



Afrontando el reto:

Análisis Basado en Sexo y Género para la Planificación,
las Políticas y la Investigación en Salud en Canadá

Capítulo dos

Contexto y conceptos ¹

¹ Traducido de la edición en inglés:

“Rising to the Challenge: Sex – and gender-based analysis
for health planning, policy and research in Canada”

Si bien el análisis basado en sexo y género (ABSG) ha sido objeto de examen durante dos decenios, todavía tiene que integrarse ampliamente al campo de la salud entre planificadores y evaluadores de programas, investigadores, instancias normativas o administradores en Canadá. Sin embargo, acontecimientos internacionales recientes, como la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, y la creciente atención que se presta a los debates sobre la equidad y la salud han aumentado la necesidad y la obligación de comprender los principios básicos del ABSG a fin de atender las inequidades de salud relacionadas con el género.

En el presente capítulo se resumen los desarrollos y compromisos fundamentales en relación con el ABSG y se definen los conceptos básicos de *sexo*, *género*, *diversidad* y *equidad*. La descripción de los fundamentos y el desarrollo del ABSG nos permitirán apreciar la continua evolución de los contextos políticos y científicos, desde sus orígenes en la salud de la mujer hasta las cuestiones actuales relacionadas con el género y la salud, y la equidad sanitaria.

Los orígenes del análisis basado en sexo y género en el Canadá

El gobierno federal del Canadá apoya el uso del ABSG y, desde finales de los años noventa, ha adquirido compromisos formales para realizar este tipo de análisis. Otras instituciones federales, tanto del campo de la salud como de otros campos, también apoyan el uso del ABSG; por ejemplo, oficinas federales tales como la de Recursos Humanos y Desarrollo de Capacidades y la del Estatus de la Mujer formularon declaraciones y directrices en materia de igualdad de género en el decenio de 1990, y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) publicó su Política sobre Igualdad de Género en 1999.^[1] En la cartera de salud, los Institutos Canadienses de Investigación en Salud (CIHR, por su sigla en inglés) cuando se establecieron en el 2001, incluyeron un Instituto de Género y Salud entre sus 13 institutos. Más recientemente, los CIHR han apoyado explícitamente la introducción del ABSG en la investigación, encargando la elaboración de una guía para la utilización del ABSG en el ámbito de la investigación;^[2] convocando propuestas de investigación para integrar el ABSG en sus diseños y apoyando proyectos que examinen las cuestiones relativas a sexo y género en la investigación en materia de salud. Cada una de estas iniciativas —y otras en los niveles de las autoridades sanitarias provinciales y regionales— ha aumentado la expectativa de que se realicen ABSG y ha fomentado las condiciones propicias para apoyar su práctica.

El contexto normativo federal para el ABSG abarca casi 40 años; comenzó con el *Informe Lalonde* de 1974,^[3] que introdujo el concepto de cuatro elementos en el campo de la salud: biología humana, entorno, modo de vida y organización de la atención sanitaria. Poco más de un decenio después, el Canadá publicó *El logro de la salud para todos: un marco para la promoción de la salud*^[4] y, conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud, la *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*.^[5] Estos documentos fueron el prelude de debates sobre la equidad y la salud y prestaron atención particular a las diferencias en los resultados de salud relacionadas con el ingreso, tanto el caso de las mujeres como en el de los hombres. Durante el mismo período, el Canadá firmó el acuerdo internacional de las Naciones Unidas conocido como Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por su sigla en inglés) e introdujo la nueva Carta Canadiense de Derechos y Libertades (la primera parte de la Ley de Constitución de 1982), por la cual se prohíbe la discriminación por razón del sexo (párrafo primero del artículo 15) y se garantiza la igualdad entre los hombres y las mujeres (artículo 28).

Carta Canadiense de Derechos y Libertades

La igualdad de derechos

15. (1) Todo individuo es igual ante la ley y tiene derecho a igual protección e iguales beneficios de la ley sin que medie discriminación alguna y, en particular, discriminación basada en la raza, la nacionalidad o el origen étnico, el color, la religión, el sexo, la edad o las discapacidades mentales o físicas.

28. Sin perjuicio de lo dispuesto en esta Carta, los derechos y las libertades referidas en ella se garantizan por igual a los hombres y a las mujeres.

En 1995, el Canadá participó en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing (China) y firmó la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing,^[8] preparada en la conferencia. En esta Plataforma se consagró una definición amplia de la salud de la mujer: “La salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social. La salud de las mujeres incluye su bienestar emocional, social y físico; y es determinada

tanto por el contexto social, político y económico de sus vidas, como por la biología”.^[8, párr.89] Esta definición confirmó la influencia dual de los contextos biológico y social en la salud de la mujer e informó la elaboración de un programa federal para la salud de la mujer respaldado por la Oficina de Salud de la Mujer en *Salud Canadá*, así como la Estrategia para la Salud de la Mujer,^[9] comprometida con la comprensión de cómo el sexo y el género constituyen determinantes de la salud de la mujer. Estos avances en las políticas formales reflejaron las repercusiones del movimiento de salud de las mujeres en el Canadá y en todo el mundo. En los años cincuenta y sesenta, se gestó un movimiento comunitario que cuestionaba la autoridad médica y las limitaciones sociales y jurídicas sobre la reproducción de la mujer y su salud reproductiva. Mediante publicaciones sin precedentes como *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas*,^[10] en los Estados Unidos, y *Healthsharing*, en Canadá,^[11,12] el movimiento de salud de las mujeres disputó la visión de que las únicas características distintivas de la salud de la mujer procedían de su función reproductiva. Los defensores de la salud de la mujer argumentaron que había una “medicalización” importante en la vida de la mujer que establecía que procesos de la vida normal como la pubertad, la menstruación, el embarazo, la menopausia y el envejecimiento eran problemas “médicos” que requerían tratamiento, en particular, el uso de hormonas. Además, argumentaron que aspectos importantes de la vida de las mujeres como el trabajo de cuidado, la seguridad económica y el tratamiento diferente que recibían en el sistema de atención de salud y en la investigación sanitaria eran esferas desatendidas del campo de la salud de la mujer. El movimiento de salud de las mujeres sigue siendo una fuente importante de apoyo constante a la investigación y educación sobre la salud de la mujer y ha inspirado mejoras en la atención, el acceso a los servicios y el reconocimiento de la diversidad entre las mujeres canadienses.

La labor iniciada por el movimiento de las mujeres en los años cincuenta y sesenta fue respaldada y complementada en los años setenta y posteriormente por acontecimientos importantes en la comunidad académica, sobre todo en los campos de la sociología y de los estudios sobre mujeres. Según Siltanen y Doucet, Ann Oakley fue la primera en llamar la atención de la comunidad sociológica hacia un análisis sostenido de la diferenciación entre el sexo y el género;^[13] asimismo, la socióloga Margrit Eichler acuñó la frase “investigación androcéntrica” para referirse a las teorías, los métodos y las prácticas fundadas en la suposición de que la investigación realizada en hombres puede aplicarse a las mujeres.^[14]

En el transcurso de los siguientes tres decenios se ha debatido cada vez más en qué medida la investigación y las prácticas en materia de salud se caracterizan por prejuicios sexistas deliberados o involuntarios.

Los avances en materia de políticas federales también reflejaban los debates internacionales en evolución. Paralelamente a los debates sobre los derechos de las mujeres y la igualdad de género en el Canadá, las personas que trabajaban en el campo del desarrollo internacional tenían objetivos similares para promover a la mujer, sus derechos y su salud en los países en desarrollo. En un inicio, la estrategia para “la mujer en el desarrollo” tendió a centrarse en la creación de oportunidades específicamente encaminadas al desarrollo económico y social de las mujeres, incluida la salud,^[15,16] y, habida cuenta de las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, se hizo un fuerte hincapié en la salud reproductiva y materna, así como en el acceso a alimentos, vivienda e ingreso para apoyar la salud de las mujeres y los niños. En este período se lograron triunfos importantes, entre ellos, la creación de la CEDAW en 1981.

Resume de los hitos de contexto de la política federal canadiense para el análisis basado en sexo y género

- 1974- Una nueva perspectiva de la salud de canadienses (El Informe de Lalonde)
- 1981- Canadá ratificó la convención de naciones unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDCW)
- 1982- Ley de la constitución y la carta canadiense de derechos y libertades
- 1984- Carta Ottawa para la promoción de salud, Cumpliendo Salud para todo el mundo: Un marco para la promoción de salud
- 1995- Plan federal para la igualdad relacionada con género (1995-2000)
- 1996- Foro de Canadá y EEUU sobre la salud de mujeres
- 1994-1997- Foro nacional sobre la salud
- 1999- *Estrategia para la salud de mujeres* de Salud Canadá
- 2000- Política para el análisis basado en sexo y género
- 2000- *Agenda para la igualdad relacionada con género* (2000-2005)
- 2001- El instituto Canadiense de Investigación en Salud, Instituto de Género y Salud
- 2003- *Explorando conceptos de género y salud* (Salud Canadá)
- 2009- Género importa, Instituto del Plan Estratégico sobre Género y Salud 2009-2012

Sin embargo, el progreso para mejorar la situación y la salud de las mujeres a nivel mundial siguió siendo lento. A mediados de los años noventa, la estrategia “la mujer en el desarrollo” se reestructuró como “género y desarrollo”, un enfoque por el cual se reconocía que la salud de la mujer tenía sus raíces en las relaciones de género, así como en las condiciones sociales y económicas.^[15,16] Esta postura se ratificó en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas; y, como se ha señalado, en esa ocasión también se ratificó la importancia de la salud como esfera de acción para mejorar las vidas de las niñas y las mujeres de todo el mundo. El enfoque “género y desarrollo” marcó además el abandono de la orientación exclusiva hacia las mujeres a favor de una orientación más general hacia las mujeres y los hombres, un cambio concebido para ampliar el apoyo para la adopción de medidas, así como para reconocer las dificultades que tanto las mujeres como los hombres afrontan en los países en desarrollo.^[15] El término “análisis de género” surgió en este contexto de desarrollo internacional para describir el proceso de analizar las situaciones económicas,

sociales y sanitarias desde la perspectiva de género y las relaciones entre los sexos. Dado que gran parte de los primeros análisis de género generaron información que demostraba que las mujeres habían sido descuidadas en la investigación sanitaria y sus problemas no habían sido considerados en la formulación de los programas o las políticas, se ha constatado una tendencia a equiparar el “análisis de género” con el análisis de las situaciones de las mujeres y, en el caso de la salud, a la suposición de que la frase “género y salud” en realidad significa “salud de la mujer”. Uno de los peligros que entraña esta suposición es que puede llevar a los/las investigadores, tomadores de decisiones, planificadores y directores de programas a suponer que tienen que atender las cuestiones de género solo cuando consideran las necesidades de las mujeres. Sin embargo, muchos/as investigadores han señalado que el género es pertinente tanto para las mujeres como para los hombres y las relaciones entre ambos, así pues, se trata de una característica de todas las sociedades y poblaciones.^[17,18] Estamos de acuerdo. Aunque nuestra prioridad en el Programa de Contribución a la Salud de la Mujer ha sido la salud de la mujer, el análisis basado en sexo y género implica comprender las necesidades y realidades sanitarias tanto de las mujeres como de los hombres y, de hecho, las implicaciones para la salud que revisten las interacciones entre las mujeres y los hombres, las niñas y los niños, y entre las personas dentro de cada una de estas categorías.

Cada vez comprendemos más que las desigualdades en materia de género contribuyen a los importantes desafíos sanitarios que afrontan mujeres, niñas, hombres y niños en todo el mundo. Tal como se argumentó en el Informe Internacional de la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género, presentado en septiembre del 2007 ante la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud:

La desigualdad de género daña la salud física y mental de millones de niñas y mujeres en todo el mundo, y también la de los niños y hombres, pese a los muchos beneficios tangibles que otorga a los hombres mediante recursos, poder, autoridad y control. Debido al número de personas involucradas y a la magnitud de los problemas, la adopción de medidas para mejorar la equidad de género en salud y abordar los derechos de las mujeres a la salud es una de las maneras más directas y poderosas de reducir las desigualdades sanitarias y garantizar el uso eficaz de los recursos sanitarios...^{[19, p. 8].}

Al parecer, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud estuvo de acuerdo, ya que en su informe final, publicado en el 2008, llegó a la conclusión de que las diferencias en poder, privilegios y oportunidades afectan la salud, y que los hombres y las mujeres suelen tener diferentes grados de acceso a estos recursos para la salud.^[20] La desigualdad de género es por lo tanto un factor determinante de la salud y las medidas encaminadas a reducirla mejorarán la salud tanto de las mujeres como de los hombres.

