifras de población activa ni con el cambio demográfico, en este y en otros países. ¿Cuántas cuidadoras disponibles habrá en los próximos años? El hecho de que la carga de los cuidados siga recayendo sobre todo en las mujeres demuestra la persistencia del modelo convencional, en salud y en el conjunto de la sociedad. Este modelo forma parte del sistema universal de desigualdad —y de dominación—,²⁹ escasamente permeable a los cambios en las relaciones. Y es gravoso.

¿Hacen falta políticas activas eficaces? La no intervención y la no integración de un enfoque de género —crítico y también constructivo— comporta costes. Dejar la situación tal y como está, no apostar por políticas articuladas desde la igualdad,³⁰ tiene consecuencias desfavorables para las mujeres. Lo serán también para la población en su conjunto. Antes o después, todas las personas necesitaremos ser atendidas: ¿quién nos cuidará? Es una cuestión de género, es decir de relaciones y de organización social.

Cuidado e igualdad. Algunas conclusiones

«a) Dirigirán las acciones y las políticas preventivas sobre los determinantes de la salud, entendiendo por tales los factores sociales, económicos, laborales, culturales, alimentarios, biológicos y ambientales que influyen en la salud de las personas.»³¹

Salud y calidad de vida no solo dependen de decisiones y hábitos personales; influyen también otros factores como la igualdad de oportunidades y de trato. Los datos desagregados a los que se puede acceder muestran, sin embargo,

que la igualdad plena entre mujeres y hombres es todavía un objetivo por conseguir, no una realidad. Todavía *no* lo es.

El género es, pues, una categoría para analizar procesos de socialización y formas de desigualdad. Introduce un enfoque, un punto de vista bien definido, útil para evaluar las prácticas que apuntalan un sistema asimétrico y patriarcal. No cabe duda de que ese sistema jerárquico condiciona las oportunidades y, al final, el acceso a bienes y recursos, como son los destinados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Tales recursos han de llegar a toda la población, con una distribución no solo justa sino también equitativa; es decir, con el grado de desigualdad adecuado para ofrecer ventajas para todos. Todo ello significa que se ha de incluir de manera efectiva a quienes presentan diferencias físicas, biológicas, pero no constituyen un grupo minoritario ni mayoritario sino la mitad de la población.

Por tanto, la igualdad es un principio a tener en cuenta en el diseño y la aplicación de las políticas sanitarias. A ese marco normativo interesa añadir el principio de cuidado, imprescindible en el ámbito de la salud. Con una salvedad: siempre que se entienda y se utilice con perspectiva de género. Esto es, en equilibrio con otros principios básicos como la autonomía, la justicia y la igualdad. De lo contrario, la visión tradicional del cuidado llevará a una división simple de tareas, no a su distribución equitativa. ¿Con qué resultados? Al final, la atención a las necesidades de los demás se verá como tarea de y para mujeres. Las estadísticas son muy elocuentes: indican que aún no se ha impuesto el modelo igualitario, en ninguno de los países. Sigue en pie el modelo convencional.

Esa forma tradicional de entender el cuidado tiene costes. Son importantes, pese a los avances en las políticas de género, diseñadas para fomentar la igualdad y erradicar la violencia. En el campo de la salud, es aún más evidente la división de tareas; en las cifras e informes sobre la actividad de mujeres y hombres están, sin embargo, algunas respuestas a la pregunta de por qué el género es relevante para las políticas sanitarias. Lo siguiente será plantearse si expectativas y papeles tan desiguales son, o pueden ser, compatibles con la mejora de la salud, la prevención de enfermedades y la distribución equitativa de recursos para *toda* la población. En los años veinte, la salud pública era ya un ámbito proteico, en expansión y con áreas aún por cultivar, según la

definición de C. E. Winslow.³² Un siglo después, es mucho más amplio e incluye varias perspectivas. El género es o debe ser una de ellas.

Notas

1. Beauvoir S de. *Le deuxième sexe*. París: Gallimard; 1949: 285.
2. Beauchamp D, Steinbock B, editores. *New ethics for the Public's Health*. Nueva York: Oxford University Press; 1999: 101-109.
3. Scott J. Gender: a useful category of historical analysis. *The American Historical Review*. 1986; 91: 1.053-1.075. Disponible en: <https://genders-tudiesgroupdu.files.wordpress.com/2014/07/scott-gender.pdf>.
4. López de la Vieja M.^a T. *La mitad del mundo. Ética y crítica feminista*. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2004: 19-39.
5. Commission of the European Communities. *Incorporating equal opportunities for women and men into ALL community policies and activities*. Bruselas. 21-2-1996; COM(96) 67 final. Disponible en: <http://aei.pitt.edu/3991/1/3991.pdf>.
6. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, III y art. 27, 1, 2. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>.
7. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, art. 6.2. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-15623>.
8. Informe Quiral. *Mujer, salud y comunicación*. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra-Fundació Vila Casas; 2018: 9. Disponible en: <https://www.fundaciovilacasas.com/es/informe-quiral>.
9. De Semir V. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2010; 25. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4689283/cuaderno25.pdf/1cffa8c1-c1b8-471d-8853-7cadd72d2838>.
10. Borrell C, García Calvente M.^a M, Martí Boscá JV. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*. 2004; 18(4): 1-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400002.
11. Bolaños EM, Colomer C, Espiga I, García C, López R, Mosquera C. *Informe salud y género*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005: 17-18. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf>.
12. Bolaños EM, Colomer C, Espiga I, García C, López R, Mosquera C. op cit pp. 15-16.
13. García Calvente M.^a M, Ruiz Cantero M.^a T, Del Río Lozano M.^a, Borrell C, López Sancho P. Desigualdades de género en la investigación en salud pública y epidemiología en España (2007-2011). *Gaceta Sanitaria*. 2015; 29(6): 1-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000600002.
14. Öhman A. Global public health and gender theory. The need for integration. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2008; 36: 449-451. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.920.5912&rep=rep1&type=pdf>.
15. Phillips S. Including gender in Public Health research. *Public Health Reports (Supplement 3)*. 2011; 126: 16-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150124/>.
16. Heise L, Greene M, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, Zewdie D. Gender equality, norms, and health 1. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet*. 2019; 393: 2.440. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31155275>.
17. Lindemann H. The woman question in medicine: an update. *The Hastings Center Report*. 2012; 42(3): 38-45. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hast.34>.
18. Hammarström A, Hensing G. How gender theories are used in contemporary Public Health Research. *International Journal of Equity in Health*. 2018; 17: 8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323916163_How_gender_theories_are_used_in_contemporary_public_health_research.

19. World Health Organization. Madrid Statement. Mainstreaming gender equity in health: the need to moving forward. 2002. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf.
20. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, art. 2.5. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>.
21. Ley Orgánica 3/2007, III.
22. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social-INE. Mujeres y hombres en España 2018. Madrid; 2019.

Equidad de género en las políticas de salud: ¿hacemos lo que debemos?

María del Mar García

Escuela Andaluza de Salud Pública

El propósito de este texto es analizar la importancia de tener en cuenta la perspectiva de género en el desarrollo de las políticas de salud. En primer lugar, abordaré algunos conceptos clave y marcos conceptuales que nos pueden ser de utilidad para comprender las relaciones entre el género y la salud, y especialmente cuál es el papel que juega el sistema sanitario en este marco. Seguidamente, plantearé diversos enfoques organizacionales que nos permiten elaborar políticas de salud con perspectiva de género, deteniéndome brevemente en algunas herramientas disponibles. Propondré a continuación dos casos que nos pueden servir de ejemplo para comprender la importancia de aplicar el análisis de género a las políticas de salud, para terminar con algunas cuestiones destinadas a la reflexión y el debate.

Sexo no es género, igualdad no es equidad

Es necesario comenzar recordando dos conceptos claves para el análisis de género de las políticas de salud que, aunque están relacionados, no tienen el mismo significado y no son intercambiables. Cabe diferenciar así entre el concepto de sexo, que está relacionado con características biológicas, y el concepto de género, ligado a aspectos socioculturales. De entre muchas otras, he elegido la definición de sexo que emplea Susan Phillips, y que se refiere a «un constructo biológico basado en los cromosomas sexuales y manifestado en la anatomía, fisiología y hormonas; [...] atributos [que] tienden a ser más o menos constantes a través de las sociedades».¹

El concepto de género, en cambio, se puede definir como «la construcción cultural que asigna, jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual».²

Estos dos conceptos, lejos de ser independientes, están interrelacionados y, en la atención a la salud, ambos son importantes y nos van a interesar.

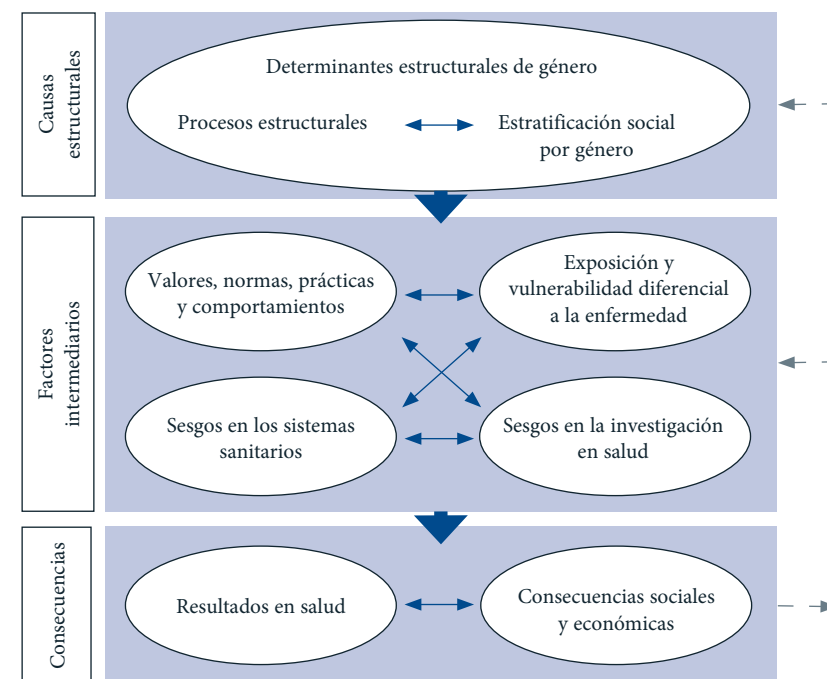
En el campo de la salud, especialmente en salud pública, trabajamos con la biología y también con la cultura; por tanto, es relevante distinguir entre diferencias y desigualdades. Cuando hablamos de desigualdades de género nos referimos a aquellas diferencias sistemáticas, evitables e injustas que surgen de las construcciones socioculturales e históricas y transforman las diferencias sexuales en discriminaciones. Esto significa que las diferencias (biológicas) entre mujeres y hombres se pueden transformar en desigualdades (sociales) a través de mecanismos de discriminación. Las desigualdades se expresan en la división sexual del trabajo y en un *acceso* diferencial y jerarquizado a recursos materiales y simbólicos, así como al poder en sus distintas expresiones.³ Estas tres categorías van a ser fundamentales para aplicar el análisis de género como herramienta de planificación en salud.

Para el tema que nos ocupa resulta igualmente importante distinguir los conceptos de igualdad y equidad de género. En salud, la igualdad de género consiste en la ausencia de discriminación, esto es, que mujeres y hombres tengan las mismas oportunidades para acceder y beneficiarse de los recursos y servicios en salud. La equidad, en cambio, va más allá, y requiere que hombres y mujeres sean tratados igual cuando tengan las mismas necesidades, pero diferentes cuando estas necesidades sean distintas.⁴ La igualdad supone que todas las personas tienen el mismo valor, independientemente de su sexo (u otras características); mientras que la equidad supone justicia.

El género como determinante social de la salud

Para comprender cómo el género es un determinante de nuestra salud voy a utilizar el modelo elaborado por la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género que, liderada por Gita Sen, Piroška Östlin y Asha George, elaboró un informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS sobre la inequidad de género en salud.⁵

Modelo conceptual del género como determinante social de la salud (OMS)



Fuente: Sen y Östlin (2007).

Como se muestra en la figura, en este modelo se pueden distinguir tres niveles:

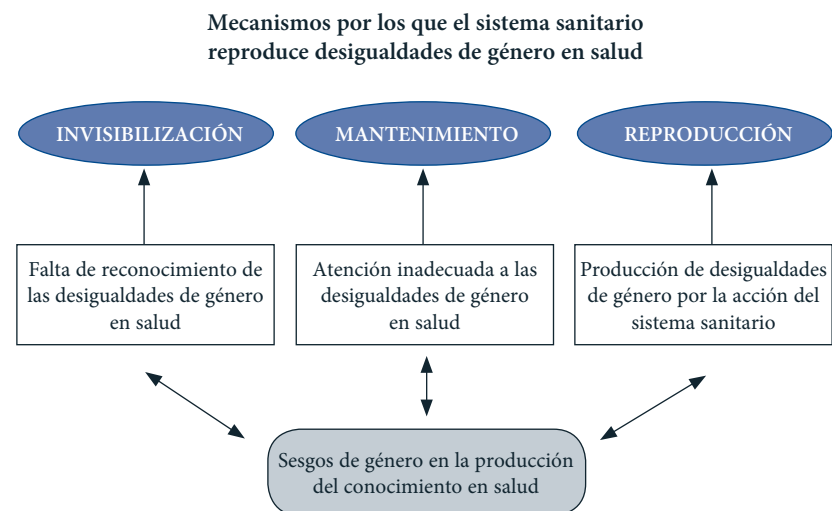
- Causas o determinantes estructurales de género, que son aquellos factores basados en procesos estructurales y que sitúan a las mujeres en posiciones sociales de desventaja respecto a los varones: se refieren a la educación, el empleo, la pobreza, la exclusión, el acceso a posiciones de poder, la representación y la toma de decisiones...
- Factores intermedios:
 - Valores, normas, prácticas y comportamientos discriminatorios.

- Exposición y vulnerabilidad diferencial frente a factores de riesgo de enfermedad, discapacidad o accidentes.
- Sesgos de género en los sistemas sanitarios.
- Sesgos de género en la investigación en salud.

c) Consecuencias: en los resultados en salud y en los efectos sociales y económicos de estos resultados desiguales en salud.

En este modelo el sistema sanitario es considerado como uno de los factores intermediarios que condicionan que el género sea relevante en salud. Pero ¿cuáles son los mecanismos a través de los que el sistema sanitario es un determinante de las desigualdades de género en salud?

- En primer lugar, la invisibilización: la falta de (re)conocimiento de las desigualdades de género en salud desde los servicios sanitarios es un factor muy importante que contribuye a que estas desigualdades persistan y no desaparezcan. La invisibilización es una forma de «ceguera de género» que produce discriminación.



Fuente: elaboración propia.

- En segundo lugar, el mantenimiento: una atención inadecuada a las desigualdades ya existentes contribuye a que estas se mantengan y perpetúen.
- En tercer lugar, la reproducción: las propias actuaciones del sistema sanitario pueden (re)producir y profundizar en las desigualdades de género en salud.
- En la base de todos estos mecanismos encontramos un conocimiento en salud que se ha producido sin tener en cuenta el sistema de sexo-género. Hoy día sabemos que mucha de la investigación en salud está sesgada en aspectos que afectan a todas las fases del proceso investigador, precisamente por no considerar el género —y ni siquiera el sexo— como determinante de la salud.⁶ Y este hecho genera en sí mismo desigualdades en las actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales.