En términos prácticos, los esfuerzos para mejorar la salud de la mujer o determinar las conexiones entre el sexo, el género y las desigualdades de salud se han topado con resistencia y competencia por los recursos. El enfoque de “género y desarrollo” preconizó la “integración transversal de la perspectiva de género” como mecanismo para alentar la adopción de medidas en las cuestiones relativas al género. Un enfoque de integración transversal de la perspectiva de género sitúa las cuestiones relativas al género como parte de todas las actividades de investigación, elaboración de programas y formulación de políticas, en lugar de

apartarlas como una responsabilidad exclusiva de los “especialistas en materia de género” o de las personas preocupadas por mejorar la situación de la mujer. Con la integración de las cuestiones de género en sentido horizontal en todas las organizaciones, disciplinas y áreas temáticas, se esperaba que un mayor número de personas se dedicaran a dichas cuestiones y compartieran la responsabilidad de tomar conciencia al respecto y propiciar respuestas apropiadas. La política en materia de igualdad de género de Salud Canadá —y el manual de capacitación relacionado *Exploring Concepts of Sex and Gender*— se estableció en el 2003 para integrar las cuestiones de género a través de cada unidad de las oficinas federales.^[21]

Desde luego, al responsabilizar a todos y todas por el tema de género se corre el riesgo de que éste se pierda entre las maquinarias de gobierno, los sistemas de salud, la investigación y la sociedad civil. Keleher^[22] nos recuerda además que un enfoque de integración de la perspectiva de género tiene que permanecer centrado en las condiciones sociales y económicas que producen resultados sanitarios diferenciados por género en primer lugar. De lo contrario, la integración de la perspectiva de género puede dar lugar a una dilución de los compromisos para cambiar las causas subyacentes de las inequidades relacionadas con género, si no recibe el apoyo de una acción estratégica sobre las prácticas, las políticas y las condiciones que generan las desigualdades por motivo de género en una sociedad dada. De manera ideal, un enfoque que reconozca los problemas específicos de cada sexo y la integración del ABSG a través del gobierno, la investigación y la programación parecería óptimo. Este fue el criterio que los y las investigadores de la salud de la mujer recomendaron para el diseño de los CIHR.^[23] Con el establecimiento del Instituto de Género y Salud como parte de los CIHR, en el 2001, el Canadá buscó mantener de forma deliberada el apoyo a la investigación y el intercambio de conocimiento en el campo de la salud de la mujer, al mismo tiempo que fomentar el desarrollo de la investigación comparativa sobre mujeres y hombres, así como el campo diferenciado de la salud de los hombres.

Conceptos esclarecedores

En este emblemático dibujo humorístico de la revista *The New Yorker*, dos mujeres hablan en un café sobre el final de una relación: “El sexo nos unió, pero el género nos separó.”. Además de señalar dos de los conceptos básicos del ABSG —el sexo y el género—, el dibujo también demuestra los múltiples significados que se



“El sexo nos unió pero el género nos separó.”

© La colección del *New Yorker* 2011 Barabara Smaller de cartoonbank.com.
Todos Los Derechos Reservados.

atribuyen a estos términos y sus posibilidades para generar desconcierto y humor. La palabra sexo puede referirse, como es el caso en este dibujo, al atractivo físico de otra persona y a los placeres de la actividad sexual, pero también se usa para describir a una persona como macho o hembra. Además, es un término que puede usarse para representar las relaciones entre las mujeres y los hombres, como en la frase “el sexo opuesto”. De manera análoga, la palabra “género” tiene significados múltiples; cada vez se usa más en documentos oficiales de todo tipo para sustituir el término “sexo” cuando se identifica a un individuo como varón o mujer. Pero en el dibujo que nos ocupa, el término “género” se refiere a las diferentes funciones y responsabilidades asignadas a las mujeres y a los hombres, y a las dificultades que plantean para negociar las relaciones. Si bien el sexo y el género están íntimamente relacionados en las experiencias que la gente vive y en nuestra comprensión de otras personas, es fundamental distinguir los conceptos de sexo y género, así como la manera en que se usan o debieran usarse en la investigación, planificación de programas y formulación de políticas en materia de salud.

Sexo

El sexo se refiere a las características biológicas que distinguen a los machos y a las hembras de cualquier especie. En los seres humanos, las diferencias sexuales comienzan con las características cromosómicas que distinguen a los hombres de las mujeres: los hombres generalmente tienen un cromosoma X y otro Y, y las mujeres dos cromosomas X. Estas diferencias genéticas fundamentales dan lugar a otras diferencias sexuales, entre ellas, variaciones en el tamaño y la forma corporal, la proporción de grasa y músculo, la clase y concentración de hormonas que circulan en el organismo y distintos órganos reproductivos. Las sutiles diferencias en las vías bioquímicas, las hormonas, el metabolismo y el tamaño de los tejidos corporales pueden explicar algunas diferencias entre las mujeres y los hombres en cuanto a predisposición a enfermedades o problemas de salud específicos, como las enfermedades del pulmón y la artritis. Las diferencias de orden físico y fisiológico también pueden explicar las reacciones distintas a los tratamientos o a las estrategias de prevención secundaria, como la dosificación diaria con Aspirina® para la salud cardiovascular.

Aunque generalmente se considera que el sexo se compone únicamente de dos categorías, femenino y masculino, la masculinidad y la feminidad se manifiestan en un proceso continuo.^[24,p4] El pelo corporal, una característica sexual secundaria, es un ejemplo. Aunque por lo general se considera que las mujeres tienen menos pelo corporal que los hombres, muchas mujeres y hombres no entran en este estereotipo. Del mismo modo, el desarrollo muscular tanto en las mujeres como en los hombres se ve afectado por el ejercicio y el régimen alimentario, pero algunas mujeres pueden desarrollar su musculatura en mayor medida que algunos hombres debido a diferencias genéticas.

Aun en el nivel celular, la distinción entre lo femenino y lo masculino puede no ser clara ni permanente; por ejemplo, algunos individuos pueden tener un cromosoma X o Y adicional (XXX, XXY, XYY), pero tener un aspecto típicamente masculino o femenino en lo que se refiere a los genitales externos y la apariencia general. Asimismo, hay individuos que tienen cromosomas sexuales, genitales o características sexuales secundarias que no son habituales, ni exclusivamente femeninos ni masculinos. Estas variaciones en la conformación cromosómica y las características sexuales secundarias permiten cuestionar el uso de sólo dos categorías de análisis al hablar de sexo. Como señala la Sociedad Norteamericana de Intersexualidad, la naturaleza no decide dónde termina la categoría de hombre y dónde comienza la de intersexo, ni dónde termina la categoría de intersexo y

comienza la de mujer. Los seres humanos son quienes lo deciden.^[25,párr.6] La importancia de una comprensión fluida y flexible del “sexo” reside en que representa con mayor precisión la experiencia humana, pero sobre todo las necesidades y desafíos que afrontan los individuos que no se identifican con las categorías de mujer y hombre. Por otro lado, nos alienta a aprender más acerca de la importancia del sexo cuando se trata de la salud y otros aspectos de la existencia humana.

Si bien el sexo es, por razones obvias, importante para la salud reproductiva, cada vez son más las investigaciones que demuestran que también es pertinente para la salud por otros motivos. El sexo influye en la biología humana desde el nivel celular. Como observan Johnson, Greaves y Repta, los organismos de los hombres y las mujeres pueden reaccionar de manera distinta a sustancias como el alcohol y el tabaco, así como a los medicamentos de venta con o sin receta médica, o a las drogas ilícitas debido a las diferencias en su metabolismo, química sanguínea y composición de tejidos grasos.^[24] Por ejemplo, las mujeres pueden estar en mayor riesgo por exposición a contaminantes ambientales debido a que estos productos químicos tienden a concentrarse en los tejidos grasos y las mujeres, según los datos estadísticos, tienen una proporción de grasa corporal mayor que la de los hombres. También hay diferencias específicas de cada sexo con respecto de algunas enfermedades originadas por los efectos de las hormonas. Antes de la menopausia, las mujeres normalmente presentan tasas de cardiopatía inferiores a las de los hombres porque las concentraciones más elevadas de estrógeno les confieren protección.

Los hombres y las mujeres también pueden presentar diferencias en cuanto a la predisposición a las enfermedades. Por ejemplo, cada vez son más las investigaciones que indican que el organismo de la mujer puede ser más vulnerable que el del hombre a los efectos del tabaco y otros tipos de humo, y los estudios indican que las mujeres fumadoras pueden presentar mayor propensión a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.^[26,27] Aunque los mecanismos biológicos para explicar estas observaciones están lejos de confirmarse, Sin y sus colegas sugieren que es posible que las mujeres padezcan antes que los hombres los efectos del humo del cigarrillo y que estos sean más graves en el caso de ellas porque las sustancias tóxicas se acumulan en los pulmones y permanecen allí, o bien, porque sus organismos reaccionan enérgicamente a las toxinas.^[27] Otros investigadores están estudiando por qué las exposiciones ocupacionales y ambientales a contaminantes también pueden tener efectos distintos en las mujeres y los hombres y reflejar en parte las diferencias biológicas a la sensibilidad a los contaminantes inhalados.^[28]

Aunque no está claro si algunas diferencias observadas en cuanto a la sensibilidad se relacionan con el tamaño corporal —¿La tasa de incidencia de las enfermedades de los pulmones que presentan los hombres pequeños y las mujeres grandes es diferente a la que presentan los hombres y mujeres de tamaño promedio?— o están realmente ligadas al sexo, los resultados como estos plantean preguntas interesantes acerca de la posibilidad de que existan variaciones específicas para cada sexo en relación con las enfermedades y afecciones, las cuales deberán abordarse en las investigaciones futuras.

Género

El género abarca las funciones y relaciones construidas socialmente, los rasgos de la personalidad, las actitudes, los comportamientos, los valores, el poder y la influencia relativa que la sociedad atribuye a cada sexo.^[29] En otras palabras, el género describe y prescribe lo que significa ser mujer u hombre en un momento dado y en una sociedad determinada. Mientras

que solemos pensar que el sexo está determinado exclusivamente por la naturaleza o la biología, no cabe duda de que el género tiene un carácter profundamente social y es una esfera de la práctica social compleja y poderosamente eficaz.^[30, p18] Por consiguiente, la comprensión y el análisis de las repercusiones del género sobre la salud —y la vida en general— pueden plantear retos importantes, habida cuenta de que los procesos sociales son tanto complejos como variables. Las actitudes actuales con respecto a la feminidad o la masculinidad, por ejemplo, no son iguales a las de la generación anterior, y estos términos no significan lo mismo en la cultura occidental que en el resto del mundo. No obstante, es inevitable que intentemos dilucidar este concepto porque, como se mencionó anteriormente, el género es una realidad en cada sociedad y para cada población e individuo.

Al igual que el sexo, normalmente se ha considerado que el género tiene dos categorías distintas, la hombría (o masculinidad) y la feminidad, pero nuevamente como en el caso del sexo, esta división binaria no capta adecuadamente la variedad de la experiencia humana ni las expresiones del ser y la identidad que abarca el concepto de género. Para empezar, pocos individuos, si es que los hay, cumplen los ideales de la masculinidad o la feminidad y la mayoría de nosotros no aspiramos exclusivamente a un ideal ni alcanzamos uno solo. Como observó Connell, debemos reconocer que a veces la conducta o la identidad masculina están encarnadas en un cuerpo femenino. En realidad es muy común que un hombre (biológico) tenga elementos de identidad, deseo y pautas de conducta femeninos.^[30,p16] En otras palabras, la mayoría de nosotros experimentamos o ejemplificamos el género como una serie continua de características y comportamientos, más que como categorías mutuamente excluyentes.

Al mismo tiempo, algunas personas rechazan totalmente las categorías de femenino y masculino o se niegan a identificarse con alguna de ellas, y algunos individuos se identifican tanto como hombres como mujeres. En algunos casos, las personas se refieren a sí mismos con el término transgénero, que indica que su identidad como hombre o mujer es total o parcialmente diferente a su sexo biológico. Además, en algunas culturas indígenas existe el concepto de persona de “dos espíritus”, utilizado para identificar a las personas con orientación homosexual, así como a las transgénero.^[31] Es importante señalar que este concepto generalmente es muy distinto de la noción de género como proceso continuo porque implica la coexistencia en el mismo individuo de una identidad femenina y otra masculina, coherentes pero diferenciadas.

Según Sultanen y Doucet, gran parte de la historia del siglo XX del Canadá, así como de otras partes, ha tenido que ver con experimentar y probar caminos nuevos de la experiencia masculina y femenina.^[13,p2] Johnson y sus colegas proponen que es útil distinguir entre las diferentes facetas de la experiencia femenina y masculina,

Para reflexionar

Identifique una característica o un comportamiento generalmente asociado con su sexo. ¿Es usted una mujer a quien le gusta cocinar o trabaja con niños? ¿Es usted un hombre a quien le gustan los deportes o trabaja en el mundo financiero?

Ahora, identifique una característica o un comportamiento generalmente relacionado con el sexo opuesto al suyo. ¿Es usted un padre que se queda en casa o hombre cuyo color favorito es el rosado? ¿Es usted una mujer que dice lo que piensa o repara automóviles para ganarse la vida?