Equidad de género y sistema sanitario

La equidad de género en el sistema sanitario se puede analizar desde diversos aspectos. En cuanto a la financiación del sistema de salud, se sabe que en sistemas de salud no solidarios las mujeres pagan más que los hombres por mantener su salud y esto se debe a diversos factores. Por un lado, las mujeres tienen mayores necesidades reproductivas por cuestiones ligadas a la biología. En segundo lugar, en sistemas de aseguramiento privado (basado en el riesgo), las mujeres son más costosas porque viven más tiempo, con peor salud y con más necesidades ligadas a la reproducción. Y, en tercer lugar, esta inequidad se agudiza por el hecho de que las mujeres constituyen los grupos de población más pobres en casi todos los países y tienen menor capacidad de pago (menores tasas de empleo y trabajos más precarios, discontinuidad de su historia laboral debida a los acontecimientos reproductivos y a la responsabilidad en los cuidados...).

Según un informe de la OMS-EUROPA elaborado por la Health Evidence Network (HEN),⁷ la experiencia de países de altos y de bajos ingresos nos indica que:

- Los esquemas basados en impuestos y seguridad social son los más equitativos.

- En países de la OCDE, pasar de un régimen basado en impuestos al pago de tasas directas por los usuarios ha aumentado la carga económica de los grupos menos privilegiados, ha reducido el acceso y puede generar un aumento de la pobreza.
- Los esquemas basados en el aseguramiento privado, tasas directas al usuario para los servicios públicos y tasas directas a privados producen un sustancial incremento de las desigualdades en el financiamiento, acceso y seguridad financiera.

Estas lecciones tienen especial importancia para la equidad de género, ya que las mujeres suelen tener menos recursos económicos para pagar por servicios y menores derechos sociales que los hombres.

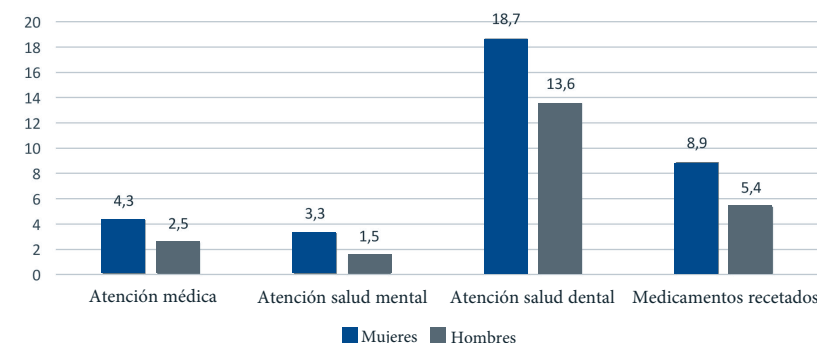
Por ejemplo, en sistemas de salud de algunos países que se basan en el aseguramiento privado, las mujeres con capacidad reproductiva (en edad fértil y que no hayan sido histerectomizadas) pagan hasta tres veces más que los hombres por las primas de atención sanitaria. Esto se ha llegado a denominar los «planes con útero y sin útero».⁸

Pero las mayores dificultades de las mujeres para el acceso a los servicios sanitarios no son exclusivas de países de bajos ingresos o que no disponen de un sistema nacional de salud. También ocurren en nuestro contexto cuando se aplican medidas de copago de determinados servicios sin tener en cuenta las situaciones de desigualdad preexistentes.

En el gráfico siguiente vemos cómo en España (según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017) hay más mujeres que hombres que no pueden acceder, por motivos económicos, a determinados servicios como medicamentos recetados, atención médica, atención dental o de salud mental. La menor accesibilidad económica de las mujeres a diferentes servicios o recursos sanitarios da cuenta de las consecuencias que tienen las desigualdades estructurales de género sobre un derecho fundamental como es el derecho al cuidado y atención a la salud.⁹ Y estas desigualdades probablemente se hayan visto agravadas por la situación de crisis económica y las medidas de recortes en servicios que se han aplicado.

También existen desigualdades en el uso de servicios sanitarios. Las mujeres utilizan más los servicios de atención primaria que los hombres por motivos propios, pero también consultan más por otras personas o por ambas causas.

Porcentaje de mujeres y hombres que no pudieron acceder a atención sanitaria y medicamentos por motivos económicos



Fuente: elaboración propia. Encuesta Nacional de Salud 2017.

Sin embargo, los hombres utilizan más los servicios de atención hospitalaria que las mujeres: por ejemplo, en Andalucía el 45,8% de las altas hospitalarias que se produjeron en el año 2016 fueron de mujeres, mientras que el 54,2% fueron de hombres (excluyendo partos y cesáreas).¹⁰

¿Por qué ocurre esto? La mayor frecuentación de las mujeres a los servicios de atención primaria no se puede entender como un privilegio, sino como un indicador de desigualdad social relacionada con el desequilibrio de roles y responsabilidades en los cuidados exigidos a mujeres y hombres. Es necesario romper con el estereotipo de que las mujeres son las mayores utilizadoras de los servicios sanitarios. Porque no solo consultan para ellas mismas sino para los demás miembros de la familia y porque esto no se cumple en el ámbito hospitalario, donde las consultas no se realizan a demanda, sino que se accede a través de la derivación de profesionales que deciden sobre los niveles de atención que necesitan los y las pacientes. La mayor utilización del hospital por parte de los hombres es un indicador de sesgo de género en el esfuerzo terapéutico de los que más información existe en la literatura científica.¹¹

Cómo aplicar el enfoque de género a las políticas de salud

Cuando hablamos de perspectiva de género nos referimos a «tomar en consideración y prestar atención a las diferencias entre mujeres y hombres en cualquier actividad o ámbito dados de una política», según la definición de la Comisión Europea. Es lo que denominamos «ponernos las gafas de género» para mirar nuestra realidad.

La OMS ha propuesto una escala para valorar el grado de integración de la perspectiva de género en los programas y políticas de salud (Gender Responsive Assessment Scale, GRAS en sus siglas en inglés) que contempla cinco niveles.¹² Dependiendo de su consideración de las normas, roles y relaciones de género y del grado en el que contempla objetivos para reducir o eliminar las desigualdades y promover la equidad de género, una política puede ser: 1) desigual, 2) ciega al género, 3) sensible al género, 4) específica de género y 5) transformadora.

Who Gender Responsive Assessment Scale (GRAS):
criterios para evaluar programas y políticas

Nivel 1: desigual	Nivel 2: ciega	Nivel 3: sensible	Nivel 4: específica	Nivel 5: transformadora
Perpetúa la desigualdad de género al reforzar normas, roles y relaciones desequilibradas.	Ignora las normas, roles y relaciones de género.	Considera las normas, roles y relaciones de género.	Considera las normas, roles y relaciones de género para mujeres y hombres y cómo afectan al acceso y el control de los recursos.	Considera las normas, roles y relaciones de género para mujeres y hombres que afectan al acceso y el control de los recursos.
Privilegia a los hombres sobre las mujeres (o viceversa).	Muy a menudo refuerza la discriminación basada en el género.	No aborda la desigualdad generada por normas, roles o relaciones desiguales.	Considera las necesidades específicas de hombres y mujeres.	Considera las necesidades específicas de hombres y mujeres.

A menudo conduce a que un sexo disfrute de más derechos u oportunidades que el otro.	Ignora las diferencias en oportunidades y asignación de recursos para mujeres y hombres.	Indica conciencia de género, aunque a menudo no se desarrolla ninguna acción correctiva.	Se dirige y beneficia intencionalmente a un grupo específico de mujeres u hombres para lograr objetivos de ciertas políticas o programas o satisfacer ciertas necesidades.	Aborda las causas de las inequidades en salud basadas en el género.
A menudo construido en base al principio de ser «justo» al tratar a todos por igual.		Facilita que las mujeres y los hombres cumplan con los deberes que se les asignan en función de sus roles de género.		Incluye formas de transformar normas, roles y relaciones de género nocivas.
				El objetivo es a menudo promover la igualdad de género. Incluye estrategias para fomentar cambios progresivos en las relaciones de poder entre mujeres y hombres.

Fuente: WHO. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach/WHO Gender Analysis Tools.

Esta escala supone más bien un *continuum* en el que hay matices y mezclas: una política puede ser ciega al género a la vez que específica en determinados aspectos, o sensible en algunas cuestiones y transformadora en otras.

Se han propuesto diferentes enfoques organizacionales para lograr incorporar la equidad de género en los sistemas de salud. Los más utilizados son:¹³

- *Mainstreaming* o transversalidad de género.
- Presupuestos de género.
- Evaluación de impacto de género.
- Establecimiento de metas y objetivos específicos de género.
- Herramientas que ofrece la metodología de análisis de género.

Me detendré brevemente en algunos de ellos. El Consejo Económico y Social de Naciones Unidas define la transversalidad de género como «el proceso de evaluar las implicaciones para las mujeres y los hombres de cualquier acción planificada, incluida la legislación, las políticas o los programas, en cualquier área y en todos los niveles».¹⁴ Se trata de una estrategia que se ha de aplicar en todas las fases de una política (desde el diseño hasta la evaluación), que pretende evitar que se perpetúe la desigualdad existente entre hombres y mujeres y cuyo objetivo final es lograr la equidad de género.

La OMS añade, en el caso específico de las políticas de salud:¹⁵

Si los sistemas de atención de salud deben responder adecuadamente a los problemas causados por la desigualdad de género, no es suficiente simplemente *agregar* un componente de género al final del desarrollo de un proyecto dado (sic). El género no es, por lo tanto, algo que pueda ser consignado a *perros guardianes* en una sola oficina, ya que ninguna oficina puede involucrarse en todas las fases de las actividades de una organización. Todos los profesionales de la salud deben tener conocimiento y conciencia de las formas en que el género afecta la salud, de modo que puedan abordar los problemas de género donde sea apropiado, haciendo que su trabajo sea más efectivo.

Ya en el año 2001, en el ámbito político, la Declaración de Madrid sobre la equidad de género en la salud mediante la transversalidad «insta a todos los Estados miembros a integrar activamente el *mainstreaming* de género en las políticas públicas de salud».¹⁶

Otra de las estrategias disponibles es la metodología del análisis basado en género, que pretende identificar, analizar y actuar sobre las desigualdades que resultan de pertenecer a uno u otro sexo o de las relaciones desiguales de poder entre los sexos.¹⁷ Se trata de una forma sistemática de observar el impacto diferenciado de programas, proyectos, políticas y piezas legislativas sobre los hombres y las mujeres. En todas las evaluaciones sectoriales o análisis situacionales se debe integrar un análisis de género para asegurar que las

intervenciones no exacerbén las injusticias y desigualdades de género y que, cuando sea posible, se promueva mayor igualdad y justicia en las relaciones de género.

Existen disponibles una variedad de guías y herramientas para aplicar esta metodología a los diferentes niveles de las políticas y programas, en las cuales no me voy a detener. Una de ellas, que me parece especialmente interesante, es la *Guía para el análisis y monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud*, elaborada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).¹⁸ En ella se contemplan diferentes dimensiones o campos de observación:

- La intersectorialidad.
- El acceso al sistema de salud.
- La integralidad.
- La calidad de la atención.
- La financiación del sistema.
- La gestión de los recursos humanos.
- La participación, la rendición de cuentas y el empoderamiento.
- El cumplimiento de los compromisos internacionales.

Otra de las herramientas que podemos y debemos utilizar son los informes de impacto de género. Según la Ley 30/2003, de 13 de octubre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabore el Gobierno,¹⁹ en nuestro país son preceptivos estos informes en el procedimiento de elaboración de proyectos de ley y en los reglamentos que los desarrollen. Sin embargo, aunque esta sería una magnífica herramienta para asegurar que las políticas «no empeoran las desigualdades existentes, sino que las mejoran», estos informes se convierten muy a menudo en un mero trámite administrativo que hay que cumplir, y que se suele hacer cuando ya está la normativa cerrada, con lo cual existen muy pocas posibilidades de que tengan incidencia en el contenido de las leyes y reglamentos.

A nivel estatal, disponemos de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva entre mujeres y hombres,²⁰ y también muchas comunidades autónomas han desarrollado sus propias leyes de igualdad, acompañadas frecuentemente por planes de igualdad intersectoriales.

El artículo 27 de la Ley de Igualdad se dedica a la integración del principio de igualdad en las políticas de salud, y establece:

1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán en su formulación y desarrollo las distintas necesidades de mujeres y de hombres y las medidas necesarias para abordarlas.
2. La garantía de igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, evitando que las diferencias biológicas o los estereotipos sociales produzcan discriminaciones.
3. El desarrollo de una serie de actuaciones por parte de las Administraciones públicas y los servicios de salud, como son:
 - Medidas de promoción de salud de las mujeres, sin discriminación.
 - Investigación científica que atienda a las diferencias entre mujeres y hombres, sin sesgos de género.
 - Consideración dentro de la salud laboral del acoso sexual y el acoso por razón de sexo.
 - Principio de igualdad en la formación del personal de las organizaciones sanitarias (especialmente para la detección y abordaje de las situaciones de violencia de género).
 - Equilibrio entre mujeres y hombres en puestos directivos y de responsabilidad.
 - Obtención y tratamiento de datos desagregados por sexo en registros, estadísticas y sistemas de información sanitaria.

Además, en su artículo 20 se alude a la obligatoriedad del Informe de impacto de género, y en el artículo 20 de la adecuación de estadísticas y estudios.

Algunos ejemplos de (no) aplicación del enfoque de género a las políticas de salud

CASO 1. Análisis de género del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones

En este Real Decreto-Ley (RDL) se plantearon una serie de medidas de reforma del sistema público de salud que afectaron a distintos ámbitos relativos al derecho a la atención sanitaria, a la cartera de servicios y al copago de determinados productos y prestaciones.

En su capítulo I se plantearon modificaciones a través de las cuales se pasó de un sistema basado en la universalidad a otro basado en el aseguramiento. ¿Afecta esto de manera diferencial a mujeres y a hombres? En principio, se podría pensar que no, puesto que no se menciona explícitamente ninguna diferenciación en el RDL. Sin embargo, si utilizamos la metodología de análisis de género, podemos comprobar que la situación de partida de hombres y mujeres sí es desigual, entre otros por los siguientes aspectos:

- La tasa de empleo en las mujeres es menor que la de los hombres, así como es mayor la frecuencia de empleos más precarios, irregulares y en la economía informal en el caso de las mujeres. Por tanto, ellas tendrán más probabilidad de ser «beneficiarias» y menos de ser «aseguradas». Esto coloca a las mujeres en una situación de mayor dependencia de la persona que actúa como «asegurada» (mayoritariamente un hombre de la familia: esposo, padre...). La situación será más grave en el caso de grupos de mujeres más vulnerables, como las que son víctimas de violencia de género, las inmigrantes, las que tienen empleos sumergidos, las más pobres.
- Por otra parte, las mujeres tienen más necesidades de salud (por su papel biológico en la reproducción) y son las principales cuidadoras de la salud de los demás miembros de las familias (por su rol de reproducción social). Estas necesidades incrementadas las sitúan como mayores utilizadoras de los servicios sanitarios.
- Además, se sabe que en los sistemas de salud no solidarios, esto es, en los basados en el aseguramiento y no en impuestos, las mujeres resultan más caras a las aseguradoras y pagan más por su salud.