¿Cómo reaccionan las personas alrededor de usted cuando sus actividades, comportamientos o personalidad se adaptan o no con las funciones de género dictadas para su sexo?

específicamente la identidad de género, los roles de género, las relaciones de género y el género institucionalizado.^[24] Al explorar estos distintos aspectos del género y sus interacciones, podemos seguir más fácilmente el “experimento” y apreciar mejor las maneras en que el género contribuye a las importantes diferencias que existen entre las mujeres y los hombres en materia de seguridad económica, salud sexual y reproductiva, salud mental, experiencias de violencia y trabajo de cuidado remunerado y no remunerado.^[22]

Primero, consideremos el significado de la “*identidad de género*”. La identidad de género indica cómo nos vemos a nosotros mismos como mujeres u hombres (o como un “tercer género” o persona de “dos espíritus”) e influye en nuestros sentimientos y comportamientos.^[24, p.6] La identidad de género no es lo mismo que la orientación sexual, uno puede identificarse como mujer y sentir atracción sexual por las mujeres, los hombres, ninguno de ellos o ambos. Más bien, la identidad de género abarca el propio sentido de ser mujer u hombre y la mayoría de las personas la desarrollan en el contexto de las normas sociales sobre la expresión apropiada del género que corresponde a su sexo biológico (como mujer u hombre). En otras palabras, a medida que aprendemos a pensar en nosotros como mujeres u hombres, también aprendemos qué comportamientos, emociones, relaciones, oportunidades y labores se consideran apropiadas para las mujeres y los hombres.

Esto nos lleva al segundo aspecto del género, los “*roles de género*”. Los roles de género son los medios por los cuales expresamos o representamos nuestra identidad de género; son las normas conductuales que se aplican a los hombres y las mujeres en las sociedades y que influyen en las acciones, expectativas y experiencias cotidianas de los individuos, desde cómo nos vestimos o conversamos hasta lo que aspiramos hacer y lo que consideramos contribuciones valiosas para una mujer o un hombre.^[24, p.5] A veces los roles de género se consideran complementarios, es decir, los hombres o individuos masculinos aportan a la sociedad un conjunto de aptitudes y características y las mujeres o individuos femeninos otro. Con frecuencia, las mujeres y los hombres se ven como clases de personas totalmente diferentes, cuyas características no solo son diferentes, sino opuestas o incluso inconciliables. Sin embargo, ya sea que consideremos lo femenino y lo masculino como complementarios u opuestos, el hecho es que están inevitablemente relacionados entre sí. Como Connell y Messerschmidt nos recuerdan, “Género es siempre relacional, y los patrones de masculinidad se definen socialmente en contraposición con algún modelo (ya sea real o imaginario) de la feminidad”.^[32, p. 848]

Dado que el género es relacional, es fundamental comprender el significado y el funcionamiento de las “*relaciones de género*”, que son el tercer aspecto señalado por Johnson y sus colegas. La frase “relaciones de género” se refiere a cómo interactuamos con las personas que nos rodean y cómo somos tratadas por ellas, en función del género que se nos atribuye.^[24, p.7] Por ejemplo, si creemos que los hombres deben ser activos y sociables y las mujeres calladas, dulces y complacientes, es probable que reaccionemos negativamente frente a un niño pequeño tímido y una niña pequeña bulliciosa. De manera análoga, una mujer enérgica puede ser calificada de “agresiva”, mientras que un hombre que disfruta al tejer pudiera ser etiquetado como “debilucho”. Aunque estos aspectos de las funciones del género pudieran parecer relativamente insignificantes, las relaciones de género pueden —y así sucede— traducirlos en discriminación y desventajas. Por ejemplo, desde siempre las mujeres han sido excluidas de los trabajos de sueldo elevado o gran prestigio sobre la base de que son “demasiado emocionales” o “no tienen cabeza para los negocios”. En efecto, las relaciones de género a menudo parecen funcionar a favor de los hombres y en perjuicio de las mujeres. En

la mayoría de las sociedades, las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de tener acceso a los beneficios y los recursos, como la riqueza y el poder, y tienen mayores probabilidades que los hombres de afrontar dificultades, como violencia y discriminación. Sin embargo, las mujeres no son las únicas que padecen los efectos negativos de los estereotipos de género; los hombres homosexuales, por ejemplo, han experimentado durante mucho tiempo violencia y perjuicios por parte de los hombres y las mujeres heterosexuales porque la masculinidad que predomina en la sociedad occidental es categóricamente heterosexual.^[33, p.102] Dado que el género es relacional, tenemos que considerar tanto la variedad como la jerarquía de las funciones y las identidades de género al explorar los vínculos entre el género y la salud.^[31]

Es posible que nos preguntemos por qué un grupo relativamente pequeño de personas — hombres blancos, heterosexuales, prósperos y de medio urbano— parecen ser capaces de acumular riqueza, poder y privilegios, mientras que la mayoría de las personas no disfrutan de todos los beneficios de la sociedad o al menos no en la misma medida. Esto nos lleva a la cuarta dimensión del género: el “*género institucionalizado*”. El género institucionalizado se refiere a las maneras en que las instituciones sociales fundamentales, tales como los medios de comunicación, los sistemas educativos y de atención de salud, los tribunales y los establecimientos religiosos y políticos, enmarcan las experiencias, los roles y las relaciones de género. “Estas poderosas instituciones configuran las normas sociales que definen, reproducen y a menudo justifican las diferentes expectativas y oportunidades para las mujeres y los hombres, y las niñas y los niños, tales como los roles sociales y familiares, la segregación laboral, las limitaciones laborales, los códigos de vestir, las prácticas de salud y el acceso diferencial a recursos como el dinero, los alimentos o el poder político”.^[24, p.7] Dado que la mayoría de las culturas valoran más los aspectos de la masculinidad que los de la feminidad, las mujeres tienen mayores probabilidades de experimentar desigualdades estructurales en oportunidades y acceso a los recursos, incluidas las necesidades básicas de alimentos, vivienda y seguridad. Los grupos defensores de los derechos de las mujeres han tendido, sobre todo en el pasado, a responsabilizar exclusivamente a los hombres por esta subordinación de las mujeres, pero las mujeres son centrales en muchos de los procesos de construcción de las masculinidades, a saber, como madres, compañeras de colegio, novias, compañeras sexuales, esposas, trabajadoras, entre otras.^[32, p.848] En otras palabras, las mujeres y los hombres construyen y perpetúan juntos los roles y las relaciones de género dominantes. Así pues, para que haya un cambio es necesario comprender las perspectivas y realidades tanto de las mujeres como de los hombres, y el análisis basado en el sexo y el género es un proceso importante que contribuye a la adopción de medidas favorables e informadas encaminadas al cambio.

Diversidad

Desde el punto de vista más básico, la diversidad se refiere a las variaciones o disimilitudes entre las personas. El término suele usarse para indicar las diferencias observables, tales como las variaciones étnicas visibles en una población y las diferencias de edad o lugar de residencia. Sin embargo, la diversidad también abarca diferencias que no siempre son evidentes, como la orientación sexual, la educación y las creencias religiosas o espirituales. En el contexto del ABSG, la diversidad implica el entender que aun cuando cada individuo desarrolla una identidad de género, desempeña roles de género y experimenta tanto relaciones de género como género institucionalizado, la índole de esa experiencia es específica “particular a cierta época y lugar y a una situación social,

cultural, económica y política determinada.... [y] dado que las diferencias y desigualdades de género en un lugar particular se combinan con los efectos de otras formas de división social, como la clase y la etnicidad, no todas mujeres ni todos los hombres experimentan de la misma manera los problemas o cuestiones de salud relacionados con el género”.^[35, p3] Por ejemplo, aunque ya no es raro que las mujeres canadienses participen en los empleos remunerados, algunas tradiciones culturales de esa sociedad hacen que sea inconcebible que trabajen fuera del hogar sin arriesgar su seguridad y el respeto de sus comunidades. Asimismo, si bien la mayoría de los hombres en las sociedades occidentales siguen cumpliendo un rol económico en sus hogares, el establecimiento de disposiciones en las políticas públicas para otorgarles licencia por paternidad refleja los cambios en el rol social de los hombres como padres y la creciente aceptación de los mismos como educadores y cuidadores.

Dada la variedad y especificidad de la experiencia humana, es fundamental que nos abstengamos de hacer generalizaciones sobre *todas* las mujeres o *todos* los hombres cuando hablamos de sexo y género como factores determinantes de la salud. El sexo y el género son tan sólo dos de los numerosos factores determinantes de la salud—incluyendo la situación socioeconómica, la edad, la orientación sexual, la raza, el grupo étnico, la ubicación geográfica, la educación, y la capacidad física y mental—todos los cuales actúan e interactúan para afectar la salud de un individuo y la atención que recibe.^[18] Así pues, para entender todas las dimensiones sociales que componen la vida de una persona o grupo de personas —lo que algunos profesionales de las ciencias sociales a veces llaman “ubicación social”— es necesario examinar la complejidad de las vidas y las intersecciones entre los aspectos de identidad, posición y experiencia que influyen sobre la salud. Al estudiar la salud de los pueblos originarios del Canadá (conocidos como Primeras Naciones), los inuit o los métis, por ejemplo, debemos estar conscientes de las repercusiones que la colonización, la segregación en reservas, el desplazamiento de sus tierras, la escolaridad residencial, la pérdida de su idioma y el racismo pueden haber tenido sobre los individuos y las comunidades. Es posible que también sea necesario comprender cómo funcionan las relaciones de género en una comunidad particular de Primera Nación, así como la forma en que los miembros de la comunidad entienden sus identidades. Esta información deberá considerarse, además, en el contexto de una comprensión general de la compleja situación jurídica de los pueblos de las Primeras Naciones del Canadá y de las implicaciones de los arreglos jurisdiccionales para el acceso a los servicios, el apoyo financiero y la atención.

Nuestra investigación en materia de salud comienza con las variables del sexo y el género porque reconocemos que “las mujeres y los hombres afrontan distintos riesgos sanitarios, reciben respuestas diferentes de los sistemas de salud y difieren en sus comportamientos de búsqueda de atención y en los resultados sanitarios que exhiben”.^[36,p.2] Más aún, las diferencias en salud puede tener su origen en las diferencias estructurales entre las mujeres y los hombres en cuanto al acceso a los recursos básicos de salud como los alimentos, la seguridad y la vivienda, así como en las prácticas relacionadas con el género que limitan a las niñas y las mujeres de todo el mundo o ponen en riesgo la salud de los niños y los hombres a través de la violencia, las lesiones y la toma de riesgos. Sin embargo, el análisis basado en sexo y género va más allá de la simple comprensión de las diferencias o semejanzas *entre* las mujeres y los hombres; su finalidad también es dilucidar las diferencias *entre* los grupos de mujeres y de hombres. En consecuencia, el ABSG pasa de la formulación inicial de preguntas acerca de la salud de las mujeres y los hombres a la consideración que cómo otras variables o determinantes de la salud afectan a los diferentes grupos de mujeres y de hombres.

Equidad

Al explorar las diferencias y semejanzas entre las mujeres y los hombres, las niñas y los niños, y entre todos ellos, el ABSG permite identificar las inequidades de salud y ofrecer soluciones para las mismas. Las *inequidades de salud* se definen como diferencias en los resultados sanitarios consideradas injustas, evitables y susceptibles de cambiarse.^[37] En otras palabras, cuando un individuo o un grupo padece más enfermedades o enfermedades más graves como consecuencia de la pobreza o la discriminación, por ejemplo, están experimentando inequidades de salud. Está bien documentado que las jerarquías sociales influyen en quiénes se enferman y en las consecuencias de la enfermedad,^[38,39] lo que abarca quiénes pueden obtener acceso a la atención sanitaria formal, quiénes prestan y reciben atención en el hogar, y quiénes sufren las repercusiones personales, sociales y económicas a largo plazo de la enfermedad. El sexo, la clase social, la edad, el grupo étnico y la religión, entre otras cosas, tienen un rol importante en determinar quiénes tienen mayores probabilidades de enfermarse y quiénes tienen menos probabilidades de conseguir recursos para hacer frente a la enfermedad:

El género se cruza con la desigualdad económica, la jerarquía racial o étnica, la dominación de castas, las diferencias por razón de la orientación sexual y algunos otros marcadores sociales. Centrar la atención únicamente en las desigualdades económicas entre los hogares puede distorsionar seriamente nuestra comprensión de cómo funciona la desigualdad y sobre quiénes recaen realmente sus cargas. [...] Los estudios indican que la situación de los pobres en cuanto al acceso a la salud y los resultados sanitarios es peor que la de quienes disfrutaban de una posición económica mejor; sin embargo, no revelan si la carga de esta inequidad recae por igual sobre las distintas castas o grupos raciales entre los pobres, ni indican cómo se distribuye la carga de las inequidades de salud entre los miembros de las familias pobres. Esto plantea un reto para las políticas a fin de que éstas aseguren la equidad entre los hogares y dentro de cada uno de ellos.^[19, p.2]

El logro de la equidad de género en salud requiere que las mujeres y los hombres, las niñas y los niños tengan igualdad de oportunidades y acceso a las condiciones y los servicios que les permitan alcanzar una buena salud.