En el capítulo II del RDL se establecen una serie de medidas de copago de determinados productos y prestaciones, como son: la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, los productos dietéticos o el transporte sanitario no urgente. Veamos, con ayuda del análisis de género, si estas medidas pueden tener un impacto diferencial en mujeres y en hombres.

- Las mujeres viven más años, pero con peor salud. Entre otras cosas, los padecimientos crónicos son más frecuentes en mujeres. Por tanto, tendrán más consumo (y gasto) en medicamentos.
- Las enfermedades osteoarticulares y la discapacidad son más frecuentes en mujeres. Esto derivará en una mayor necesidad de prestaciones osteoprotésicas.

- Las mujeres suelen tener menor acceso a vehículo propio, sobre todo las mujeres mayores que residen en zonas rurales. Junto a una mayor frecuencia de enfermedades crónicas y discapacidad, es previsible que las mujeres tengan una mayor necesidad de utilizar el transporte sanitario no urgente.
- Además, las mujeres son más mayores y más pobres, y disfrutan de pensiones menores que los hombres, por su diferente historia laboral y las interrupciones de su trayectoria en el empleo debido a los cuidados. Por tanto, tienen menor capacidad de pago para sufragar los gastos aumentados por el establecimiento de estos copagos.

La utilización de otra de las herramientas disponibles, el Informe previo sobre el impacto de género de la normativa, podría ser de mucha ayuda para valorar los posibles efectos diferenciales de las medidas del RDL sobre los hombres y las mujeres (y a qué grupos de mujeres o de hombres puede afectar más), y para poner los mecanismos correctores necesarios que eviten el posible impacto en términos de desigualdades de género.

Como es preceptivo, el RDL se acompañó del Informe de Impacto de Género, en cuyas conclusiones se afirmaba que «por lo que respecta a la situación de partida, ha de señalarse que no existían, en los distintos ámbitos regulados por el presente Real Decreto-Ley, desigualdades de género previas, por lo que la previsión de resultados derivada de la entrada en vigor de esta norma no tendrá efectos desde el punto de vista de género, al no existir desigualdad alguna preexistente entre mujeres y hombres. Lo anteriormente señalado ha de llevarnos necesariamente a la conclusión de que el impacto de género del presente Real Decreto-Ley es nulo, pues no existiendo desigualdades de partida en relación a la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, no se prevé modificación alguna de esta situación».²¹ Es posible que si se hubiera aplicado la metodología de análisis de género a la elaboración de este informe previo, se podrían haber corregido algunos aspectos de la normativa que incidían, de manera clara, en la profundización de desigualdades de género en la salud ya existentes.

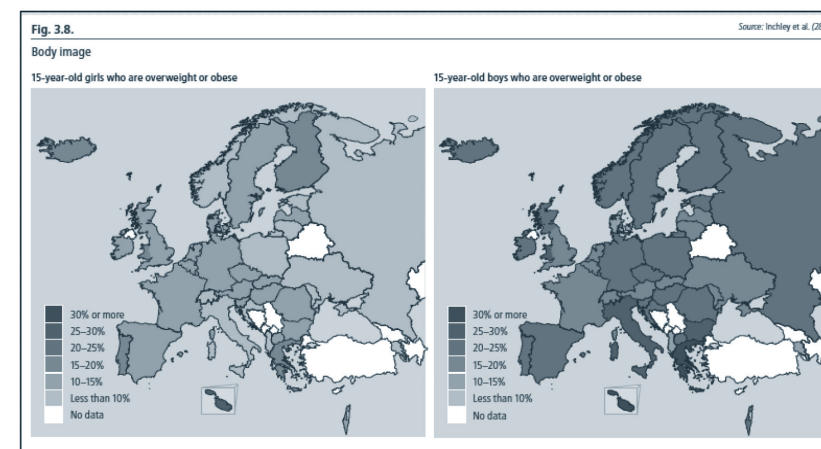
CASO 2. Políticas de promoción de salud: sobrepeso, imagen corporal y ejercicio físico

Para la elaboración, ejecución y evaluación de políticas de promoción de la salud y de hábitos de vida saludables, como las relacionadas con la preven-

ción del sobrepeso y la obesidad, hay que tener en cuenta las diferencias de situación entre mujeres y hombres, niñas y niños, en la situación de salud y también en los roles, las normas, los valores y los estereotipos de género.

En el siguiente mapa se puede observar cómo la prevalencia de sobrepeso y obesidad en chicos es mayor que en las chicas de quince años en prácticamente la totalidad de países de la región europea de la OMS.²²

Porcentaje de chicas y chicos de quince años que tiene sobrepeso u obesidad en los países de la región europea de la OMS

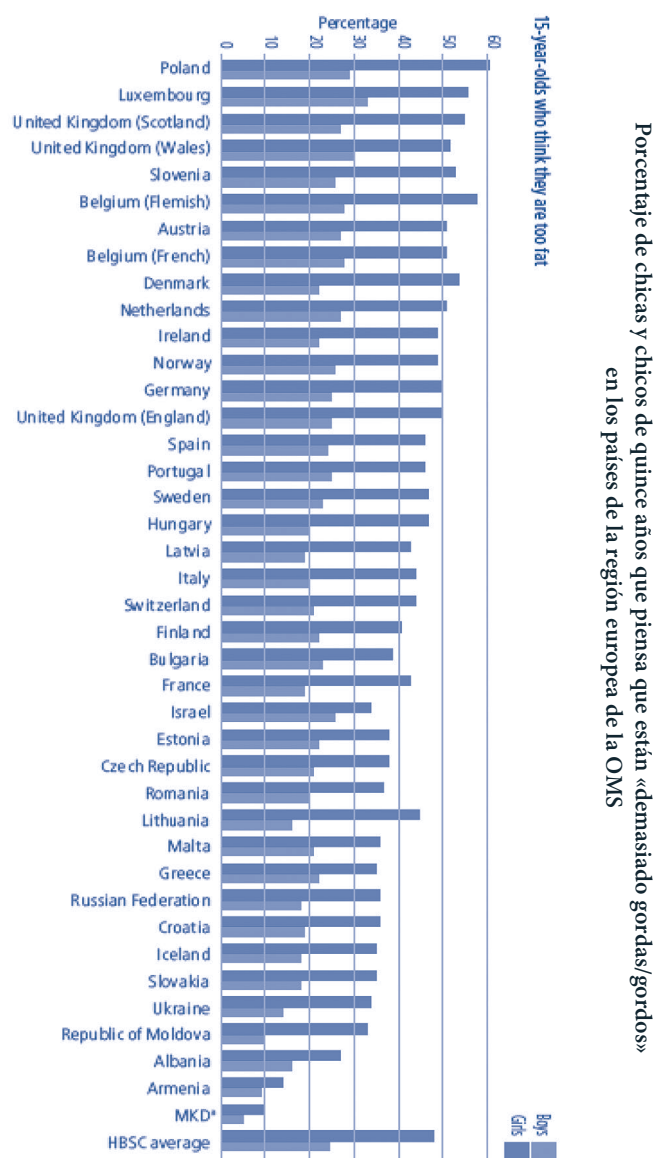


Fuente: WHO Regional Office for Europe (2016). Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage.

Sin embargo, para el mismo grupo de edad, el porcentaje de chicas que piensan que están «demasiado gordas» es prácticamente el doble que el de chicos que piensan esto, también en casi todos los países. El ideal de belleza que determina cómo tiene que ser el cuerpo de las chicas, que pasa por tener una determinada figura, hace que la presión social sobre ellas sea mucho más intensa que sobre ellos.

Por otra parte, un estudio publicado recientemente en *The Lancet* por un equipo de investigadoras de la OMS²³ sobre la prevalencia de «actividad física

Fuente: WHO Regional Office for Europe (2016). Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage.



insuficiente» en adolescentes que van a la escuela (entre once y diecisiete años), concluye que más del 80% de esta población en todo el mundo no llega al nivel mínimo recomendado de una hora de actividad física al día. Pero hay diferencias significativas entre chicas y chicos:

- Más chicas que chicos mostraban actividad física insuficiente: el 85% de ellas frente al 78% de ellos.
- El estudio se ha basado en datos sobre 1,6 millones de estudiantes, de 146 países (en 2001 y 2016): en todos ellos, las niñas resultaron ser menos activas que los niños, salvo en cuatro (Tonga, Samoa, Afganistán y Zambia).
- La brecha de género en el porcentaje de chicas y chicos que sí alcanzaron el nivel recomendado en 2016 superó los diez puntos en uno de cada tres países; las mayores diferencias se encontraron en Estados Unidos e Irlanda.
- En 107 de los 146 países esta brecha se incrementó entre 2001 y 2016.
- Las tendencias mostraron una leve mejoría en cuanto a actividad física en niños, pero no en niñas.

Las autoras del estudio concluyen que «las tendencias a que las niñas sean menos activas que los niños es preocupante. Hay que crear más oportunidades para satisfacer las necesidades e intereses de las niñas en cuanto a actividad física». En sus recomendaciones incluyen que hay que trabajar en: mejorar la educación física en las escuelas, incrementar las oportunidades para hacer deporte y potenciar los entornos seguros para caminar o montar en bicicleta de manera autónoma. Y habría que añadir una distribución más equitativa de las cargas de trabajo no remunerado —tareas domésticas y de cuidados— entre chicas y chicos.

La OMS ha insistido en la necesidad de incorporar la perspectiva de género a las políticas de salud en todas sus etapas. Es por ello que recientemente la Oficina de la OMS para Europa ha publicado dos de sus estrategias dirigidas a mejorar la equidad en salud entre mujeres y hombres: la *Estrategia de salud y bienestar de las mujeres en la Región Europea de la OMS* (2016) y la *Estrategia de salud y bienestar de los hombres en la Región Europea de la OMS* (2018),²⁴ ambas sustentadas en documentos de análisis de la situación en los diferentes países de la región.

Cuestiones para la reflexión y el debate

Trabajar para alcanzar la equidad de género en salud es una cuestión de justicia social. En palabras de Amartya Sen:

Más allá del examen de la situación de ventaja o desventaja de las mujeres o los hombres, es necesario analizar el contraste entre: 1) los esfuerzos y los sacrificios hechos por mujeres y hombres y 2) 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.²⁵

Y en relación con el papel que juegan o podrían jugar las políticas de salud en esta meta, se pueden plantear algunas cuestiones para el debate:

- ¿Es la equidad de género en salud una prioridad en la elaboración y ejecución de las políticas de salud en nuestro contexto? ¿Existe voluntad política?, ¿hay mecanismos?, ¿se utilizan las herramientas disponibles?, ¿existen capacidades?, ¿se hace evaluación de los impactos de las políticas de salud en términos de equidad de género?
- ¿Estamos asistiendo a una involución de las políticas de equidad de género (y su correlato en salud) en nuestro contexto? ¿Qué consecuencias en (des)igualdad de género podemos esperar?
- ¿Contemplan las políticas sanitarias las necesidades en salud de los grupos de mujeres y de hombres diversos?
- ¿Atienden de manera adecuada las políticas sanitarias la «injusticia de género» en el cuidado a la salud? ¿Se considera a las mujeres como meros recursos para los cuidados de las personas que los necesitan, y en especial para los cuidados no remunerados?

Notas

1. Phillips S. Defining and measuring gender: a social determinant of health whose time has come. *Int J Equity Health*. 2005; 4. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-4-11>.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Género y salud. Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud. 2010. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf>.
3. CEPAL. Naciones Unidas. Pobreza y desigualdad desde una perspectiva de género. 2004. Disponible en: <https://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/6/14716/separataesp.pdf>.
4. WHO/EURO. Gender definitions. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions>.
5. Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género. Equipo de Redacción: Gita Sen, Pirooska Östlin, Asha George. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Organización Panamericana de la Salud; 2007.
6. García-Calvente MM, Jiménez ML, Martínez E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Serie Monografías EASP, 48. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
7. Östlin P. What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); 2005.
8. Standing H. Gender impacts of health reforms. The current state of policy and implementation. La Habana, Cuba: Asociación Latinoamericana de Medicina Social Meeting; 2000.
9. García-Calvente MM, Lozano MR, Maroto Navarro G et al. Informe salud y género en Andalucía 2018. Sevilla: Consejería de Salud; 2018. Disponible en: https://www.easp.es/wp-content/uploads/publicaciones/EASP_Informe_Salud_y_Genero_Andalucia_2018.pdf.

10. Ibidem 9.
11. Rosa Urbanos-Garrido. Informe SESPAS. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Gac Sanit. 2016; 30(S1): 25-30.
12. WHO. Department of Gender, Women and Health. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. WHO Gender Analysis Tools; 2011. Disponible en: https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/.
13. Payne S. How can gender equity be addressed through health systems. WHO-EURO/HEN; 2009.
14. Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (ECOSOC). Resoluciones y decisiones del Consejo Económico y Social. Documentos oficiales 1997; 1999. Disponible en: <https://undocs.org/es/E/1997/97%28SUPP%29>.
15. Ibidem 4.
16. OMS. Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward. Madrid Statement; 2002.
17. World Health Organization. Division of Family and Reproductive Health. Gender and health: technical paper. World Health Organization; 1998. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63998>.
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud; 2009. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/guia_para_analisis_monitoreo_equidad_genero.pdf.
19. Ley 30/2003, de 13 de octubre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabore el Gobierno.
20. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva entre mujeres y hombres.
21. Movimientos de Género (blog). La perspectiva de género en las políticas de sanidad. 8 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.movimientos-degenero.com/articulos/la-perspectiva-de-genero-en-las-politicas-de-sanidad>.
22. WHO/EURO. Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region; 2016. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/333912/strategy-womens-health-en.pdf?ua=1.
23. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1,6 million participants. Lancet Child Adolesc Health. 2020; 4: 23-35. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2).
24. WHO/EURO. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach; 2018. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf?ua=1.
25. Anand S, Sen A. Gender inequality and human development: theories and measurement. Nueva York: Human Development Report Office. Occasional Papers, n.º 19; 1995. Disponible en: http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1995/papers/sudhir_anand_amartya_sen.pdf.



Ética y género en la práctica sanitaria

Ética y género en la práctica asistencial

Margarita Boladeras

*Catedrática emérita de Filosofía Moral y Política.
Universitat de Barcelona*

¿Por qué hablar de género en la práctica asistencial?

Hace tiempo que diversos sectores sociales denuncian los sesgos y las inequidades de las investigaciones y los cuidados médicos, así como las diferencias de valor que se otorgan al trabajo de hombres y mujeres en las instituciones médicas.

Esta aportación muestra la realidad que describen los resultados de las investigaciones sobre estas cuestiones y desarrolla una reflexión ética en torno a las graves deficiencias que se detectan. Articularé los siguientes aspectos:

1. Sesgos cognitivos de género en salud.
2. Ámbitos del acto médico y posibles sesgos.
3. La medicina de género.
4. Las diferencias de trato de médicos y médicas.
5. Autoridad y poder de los profesionales.
6. El avance de las mujeres en las profesiones médicas.
7. Justicia y verdad.
8. Los derechos humanos.
9. Injusticia epistémica e injusticia testimonial.
10. Injusticia hermenéutica.
11. Algunas conclusiones ético-políticas.

1. Sesgos cognitivos de género en salud

Numerosos estudios han dado la razón a quienes denunciaban sesgos cognitivos importantes en los ámbitos de la investigación médica, la atención

sanitaria y las aplicaciones terapéuticas; los primeros datan de los años noventa y principios del siglo XXI.¹ Algunas instituciones tomaron iniciativas positivas como la presentación de una guía de recomendaciones para la inclusión de las mujeres y de las minorías como sujetos de la investigación clínica del National Institute of Health de Estados Unidos (1994).² También la OMS reaccionó en 2002 para superar esta situación y elaboró una Declaración sobre política de la OMS en materia de género, «Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS».³ Más adelante aprobó la resolución WHA60.25 (2007) de la Asamblea Mundial de la Salud y la posterior Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (2008),⁴ que representan su compromiso para aplicar estrategias de trabajo dirigidas a intentar solventar las inequidades relacionadas con el género en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la labor de la OMS.

En España, María Teresa Ruiz ha sido pionera en el estudio de esta cuestión; sus primeros escritos se remontan también a los años noventa.⁵ Más recientemente ha publicado textos muy útiles como *Sesgos de género en la atención sanitaria y Perspectiva de género en medicina*.⁶ En este último reúne un conjunto de trabajos de especialistas de distintas disciplinas médicas sobre los siguientes temas: Perspectiva de género y derechos humanos en las enfermedades infecciosas, Desigualdad de género y medicina, Enfermedades respiratorias, La nefrología desde una perspectiva de género, ¿Existen desigualdades de género en la hipercolesterolemia familiar? La visión desde el manejo masivo de datos, La perspectiva de género y de derechos humanos en el estudio de las enfermedades cardiovasculares, Diferencias por sexo y por género en reumatología, Diferencias de género en el ictus isquémico, Estigma y salud mental en las personas mayores de sesenta y cinco años desde la perspectiva de género, La práctica de la pediatría en clave de diversidad, Ginecología y obstetricia: ¿influye el género?, o Cuestiones de género en la patología funcional digestiva. María Teresa Ruiz nos acompaña en el trabajo colectivo de la presente publicación, de manera que disponemos de la voz directa de su experiencia.

Ahora me referiré a algunas aportaciones recientes de carácter más general que permiten dibujar una panorámica amplia del estado de la cuestión. Creo que es primordial hablar de los hechos antes de entrar en consideraciones éticas.

Soledad Vázquez y Francisco Garrido⁷ han presentado los sesgos cognitivos de género en tres ámbitos de la salud: la investigación, el diagnóstico y la terapia.

- La investigación: exclusión de las mujeres de los ensayos clínicos o los estudios epidemiológicos.
- El diagnóstico: en el ámbito de la sintomatología se han asumido como universales los síntomas del cuerpo masculino, ignorando la sintomatología del cuerpo de la mujer.
- Las terapias: abordaje terapéutico muy defectuoso, en el que se han obviado los efectos adversos específicos de las mujeres y se ha minimizado el esfuerzo terapéutico sobre aquellas patologías o síndromes que tenían una mayor incidencia o gravedad en las mujeres.

La medicina no solo ha operado como si el cuerpo de las mujeres fuera idéntico al de los hombres, sino también como si las condiciones de vida y de reproducción fueran idénticas.

Estos autores destacan asimismo que existe un triple sesgo de género en el sistema de salud: sesgo cognitivo, sesgo social y sesgo institucional. Estos tres sesgos tienen un fuerte impacto en la calidad científica, la atención clínica y el bienestar y la salud de las mujeres, acarreando también consecuencias negativas sobre la equidad de género, pues contribuye al mantenimiento y legitimación de un estatus subalterno y dependiente de las mujeres. En este sentido merece especial atención la relación que existe entre el sistema sanitario y el sistema de prestaciones sociales, porque suele tener efectos perversos cuando desplaza al ámbito del trabajo oculto de las mujeres los costes y tareas que deberían ser asumidos por el Estado o por la totalidad de la comunidad.

2. Ámbitos del acto médico y posibles sesgos

Elisabet Tasa-Vinyals, Marisol Mora-Giral y Rosa Maria Raich-Escursell⁸ nos ofrecen un esquema que resume el conjunto de diferencias que caracterizan las prácticas de los distintos ámbitos de la atención sanitaria:

Relación médico-paciente	Proceso diagnóstico
Diferencias en: ■ El trato humano. ■ La credibilidad respecto de los síntomas. ■ La legitimización de los síntomas.	Diferencias en: ■ La latencia hasta consultar. ■ La latencia hasta ser diagnosticado. ■ La cantidad y agresividad de las pruebas diagnósticas practicadas.
Proceso terapéutico	Prevención y seguimiento
Diferencias en: ■ La latencia hasta el inicio del tratamiento. ■ La tipología de tratamiento utilizado. ■ Las dosis y pautas de tratamiento utilizadas. ■ La consideración de los efectos adversos. ■ La credibilidad y legitimación de las quejas sobre los efectos adversos.	Diferencias en: ■ La estimación del riesgo y la necesidad de prevención/seguimiento. ■ La cantidad y agresividad de los procedimientos preventivos utilizados. ■ La frecuencia de las visitas de seguimiento. ■ La autonomía del paciente en sus quejas sobre el seguimiento.

Algunos ejemplos de ello son:

- Los hombres utilizan más los servicios sanitarios especializados y/o urgentes (hospitalarios), mientras que las mujeres hacen más uso de la atención primaria.
- A igual necesidad o problema de salud, las mujeres tardan más en buscar ayuda médica y también tardan más en ser atendidas cuando la buscan.
- Mayor uso de procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos por parte de los hombres. Por ejemplo, más prescripción de artroplastias en hombres a pesar de la mayor prevalencia de artropatía en mujeres; diferencias en el manejo de exacerbaciones en neumopatías, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); más intensiva prevención del síndrome coronario en hombres en presencia de condiciones clínicas similares...

- A pesar de que la enfermedad coronaria es la primera causa de mortalidad en mujeres en su contexto, las pacientes con dolor precordial agudo, incluso las que lo presentan en la forma clínica típica masculina, son diagnosticadas y tratadas de forma menos agresiva que los hombres.
- Sobreutilización o uso dudoso en base a la evidencia científica disponible de prestaciones sanitarias como cesáreas, episiotomías, rasurados públicos preparto, histerectomías y ooforectomías, así como de la terapia hormonal sustitutiva.

Para salir de la situación descrita, Elisabet Tasa-Vinyals y colaboradoras consideran que debería hacerse un esfuerzo de complementación entre la medicina basada en la evidencia y las reivindicaciones de la epistemología feminista, incorporando la perspectiva de género en la práctica clínica.

Para comprender esta propuesta conviene tener algunas ideas sobre la perspectiva de la medicina de género. Esbozaré algunos apuntes a continuación.

3. La medicina de género

M. Cristina Amoretti y Nicla Vassallo⁹ han explicado el desarrollo de la medicina de género y han destacado que la exclusión de las mujeres de las investigaciones médicas no solo es una irresponsabilidad moral sino también un serio error epistémico, ya que ha provocado ignorancia y puntos ciegos en el conocimiento médico y la práctica clínica. Como ha indicado Anke Büter en su libro *Androcentrism, feminism, and pluralism in medicine*,¹⁰ la medicina de género no debe verse como un ejemplo de una ciencia más neutra, más libre de valores, sino más bien como una muestra de una ciencia mejor cargada de valores. Büter apoya su posición en el análisis de los orígenes de la medicina de género, enraizada en el movimiento feminista de la salud de la mujer, así como en uno de sus hitos: la inclusión de la mujer en ensayos clínicos.

En 2001 se creó en Nueva York el primer centro específico de medicina de género; ahora existen centros en distintos países. También se crearon instrumentos de comunicación como *The Journal of Gender Specific Medicine*, luego denominado *Gender Medicine*, y algunas sociedades como The International Society of Gender Medicine (ISOGEM),¹¹ que reúne a varias sociedades

nacionales como las de Austria, Alemania, Israel, Italia, Japón, Suecia y Estados Unidos. La Sociedad Sueca se presenta en su web de la manera siguiente: «El Centro de Medicina de Género, Departamento de Medicina, Instituto Karolinska, apoya la investigación y la educación para la innovación en la atención de la salud, a través de la promoción y la implementación de análisis de género y sexo. Estas actividades fortalecen la calidad y la competitividad de la innovación científica, procurando el aprovechamiento óptimo del conocimiento y la experiencia, a fin de mejorar la atención de la salud para mujeres, hombres y personas con diversidad de género».¹²

4. Las diferencias de trato de médicos y médicas

En 2008 se hizo una encuesta en línea a residentes de medicina de primer año en Andalucía y los resultados indicaron que las mujeres MIR (con independencia de la especialidad que elijan) mantienen una visión integral de la salud más acentuada que sus compañeros, puesto que tienen más en cuenta otros aspectos de la atención, además de las cuestiones técnicas.¹³

Las médicas de atención primaria mantienen consultas más largas, proporcionan más información y presentan un estilo de comunicación diferente del de los médicos. Como elemento diferencial destaca que las médicas incluyen en la entrevista más aspectos socioemocionales del problema del paciente (modelo Medicina Centrada en el Paciente); sin embargo, la información biomédica no parece relacionarse con el sexo del profesional. También los/las pacientes de las médicas hablan más y participan de forma más activa durante la consulta que si esta tiene lugar con un médico.¹⁴

Galiano-Coronil y colaboradores¹⁵ también inciden en estos aspectos y concretan algunos factores relevantes:

- a) El estilo comunicativo: durante la entrevista clínica las médicas, a través de un estilo comunicativo cercano, crean ambientes positivos que fomentan la participación del paciente en el encuentro (mayor flujo de información), acentuándose gracias a ello la adecuación del diagnóstico y el tratamiento. Todo lo cual influye en la predisposición de los pacientes para seguir sus recomendaciones.

- b) Una mayor sensibilidad de las médicas en la atención de colectivos sociales con mayores problemas de salud o con especiales dificultades de acceso a la medicina. Los valores de las médicas están en consonancia con un uso equitativo de los recursos del sistema. Estudios en otros países han confirmado la mayor predisposición de las médicas residentes en prestar servicios a población no asegurada.
- c) Las médicas otorgan mayor importancia a actividades preventivas y de educación sanitaria. Ellas ponen mayor énfasis en estas cuestiones para fomentar estilos de vida saludables y prevenir problemas de salud.

5. Autoridad y poder de los profesionales

Otra cuestión muy importante es el reconocimiento que obtienen los profesionales por su labor, tanto por parte de las personas atendidas como de sus compañeros y jefes. Según un estudio llevado a cabo por Ana Delgado Sánchez, Ana Távora Rivera y Teresa Ortiz Gómez,¹⁶ las médicas sienten que en su entorno profesional las mujeres no reciben suficiente autoridad. Por un lado, creen que ciertas cualidades, como la rapidez o la fortaleza física, consideradas socialmente masculinas, y de las que ellas supuestamente carecen, son necesarias en algunas ocasiones para recibir autoridad de los pacientes. Y, por otro, perciben que los valores que se atribuyen a las mujeres en el sistema de género no están cargados, simbólicamente, de autoridad.

Entre las médicas de los grupos investigados aparece como una contradicción ser mujer y ser autoridad. Esto es debido a la falta de representación simbólica de la autoridad femenina, una ausencia que las mujeres en general y las médicas en particular identifican como un problema del que son responsables pues, a diferencia de los hombres, no saben «valorarse», «venderse», «anunciarse». No están «investidas». Este sentimiento produce en ellas temor e inseguridad, tanto delante de sus compañeros como en la relación con los pacientes.

En general, las mujeres que desempeñan un rol socialmente reconocido sienten que, para demostrar su valía, el medio ambiente laboral o social les exige un desempeño profesional óptimo en mucha mayor medida que a sus compañeros varones.

Las autoras, apoyándose en aportaciones de otras investigadoras,¹⁷ reflexionan sobre la autoridad y el poder. La autoridad se recibe siempre de alguien e

implica el reconocimiento de la disparidad y la diferencia. El poder, sin embargo, se ejerce, se detenta, implica dominio y genera relaciones coercitivas.

En la profesión médica, como ocurre en las sociedades patriarcales, autoridad y poder han estado históricamente unidos y han tenido, y tienen, un significado estrictamente masculino, como han descrito distintos autores.¹⁸

En mi opinión, para superar esta situación hay que poner de manifiesto las causas que la provocan y los medios que tenemos para combatirlas. Luego hablaré de la injusticia epistémica, un concepto que nos permitirá profundizar en esta cuestión.

6. El avance de las mujeres en las profesiones médicas

En las universidades españolas, en el curso 2008-2009 las mujeres suponían el 69,6% del total del alumnado matriculado en Medicina (4,6 puntos más que diez años atrás). En cuanto a los médicos colegiados, en 2009 un 45,1% era mujeres, 8,5 puntos más que en 1998.¹⁹ Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2017 el número de médicas colegiadas en España era superior al número de médicos (127.979 colegiadas y 125.817 colegiados), algo que ocurrió por primera vez en la historia de nuestro país.²⁰

Sin embargo, el porcentaje de mujeres que dirigen sociedades médicas, colegios profesionales, hospitales y facultades, según el *Diario Médico*, con fecha de 8 de marzo de 2019,²¹ es el siguiente:

Mujeres en cargos directivos de sanidad y medicina

Instituciones	TOTAL	Hombres	Mujeres
Presidencias de colegios médicos	52	47	5 (9,6%)
Presidencias de sociedades médicas	45	37	8 (17,7%)
Decanatos de facultades de Medicina	41	34	7 (17%)
Directores de centros de investigación biomédica en red (CIBER)	12	11	1 (8,3%)
Consejerías de Sanidad	17	11	6 (35%)

7. Justicia y verdad

Resulta sorprendente que en una sociedad de la ciencia y de la técnica como es la nuestra se produzcan fenómenos tan anticientíficos como los que acabamos de mencionar.

La metodología científica se ha refinado hasta extremos inimaginables en muchos campos, pero resulta que la investigación médica obvia diferencias significativas de los distintos tipos de sujetos que deberían ser objeto de estudio, ocultando así, en muchos casos, efectos adversos, diagnósticos imprecisos, etcétera.

La medicina basada en la evidencia (medicina basada en pruebas) ha querido fortalecer la perspectiva científica del quehacer médico y lo ha hecho, pero no ha logrado romper ni los estereotipos culturales perniciosos, ni los conflictos de intereses, ni las dinámicas de poder que lastran las prácticas investigadoras y asistenciales de los médicos.

Desde el punto de vista ético, hay que denunciar la transgresión que todo ello supone de los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia y justicia, ya que se incumplen las obligaciones de proceder de la mejor manera posible para el bien de las pacientes, evitando riesgos innecesarios (los sesgos en los diagnósticos y tratamientos producen resultados negativos para las pacientes, provocando incluso muertes) y en igualdad de condiciones para todos los sujetos.