En el Canadá, como se señaló anteriormente, la igualdad entre los hombres y las mujeres se garantiza mediante la Constitución, de conformidad con el primer párrafo del artículo 15 y el artículo 28 de la *Carta Canadiense de Derechos y Libertades*, y mediante muchos acuerdos internacionales de derechos humanos suscritos por el Canadá. Sin embargo, también se establece la distinción entre la igualdad formal y la sustantiva. El concepto jurídico de *igualdad formal* exige que las personas que se encuentran en circunstancias iguales o similares reciban el mismo trato. Históricamente, tratar a las personas “por igual” en este sentido se ha entendido como otorgar a las mujeres y a los hombres las mismas oportunidades, servicios y programas. El movimiento para lograr “igual remuneración por igual trabajo” es un ejemplo de igualdad formal; sin embargo, a veces puede requerirse un tratamiento diferente para lograr la equidad y justicia, como cuando las diferencias entre las personas dan lugar a desventajas y desigualdades, lo que nos lleva al concepto jurídico de igualdad sustantiva, que se centra en la importancia de velar no solo por la igualdad de oportunidades, sino también por la igualdad de resultados. La “acción afirmativa”, una política concebida para abordar la exclusión histórica y sistemática las mujeres y otros grupos con

respecto empleos de altos ingresos y alto nivel, es un ejemplo de una estrategia encaminada a la igualdad sustantiva.

Al reconocer que muchas diferencias en materia de salud entre y dentro las mujeres y los hombres pueden ser ocasionadas por factores modificables, el ABSG funciona como un recurso para desarrollar y evaluar respuestas a las desigualdades en salud relacionadas con el género: “La adopción de medidas para mejorar la equidad sanitaria entre los hombres y las mujeres es una de las maneras más directas de reducir las inequidades en materia de salud y garantizar el uso eficaz de los recursos sanitarios.”^[19, p.2] Estas medidas deberán abordar los factores subyacentes que producen la inequidad de género, tanto dentro como fuera del sector de la salud, en particular, las relaciones de poder entre los sexos y la forma en que influyen en las normas, prácticas e instituciones sociales.

Conclusiones

En los últimos decenios, el Canadá se ha acercado en forma sostenida a una apreciación más profunda del rol del sexo y el género en la salud y en las inequidades sanitarias. Actualmente contamos con políticas que no solo facilitan, sino *exigen* que se utilice el análisis basado en sexo y género en el desarrollo de los programas y las estrategias de salud, en el uso del dinero público y en el financiamiento de la investigación en materia de salud. Los cuatro conceptos básicos del ABSG —sexo, género, diversidad y equidad— son fundamentales para fomentar los adelantos en este campo: juntos establecen un marco para explorar y comprender las experiencias de la gente relacionadas con la salud y la enfermedad, y evaluar en qué medida nuestras respuestas son iguales, justas, eficaces y eficientes.

Referencias

1. Canadian International Development Agency (CIDA). CIDA's policy on gender equality. Hull: Minister of Public Works and Government Services Canada; 1999.
2. Spitzer D. Gender and sex based analysis in health research: a guide for CIHR researchers and reviewers. Ottawa: Canadian Institute for Health Research; no date.
3. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government of Canada; 1974. Available from www.phac.aspc.gc.ca/phsp/pdf/perspect_eng.pdf
4. Epp J. Achieving health for all: a framework for health promotion. Ottawa: Ministry of Supply and Services; 1986.
5. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986
6. World Health Organization. Convention on the elimination of all forms of discrimination against women (CEDAW). Geneva: World Health Organization; 1979.
7. Canadian Charter of Rights and Freedoms of 1982, Ottawa [statute on the internet]. Available from: Department of Justice Canada.
8. United Nations. Beijing declaration and platform for action. Beijing: Fourth World Conference on Women; 1995.
9. Health Canada. Women's health strategy. Ottawa: Health Canada; 1999.
10. Boston Women's Health Book Collective. Our bodies, ourselves: A book by and for women. New York: Simon & Schuster; 1973.
11. Gottlieb A. Saying good bye to Healthsharing. *Can Women Stud.* 1994;14(3):117-8.
12. Feldberg G. Inside out: holism and history in Toronto women's health movements. In: Johnson R, editor. *The politics of healing: histories of alternative medicine in twentieth century North America*. New York: Routledge, 2004; p.181-94.
13. Siltanen J, Doucet A. Gender relations in Canada: intersectionality and beyond. Don Mills: Oxford University Press; 2008.
14. Eichler M. *Non sexist research methods: a practical guide*. New York: Routledge; 1991.
15. Parpart J, Connelly M, Barriteau V. *Theoretical perspectives on gender and development*. Ottawa: International Development Research Centre; 2000.
16. Visvanathan N, Duggan L, Nisonoff L, Wiegiersma N. *The women, gender and development reader*. Halifax: Fernwood Publishing; 1997
17. Papanek H. *Women in development and women's studies: agenda for the future*. East Lansing: Office of Women in International Development, Michigan State University; 1984.
18. Doyal L. Putting gender into health and the globalization debates: new perspectives and old challenges. *Third World Q.* 2002;23 (2) :233-50.
19. Sen G, Östlin P, George A. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final Report to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2007.
20. Sen, G., Östlin, P. & George, A. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. A synthesis of the WHO Women and Gender Equity Knowledge Network Final Report. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health; 2007.
21. Health Canada. Exploring concepts of gender and health. Ottawa: Health Canada; 2003.
22. Keleher H. Why build an evidence base about gender? *Health Promot Int.* 2004;19:277-9.
23. Greaves L, Hankivsky O, Amaratunga C, Ballem P, Chow D, De Koninck M, et al. *CIHR 2000: Sex, gender and women's health*. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health and the British Columbia Women's Hospital and Health Centre; 1999.
24. Johnson JL, Greaves L, Repta R. *Better science with sex and gender: a primer for health research*. Vancouver: Women's Health Research Network; 2007.
25. Intersex Society of North America. What is intersex? Rohnert Park: Intersex Society of North America; 2008. Available from www.isna.org/faq/what_is_intersex
26. Sin DD, Greaves L, Kennedy S. The tip of the "ICEBERGS". A National Conference to Combat the Growing Global Epidemic of COPD in Women. *Proc Am Thorac Soc.* 2007;4:669-70.
27. Sin DD, Ben Zaken Cohen S, Day A, Coxson H, Paré PD. Understanding the biological differences in susceptibility to chronic obstructive pulmonary disease between men and women. *Proc Am Thorac Soc.* 2007;4:671-4.
28. Kennedy SM, Chambers R, Du W, Dimich Ward H. (2007). Environmental and occupational exposures: do they affect chronic obstructive pulmonary disease differently in women and men? *Proc Am Thorac Soc.* 2007;4:692-4.
29. Health Canada. Gender based analysis policy. Ottawa: Health Canada; 2000. Available from www.hcsc.gc.ca/hl/vs/women_femmes/gender_sexe/policy_politique_eng.php

30. Connell RW. *The men and the boys*. Berkeley: University of California Press; 2000.
31. Deschamps G. We are part of a tradition: a guide on two spirited people for First Nations communities. [Internet]. c1998 [cited 2009 Sep 15]. Toronto: 2 Spirited People of the 1st Nations. Available from www.2spirits.com/WeArePartOfTradition.pdf
32. Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity: rethinking the concept. *Gend Soc*. 2005;19(6) :829-59.
33. Davis M, Dowsett G. Man to man: homosexual desire and practice among working class men. In: Connell RW. *The men and the boys*. Berkeley: University of California Press, 2000;p.102-28.
34. Connell RW. *Masculinities*. 2nd ed revised. Berkeley: University of California Press; 2005.
35. Gender and Health Group. Guidelines for the analysis of gender and health. No date [cited 2009 Aug 13]. Available from www.liv.ac.uk/lstm/groups/gender_health/index.htm
36. World Health Organization. Integrating gender analysis and actions into the work of WHO: draft strategy. [Internet]. c2007 [cited 2009 Sep 15]. Geneva: World Health Organization. Available from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_19-sp.pdf
37. Pan American Health Organization. Methodological summaries: measuring inequity in health. *Epidemiol Bull*. 1999;20(1):no page.
38. Rapheal D, editor. *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.; 2004.
39. Labonte R, Schrecker T, Sen Gupta A. *Health for some: death, disease and disparity in a globalizing era*. Toronto: Centre for Social Justice Research and Education; 2005.



Afrontando el reto:

Análisis Basado en Sexo y Género para la Planificación,
las Políticas y la Investigación en Salud en Canadá

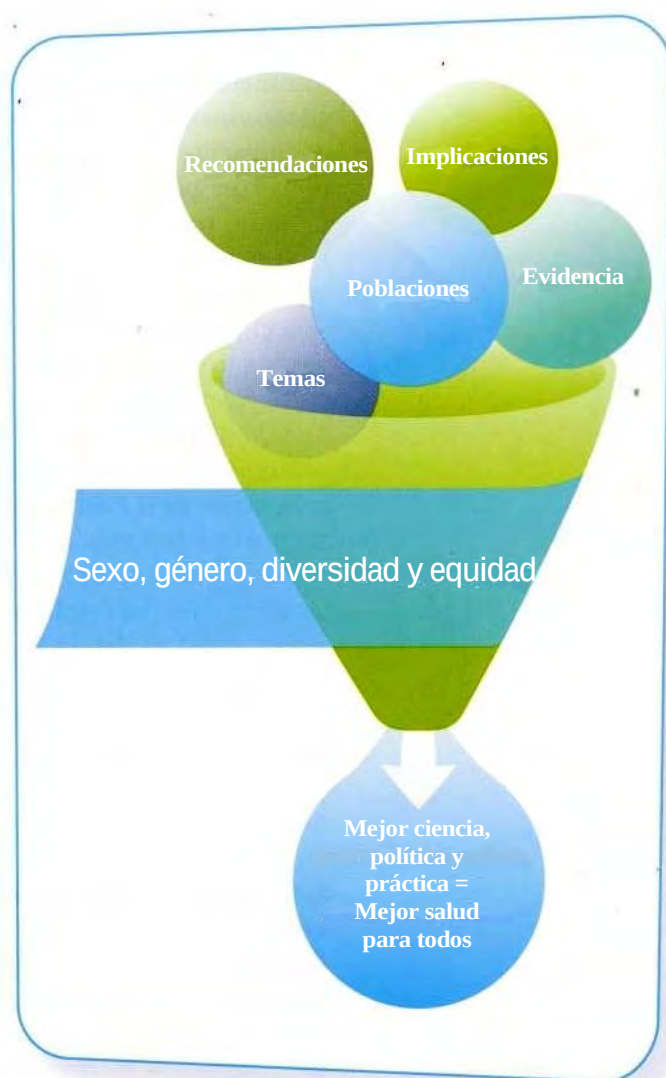
Capítulo tres

El análisis basado en sexo y género como proceso¹

¹ Traducido de la edición en inglés:
“Rising to the Challenge: Sex – and gender-based analysis
for health planning, policy and research in Canada”

Como se señaló en el segundo capítulo, comprender los conceptos básicos de sexo, género, diversidad y equidad es crucial para realizar el análisis basado en sexo y género. El siguiente reto estriba en aprender a utilizar estos conceptos. En este capítulo se ofrece un panorama del ABSG como proceso que le permitirá aplicar los conceptos y aprender a llevar a cabo este tipo de análisis.

Muchas guías y herramientas proporcionan orientación para emprender un ABSG con ayuda de la codificación del trabajo en listas de verificación de preguntas o pasos. Aunque estas listas pueden ser muy útiles como herramientas de validación —un método para asegurar que el sexo, el género, la diversidad y las consideraciones relacionadas con la equidad se hayan abordado a lo largo de toda la planificación, formulación de políticas o proceso de investigación—, también pueden crear la impresión de que el ABSG consta de una sola fórmula o plantilla que se aplica a cada situación, problema o población. Nuestro criterio para realizar un ABSG, también empleado en la preparación de la presente guía, evita la utilización de fórmulas y plantillas y propicia considerar al ABSG como el *proceso* de integrar las cuestiones en materia de sexo y género en las investigaciones, las normas y las prácticas de salud. Si bien los principios y los conceptos que sustentan el ABSG no cambian, la aplicación puede variar en función de diversos factores, como el problema bajo consideración, lo que se conoce o supone acerca de una población específica y en qué medida la perspectiva de sexo y género ya informan el conocimiento y la acción. Además, el proceso de ABSG es *iterativo*, lo que significa reflexionar regularmente sobre el contenido y el proceso, y hacer ajustes para hacer frente a vacíos, inconsistencias y descuidos, así como para acomodar nuevos conocimientos o apreciaciones. La *iteración* puede por consiguiente re direccionar un análisis de modo que incluya a otras poblaciones, a fin de considerar un problema desde una nueva perspectiva, o de adaptar las recomendaciones o intervenciones a contextos específicos de política y práctica.



Al abordar el análisis basado en el sexo y el género como un proceso, y no como una plantilla, estamos reconociendo, por un lado, que la teoría y la práctica de este tipo de análisis siguen evolucionando y, por el otro, que utilizarlo como fórmula limita su poder aclaratorio. Sin embargo, hay componentes comunes a cada ABSG, como lo demuestran los estudios de casos presentados en este libro. El presente capítulo está dedicado a describir con detalle estos elementos.