La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de 2005, además de enfatizar los principios antes citados, establece también, en su artículo 14 sobre responsabilidad social y salud, lo siguiente:

2. Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar: a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano.²²

8. Los derechos humanos

En la situación que he descrito es evidente que se produce discriminación hacia las mujeres, tanto en los sesgos y las inequidades de las investigaciones y de los cuidados médicos como en las diferencias de valor que se otorga al trabajo de hombres y mujeres en las instituciones médicas.

Las transgresiones de los derechos humanos son múltiples:

- a) El derecho a la igualdad y la justicia.
- b) El derecho a la dignidad, que es menoscabada por el trato discriminatorio y sus consecuencias.
- c) El derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país (art. 21.2).
- d) El derecho a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo (art. 23.1).²³

Los fallos relacionados con la búsqueda de la verdad en la casuística considerada implican injusticias manifiestas que atañen a la población de mujeres, no a toda la población. Por tanto, debemos hablar de injusticia de género.

Para comprender mejor la dinámica de las injusticias de género, sus causas y las acciones necesarias para su erradicación conviene profundizar en la llamada «injusticia epistémica».

La injusticia epistémica abarca dos aspectos: la injusticia testimonial y la injusticia hermenéutica.

9. Injusticia epistémica e injusticia testimonial

Todos sabemos que los estereotipos y los prejuicios son un lastre permanente para el desarrollo del conocimiento y de la convivencia en todas las épocas históricas. Filósofos y científicos de todos los tiempos han pedido combatirlos por todos los medios, pero siguen estando ahí, en el corazón de nuestras vidas, renovándose permanentemente.

El lenguaje es la puerta que nos abre a la comprensión del mundo y a la comunicación con nuestros semejantes. Pero también ocurre que los límites de mi

lenguaje son los límites de mi mundo (Wittgenstein). Aquello para lo que no tenemos palabras no existe para nosotros: por tanto, aquello que el bagaje lingüístico que heredamos presenta como bueno o malo dirige nuestras vidas. El acervo colectivo sedimentado en la comunicación social forma parte del ser de cada persona y los grupos de mayor poder social lo tutelan y modulan según sus intereses. A pesar de ello, los seres humanos tenemos la capacidad de capturar de alguna manera, poco a poco, la realidad que se nos oculta gracias a nuestras capacidades de creación e innovación, con las que rompemos los moldes heredados.

Los sujetos tenemos un rol social determinado, según el cual podemos hablar o hemos de callar, tenemos posibilidad de actuar mucho o poco, tenemos asignadas tareas públicas o privadas o ambas, podemos influir mucho o no. Hay grupos sociales excluidos de la vida pública o ignorados en su identidad como ciudadanos. Hay identidades muy valoradas y otras que se cree que no merecen ser consideradas. De resultas, el trato que recibirán de sus conciudadanos será bien distinto: respeto y credibilidad en el primer caso; distancia y desconfianza en el segundo.

Los valores implícitos en las significaciones socialmente compartidas son asumidos e interiorizados en el aprendizaje del lenguaje; con el tiempo pueden ser objetivados y criticados, pero no sin esfuerzo y no siempre con resultados positivos. Por eso es tan difícil superar los prejuicios y los estereotipos. Veamos algunas definiciones:

- El *estereotipo* encarna una generalización empírica no fiable acerca del grupo social en cuestión.²⁴
- Un *prejuicio* consiste fundamentalmente en un juicio previo que se interpreta con toda naturalidad con espíritu interiorizante como un juicio realizado o mantenido sin la debida atención a las evidencias, razón por la cual, en términos generales, debemos concebir el prejuicio como algo epistémicamente culpable.²⁵ Pueden ser favorables o contrarios a determinadas personas o grupos (es, por tanto, inflacionario o deflacionario).

Miranda Fricker ha tratado ampliamente estas cuestiones en su libro *Injusticia epistémica* (2017). Voy a considerar tan solo algunos aspectos centrales de su aportación.

Empezaré por su definición de *poder social*: «El poder social es la capacidad que tenemos como agentes sociales para influir en la marcha de los acontecimientos del mundo social» (p. 30). Este poder puede ser ejercido por un agente (poder agencial) o puede operar estructuralmente (sin agente concreto que lo ejerza; sería una especie de capacidad diseminada por todo el sistema social). Es siempre relativo al contexto social, por lo que podemos decir que está «situado». A partir de ahí se puede pasar a una definición operativa del poder social: el poder social es la «capacidad práctica socialmente situada para controlar las acciones de otros, que puede ser ejercida (de forma activa o pasiva) por agentes sociales concretos o, de manera alternativa, puede operar de forma netamente estructural» (p. 36).

Existe un poder social identitario de género y podemos considerar que está activo «cuando, por ejemplo, un hombre hace uso (tal vez no pretendido) de su identidad como hombre para influir en las acciones de una mujer; por ejemplo, para hacer que la mujer se rinda a la autoridad de su palabra» (p. 37). «[...] el poder identitario en sí mismo es algo no material, algo enteramente discursivo o imaginativo, pues opera en el plano de las concepciones compartidas de lo que significa ser un caballero y lo que significa ser un plebeyo, en el plano de la identidad social imaginada» (p. 39).

Los intercambios entre hablante y oyente pueden tener lugar en un contexto de prejuicios identitarios que penalice al hablante. «[...] entonces suceden dos cosas: se produce una disfunción epistémica en el intercambio (el oyente hace un juicio indebidamente devaluado de la credibilidad de la hablante, lo que quizá tenga como consecuencia un desperdicio de conocimiento, además de que el oyente hace algo malo desde el punto de vista ético) y la hablante es injustamente desautorizada en su capacidad como sujeto de conocimiento» (p. 41). Fricker ha llamado a esta doble disfunción prejuiciosa *injusticia testimonial*.

Los estereotipos y los prejuicios distorsionan la percepción que el oyente tiene del hablante, produciéndose un déficit de credibilidad a causa del prejuicio negativo. La cosificación epistémica niega la substantividad del ser humano como sujeto de conocimiento y ocasiona otras consecuencias:

- Desconfianza de los agentes perjudicados respecto de sus propias capacidades.
- Desigualdad social y jerarquías sociales arbitrarias.

Contra la injusticia testimonial Miranda Fricker propone la virtud de la justicia testimonial, un ideal capaz de regular nuestra práctica de emisión de juicios de credibilidad, neutralizando todo impacto negativo.

En definitiva, hay que desarrollar un modo de reflexión crítica activa con el fin de identificar en qué medida el presunto prejuicio ha influido en los juicios (p. 155). El oyente virtuoso neutraliza el impacto del prejuicio en sus juicios de credibilidad (p. 156). Los fines últimos de esta virtud son la verdad y la justicia.

10. Injusticia hermenéutica

Hemos visto que Fricker considera que una parte de la injusticia epistémica radica en la injusticia testimonial. También hay que detectar otros aspectos, que categoriza con la denominación de *injusticia hermenéutica*.

Cuando hay una participación hermenéutica desigual en algunas áreas significativas de la experiencia social, los miembros del grupo desfavorecido viven *marginados hermenéuticamente*. La idea de marginación es una idea político-moral que indica subordinación y exclusión de alguna práctica que tendría valor para el participante (p. 246). La falta de recursos hermenéuticos adecuados para comprender determinadas experiencias o realidades comporta la incomprensión individual y colectiva de las mismas. Así, por ejemplo, las mujeres maltratadas no alcanzan a comprenderse como tales por carecer de los recursos explicativos e interpretativos de su situación.

En un sentido más general podemos decir que algunas formas en las que se producen las relaciones de poder constriñen la capacidad de las mujeres para comprender sus propias experiencias, porque los poderosos gozan de una ventaja injusta en la configuración de las interpretaciones sociales colectivas (pp. 237-238).

La marginación hermenéutica es siempre socialmente forzosa. Es siempre una forma de impotencia, ya sea estructural o excepcional. La injusticia hermenéutica puede significar que se constituya socialmente a alguien como un ser ajeno a sí mismo y es un impedimento para que se convierta en lo que pudiera llegar a ser.

Como ha escrito Carme Adán en su libro *Feminicidio*²⁶ la injusticia hermenéutica tiene que ver con «no tener palabras, no poder producir significados sociales», no poder comprender las propias experiencias. El dominio de la producción de significados se encuentra en manos de grupos sociales poderosos e implica privilegios culturales, desigualdad social y un reparto no equitativo del poder.

La virtud de la justicia hermenéutica

Frente a la injusticia hermenéutica Fricker apela a la virtud de la *justicia hermenéutica*.

Una oyente virtuosa puede contribuir de forma efectiva a generar un microclima hermenéutico más inclusivo mediante un adecuado tipo de diálogo con la hablante. Concretamente, supone una escucha de naturaleza más proactiva y más socialmente atenta de la que, por lo general, se requiere en intercambios comunicativos más directos. Este tipo de escucha requiere poner atención por igual a lo que se dice y a lo que *no* se dice (p. 274). La mayor dificultad de este proceder estriba en que la oyente virtuosa está constreñida por su propia identidad social *frente* a la del hablante (p. 275).

Estoy de acuerdo con Fricker en que las capacidades epistémicas son fundamentales para el desarrollo humano, como indica en su texto «Epistemic contribution as a central human capability» de 2015.²⁷ La libertad y la justicia no son posibles sin el desarrollo de las capacidades epistémicas y las virtudes de la justicia testimonial y de la justicia hermenéutica.

11. Algunas conclusiones ético-políticas

Fricker articula su propuesta desde la perspectiva de la filosofía analítica y una consideración ética referida a los individuos. Las dos virtudes planteadas son relevantes y tienen efectos en las personas que las practican y en su entorno. Pero en mi opinión los fenómenos tratados requieren un abordaje ético-político que pueda incidir en los aspectos estructurales y grupales de la desigualdad y de la violencia que entrañan.²⁸

Necesitamos desarrollar una ética y una política de la producción de sentido que trate de las interacciones comunicativas en el espacio público, en las polí-

ticas públicas y en la enseñanza. Y ello incluye, por supuesto, la actividad en los medios de comunicación y en las redes. ¡Nada más y nada menos!

En el campo de la salud es cierto —con toda evidencia— que la búsqueda de la verdad es necesaria y que tiene que ir de la mano de la justicia, si queremos ser éticos. En este sentido, en todos los ámbitos de la vida los «distintos relatos» surgen de intereses contrapuestos que quieren imponerse con razones que ocultan más de lo que expresan. La tarea crítica de descubrir lo encubierto es más necesaria y urgente que nunca.

La violencia estructural, institucional y de los individuos derivada de la ocultación y manipulación de sentido debe ser desenmascarada y para ello se requieren recursos transversales potentes. Tanto la ética como la política se han ocupado mucho de la justicia distributiva, la reparadora y otras clases de justicia, y hay que seguir cultivando la teoría y la práctica de esas cuestiones, pero necesitamos prestar más atención al reconocimiento de cada persona y a las implicaciones que esto comporta, algo inseparable del *trato justo*. Varios filósofos contemporáneos han reivindicado una ética del reconocimiento: entre otros, Axel Honneth,²⁹ Jürgen Habermas³⁰ y Sheila Benhabib.³¹ Esta última considera que el paso de la redistribución al reconocimiento supone un cambio de paradigma en la política contemporánea. No puedo entrar ahora en el desarrollo de estas cuestiones, pero creo interesante indicar que sería fructífero trabajar en la confluencia de la perspectiva del reconocimiento y la perspectiva de la justicia epistémica. Ambas pueden reforzar las estrategias metodológicas y prácticas que necesitamos para enfrentarnos a los problemas descritos.

Notas

1. Algunos ejemplos:

Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med*. 1991; 325: 221-225.

Freedman L, Maine D. Women's mortality: a legacy of neglect. En: Koblinsky M, Timyan J, Gay J, editores. *The health of women: a global perspective*. Boulder: Westview Press; 1993.

Chapman Kenneth R. Chronic obstructive pulmonary disease: are women more susceptible than men? *Clin Chest Med*. 2004; 25: 331-341.

Cydulka RK, Rowe BH, Clark S, Emerman CL, Rimm AR, Camargo CA Jr. Gender differences in emergency department patients with chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. *Acad Emerg Med*. 2005; 12: 1.173-1.179.

Gargano JW, Reeves MJ, Coverdell P. National Acute Stroke Registry Michigan Prototype Investigators. Sex differences in stroke recovery and stroke-specific quality of life: results from a statewide stroke registry. *Stroke*. 2007; 38: 2.541-2.548.

Inhorn M, Whittle KL. Feminism meets the «new» epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health. *Soc Sci Med*. 2001; 53: 553-567.

2. National Institute of Health. NIH Guidelines on the inclusion of women and minorities as subjects in clinical research. *Fed Reg* 59FR14508; 1994. Disponible en: <https://grants.nih.gov/grants/guide/rfa-files/rfa-ca-96-004.html>.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración sobre política de la OMS en materia de género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS; 2002. Disponible en: <https://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>.
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS; 2007. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/S/WHASS1_WHA60REC1-sp.pdf; OMS. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS; 2008. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44046/9789243597706_spa_Text.pdf;jsessionid=679DD3A6F33299A0D7284C438401150A?sequence=1.
5. Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidem Commun Health*. 1997; 51: 106-109.
Ruiz, MT. Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad. En:

- Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T, Yago T. Perspectivas de género y salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva; 2001.
- Ruiz-Cantero MT, Vives-Cases C, Artazcoz L. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(2): ii46-ii53.
- Ruiz-Cantero MT, Ronda E, Alvarez-Dardet C. The importance of study design strategies in gender bias research: the case of respiratory disease management in primary care. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(2): ii11-16.
- Ruiz MT, Verdú M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. *Gaceta Sanitaria*. 2004; 18: 118-125.
- Ruiz Cantero MT, Pardo Á. European Medicines Agency policies for clinical trials leave women unprotected. *J Epidemiol Comm Health*. 2006; 60: 911-913.
6. Ruiz Cantero MT. Sesgos de género en la atención sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública: Consejería de Salud; 2009.
Ruiz Cantero MT, coordinadora. Perspectiva de género en medicina. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve; 2019. Disponible en: http://icmab.es/images/gender/Libro-EM-39-Perspectiva-de-genero-en-medicina_MTRuizCantero.pdf.
 7. Vázquez-Santiago S, Garrido Peña F. El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria. *Enferm Clin*. 2016; 26(1): 76-80.
 8. Tasa-Vinyals E, Mora-Giral M, Raich-Escursell R. Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *C. Med. Psicosom*. 2015; 14(113): 14-25. Tabla 1.
 9. Amoretti MC, Vassallo N. Introduction: philosophy of sex and gender in gender medicine. *Topoi*. 2017; 36: 473-477. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11245-017-9510-8>.
 10. Büter A. Androcentrism, feminism, and pluralism in medicine. *Topoi*. 2017; 36: 521-530; citado por Amoretti y Vasallo, op cit p. 475. Anke Büter, investigadora de la Leibniz Universität de Hannover, también es autora del libro *Das Wertfreiheitsideal in der Sozialen Erkenntnistheorie: Objektivität. Pluralismus und das Beispiel Frauengesundheitsforschung* [El ideal de la neutralidad valorativa en la teoría del conocimiento social]. Berlín: De Gruyter; 2012.
 11. The International Society of Gender Medicine: <http://www.isogem.eu/IGM/>.
 12. Centre for Gender Medicine, Department of Medicine, Karolinska Institutet: <https://ki.se/en/research/centre-for-gender-medicine>.
 13. Galiano-Coronil S, Biedma-Velázquez L, Serrano R. Percepción de los médicos internos residentes de la importancia de los aspectos psicosociales en la atención integral médica: ser mujer marca la diferencia. *Medicina Preventiva*. 2012; XVIII(4): 16-24.
 14. Delgado A, López-Fernández LA. Práctica profesional y género en atención primaria. *Gac. Sanit*. 2004; 18(1): 112-117.
 15. Galiano-Coronil S, Biedma-Velázquez L, Serrano R. op cit pp. 19-20.
 16. Delgado Sánchez A, Távora Rivera A, Ortiz Gómez T. Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad. *Estudios de Sociolingüística*. 2003; 4(2): 589-611.
 17. Birulés F, Corral C, Larrauri M, Marçal MM, Rius R. Fragmentos del discurso sobre la autoridad femenina. *Archipiélago. Cuadernos de Crítica de la Cultura*. 1997; 30: 56-67. Cabré Pairet M, Salmó F. Poder académico versus autoridad femenina: la Facultad de Medicina de París contra Jacoba Felicié (1322). *Dynamis*. 1999; 19: 55-78.
 18. Cabré Pairet M, Ortiz Gómez T, editoras. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria; 2001. Ortiz Gómez T. El género, organizador de profesiones sanitarias. En: Miqueo C. et al, editores. *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva; 2001. pp. 39-61. Sartori D. La autoridad en cuestión. En: *HIPATÍA. Autoridad científica, autoridad femenina*. Madrid: Horas y Horas; 1998. pp. 59-85.
 19. Galiano-Coronil S, Biedma-Velázquez L, Serrano R. op cit.

20. Rodríguez P. Las mujeres, mayoría en Medicina por primera vez en la historia de España. Redacción Médica. 30 mayo de 2018. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/las-mujeres-mayoria-en-medicina-por-primera-vez-en-la-historia-de-espana-9362>.
21. Plaza JA, Ibañes LG. Diario Médico. 8 de marzo de 2019. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/salud/el-porcentaje-de-mujeres-que-dirigen-sociedades-medicas-colegios-hospitales-y-facultades-no-llega-al-20.html>.
22. Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
23. Declaración Universal de Derechos Humanos: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.
24. Fricker M. Injusticia epistémica. Barcelona: Herder; 2017 (original inglés de 2007). p. 65. Otras aportaciones de esta autora: Fricker M. Epistemic justice as a condition of political freedom. *Synthese*. 2013; 190(7): 1.317-1.332. Fricker M. Epistemic contribution as a central human capability. En: Hull G, editor. *The Equal Society*. Lexington Books; 2015.
25. Fricker M. 2017, op cit. p. 65.
26. Adán C. Feminicidio. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2019.
27. Fricker M. Epistemic contribution as a central human capability. En: Hull G, editor. *The equal society*. Lexington Books; 2015.
28. Sobre la violencia institucional y estructural véase Boladeras M. Violencia institucional por incumplimiento de derechos. *Musas*. 2019; 4(1): 60-76. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num1.4/28619>. Galtung J. Violencia cultural. *GemikaGogoratuz*, Centro de investigación por la paz. Fundación Vizcaya: GemikaGogoratuz; 2003. Bodelón E. Violencia institucional y violencia de género. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*. 2014; 48: 131-155. Goberna-Tricas J, Boladeras M. Análisis del concepto de violencia obstétrica desde las perspectivas legal, médica, filosófica, sociopolítica y pedagógica. En: Goberna-Tricas J, Boladeras M, coordinadores. *El concepto «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Madrid: Tecnos; 2018.
29. Honneth A. La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales. Barcelona: Crítica; 1997; traducción del original *Kampf und Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp; 1992. Honneth A. Integrity and disrespect: principles of a conception of morality based on the theory of recognition, political theory. 1992; 20(2). Honneth A. Invisibility: on the epistemology of “recognition”. *The Aristotelian Society*. 2001; LXXV: 111-126.
30. Habermas J. La lucha por el reconocimiento en el Estado democrático de derecho. En: Habermas J. *La inclusión del otro*. Estudios de teoría política. Barcelona: Paidós; 1999 (publicado inicialmente en Taylor Ch et al. *Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung*. Fráncfort: Fischer; 1993).
31. Benhabib S. ¿De la redistribución al reconocimiento? El cambio de paradigma de la política contemporánea. En: Benhabib S. *Las reivindicaciones de la cultura. Igualdad y diversidad en la era global*. Buenos Aires: Katz; 2006 [The claims of culture. Equality and diversity in the global era. Princeton, NJ: Princeton University Press; 2002].

Ética y género en la práctica clínica

María Teresa Ruiz

Universidad de Alicante

Introducción

El enfoque sobre la conducta humana de la ética no es el mismo que el de la perspectiva de género. No obstante, la consideración social permite que el análisis de género pueda tener lugar. Son dos las estrategias utilizadas para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la medicina y las ciencias de la salud. Primero, determinar los sesgos de género en las prácticas sanitarias y en ámbitos relacionados, como los de la investigación y la educación, y, una vez establecidos los retos, en segundo lugar, identificar las innovaciones desde la perspectiva de género. Es decir, las utilidades en términos de mejora de las prácticas profesionales dentro del ámbito sanitario, y en hacerlas más eficientes y equitativas.

El concepto de sesgo de género se acuñó tras la publicación de un artículo en *The New England of Medicine* de 1991 que mostraba en 49.623 pacientes con enfermedad coronaria ingresados en el Hospital de Harvard y 33.159 del Hospital de New Haven la existencia de diferencias significativas en la realización de más angiografías y pruebas de revascularización a hombres que a mujeres, incluso controlando por edad, comorbilidad y gravedad.¹ Se entiende que el sesgo de género se produce cuando «la diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos».² Cabe una reflexión al respecto, y es que, aunque está centrada en la práctica profesional sanitaria, esta se deriva de un proceso de enseñanza-aprendizaje sesgado que, a su vez, tiene su origen en una generación de conocimiento; es decir, en una investigación sesgada que se enseña en las universidades y posteriormente se aplica.³

Cuando leemos literatura científica producida desde la perspectiva de género sobre el dolor surge una primera pregunta acerca de las razones por las que quienes lo padecen tienen que efectuar largos y dolorosos recorridos desde la

atención primaria de salud a la medicina especializada a fin de recibir un diagnóstico y tratamiento convenientes. Entre las respuestas, pacientes y profesionales están de acuerdo en que es la inequidad en la toma de decisiones sanitarias, siendo las mujeres quienes con mayor frecuencia las padecen.⁴ Al respecto, recomendamos una magnífica revisión publicada en 2018 con el sugerente título de «hombres bravos» y «mujeres emocionales» que evidencia cómo las normas de género afectan a hombres y mujeres con dolor (hombres estoicos, mujeres sensibles o histéricas, el dolor de las mujeres es con frecuencia más inexplicable que el de los hombres), cómo las normas de género afectan de forma diferente el afrontamiento del dolor por parte de ambos sexos, y cómo y cuáles son los sesgos de género en el tratamiento.⁵

Si nos centramos en un riesgo para la salud propio de las mujeres, el caso de la terapia hormonal sustitutiva (THS) y sus efectos es ampliamente conocido.⁶ La revisión de Nancy Krieger y su equipo muestra que a finales de la década de los años treinta del siglo xx se publicaron en *American Journal of Cancer Research* y en *JAMA* las primeras observaciones sobre la asociación entre la THS y el cáncer de mama. Pese a las dudas sobre su seguridad como terapia hormonal en la menopausia, en los años cincuenta tuvo un gran éxito comercial, anunciándose como la «terapia de la juventud». Tras múltiples y consistentes publicaciones, en 1975 se identificó la asociación entre los estrógenos y el cáncer endometrial. A partir de estos reconocimientos, en los años ochenta se crea la terapia combinada estrógenos-progesterona como fórmula de menor riesgo. Pero en 2002, con la publicación en *JAMA* de nuevas evidencias por parte de la Women's Health Initiative sobre su asociación con el cáncer de mama, se suscitó un gran debate con respecto a la relación eficacia-efectos secundarios.⁷ Sorprende que en España, pese a las evidencias y el vertiginoso descenso de su prescripción y consumo en el ámbito internacional de influencia anglosajona, se tendiera a mantener la indicación en un nutrido grupo de mujeres (con menopausia precoz; sintomatología climatérica; menopausia reciente y con alto riesgo de osteoporosis), entre las que se incluyeron a quienes por su propia decisión eligieran la THS como opción terapéutica, siempre que tuvieran un conocimiento adecuado de los riesgos y beneficios, como si fuera esta una decisión carente de influencia profesional.⁸

La perspectiva de género trata sobre las desigualdades de género que afectan a la salud de hombres y mujeres. Por lo tanto, en ocasiones muestra «verdades

incómodas» dentro del ámbito sanitario asistencial y de la investigación al rebatir las «afirmaciones falsas pero confortables» que suponen desigualdades de género en salud, en perjuicio sobre todo de las mujeres. En este artículo abordaremos estos contenidos mediante su ilustración a partir de una variedad de experiencias y casos de estudio.

La enfermedad coronaria como paradigma de los sesgos de género en la atención clínica

Sobre la base del artículo acerca de los sesgos de género en enfermedad coronaria, Bernardine Healy acuñó el término «síndrome de Yentl», un término inspirado en la conocida película *Yentl*, en donde una mujer judía asume la apariencia de un hombre para poder entrar en la sinagoga y estudiar los textos religiosos. Básicamente, la cardióloga y por entonces directora del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos utilizó este personaje para explicar que las mujeres, a menos que muestren los mismos síntomas masculinos de enfermedad coronaria que los hombres, no serán ingresadas en el hospital ni recibirán el diagnóstico y el tratamiento adecuados. Desafortunadamente, en las mujeres los primeros síntomas de esta enfermedad pueden diferir de los síntomas masculinos. Algunos le llaman «infarto atípico», como si solo se manifestara en mujeres como se manifiesta habitualmente en los hombres, cuando el «infarto típico de las mujeres» puede ser diferente. Como resultado, la tasa de mortalidad hospitalaria de infartos cardíacos es mayor en mujeres que en hombres.⁹

Casi treinta años después, este sesgo se sigue produciendo a tenor de las múltiples publicaciones; faltan sin embargo las razones de su persistencia, que no están claras.

Algunas voces de mujeres con infarto relatadas el año 2016 en distintos países ilustran los problemas del diagnóstico del infarto en ellas:

Yo les digo que yo no sentí, ¡yo nunca sentí dolor!, yo no... lo registré... yo decía ¡me tengo que sentar! Porque sentía como que iba... ¡como que iba a azotar! La médica intensivista me decía ¡dónde te duele? ¡Es que no me duele nada! (Lorena, cincuenta y seis años, infarto agudo de miocardio. Sonora, México).¹⁰

Un médico miró y sintió que estaba como que no creía que fuera el corazón, creía que era el estómago, por lo que dijo que debería irme a casa y alegrarme de que no fuera nada grave. Pero fue grave (Umea, Suecia).¹¹

Las consecuencias son graves: al no sospecharse el infarto en las mujeres tanto como en los hombres, se incrementa el retraso diagnóstico y terapéutico. Así se ha demostrado en un artículo publicado en la revista de la Sociedad Americana de Cardiología, realizado a partir de 6.022 pacientes de 41 hospitales del mundo. En concreto, una demora de más de una hora desde el comienzo de los síntomas del infarto hasta la atención sanitaria aumenta el riesgo de muerte a los treinta días: 1,58 (95%IC 1,27-1,97).¹²

Tipos de sesgos de género en la atención clínica

De forma esquemática, dos son los tipos de sesgos de género en la atención sanitaria,¹³ relacionados con:

- a) La presunción errónea de igualdad entre mujeres y hombres en el curso de la enfermedad o problemas de salud, es decir, de igualdad en la expresión de las enfermedades (signos y síntomas). También en la presunción errónea de igualdad en la respuesta a los tratamientos y en los pronósticos en ambos sexos, cuando de hecho no existe tal igualdad.
- b) El planteamiento que se hacen los y las profesionales de que mujeres y hombres tienen diferente perfil de salud por ser esencialmente distintos en su biología. Esto es, existe la presunción errónea de diferencias entre mujeres y hombres en el curso de la enfermedad o problemas de salud, cuando no se dan tales diferencias. En este caso, para ciertas enfermedades en las mujeres se ha utilizado la lógica de la «diferencia» y la «alteridad» respecto a los hombres. Este enfoque reduccionista continúa operando en el imaginario profesional, que puede influir en el proceso de diagnóstico diferencial realizado para emitir un diagnóstico, en donde lo esperado en cada sexo se impone sobre el conocimiento actualizado existente acerca de las diferentes formas de expresión de las enfermedades en hombres y mujeres.

Innovaciones de género en la atención clínica

Las innovaciones de género han demostrado su impacto en las prácticas profesionales haciéndolas mejorar, así como en la eficiencia y equidad. La perspectiva de género tiene el objetivo de determinar los retos relacionados con la toma de decisiones en la atención sanitaria (y en la generación de conocimiento), en ocasiones sesgadas en función de la prevalencia de las enfermedades por sexo y de las diferencias fisiopatológicas de las mujeres y los hombres:

- a) Enfermedades de mayor prevalencia en un sexo pueden reducir la sospecha diagnóstica en el sexo que menos la padece, como el menor diagnóstico de la osteoporosis en hombres por ser más prevalente en mujeres en la menopausia, o el menor diagnóstico del cáncer de pulmón en mujeres por ser más prevalente en hombres.
- b) Enfermedades de diferente edad de inicio, sintomatología (como el infarto), o respuesta al tratamiento, o diferentes pronósticos (como en los traumatismos craneoencefálicos).
- c) Enfermedades únicas de un sexo (como las asociadas a la reproducción).

En la página web del proyecto Gendered Innovations de la Universidad de Stanford se explicitan los beneficios de la incorporación y análisis de la interacción sexo-género en el infarto, y en otros estudios de casos de salud y medicina, como el del cáncer de colon, la osteoporosis, la nutrigenómica, la detección precoz del VIH mediante nanotecnología, y los métodos de determinación dietéticos (<https://genderedinnovations.stanford.edu/case-studies-medicine.html>), y de manera indirecta también relacionados con la salud en las secciones de ciencias, ingeniería y medioambiente.

Una reciente monografía titulada «Medicina y género» contiene capítulos relacionados con la perspectiva de género en el infarto cerebral, las enfermedades cardiovasculares, reumáticas, infecciosas, respiratorias, digestivas, renales, gineco-obstétricas y la hipercolesterolemia familiar; junto con la perspectiva de género en pediatría y en personas mayores de sesenta y cinco años (<https://www.esteve.org/libros/perspectiva-de-genero-en-medicina/>).

Estos contenidos son derivados de publicaciones en revistas de alto factor de impacto, cuyas investigaciones se realizaron en España o en redes internacionales multicéntricas en donde centros españoles han colaborado.¹⁴

Una importante cuestión y algunos apuntes: ¿qué hay detrás de los sesgos de género en la atención clínica?