Estructuración del proceso

De principio a fin, el proceso de ABSG está estructurado en el reconocimiento de que el sexo, el género, la diversidad y la equidad importan en cada etapa de la investigación, la formulación de políticas, la planificación y la práctica en materia de salud. Estos cuatro conceptos actúan juntos como una lente o filtro para evaluar las descripciones, la evidencia, los análisis y el manejo de los problemas de salud. El uso del filtro nos permite prever y/o identificar los sesgos que contribuyen a las disparidades en sanitarias y, de ese modo, abrir la posibilidad tanto de evitar la discriminación como de rectificar la inequidad.

Margrit Eichler y Mary Anne Burke han identificado tres formas principales de sesgo que afectan la investigación en materia de salud: el mantenimiento de una jerarquía, la omisión del examen de las diferencias y la utilización de estándares dobles.^[1] Aunque Eichler y Burkel sólo se referían a la investigación, estos tipos de sesgos pueden encontrarse en todas las disciplinas y sectores (es decir, el gobierno, la investigación, las organizaciones no gubernamentales y privadas). Por ejemplo, históricamente los estudios han excluido ciertos grupos, tales como las mujeres o las personas de color, sobre la base de la teoría de que los resultados de las investigaciones realizadas con hombres blancos pueden generalizarse a las demás personas.^[2,3] Esta postura implica un doble estándar que privilegia a un grupo —el de los hombres blancos— y relega a todos los demás. También es posible encontrar políticas, como aquellas que clasifican el estatus de indígena en el Canadá, que defienden las jerarquías existentes de poder o posición. En este caso, el predominio de los pueblos no indígenas en el Canadá, representados por el gobierno federal, se mantiene al negar a las Primeras Naciones, los pueblos Inuit y Métis, el derecho a definirse ellos mismos. Otro tipo de sesgo descrito por Eichler y Burke consiste en el no examinar las diferencias y ocurre cuando se considera que los grupos dominantes y no dominantes tienen las mismas oportunidades y experiencias de vida. Por ejemplo, en la mayoría de las sociedades los homosexuales enfrentan mucho más prejuicios y discriminación que los heterosexuales y las inequidades indefectiblemente surgen cuando las políticas, investigaciones o prácticas pasan por alto esta profunda diferencia. Al mismo tiempo, no podemos tratar a ningún grupo, ya sea dominante o no, como si todos sus integrantes compartieran exactamente las mismas perspectivas y experiencias: cada uno de nosotros pertenece a una variedad de grupos y nuestras experiencias están configuradas por las intersecciones e interacciones entre estas diversas identidades o ubicaciones sociales. Bell Hooks, renombrado escritor y profesor, observó lo siguiente: “Si realmente se me pidiera definirme a mí mismo, no comenzaría con la raza, ni con la negritud; no comenzaría con el género, ni con el feminismo. Comenzaría a definirme revelando lo que conforma mi vida de manera fundamental: soy un buscador en el camino”.^[4, p.287]

De acuerdo con Eichler y Burke, la investigación siempre debe plantear un número suficiente de las preguntas correctas para revelar las tres principales formas de sesgos; de lo contrario, se tiene la impresión de que el problema se ha solucionado.^[1,p.66] Argumentaríamos que lo mismo es válido para la formulación de planes y políticas, así como para la prestación de servicios. La aplicación de los conceptos de sexo, género, diversidad y equidad nos permite exponer los sesgos y por lo tanto, avanzar considerablemente hacia el mejoramiento de la ciencia, las políticas y la planificación y, en últimas, hacia una mejor salud para todos.

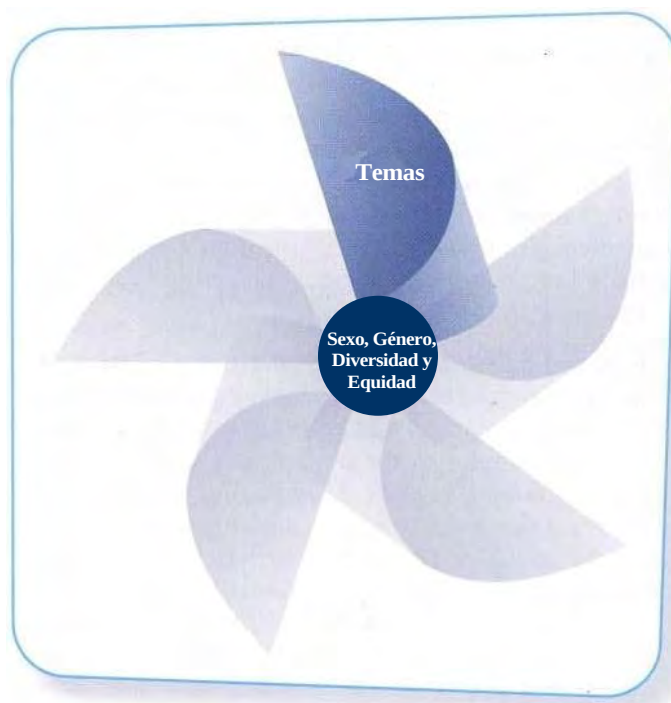
El análisis basado en sexo y género no es ni lineal ni unidireccional, pero para los fines de la

presente guía, lo hemos dividido deliberadamente en cinco componentes: problemas, poblaciones, evidencia, implicaciones y recomendaciones. Aunque cabe la posibilidad de que al describir el proceso de este modo no logremos representar todos sus matices y complejidades, señalar y describir los cinco componentes de esta manera sí nos permitirá proporcionar indicaciones y argumentos claros y concienzudos para realizar el ABSG. Las ilustraciones, los ejemplos y las referencias a estudios de casos específicos en los capítulos posteriores completarán la descripción del ABSG como proceso.

Definición del problema

La investigación, la política y la planificación suelen originarse a partir de observaciones o percepciones que apuntan a un problema que abordar, una cuestión sobre la que se sabe poco, o una población que afronta dificultades particulares. Por ejemplo, la cobertura en los medios de comunicación y las iniciativas de política de los últimos años han tendido a centrarse en el control de la delincuencia juvenil mediante condenas más severas, sobre la base del supuesto de que tal delincuencia juvenil está en aumento —tanto en volumen como en gravedad— y que el encarcelamiento funcionará como factor disuasivo eficaz. Sin embargo, no todas las investigaciones coinciden en señalar que la delincuencia juvenil está aumentando, ni tampoco hay mucha evidencia que respalde la postura de que el encarcelamiento previene delitos o rehabilita a quienes los cometen.^[5-7] En otras palabras, antes de emprender la investigación, la planificación o el desarrollo de políticas, tenemos que aclarar por qué se ha determinado que un asunto es un problema y quién lo ha determinado así: ¿Realmente la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas? ¿Estamos preparados adecuadamente para las situaciones de emergencia? ¿Los tiempos de espera son tan largos como los medios de comunicación sugieren? ¿Los alimentos y el agua que ingerimos son inocuos? ¿Estamos haciendo frente a una crisis de atención conforme la población envejece?

Para comprender por qué y cómo determinada cuestión se transforma en problema debemos evaluar la fuente de la interpretación, así como la conclusión misma. ¿Quién dice que la delincuencia juvenil está en aumento o que hay escasez de vivienda? ¿Qué datos probatorios han reunido sus proponentes para respaldar tales posturas? ¿Qué otros datos probatorios pudieran indicar otra forma de ver el asunto? Asimismo, tenemos que evaluar las recomendaciones e intervenciones que proceden de las interpretaciones existentes. Si percibimos la delincuencia juvenil o la obesidad como un tipo particular de crisis, ¿cómo contribuye eso a configurar nuestra respuesta? ¿Hay otras explicaciones e intervenciones que no están considerándose y, en ese caso, por qué? Encontrar respuestas a esta clase de preguntas, incluidas las fuentes de la información o de las suposiciones, es fundamental para comprender el asunto en cuestión.



El ABSG consiste en plantear este tipo de preguntas manteniendo presentes los conceptos descritos en el segundo capítulo, a saber, sexo, género, diversidad y equidad. ¿Qué pruebas tenemos de que los tiempos de espera son excesivos? Y si lo son, ¿quién es más probable que espere y por qué? ¿Quiénes dicen que la obesidad está convirtiéndose en una epidemia y, si tienen razón, se distribuye por igual en la población o algunos grupos presentan tasas mayores? ¿En qué medida nuestros planes de manejo de desastres reconocen los distintos puntos fuertes y necesidades de las mujeres y los hombres? ¿El conocimiento actual acerca de los alimentos o la calidad del agua incluye un análisis de los riesgos comparativos para las mujeres y los hombres, y que viven en los entornos urbanos, rurales y remotos?

Plantear preguntas cada vez más complejas, como continuamente nos empuja a hacer el ABSG, puede proporcionar perspectivas nuevas sobre los desafíos de salud de larga data. Por ejemplo, el estudio de casos sobre la diabetes (véase la página 34) demuestra el poder de un análisis que tiene en cuenta el sexo, la edad y el grupo étnico. Las tasas de diabetes entre las mujeres y los hombres en Manitoba pueden ser comparables, pero los hombres tienen mayores probabilidades de presentar complicaciones y consecuencias graves. Por otro lado, las tasas de diabetes entre los pueblos de las Primeras Naciones del Canadá sobrepasan ampliamente el promedio nacional. Asimismo, el autor de un estudio de casos sobre la medición de la salud mental (véase la página 96) descubrió que debido a que hay muchas formas de definir la salud mental no es fácil determinar un conjunto único de medidas.

El planteamiento de preguntas más complejas también tiende a generar respuestas más complicadas. Por ejemplo, el estudio de casos “El género y las generaciones: un día en el balneario” (véase la página 116) comienza con una exposición sobre el acceso a los servicios de atención sanitaria en una población indígena y acaba por intentar resolver problemas formidables, como el legado de la colonización, las definiciones jurídicas de identidad y elegibilidad y relaciones sociales. Así pues, lo que comienza pareciéndose a un análisis del acceso de las personas de las Primeras Naciones a la atención de salud no es meramente un asunto de recursos sanitarios —humanos y otros—, sino también una función de las interacciones históricas y políticas. Y la cuestión no reside únicamente en cómo se define el acceso y se paga por él, sino más bien en cómo las definiciones jurídicas de identidad han creado diferencias de acceso a la asistencia para diversos grupos de personas por una variedad de razones, lo que sin duda es una formulación más compleja del “problema”.

En su calidad de proceso iterativo, el ABSG puede además llevarnos en direcciones nuevas o inesperadas a medida que procuramos comprender el problema inicial. Por ejemplo, al tratar de explicar las diferencias entre las mujeres y los hombres en relación con el tiempo de espera para una operación quirúrgica de reemplazo de cadera o rodilla, los autores de un estudio de caso (véase la página 68) se encontraron investigando las tasas de artritis, las percepciones de dolor, los diagnósticos de imagen, y las relaciones entre el médico y el paciente. En este caso, los autores hacían pausas regularmente para evaluar su pregunta de investigación y los datos probatorios que tenían a su disposición (iteración) y, al obrar así, desplazaron los límites de su investigación y análisis.

Descripción de la población

Abordar una cuestión de investigación, política o planificación también incluye hacer una

Para reflexionar

Nuestra forma de pensar en la feminidad y la masculinidad, y el poder o la prominencia que atribuimos a las mujeres y a los hombres en la sociedad suele reflejarse en el lenguaje. No hace mucho tiempo, casi invariablemente en inglés se denominaba al género humano con la palabra *mankind* (humanidad), cuya raíz *man* significa hombre, y muchos servicios y políticas se identificaban con los hombres: *manpower* (recursos humanos), *workman's compensation* (indemnización del trabajador) y *ombudsman* (mediador). Las palabras no solo reflejan nuestras ideas y valores sociales, también los refuerzan; por ejemplo, cuando las mujeres empezaron a ejercer la profesión médica, a menudo se les llamaba “médicos mujeres”, lo que las identificaba como raras, es decir, una desviación de la norma masculina.

El feminismo ha reconocido desde hace mucho tiempo el poder de las palabras y ha trabajado con ahínco para crear y fomentar un lenguaje incluyente respecto a género, y no sexista; como consecuencia de ello, ahora es mucho más común referirse al género humano en inglés con la palabra *humanity*, y el uso de la expresión “él o ella” está empezando a reemplazar en las oraciones al habitual “él”. Sin embargo, aun cuando los autores empleen un lenguaje incluyente de género y no sexista, cabe la posibilidad de que este no sobreviva el proceso de traducción, una consideración importante en países como Canadá, que tiene dos idiomas oficiales. Del mismo modo, en cualquier situación en que personas de idioma y cultura diferentes estén tratando de comunicarse, el lenguaje incluyente de género y no sexista puede perderse en la traducción.

No pueden subestimarse las complejidades que supone la traducción, ya que pueden minar la esencia del texto, no solo al reproducir suposiciones con respecto a sexo y género, sino también al crear una situación en la que quien lee tenga que ir más allá de las palabras para apreciar plenamente las ideas del autor. Consideremos un ejemplo. El Grupo de Trabajo sobre la Mujer y la Reforma Sanitaria, financiado mediante el Programa de Contribución a la Salud de la Mujer, de Salud Canadá, afinó los últimos detalles de la traducción al francés de una nueva publicación sobre las mujeres y los tiempos de espera, originalmente escrita en inglés y en un lenguaje sencillo. El Grupo le pidió a una persona de habla francesa con conocimientos sobre el análisis basado en sexo y género y sobre redacción no sexista que examinara la publicación. Si bien la calidad de la traducción era excelente y respetaba el enfoque centrado en las mujeres del documento original, algunos aspectos del texto no eran incluyentes en materia de género y tuvieron que cambiarse. Por ejemplo, el traductor había optado por traducir *health care professionals* (profesionales de la salud) como *les professionnels de la santé* (los profesionales de la salud), una frase en género masculino para referirse a una profesión dominada por mujeres, pero que aún se percibe

como dirigida por hombres. Una mejor opción quizá habría sido una frase inclusiva y neutral como *le personnel soignant* (el personal sanitario) porque este término invita a quien lee a pensar en una esfera más amplia de la profesión, y en proveedores tanto como en proveedoras.

Para muchas personas de habla francesa, la redacción incluyente en materia de género y no sexista es poco atractiva porque a menudo es de mala calidad. Las repeticiones difíciles de las frases “él y ella” o “los hombres y las mujeres”, y la representación masculina y femenina de las profesiones desmerecen el texto y dificultan su lectura. Trabajar en francés con un lenguaje atento al género puede ser un reto incluso para autores y traductores sensibles a las cuestiones relativas al género. Por ejemplo, cuando un texto en francés o en español se refiere tanto a los hombres como a las mujeres, es práctica común usar la forma masculina del sustantivo seguida del sustantivo femenino entre corchetes o después de una barra espaciadora: *patients (es)* [enfermos (as)] o *patients/es* (enfermos/as). Aunque este criterio es sensible a la necesidad de reconocer que tanto las mujeres como los hombres participan, la propia práctica refuerza el sentido de la mujer como “otro” porque estas notaciones se usan en la gramática para expresar la forma dominante de una palabra, así como sus variantes-- masculina y femenina.

Según las reglas de la gramática francesa, los adjetivos siempre son masculinizados cuando ambos sexos están representados, como en la frase *les formateurs sont contents* (los encargados de la capacitación están contentos). Una manera de evitar esto sería escribir *l'équipe de formation est contente* (el equipo de capacitación está contento). La regla de proximidad también puede usarse para eludir este dilema, de modo que en los casos en que tanto la forma femenina como la masculina estén presentes y el sustantivo femenino sea el más cercano al verbo, la oración se leería *les formateurs et les formatrices sont contentes* (los encargados y las encargadas de la capacitación están contentas).

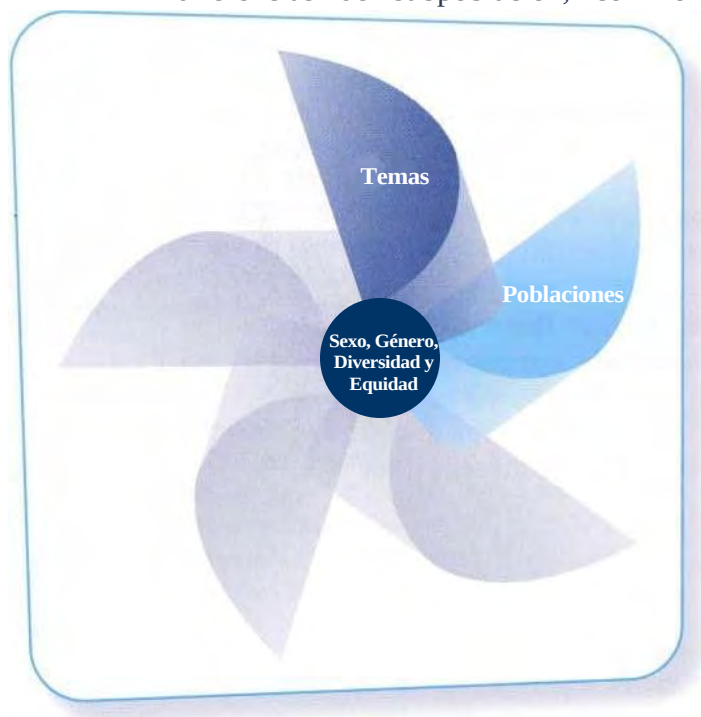
El análisis basado en sexo y género levanta cuestiones importantes para quienes se ocupan de las labores de traducción, redacción y edición, así como para otras personas que intervienen en la traducción de la investigación. Este debate nos recuerda que el mismo lenguaje que usamos transmite información importante que a veces damos por sentado en función de la relación entre las normas y las costumbres de uso del idioma y la expresión del sexo y el género.

Por Marie Dussault, Centro de Excelencia de la Columbia Británica para la Salud de la Mujer

apreciación de las personas que se ven afectadas y/o que tienen necesidades, así como de lo que sabemos o no sabemos acerca de las diversas poblaciones y comunidades. La observación en relación con la investigación sobre la salud mental de las mujeres en las zonas rurales (véase la página 140), por ejemplo, subraya la influencia de la geografía en el acceso a los servicios de salud. De manera análoga, un estudio de casos sobre el suministro de cuidados (véase la página 80) demuestra que las mujeres son quienes prestan la mayor parte del trabajo de cuidado no remunerado y que están sujetas a más limitaciones de tiempo de diversa índole que los hombres que participan en este tipo de actividad. Ambos estudios de casos, al igual que otros que figuran en el presente volumen, nos recuerdan que los asuntos se desenvuelven de manera distinta en los diferentes lugares, momentos y grupos de personas. Las intervenciones o políticas que pasan por alto las situaciones de vida de las personas pueden resultar costosas o ineficaces, en el mejor de los casos. La Prestación para el Cuidado Humanitario, descrita en el estudio de caso sobre el cuidado no remunerado, es un ejemplo excelente de una política que ha resultado decepcionante porque se concibió con una comprensión limitada de la población principal que necesita apoyo: las mujeres.

Dado que el ABSG nos estimula a hacer preguntas acerca de quiénes participan y quiénes se ven afectados, es especialmente potente para poner de manifiesto deficiencias en los datos, la bibliografía, investigación, política y planificación. ¿Estamos hablando tanto de mujeres como de hombres o de un solo sexo? ¿El conjunto de datos incluye información acerca de los individuos o grupos transgénero? ¿Contamos con datos probatorios de mujeres y hombres de todas las edades o solo de los adultos o niños? ¿Tenemos información sobre mujeres y hombres de orígenes étnicos y socioeconómicos diversos? Las respuestas a esta clase de preguntas definen los parámetros de nuestros análisis y conclusiones. Por ejemplo, el estudio de casos sobre la vivienda (véase la página 104) examina la necesidad básica de vivienda de grupos específicos de mujeres y hombres en Manitoba, a saber, con ingresos bajos, inquilinos o propietarios y mujeres discapacitadas, indígenas, no indígenas e inmigrantes. Dado que el estudio incluye una variedad de grupos de personas claramente definidos, permite obtener conclusiones más sólidas acerca de las personas que se ven negativamente afectadas por la escasez de vivienda. Si los autores hubieran usado datos agrupados (que combinan raza, clase, género y otras posiciones sociales) no se habrían enterado de la existencia de estas diferencias de subpoblación, con lo cual sus conclusiones y recomendaciones no necesariamente serían válidas o capaces de corregir las inequidades. En otras palabras, explicar las poblaciones que se ven afectadas por un problema nos permite evitar los sesgos descritos por Eichler y Burke.

Lamentablemente, mucha de la información sobre las subpoblaciones en el Canadá sencillamente no está disponible, lo que dificulta comprender, ya no digamos abordar, las diferencias o semejanzas por razón de sexo y género; raza y grupo étnico; orientación sexual e identidad de género; edad; clase, y otros factores determinantes de la salud. No obstante, aun cuando falten datos es importante emprender un análisis de brechas en las poblaciones afectadas y participantes porque desencadena la iteración—un examen de la pregunta original de investigación o



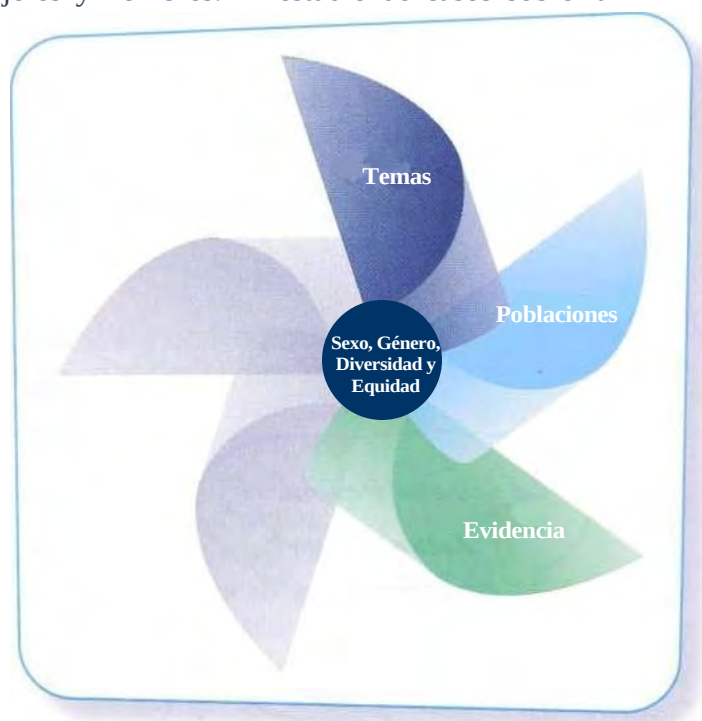
intervención política— y la validación o ajuste del proceso. Por ejemplo, la contribución sobre los exámenes sistemáticos (véase la página 44) señala las maneras en las que un método sumamente respetado para el análisis y la síntesis de datos de salud puede conducir a conclusiones erróneas o incompletas si no incluye una evaluación sistemática de sexo y género en ensayos clínicos y otras investigaciones en materia de salud.

Recopilación de los datos probatorios

Parte de definir los problemas y describir las poblaciones para fines de estudio o intervención incluye determinar de qué datos se dispone. Y, al igual que en la comprensión de los problemas y las poblaciones, tenemos que acercarnos a los datos probatorios cuidadosamente, evaluando sus puntos fuertes y limitaciones y preguntándonos si utilizan o apelan a los conceptos básicos de sexo, género, diversidad y equidad.

El proceso de ABSG puede y debe incluir muchas clases y fuentes distintas de datos probatorios e información, desde estudios de casos y entrevistas, hasta encuestas, análisis estadísticos y cobertura en los medios de comunicación y consultas locales. A menudo, la información cuantitativa (cifras) es el tipo de evidencia preferido por formuladores de políticas y profesionales de la salud, y ésta puede contribuir considerablemente a nuestra comprensión de las repercusiones del sexo, el género y otros factores determinantes de la salud.^[8] Muchos de los estudios de caso que figuran en el presente volumen demuestran el poder aclaratorio de los datos que permiten establecer diferencias entre las mujeres y los hombres. Un estudio de casos sobre los accidentes de transporte (véase la página 50), por ejemplo, revela que en Belice es mucho más probable que los hombres se vean involucrados en este tipo de accidentes que las mujeres; y otro estudio de casos en el mismo capítulo indica que las mujeres afrontan mayores riesgos para la salud que los hombres por la exposición al mercurio metílico (véase la página 60). Los datos cuantitativos también pueden ayudarnos a establecer diferencias entre las experiencias de los diversos grupos de mujeres y hombres. El estudio de casos sobre la infección por el VIH/sida (véase la página 136) demuestra que entre las mujeres y los hombres del Canadá, los pueblos de las Primeras Naciones presentan el mayor riesgo de infección en el país, y que el uso de drogas inyectables y las relaciones heterosexuales se han convertido en los modos más comunes de transmisión. Tomar conciencia de las diferencias en la población, que los datos cuantitativos suelen captar bien, es fundamental para evitar sesgos y desarrollar intervenciones eficaces, políticas adecuadas e investigaciones rigurosas.

Como se mencionó anteriormente, puede ser difícil encontrar datos probatorios recopilados o notificados de las mujeres y los hombres, así como datos de una diversidad de ubicaciones sociales. Las



herramientas canadienses de vigilancia y encuestas sanitarias, por ejemplo, recopilan sistemáticamente información que distingue entre las mujeres y los hombres, pero que puede combinarse o “agruparse” para fines de notificación. Por otro lado, los conjuntos de datos administrativos —aquellos que dan seguimiento a los servicios hospitalarios y médicos en cada provincia— no incluyen sistemáticamente información acerca de la raza, el grupo étnico, la situación socioeconómica y muchos otros factores determinantes de la salud. En los últimos años han empezado a surgir herramientas nuevas para localizar los datos desglosados por sexo, entre ellas, un portal de datos alojado en el Centro de Excelencia de la Columbia Británica para la Salud de la Mujer conocido como *The Source*.^[9] Sin embargo, es posible que aún sean necesarios esfuerzos y recursos considerables para obtener acceso a los datos existentes desglosados por ubicaciones sociales diversas y, cuando estos datos no existan, pueden requerirse investigaciones nuevas.