A comienzos de los años noventa, la respuesta estaba clara. Era la falta de conocimiento de la existencia del sesgo de género en la atención sanitaria al infarto quien estaba en el origen. Sin embargo, con la amplia evidencia en nuestros días de los sesgos de género en esta enfermedad y muchas otras, es obvio que hay más razones para la pervivencia de estos sesgos en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico en perjuicio de las mujeres.

No es directa la búsqueda de información en la literatura científica sobre los sesgos de género en la atención sanitaria. Podemos encontrar información relativa a los sesgos de género (*gender bias*), y también buscando por palabras claves como *unconscious bias*, *implicit bias*, *clinical inertia*, *diagnostic inertia*, *therapeutic inertia*, *tacit knowledge* o *habitus*. Son palabras claves que oscilan entre la falta de conocimiento, la inconsciencia y la inercia profesional; en consecuencia, están lejos de lo que quienes padecen requieren cuando acuden a los servicios sanitarios. Por lo tanto, es importante seguir generando evidencias sobre los sesgos de género en investigación, el impacto de la enseñanza de este conocimiento sesgado en las universidades y su posterior frecuente aplicación en la práctica profesional sanitaria.

En la búsqueda de evidencias acerca de los sesgos de género en el infarto, en 2019 se publicó un trabajo cuyos hallazgos contradicen la idea de la presentación atípica del infarto en las mujeres, aportando luz sobre el proceso diagnóstico y sus potenciales errores.¹⁵ Al respecto, se detectan dos asuntos fundamentales, uno de ellos metodológico: los estudios no utilizan definiciones estandarizadas del dolor precordial como síntoma de presentación; por ejemplo, un término como «malestar torácico» puede acabar reflejado en la historia clínica como «ausencia de dolor torácico», lo que puede aumentar la probabilidad de que la presentación del infarto sea denominada «atípica».

En un estudio realizado en 1941 con pacientes (39% mujeres) con sospecha de síndrome coronario agudo atendidos en urgencias se midió la presentación típica y atípica. El infarto de miocardio tipo 1 se diagnosticó en el 16% de los hombres y el 12% de las mujeres, y el dolor de pecho fue el síntoma de presentación en el 91% de los hombres y el 92% de las mujeres. Sin embargo, la medición fue más allá de la localización del dolor, ya que se basó, además, en la naturaleza de este, en su irradiación y en otros síntomas adicionales. Así que, considerando todos estos indicadores, los síntomas típicos fueron más frecuentes en mujeres que en hombres con infarto de miocardio (77% vs. 59%; $p=0,007$).

Con respecto al segundo asunto que mencionábamos más arriba, también es de gran trascendencia, al relacionarse con la circunstancia de que los médicos y médicas, al entrevistar a los pacientes, reestructuran activamente la información que estos y estas les aportan hasta que se ajusta a los criterios de diagnóstico que consideran aplicables para una patología determinada.

El proceso diagnóstico y terapéutico, como cualquier tarea donde se realizan valoraciones y se emite un juicio, requiere la integración de múltiples fuentes de información que influirán en la formación de impresiones. De hecho, las actitudes hacia las personas y los problemas, sus intenciones de efectuar un determinado esfuerzo diagnóstico y terapéutico, la comprensión de las situaciones sociales en las que viven los y las pacientes, sus percepciones de justicia y equidad, y muchos otros aspectos de la personalidad y la inteligencia social que pueden influir en el diagnóstico y el tratamiento pueden ser considerados resultantes de la integración de numerosas piezas de información que interactúan de manera compleja entre aspectos más automáticos y procesos controlados como la generación y evaluación de hipótesis.¹⁶

Uno de los determinantes a destacar respecto al proceso diagnóstico y los sesgos de género se relaciona con que las manifestaciones clínicas deben encajar en la información recibida durante la formación médica y en lo que la literatura científica dice, o, de lo contrario, puede que no se tengan en cuenta.¹⁷ Es posible que el conocimiento aprendido a lo largo de la formación recibida durante el grado de medicina y otras ciencias de la salud quede impresionado mentalmente, de tal forma que el nuevo conocimiento que ya ha identificado las diferentes formas de presentación de las patologías y el curso de las mismas en mujeres y hombres (y viceversa) colisione con el conoci-

miento asentado y no permee al no encajar con lo aprendido. Es por ello que la capacidad de observación médica ha sido objeto de investigación desde la perspectiva de género. Los sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico en el infarto han sido explicados en base a los límites profesionales relacionados con la experiencia personal y profesional y su influencia en la perspectiva desde la que observa y en lo que puede ver. Por ejemplo, explicar que los sesgos de género en la atención al infarto de las mujeres se producen por ser «infartos atípicos».

El retraso en el diagnóstico y los diagnósticos erróneos

El retraso diagnóstico y los diagnósticos erróneos deben entenderse no solo como sesgos de género en la atención sanitaria en una serie de pacientes, sino como un indicador (y producto) de las desigualdades sociales entre hombres y mujeres.

Ciertas corrientes teóricas feministas han sido aplicadas a la comunicación médica-paciente y testadas mediante estudios cuantitativos y cualitativos. Las evidencias publicadas desde la semiótica médica sobre la interpretación que el profesional o la profesional hacen del mismo síntoma o signo clínico muestran que depende de su presentación en un hombre o una mujer (por ejemplo: el dolor).

Desde la narrativa médica, la historia clínica y las diferencias existentes entre lo que los pacientes y las pacientes cuentan y lo que se registra, son objeto de estudio. Pueden coincidir, pero no siempre. Esta aproximación teórica es útil en los estudios de casos, como el que se ilustra a continuación con la patología denominada espondiloartritis.

- a) El retraso diagnóstico es mayor en mujeres que en hombres. Expresado en promedios es de 8,8 años (7,4-10,1) en las mujeres y 6,5 años (5,6-7,4) en los hombres ($p=0,01$), dependiendo sobre todo del sector sanitario y apenas de las diferencias entre sexos.
- b) Respecto a los errores en el diagnóstico, en un estudio realizado en España con 96 hombres y 54 mujeres pacientes de espondiloartritis de la Unidad de Reumatología del Hospital General Universitario de

Alicante, al conjunto de estos pacientes se les diagnosticó de 56 opciones diagnósticas alternativas que no eran espondiloartritis, antes de ser diagnosticados de la misma. Solo al 30,2% de los pacientes y al 11,1% de las pacientes se les diagnosticó espondiloartritis como primer diagnóstico.

- c) La detección de discordancias entre lo que cuentan quienes padecen espondiloartritis y los signos y síntomas registrados en su historia clínica de la consulta de reumatología induce a aventurar alguna hipótesis de lo que puede estar sucediendo para que se produzcan las demoras y los errores diagnósticos. En concreto, en el dolor axial como síntoma de comienzo, no se detectaron diferencias significativas entre mujeres (61,5%) y hombres (74,5%). Pero en la historia clínica de las mujeres descendió el registro del dolor al 44,4% y aumentó en la de los hombres al 82,1% ($p < 0,001$). En el dolor periférico como síntoma de comienzo, las pacientes lo identificaron en un 57,7%, siendo la proporción similar en la historia clínica (55,6%). Contrasta con las diferencias observadas entre la declaración de dolor periférico en los hombres (35,2%) y su descenso en el registro en sus historias clínicas (17,9%) ($p < 0,001$). Estos datos sugieren que el registro de los profesionales en la historia clínica refleja lo que esperan según la literatura médica.

Conclusiones

Existe conocimiento sobre sesgos de género en patologías diagnosticadas mediante pruebas complementarias específicas en las que, partiendo del diagnóstico, se ha investigado si a los y las pacientes se les ha realizado por igual la prueba diagnóstica conveniente, o si se les pide con mayor frecuencia en un sexo que en otro. Sin embargo, la mayoría de las enfermedades solo requieren para su diagnóstico de anamnesis y examen físico, una praxis donde el conocimiento, la actitud y la experiencia personal y profesional son cruciales para interpretar con certeza los síntomas y signos de quienes las padecen. De estas patologías apenas existen hallazgos desde la perspectiva de género. En consecuencia, para seguir confrontando y eliminando sesgos de género en la atención sanitaria, parece pertinente redirigir la mirada a las

enfermedades cuyo diagnóstico depende de la interpretación de signos y síntomas.

Reconceptualizar la medicina y las ciencias de la salud desde la perspectiva de género precisa la aportación de respuestas acerca de las razones por las que se producen sesgos de género en la atención sanitaria. Dada su complejidad, requiere del trabajo conjunto de la medicina clínica, la sociología, la antropología, la filología y la psicología como mínimo.

La docencia universitaria debe considerar la amplia literatura científica actual sobre los sesgos e innovaciones de género, ya que la falta de conocimiento ahora no puede ser la excusa.

Notas

1. Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med.* 1991; 325: 221-225.
2. Lenhart Sh. Gender discrimination: a health and career development problem for women physicians. *J Am Med Women Assoc.* 1993; 48: 155-159.
3. Ruiz Cantero MT, Artazcoz L, Delgado A et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61(2): ii46-53.
4. Leti A, Fjellman-Wiklund A, Stalnacke B-M et al. Walking down «Via Dolorosa» from primary health care to the specialty pain clinic: patient and professional perceptions of inequity in rehabilitation of chronic pain. *Scand J Caring Sci.* 2017; 31: 45-53.
5. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E et al. «Brave men» and «emotional women»: a theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Res Management.* 2018; 6358624.
6. Krieger N, Löwy I, Aronowitz R et al. Hormone replacement therapy, cancer, controversies, and women's health: historical, epidemiological,

- biological, clinical, and advocacy perspectives. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59: 740-748.
7. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA*. 2002; 288: 321-333.
 8. Palacios S, Calaf J, Cano A, Parrilla JJ. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. WHI Study on the attention of menopause in Spain: significance of its Results. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120: 46-47.
 9. Healy B. The Yentl Syndrome. *N Engl J Med*. 1991; 325: 274-275.
 10. Juárez-Herrera LA, Castro-Vásquez MC, Ruiz Cantero MT. Análisis con perspectiva de género sobre percepción y prácticas en enfermedad coronaria en mujeres en el norte de México. *Salud Pública México*. 2016; 58: 428-436.
 11. Madsen R, Birkelund R. Women's experiences during myocardial infarction: systematic review and meta-ethnography. *J Clinical Nursing*, 2016; 25: 599-609.
 12. Bugiardini R, Ricci B, Cenko E et al. Delayed care and mortality among women and men with myocardial infarction. *J Am Heart Assoc*. 2017; 6(8).
 13. Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health*. 1997; 51: 106-109.
 14. Ruiz Cantero MT, coordinadora. *Perspectiva de género en medicina*. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve. Monografía 39; 2019. Disponible en: <https://www.esteve.org/libros/perspectiva-de-genero-en-medicina/>.
 15. Ferry AV, Anand A, Strachan FE et al. Presenting symptoms in men and women diagnosed with myocardial infarction using sex-specific criteria. *J Am Heart Assoc*. 2019; 8: e012307.
 16. Kunda Z, Thagard P. Forming impressions from stereotypes, traits, and behaviors: a parallel constraint satisfaction theory. *Psychol Rev*. 1996; 103: 284-308.
 17. Kunda Z. The case for motivated reasoning. *Psychol Bull*. 1990; 108: 480-498.

**Resumen y conclusiones
del IX Encuentro del
Grupo de Trabajo de Ética
y Salud Pública de SESPAS
y la Fundació Víctor
Grífols i Lucas**

Andrea Burón

Epidemióloga, Hospital del Mar de Barcelona

Con el título *La salud pública, el género y la ética*, el 4 de diciembre de 2019 se celebró una nueva jornada y encuentro anual del Grupo de Trabajo de Ética y Salud Pública, organizada entre la Fundació Víctor Grífols i Lucas y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). La presentación de la jornada corrió a cargo de Núria Terribas, directora de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, Andreu Segura, coordinador del Grupo de Trabajo de Ética y Salud Pública de SESPAS, y Àngel Puyol, profesor de Ética de la Universitat Autònoma de Barcelona. Seis ponentes expertas protagonizaron una jornada estructurada en tres bloques: los aspectos de la ética y el género en el derecho que afecta a la salud, en las políticas sanitarias y en la práctica sanitaria. Cada bloque consistió en una intervención desde el campo de la filosofía y una desde el área de la salud pública. Tras un tiempo dedicado al debate y la reflexión junto con los 34 participantes, la jornada concluyó con unas conclusiones a cargo de Andrea Burón, epidemióloga del Hospital del Mar de Barcelona.

A continuación, se ofrece un breve resumen de cada una de las ponencias siguiendo el orden del programa, seguido de unas conclusiones e ideas clave.

Resumen de las ponencias

El primer bloque, «Ética y género en el derecho que afecta a la salud», contó con la intervención, en primer lugar, de Rosana Triviño Caballero, profesora de Ética Médica y Género y Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá. En su ponencia, titulada «Injusticia epistémica, género y salud», Rosana introduce el concepto de injusticia epistémica de Miranda Fricker aplicándolo en el ámbito sanitario con relación al género. La injusticia epistémica, como su propio nombre indica, es una injusticia que tiene que ver con la capacidad de conocimiento de los agentes implicados, distinguiéndose dos tipos. Por un lado, la injusticia testimonial, cuando los prejuicios del oyente reducen la credibilidad que este tiene del testimonio del hablante. Y, por otro, la injusticia hermenéutica, en la que la falta de recursos interpretativos de uno de los agentes lo sitúa en una situación de desventaja durante la comunicación. En las relaciones que se dan en el ámbito de la asistencia sanitaria se producen ambas injusticias, como explica la ponente: los profesionales sanitarios parten de una posición de superioridad epistémica tanto

por la poca confianza que les generan los relatos de los pacientes como por ser ellos los que poseen el conocimiento experto. Estas injusticias tienen una consecuencia directa sobre los procesos asistenciales y la salud y el bienestar de los pacientes, en especial de las mujeres, como demuestran los dos casos que a modo de ejemplo plantea la profesora Triviño: la institucionalización forzosa del parto y la información y periodos de reflexión obligatorios ante la interrupción voluntaria del embarazo. En ellos queda patente la falta de consideración y validez tanto de la experiencia vivida como de la solvencia del criterio y opiniones de la mujer. Rosana concluye con una serie de propuestas de mejora dirigidas a superar las condiciones que favorecen la injusticia epistémica, que serán recogidas al final de este apartado.

Como parte del mismo primer bloque, la intervención de Lucía Artazcoz Lazcano, directora del Observatori de la Salut Pública de la Agència de Salut Pública de Barcelona, llevaba como título «Desigualdades de género, ética y salud». En su ponencia Lucía parte del concepto de patriarcado y cómo esta forma de organización basada en la autoridad y dominación de los hombres determina una serie de estructuras, normas y roles relacionados con la génesis de las desigualdades de género. A continuación, propone un marco conceptual para incorporar la perspectiva de género en las políticas y programas de salud pública en el que considera varios elementos. En primer lugar, las normas de género y cómo —mediante intervenciones sociales y de salud pública— se pueden modificar aquellos roles específicos que aparecen «prescritos», así como las conductas que se consideran típicas de niños y hombres y de niñas y mujeres, prestando especial atención a la socialización del género durante la infancia y la juventud. En último lugar, la ponente presenta un resumen de cómo el desigual acceso y control de los recursos, por un lado, y la división sexual del trabajo, por otro, tienen un impacto sobre la salud.