Al mismo tiempo, los datos cuantitativos no pueden abordar cada pregunta de investigación o cuestión política. El poder aclaratorio de los datos estadísticos puede verse limitado por las herramientas usadas para recopilar los datos. El estudio de caso sobre los indicadores de salud mental (véase la página 96) es un ejemplo perfecto de las dificultades asociadas con el uso de datos procedentes de encuestas; aunque los datos estadísticos explican algunas características básicas de los trastornos de salud mental entre las mujeres y los hombres, no necesariamente nos dicen por qué se dan estas características ni cómo las mujeres y los hombres, así como diferentes grupos de ellos, padecen estos trastornos. Cara Tannenbaum, autora del estudio de caso, observa que aun cuando la “angustia” se reconoce como un factor predictivo importante de las enfermedades mentales, son muy pocas las encuestas que miden la angustia *per se*. Cabe la posibilidad de que este tipo de limitaciones puedan compensarse abordando de manera creativa los datos; por ejemplo, en este estudio de caso, los investigadores señalaron otras mediciones de la salud mental —incluidos los síntomas y diagnósticos autnotificados, las visitas al médico y los medicamentos de venta con receta— como “proxies” o sustitutos de la angustia. Aunque este método nos da más información sobre las características de la depresión y la ansiedad, no nos ayuda a entender cómo las mujeres y los hombres identifican los problemas de salud mental, los comprenden o deciden tratarlos. Esta información tampoco permite dilucidar las diferencias entre las mujeres y los hombres en relación con el manejo médico de los trastornos de salud mental y la respuesta de las comunidades frente a tales trastornos. Tannenbaum llega a la conclusión de que tenemos que perfeccionar y ampliar las bases de datos existentes para facilitar la realización de un análisis cuidadoso basado en sexo y género.

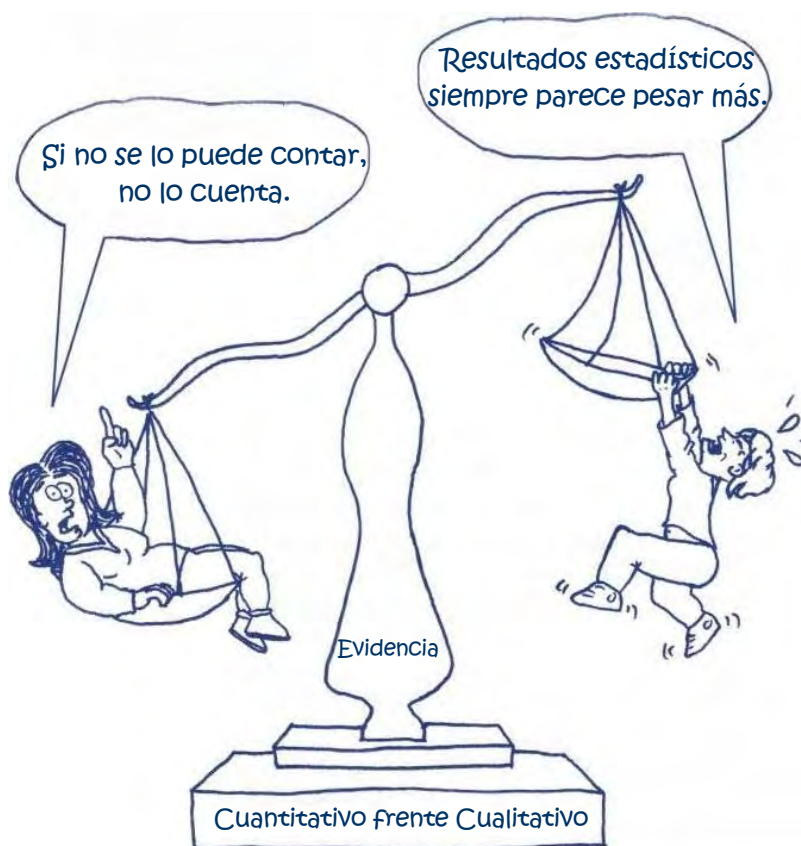
Si bien estamos de acuerdo con que nuevas herramientas para realizar encuestas y protocolos de notificación contribuirían considerablemente a que investigadores, planificadores, formuladores de políticas y proveedores de atención sanitaria puedan comprender y abordar los conceptos básicos de sexo, género, diversidad y equidad, también nos percatamos de que tales cambios no sucederán ni rápida ni fácilmente. Entretanto, tenemos otros tipos de datos probatorios a nuestra disposición que pueden ayudarnos a emprender un sólido análisis basado en sexo y género. Los datos cualitativos, es decir, los registros y las experiencias capturadas en palabras e imágenes en lugar de cifras, son especialmente útiles para explicar por qué se ha suscitado un problema particular de salud y cómo está afectando a los diferentes grupos de personas. Por ejemplo, el estudio de casos sobre la planificación para casos de desastres y situaciones de emergencia (véase la página 86) incluye una serie de citas de mujeres que han vivido distintas clases de emergencias y sus palabras nos ayudan a ilustrar las diferencias entre las formas en que las mujeres y los hombres viven los desastres. Asimismo, en el estudio de caso sobre la provisión de cuidado (véase la página 80), a partir de una serie de entrevistas

y grupos de discusión con diversos grupos de mujeres nos enteramos de que aunque comparten determinadas experiencias, también afrontan dificultades particulares en función de su grupo étnico, situación socioeconómica, orientación sexual y edad. En concreto, las mujeres mayores informaron que tenían menos energía y vigor para suministrar cuidados, mientras que a las mujeres inmigrantes se les dificultó navegar por el sistema de atención de salud.

Los datos probatorios cualitativos proceden de muchas fuentes, tales como entrevistas individuales, discusiones en grupo, observaciones, documentos y coberturas en los medios de comunicación. También pueden presentarse en una variedad de formas, entre ellas, relatos, testimonios personales, cartas, bitácoras de internet, imágenes, etcétera. Por ejemplo, el estudio de caso sobre los anuncios publicitarios de medicamentos de venta con receta dirigidos a los consumidores (véase la página 152) incluye un análisis del contenido y la colocación de los anuncios: además de publicarse con mayor frecuencia en las revistas para mujeres

que en las revistas para hombres, los propios anuncios aprovechan y reafirman los estereotipos de género relacionados con enfermedades específicas, como la depresión. Los informes de la gente sobre sus experiencias como pacientes, proveedores y tomadores de decisiones en el ámbito de la atención sanitaria son recursos importantes que instancias normativas, planificadores y proveedores pueden utilizar al diseñar intervenciones que satisfagan las necesidades de la población.

Como en el caso de los datos probatorios cuantitativos, es importante evaluar los méritos y las limitaciones de los datos probatorios cualitativos. ¿Es fidedigna la investigación? ¿Cuán bien apela a los conceptos básicos de sexo, género, diversidad y equidad? También es necesario que nos demos cuenta de que si bien las palabras e imágenes proporcionan una perspectiva distinta sobre la salud y la enfermedad, no necesariamente transmiten más que los números la historia completa. Al igual que con los datos cuantitativos, tenemos que considerar quiénes están haciendo las preguntas y quiénes están respondiéndolas. Si entrevistamos a personal médico y no a pacientes, o viceversa, solo encontraremos algunas respuestas a nuestras preguntas. Como demuestra el comentario sobre salud mental (véase la página 140), si en



Usado con el permiso de la Reforma Para la Mujer y Cuidado de la Salud

nuestro análisis de los servicios para la salud mental y las adicciones pasamos por alto las perspectivas rurales, solo tendremos un retrato parcial de las necesidades de los canadienses. Por otro lado, aunque los datos cualitativos normalmente proporcionan abundantes detalles sobre un tema, las palabras y experiencias de unas cuantas personas no pueden generalizarse a grupos más grandes.^[8] El proyecto del que se habla en el estudio de caso sobre el suministro de cuidados, por ejemplo, funciona como un importante método correctivo de las amplias generalizaciones sobre el trabajo de cuidado no remunerado fundamentadas en los datos de las encuestas, pero no podemos suponer que los datos probatorios proporcionados por 14 cuidadoras en Nueva Escocia captan adecuadamente las experiencias de todas las personas cuidadoras en el Canadá.

Lo ideal es que el análisis haga uso tanto de los datos probatorios cualitativos como de los cuantitativos. La calidad iterativa del ABSG es especialmente útil para incorporar diversos tipos y fuentes de datos probatorios porque nos ayuda a apreciar qué aspectos de un problema se abordan y cuáles se pasan por alto, así como las poblaciones que han sido incluidas y las que están faltando. El hecho de que se vayan identificando las lagunas de conocimiento nos induce a buscar datos probatorios adicionales o diferentes y a reevaluar la pregunta original de investigación o de política. El estudio de caso sobre la obesidad y la seguridad (véase la página 124) y el que aborda el tiempo de espera para una operación quirúrgica de reemplazo de cadera o rodilla (véase la página 68) son especialmente útiles para demostrar cómo el análisis basado en sexo y género pasa de las preguntas a los datos probatorios y viceversa.

Análisis de las implicaciones

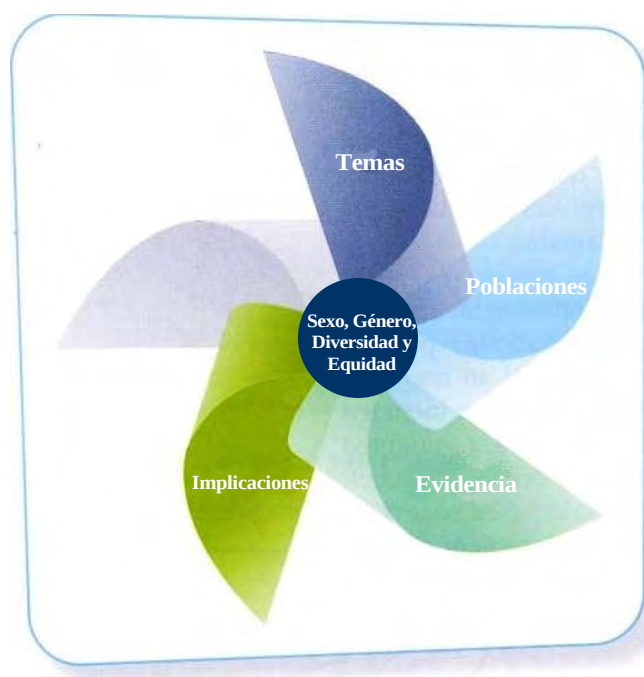
Una vez definidos claramente los problemas y las poblaciones y teniendo a la mano los mejores datos probatorios, estamos preparados para considerar las maneras en que el sexo, el género, la diversidad y la equidad influyen, o debieran influir, en el estado de salud, la planificación y la política sanitaria, la prestación de servicios sanitarios y la investigación en materia de salud. Los estudios de casos y comentarios que siguen ilustran este componente del proceso de ABSG mediante el análisis de diversas cuestiones. Dos estudios de caso en particular —uno sobre el tabaco (página 146) y el otro sobre la infección por el VIH/sida (página 136)— validan nuestro criterio en cuanto al ABSG, a saber, que es un proceso y no una fórmula, ya que el mismo método analítico aplicado a diferentes problemas y poblaciones expone distintas implicaciones para la ejecución de los programas y las orientaciones en materia de políticas futuras. Por un lado, el ABSG de la epidemia del tabaquismo y las políticas internacionales para el control del consumo de tabaco indica la importancia de los esfuerzos de prevención adaptados a las necesidades y realidades de las mujeres, dado que la estrategia predominante para controlar el tabaquismo ha sido uno de “talla única”, enfoque éste que no ha servido de mucho a las mujeres. Por otro lado, el ABSG de la infección por el VIH/sida indica la necesidad de formular políticas y programas que reconozcan la diversidad de las mujeres y el hecho de que ellas se encuentran en casi todos los grupos de riesgo que los gobiernos y otros organismos han identificado y establecido como grupos destinatarios. Al considerar la infección por el VIH/sida como un peligro únicamente para grupos particulares de personas y pasar por alto el rol del género y del sexo, las políticas y los programas existentes segregan efectivamente de la sociedad en su conjunto la prevención y el tratamiento de la infección por VIH, y no abordan los riesgos diferenciales de exposición para los diversos grupos de mujeres y hombres. El estudio de

casos del ABSG sobre la infección por el VIH/sida recomienda por lo tanto políticas y programas integrados transversalmente, más bien que focalizados. Estas conclusiones divergen porque son específicas del problema y el contexto: reflejan los diferentes antecedentes de las epidemias del tabaquismo y la infección por el VIH/sida, las políticas de intervención, la biología de la adicción, la infección y la enfermedad, y las maneras en que el género, la diversidad y el poder afectan tanto el comportamiento sexual como el consumo de tabaco.

Al mismo tiempo, el análisis de las implicaciones del sexo, el género, la diversidad y la equidad puede llevar en direcciones inesperadas. Por ejemplo, el estudio de casos sobre la obesidad en los niños antes mencionado reveló una relación sorprendente entre la obesidad, la intimidación (bullying) y el género. En consecuencia, el proceso de ABSG cambió la

orientación con la que consideramos las intervenciones; de una orientación centrada exclusivamente en la actividad física y la nutrición pasamos a una que incluye la prevención de la violencia y el establecimiento de lugares y espacios seguros.

Al igual que los otros componentes del proceso de ABSG, el acercamiento al análisis debe ser cuidadoso. Aunque muchos de los sesgos descritos por Eichler y Burke pueden reducirse o eliminarse al definir los problemas, identificar a las poblaciones y hacerlas partícipes, y recopilar los datos probatorios adecuadamente, no podemos suponer que estas medidas darán lugar por sí solas a conclusiones o recomendaciones equilibradas, inclusivas y equitativas. También tienen que emprenderse análisis con los conceptos básicos de sexo, género, diversidad y equidad en mente, y con conciencia de los posibles puntos ciegos.



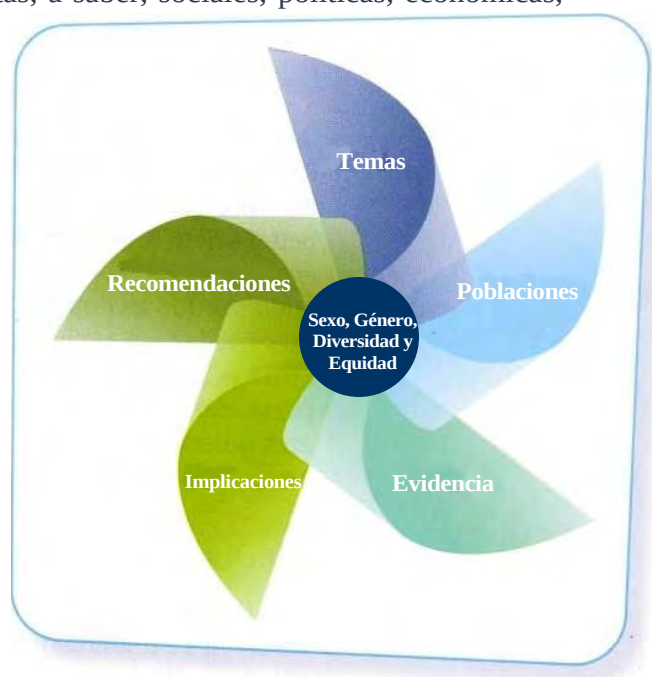
Consideremos por un momento cómo podemos acercarnos a la relación entre la raza y la salud. En muchos de los estudios de caso y comentarios, los datos probatorios fiables indican tasas mayores de morbilidad entre las poblaciones de minorías étnicas, como los pueblos indígenas y las personas de color, en comparación con la población general o la mayoría caucásica en Canadá. Si suponemos que tales diferencias pueden atribuirse a las fortalezas o limitaciones de los individuos de estas poblaciones, estaríamos creando un sesgo: culpabilización de la víctima y patologización, para usar el lenguaje de Eichler y Burke. De manera análoga, si suponemos que sólo algunas personas dentro de estas poblaciones son capaces de reaccionar frente a estas diferencias o rectificarlas, también crearíamos un sesgo: negación de la capacidad de actuar o de agencia. Aun con los mejores datos probatorios y las mejores intenciones, todavía es posible caer presa de los estereotipos, la generalización excesiva, la doble moral, exagerar las diferencias, pasar por alto las semejanzas y un sinnúmero de otros sesgos.

Según Eichler y Burke, es imperativo formular siempre un número suficiente de preguntas adecuadas para exponer las tres formas principales de sesgos;^[1,p.66] estas autoras elaboraron una lista de 20 “preguntas correctas”, pero existen muchas otras listas, algunas de las cuales figuran entre los recursos presentados al final de la presente guía. Como se mencionó al comienzo de este capítulo, estos tipos de listas de verificación pueden ser muy útiles como

herramientas de validación, ya que permiten comprobar que se han evitado sesgos y abordado los conceptos básicos de sexo, género, diversidad y equidad. Nosotros proponemos que la iteración también es fundamental para alejarnos de los sesgos, ya que nos ayuda a evaluar nuestras propias suposiciones —cómo estamos enmarcando los problemas, viendo las poblaciones y reuniendo la evidencia— y a ajustar consecuentemente nuestro análisis.

Estructuración de las recomendaciones

Después de haber interpretado en alguna medida los conceptos de sexo, género, diversidad y equidad, y sacado algunas conclusiones al respecto, ha llegado el momento de formular recomendaciones. Aunque la formulación de recomendaciones fundamentadas en los nuevos resultados pudiera parecer una tarea sencilla, debemos tener presente que el desarrollo de la investigación, los programas y las políticas, así como la prestación de servicios tienen lugar en circunstancias concretas, a saber, sociales, políticas, económicas, históricas, geográficas, etcétera. Al formularse recomendaciones a partir de un ABSG, es importante reconocer los obstáculos y las amenazas, así como las fortalezas y las oportunidades que brindan esos contextos. Asimismo, las conclusiones se presentan a públicos específicos y la capacidad de formuladores de políticas, planificadores, y otros grupos para asimilar y responder a las recomendaciones está determinada por los entornos donde trabajan. Quienes formulan las políticas, por ejemplo, suelen experimentar constricciones derivadas de plazos relativamente cortos —generalmente ligados a los ciclos de elección—, limitaciones presupuestarias e indicaciones de la dirigencia política; en consecuencia, las recomendaciones múltiples, de largo plazo y costosas, así como aquellas que incluyan cambios fundamentales en las políticas o actitudes sociales, pudieran no ser factibles o atractivas para ellos. Por su parte, el personal proveedor de atención sanitaria, puede mostrarse renuente a actuar sobre la base de análisis nuevos o innovadores, más bien que establecidos y, por consiguiente, puede no responder favorablemente a recomendaciones sobre nuevas direcciones de tratamiento o modelos innovadores de atención.



Consideremos brevemente las circunstancias en que se realizó el estudio de caso sobre la obesidad en la niñez (véase la página 124). Este trabajo empezó como un proyecto para el Instituto Atlántico de Verano sobre Comunidades Saludables y Seguras, cuyo objetivo es promover la capacidad y el desarrollo de la comunidad mediante la exploración de los nexos entre los factores sociales determinantes de la salud y las causas fundamentales del crimen y la victimización. La dirección del Instituto se dio a la tarea de buscar un tema que ayudara a demostrar concretamente la superposición entre la salud y la seguridad y escogió la obesidad en la niñez. Cuando este estudio de caso se presentó a los miembros del Instituto--la mayoría proveniente de diversas oficinas gubernamentales y organizaciones

comunitarias-- la respuesta fue muy positiva. El estudio de caso les ayudó a replantear las formas en que normalmente las cuestiones se formulaban como cuestiones de salud o de seguridad, pero no de ambas; también les ayudó a cobrar conciencia de que si una intervención no abordaba tanto los aspectos sanitarios como los de seguridad de la obesidad en la niñez, cabía la posibilidad de que involuntariamente ocasionara daño.

Unos cuantos meses después, les presentamos el mismo estudio de caso a un grupo más homogéneo de profesionales de salud pública e instancias normativas de promoción de la salud y su respuesta fue muy diferente. Reconocieron las conexiones entre la salud, la seguridad y la obesidad, pero consideraron que sus circunstancias laborales no les permitirían atender la seguridad u otros factores determinantes de la salud porque las políticas y prácticas estaban centradas en promover la vida activa y la alimentación sana. En consecuencia, las recomendaciones de que las iniciativas relacionadas con la obesidad debieran abarcar una comprensión de la seguridad y otros determinantes de la salud no fueron tan bien recibidas.

De manera análoga, el estudio de casos sobre los accidentes de transporte en Belice (véase la página 50) ilustra la importancia del intercambio de conocimiento entre investigadores y audiencias en el desarrollo de recomendaciones. El estudio de caso se preparó en un inicio para la Organización Panamericana de la Salud y se presentó en un taller que contó con la presencia de personal en bioestadística, epidemiología y formulación de políticas de Belice y los países caribeños vecinos. Si bien las autoras tenían pensado tratar el tema del trabajo peligroso para los hombres y la posible necesidad de mejorar la educación en materia de salud y seguridad para reducir las defunciones y lesiones por accidentes de transporte entre los hombres, el equipo de políticas y programas les informó que había asuntos más urgentes relacionados con la necesidad de mejorar las carreteras, mejorar el cumplimiento del reglamento de tránsito y un reglamento más riguroso de los requisitos para conducir.

No estamos sugiriendo aquí que las circunstancias deban impulsar el proceso de ABSG. Independientemente del destino final del análisis, debemos prestar atención a los conceptos básicos de sexo, género, diversidad y equidad si esperamos realizar mejores investigaciones científicas, elaborar mejores normas y prácticas y lograr una mejor salud para todos. Más bien estamos señalando la importancia de identificar la mejor audiencia para las recomendaciones y de entender qué tipo de información necesitan para actuar como promotores de cambio. Cobrar conciencia del contexto en que se lleva a cabo un ABSG específico es importante porque permite establecer un marco de tiempo para el análisis, sugerir parámetros para la investigación, localizar audiencias apropiadas para las recomendaciones y determinar el mejor método para presentar recomendaciones encaminadas a abordar y reducir las inequidades en salud.

Conclusiones

En este capítulo y en el anterior hemos descrito las ideas y los enfoques relacionados con la realización del análisis basado en sexo y género en los campos de la investigación, la política y la planificación en materia de salud. Hemos examinado los conceptos básicos que sirven para fundamentar este tipo de análisis, así como los modos en que se integran al proceso de ABSG. Si bien una comprensión integral de los conceptos y métodos es crucial para emprender un ABSG riguroso, los ejemplos concretos son inestimables para pasar de la teoría a la práctica. En los capítulos siguientes presentamos casi dos docenas de estudios de casos y comentarios que ilustran la riqueza y diversidad del proceso de ABSG. Los ejemplos se

obtuvieron en gran parte de las organizaciones que pertenecen al Programa de Contribución a la Salud de la Mujer, un programa de financiamiento administrado por la Oficina de Salud y Análisis de Género de la Mujer, de Salud Canadá, y representan más de un decenio de experiencia en investigación e intercambio de conocimiento en materia de salud de la mujer pertinentes para la formulación de políticas.

Los estudios de casos se organizan en cuatro capítulos concebidos para que atraigan, por un lado, a lectores con distintos niveles de experiencia y conocimientos especializados sobre el ABSG y, por el otro, a lectores que trabajan en distintos sectores u organismos. El cuarto capítulo, Consideración del sexo, explora la importancia de reconocer las semejanzas y las diferencias entre los sexos mediante el uso de datos tanto cuantitativos como cualitativos. El quinto capítulo, Énfasis en el género, se centra en los modos en que las funciones y los estereotipos de género, así como las diferencias entre los sexos, contribuyen a la salud y a la enfermedad. El sexto capítulo, Los factores determinantes de la salud, destaca las intersecciones de género y sexo con otros determinantes de la salud, como la raza y la edad, y presiona para que las definiciones médicas anteriores de la salud consideren las consecuencias para la salud de muchos tipos de entornos: físicos, económicos, históricos, sociales, etcétera. En el séptimo capítulo se examina la relación entre la política y la salud, y se hace hincapié en la importancia del ABSG para la formulación y ejecución de políticas inclusivas, equitativas y eficaces.

Referencias

1. Eichler M, Burke MA. The BIAS FREE framework: a new analytical tool for global health research. *Can J Public Health*. 2006;97(1):63-8.
2. Rosser SV. *Women's health – missing from U.S. medicine*. Bloomington: Indiana University Press; 1994.
3. Sherwin, S. *The politics of women's health: exploring agency and autonomy*. Philadelphia: Temple University Press; 1998.
4. hooks, b. Contemplation and transformation. In: Dresser M, editor. *Buddhist women on the edge: contemporary perspectives from the Western frontier*. Berkeley: North Atlantic Books, 1996; p.287-92.
5. Centre for Research on Youth at Risk. Myths about youth crime in Canada: factsheet. No date [cited 2009 Aug 15]. Available from www.stthomasu.ca/research/youth/myths.htm
6. John Howard Society of Alberta. *Youth crime in Canada: public perception versus statistical information*. Edmonton: John Howard Society of Alberta; 1998.
7. Taylor-Butts A, Bressan A. *Youth crime in Canada – 2006*. Juristat. 2008;28 (3). Ottawa: Statistics Canada. Catalogue no. 85-002-XIE.
8. Women and Health Care Reform. *Just the facts, ma'am ... A women's guide for understanding evidence about health and health care*. Winnipeg: Canadian Women's Health Network; 2005.
9. Women's health information data directory: the source, the survey and the synthesis. [Internet]. c.2007 [cited 2009 Sep 18]. Available from www.bccewh.bc.ca/bccewh-initiatives/womens-health-information-data-directory.htm