El segundo bloque versó sobre «Ética y género en las políticas sanitarias». La primera ponente, María Teresa López de la Vieja de la Torre, catedrática emérita de Filosofía Moral de la Universidad de Salamanca, tras recordarnos que justicia y equidad son principios básicos para vertebrar cualquier política pública, sostiene la tesis de que perspectiva de género y método transversal son clave para definir políticas sanitarias coherentes con estos principios. En primer lugar, plantea un marco conceptual en el que, partiendo también del patriarcado y la construcción social y cultural del género («No se nace mujer: se llega a

serlo»), propone el método transversal o de integración (*mainstreaming*) para incorporar el enfoque de género en todos los niveles de decisión y substituir el modelo tradicional. Al respecto, menciona algunos elementos legislativos que han ido en esa dirección, aunque de forma insuficiente, sobre todo en cuanto a su aplicación real. Seguidamente, analiza el ámbito de los cuidados no profesionales como ejemplo de la escasa relación entre lo normativo y las prácticas, concluyendo que la igualdad con perspectiva de género es un principio fundamental en el diseño y aplicación de las políticas sanitarias, donde es particularmente importante contemplar el principio del cuidado.

María del Mar García Calvente, profesora de Salud Pública, Género y Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública, fue la segunda ponente de este bloque. En su intervención, titulada «Equidad de género en las políticas de salud: ¿hacemos lo que debemos?», María del Mar aborda en primer lugar algunos conceptos clave como la definición de sexo y género, desigualdades de género, e igualdad y equidad de género. En segundo lugar, plantea el modelo conceptual de Sen y Östlin que utiliza la OMS y que distingue tres niveles: las causas o determinantes estructurales del género (procesos y factores como educación, empleo, pobreza, acceso al poder, etc.), los factores intermedios (valores, normas, sesgos de género, etc.), y las consecuencias (en salud, sociales y económicas). El sistema sanitario en este modelo participaría fundamentalmente como factor intermedio a través de diferentes mecanismos, entre los cuales María del Mar profundiza en el tipo de financiación del sistema de salud. A continuación, propone utilizar la escala de la OMS Gender Responsive Assessment Scale para valorar el grado de integración de la perspectiva de género en los programas y políticas de salud, y una serie de enfoques organizacionales y herramientas para incorporar la equidad de género en los sistemas de salud. Finaliza su intervención con dos casos que ejemplifican la aplicación (insuficiente) del enfoque de género a las políticas de salud y con una serie de preguntas destinadas a la reflexión y el debate.

En el tercer y último bloque —«Ética y género en la práctica sanitaria»—, la primera ponente, Margarita Boladeras Cucurella, catedrática emérita de Filosofía Moral y Política de la Universidad de Barcelona, articula una reflexión ética en torno a diversos aspectos que explican las desigualdades de género en la práctica sanitaria. El triple sesgo cognitivo (investigación, diagnóstico y terapéutico) del sistema sanitario y sus profesionales, los diferentes

patrones de salud y de uso de los servicios sanitarios, las diferencias entre los profesionales sanitarios mujeres y hombres en cuanto al trato hacia sus pacientes, o su desigual avance profesional, autoridad y poder, son algunos de los aspectos que Margarita trata. Igual que la primera ponente, analiza el papel de los estereotipos y prejuicios en el desarrollo de conocimientos y de la comunicación en general mediante los conceptos de injusticia epistémica, tanto testimonial como hermenéutica. Concluye remarcando la necesidad de considerar una perspectiva epistémica en donde se dé más valor a las interacciones comunicativas en todos los niveles, desde las políticas a la enseñanza y los medios de comunicación y las redes, reivindicando la ética del reconocimiento de cada persona en el trato justo, más allá de las cuestiones tradicionales de la justicia distributiva y reparadora.

La última ponencia corrió a cargo de María Teresa Ruiz Cantero, catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Alicante. En ella plantea los tipos de sesgos de género de las prácticas sanitarias y sus posibles causas, haciendo hincapié en los relacionados con la presunción de igualdad o de diferencia en el curso de la enfermedad cuando estas no existen, y en el papel de la formación sanitaria. Asimismo, refiere dos aspectos relevantes en la génesis de los sesgos de género de la atención sanitaria: uno metodológico (sesgos de la investigación sanitaria) y otro relativo a cómo los conocimientos adquiridos a partir de la formación y la evidencia pueden interferir o sesgar la interpretación de los síntomas y signos. Para ejemplificar estos sesgos, María Teresa utiliza la enfermedad coronaria y la espondiloartritis. Termina recomendando una mayor atención a aquellas enfermedades cuyo diagnóstico depende de la interpretación de signos y síntomas y la incorporación de los aspectos de género en la docencia universitaria.

Conclusiones y recomendaciones

A continuación resumimos las ideas clave que a lo largo de la jornada compartieron las ponentes, seguidas de una relación de las herramientas y estrategias dirigidas a la reducción de desigualdades en salud, para finalizar con las recomendaciones que hicieron en sus ponencias.

1. Las desigualdades de género en salud parten del concepto de *patriarcado*: una forma de organización social, política, económica y religio-

sa basada en la autoridad de los hombres y en la dominación masculina sobre las mujeres. Las normas de género que se construyen desde la infancia, así como los hábitos y conductas de salud derivados de las expectativas sociales asociadas al género, explican gran parte de las desigualdades observadas, a las que se presta poca atención. Asimismo, tanto el desigual acceso y control de los recursos económicos, sociales, educativos o políticos como la división sexual del trabajo también se traducen en desigualdades en el ámbito de la salud y la atención sanitaria.

2. El modelo conceptual de Sen y Östlin que propone María del Mar García Calvente en su intervención puede resultar muy útil como marco general para distinguir e intervenir en los diferentes mecanismos a través de los cuales el sistema sanitario reproduce, invisibiliza y perpetúa las desigualdades de género.
3. Los sesgos de género con consecuencias directas sobre la salud se producen durante la práctica asistencial, pero su origen radica en un proceso de enseñanza y aprendizaje sesgado que, a su vez, se deriva de una generación de conocimiento sesgado. Estos sesgos cognitivos de género en la salud aparecen en tres ámbitos: la investigación, el diagnóstico y las terapias. Mucha de la investigación en salud está sesgada en cuanto al género en aspectos que afectan todas las fases del proceso investigativo. De resultas, el conocimiento aprendido durante la formación queda impresionado de tal forma que no es permeable al nuevo conocimiento que puede otorgar la observación médica o una nueva evidencia científica.
4. Existen dos tipos de sesgos de género en la atención sanitaria: la *presunción de igualdad* (en la expresión de síntomas y signos, en la respuesta a tratamiento, etc.) entre mujeres y hombres cuando no existe tal igualdad; y la *presunción de diferencias* entre mujeres y hombres cuando no se dan tales diferencias. Ambos producen retrasos en el diagnóstico y diagnósticos erróneos, en especial en aquellas patologías cuyo diagnóstico depende en mayor medida de la interpretación de síntomas y signos.
5. La autoridad epistémica de las mujeres pacientes está mermada frente a la posición de privilegio de los profesionales sanitarios. El ámbito de la salud —en concreto de la atención sanitaria— reúne una serie de

condicionantes que conducen a situaciones de *injusticia epistémica*, un concepto acuñado por Miranda Fricker, tanto testimonial como hermenéutica, que se acentúa más en el caso de mujeres pacientes: se cuestiona la credibilidad de sus relatos (entre otras razones, por contener un mayor componente emocional); se considera en menor medida su experiencia vivida y su capacidad de tomar decisiones; tienen un menor acceso al conocimiento y participan menos de la conformación del conocimiento médico.

6. Existen también desigualdades de género entre los profesionales sanitarios: las mujeres médicas reciben menor autoridad y desempeñan roles de menor poder que los hombres médicos.

Herramientas y estrategias útiles para el análisis y el diseño de políticas e intervenciones sanitarias con perspectiva de género

A lo largo de las diferentes ponencias se han incluido varios ejemplos de aplicación insuficiente de la legislación y las políticas activas de igualdad de género de las que se derivan consecuencias directas en la salud. Se recogen también varias iniciativas, herramientas y estrategias dirigidas al análisis, diseño o evaluación de las políticas, a fin de facilitar que haya una traslación real a la práctica:

- *Medicina de género*: materia que surgió para estudiar las diferencias que hay entre hombres y mujeres respecto a la salud. Las sociedades y revistas científicas, así como los centros dedicados a la medicina de género, apoyan la investigación y la educación para la atención de la salud a través de la promoción y la implementación de análisis de género y sexo.
- *Método transversal o transversalidad de género (mainstreaming)*: proceso de evaluación de las implicaciones para hombres y mujeres de cualquier acción planificada, tanto con respecto a legislación, política o programa, en cualquiera de sus fases y en todos sus niveles. Esta estrategia, recomendada por la Organización Mundial de la Salud, debe incluir a todos los profesionales implicados y todas las fases de las acciones. La escala Gender Responsive Assessment Scale de la OMS

valora el grado de integración de la perspectiva de género en los programas y políticas de salud.

- *Metodología del análisis basado en género*: sobre su base se identifica, analiza y actúa sobre las diferencias de impacto entre hombres y mujeres de programas, políticas y piezas legislativas. Una herramienta fundamentada en esta metodología es la «Guía para el análisis y monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud», elaborada por la OPS y explicada en la ponencia de María del Mar García Calvente mediante el análisis del Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud a modo de ejemplo.
- *Informes de impacto de género*: en España son preceptivos según la Ley 30/2003, de 13 de octubre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabora el Gobierno, así como la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva entre mujeres y hombres (art. 20), mediante la cual se trata de reducir las desigualdades de género en todas las políticas. Sin embargo, a menudo estos informes son un mero trámite administrativo con escasa o nula incidencia real en las desigualdades.

Algunas recomendaciones y propuestas

Se recogen aquí de forma breve las recomendaciones y propuestas que a lo largo de sus intervenciones han realizado las seis ponentes. En primer lugar, en el contexto sanitario y de sistema de salud, recomiendan:

- generar espacios y tiempos que faciliten la comunicación y la escucha necesarias de los testimonios no expertos de pacientes;
- reconocer el valor de las experiencias de pacientes y usuarias y desarrollar protocolos que contribuyan a considerarlas como interlocutores válidos en la toma de decisiones;
- priorizar modelos de financiación del sistema de salud basados en impuestos y seguridad social que promuevan la equidad de género en cuanto al acceso y utilización de servicios, ya que las mujeres suelen tener menos recursos económicos y mayores necesidades en salud relacionadas con la reproducción, su peor salud y mayor esperanza de vida.

En la formación sanitaria pre y posgrado, las ponentes proponen reconceptualizar la formación en medicina y ciencias de la salud para incluir la perspectiva de género y, en concreto, incorporar dentro de los planes de formación:

- la toma de conciencia de los sesgos de género, su origen, razones y cómo evitarlos, así como en general de la medicina de género, revisando y actualizando los conocimientos a lo largo de la práctica profesional;
- el fomento de la empatía y el interés por cuestiones de salud más allá de la clínica, introduciendo la justicia epistémica como principio relevante y prestando especial atención a los aspectos comunicativos y de anamnesis;
- la aceptación y la gestión de la incertidumbre y la ignorancia.

Finalmente, las ponentes mencionan algunos ámbitos de actuación y aspectos concretos a los que conviene estar atentos de forma prioritaria:

- salud sexual y reproductiva: el «deber social» reproductivo de la mujer y el interés por el bienestar del feto no son razones suficientes para mermar la autonomía y el bienestar de la mujer;
- cuidados no profesionales: es fundamental detectar quiénes son los cuidadores y determinar el equilibrio entre el principio del cuidado y otros como la igualdad, la autonomía y la justicia (las mujeres como «cuidadoras natas» ya no se justifica por las cifras de población activa; considerar a las mujeres como meros recursos para los cuidados de las personas que los necesitan);
- aquellas enfermedades cuyo diagnóstico depende de la interpretación de signos y síntomas y que se asocian con sesgos de género con mayor frecuencia (asunciones erróneas de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres);
- interacciones comunicativas en el espacio público, tanto a nivel de políticas, medios de comunicación y enseñanza en salud como en la práctica sanitaria («los límites de mi lenguaje son los límites de mi mundo», Wittgenstein);
- reconocimiento del papel que juega cada persona en el trato justo y las implicaciones que conlleva, más allá de la justicia distributiva y la reparadora (ética del reconocimiento).

Relación de autores

- Lucía Artazcoz Lazcano, directora del Observatori de Salut Pública, Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Margarita Boladeras Cucurella, catedrática emérita de Filosofía Moral y Política de la Universitat de Barcelona.
- Andrea Burón Pust, epidemióloga, Hospital del Mar de Barcelona.
- María del Mar García-Calvente, profesora de Salud Pública, Género y Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- María Teresa López de la Vieja de la Torre, catedrática emérita de Filosofía Moral de la Universidad de Salamanca.
- Àngel Puyol González, profesor de Ética, Universitat Autònoma de Barcelona.
- María Teresa Ruiz Cantero, catedrática de Universidad de Medicina Preventiva y Salud Pública y miembro del Instituto Universitario de Investigación en Estudios de Género de la Universidad de Alicante y del CIBERESP.
- Andreu Segura Benedicto, coordinador del Grupo de Trabajo de Ética y Salud Pública, SESPAS.
- Rosana Triviño Caballero, profesora de Ética Médica y Género y Salud en la Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

55. Soledad, envejecimiento y final de la vida
54. Sexualidad y diversidad funcional
53. Nuevos escenarios en salud e investigación clínica
52. Ética y promoción de la salud. Libertad-paternalismo
51. Una mirada ética en la gestión de conflictos
50. Pensar la maternidad
49. Publicidad y salud
48. Prioridades y políticas sanitarias
47. Ética y donación de plasma: una mirada global
46. Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?
45. CRISPR... ¿debemos poner límites a la edición genética?
44. Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?
43. ¿Debemos revisar el concepto de muerte?
42. Iatrogenia y medicina defensiva
41. Eutanasia y suicidio asistido
40. Ethical aspects of research with children
39. Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU
38. Ética, salud y dispendio del conocimiento
37. Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud
36. Ética y altruismo
35. Treinta años de técnicas de reproducción asistida
34. Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud
33. Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis
32. Ética y salud pública en tiempos de crisis
31. Transparencia en el sistema sanitario público
30. La ética del cuidado
29. Casos prácticos de ética y salud pública
28. La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial
27. Ética y salud pública
26. Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente
25. La ética, esencia de la comunicación científica y médica
24. Maleficencia en los programas de prevención
23. Ética e investigación clínica
22. Consentimiento por representación
21. La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa
20. Retos éticos de la e-salud
19. La persona como sujeto de la medicina
18. Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?
17. El bien individual y el bien común en bioética
16. Autonomía y dependencia en la vejez
15. Consentimiento informado y diversidad cultural
14. Aproximación al problema de la competencia del enfermo
13. La información sanitaria y la participación activa de los usuarios
12. La gestión del cuidado en enfermería
11. Los fines de la medicina
10. Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible
9. Ética y sedación al final de la vida

8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

5. *Pedagogía de la Bioética*
4. *Repensar el cuerpo*
3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS