



connexions

Salut i gènere

vista prèvia >

La pandèmia de la Covid-19 ha posat la salut al centre de tot. Aquest fet ha portat a analitzar i visualitzar com afecten diferents factors a la salut de la població. Una visió que cal tenir molt en compte i que ha estat sistemàticament amagada és la relació entre gènere i salut. Com afecta la condició de gènere de les persones en els diagnòstics, a la recerca o a la rapidesa en fer front a determinades malalties? Cal un replantejament per entendre aquest biaix, corregir-lo i avançar, així, cap a la igualtat.



Elena Carreras i Moratonas

Doctora. Cap de Servei d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron. Presidenta del Consell Assessor de Polítiques de Gènere en Salut

ecarreras@vhebron.net



Iria Caamiña Cabo

Polítologa especialitzada en polítiques públiques de salut. Secretària Tècnica del Consell Assessor de Polítiques de Gènere en Salut

[@icaamina](https://twitter.com/icaamina)

La incorporació de la perspectiva de gènere en els diferents àmbits d'intervenció de les institucions i serveis públics és —a banda de ser una obligació legal— un element imprescindible per construir societats justes i equitatives. L'assumpció de la necessitat d'incorporar la perspectiva de gènere parteix de la base que existeixen desigualtats entre homes i dones, i que aquests ocupen posicions diferents en funció del seu gènere. Però què implica incorporar la perspectiva de gènere? Implica posar-nos unes ulleres per analitzar de manera sistemàtica situacions, accions, entorns o realitats, posant en dubte la seva neutralitat i identificant l'impacte en el diferencial d'aquestes entre dones i homes. Al mateix temps, aquest anàlisi s'ha de combinar amb el d'altres condicions que sabem que poden generar desigualtats com ara l'edat, la classe social, l'ètnia o el territori. La incorporació de la perspectiva de gènere també implica que un cop detectades aquestes desigualtats es desfacin els mecanismes que les causen.

L'àmbit de la salut no és una excepció, i la salut de les dones i dels homes és diferent i desigual. Les diferències s'expliquen per factors

biològics relacionats amb el sexe —genètics, hereditaris, de sistema immunològic, fisiològics...— que es manifesten diferents en la salut i en la malaltia —prevalença, simptomatologia, resposta als tractaments... Les desigualtats en salut, però, s'expliquen per altres factors que hi impacten injustament, i el gènere és un d'ells. El sexe es refereix a les diferències biològiques i fisiològiques que caracteritzen les femelles, els mascles i les persones intersexuals, com ara cromosomes, hormones i òrgans reproductius. El concepte sexe s'ha entès sovint com una categoria binària però ja fa un temps que des de la Biologia s'ha indicat que no és així, que existeix un espectre més ampli.¹ El gènere es refereix a les característiques de les dones i els homes construïdes socialment que inclouen les normes, comportaments i rols associats.²

Al llarg d'aquest article assenyalarem com el gènere impacta sobre la salut de les persones, com a determinant social de la salut, en les conductes

1 AINSWORTH, «Sex redefined».

2 OMS, «Gender and Health».

i hàbits de salut i en el comportament en l'ús dels serveis sanitaris. A banda d'aquest impacte existeixen una sèrie de biaixos de gènere en el sistema de salut que també contribueixen a la generació de desigualtats: els biaixos de gènere existents en el coneixement científic en el que es basa la medicina occidental, que parteix de patrons androcèntrics, que s'ha perpetuat a través de la recerca i la formació dels i les professionals del sistema de salut.

Partint de la identificació de l'impacte del gènere sobre la salut de les persones directament o a través dels marcs androcèntrics i patriarcals en el que s'han desenvolupat i actuen els sistemes de salut, identificarem línies de treball per incorporar la perspectiva de gènere en l'àmbit de la salut.

Per què cal incorporar la perspectiva de gènere en salut?

Les dones i els homes són diferents. Tenen diferents maneres de viure, d'emmalaltir i de respondre a les intervencions sanitàries. Les dones es veuen més afectades per malal-

La distribució del poder que estableix el patriarcat, determina l'accés als recursos econòmics, polítics i socials

ties cròniques no mortals —artrosi, ansietat i depressió, malalties autoimmunes o malalties endocrinològiques— que afecten la seva qualitat de vida.³ Els homes són més vulnerables a les malalties infeccioses i a adoptar conductes de major risc com el consum d'alcohol, drogues i tabac, tenen més accidents de trànsit, risc de patir infeccions de transmissió sexual, més conductes violentes i visiten menys els serveis sanitaris quan és necessari.⁴

Pel que fa a l'exposició a la violència, les dones la pateixen amb més freqüència, tant a nivell comunitari com en l'àmbit de la parella, i de tipus sexual. En canvi, la violència soferta pels homes es focalitza més en homicidis amb resultats fatals.⁵ L'esperança de vida és una mostra d'aquestes diferències i desigualtats, i aquesta bretxa s'observa a tot el món: la de les dones és més alta,

mentre que els homes tenen un major risc de mortalitat prematura.⁷

Els factors biològics, que en molts casos continuen sent invisibles per al patrons androcèntrics en els que es basen les ciències de la salut, expliquen només una part les diferències i desigualtats en matèria de salut. L'altra part ve determinada per factors socials que caracteritzen les condicions de vida de dones i homes.⁶ Darrera aquests altres factors hi ha les desigualtats de poder i d'accés i control dels recursos, la divisió sexual del treball i la socialització de gènere.⁷ Elements que passem a analitzar a continuació.

El poder és un element clau per explicar les desigualtats. El patriarcat, com diu Dolors Reguant (1949), és una forma d'organització política, econòmica, religiosa i social, basada en la idea d'autoritat i lideratge del mascle, en la que es dona el predomini dels homes per sobre les dones. El poder dels homes s'ha naturalitzat, justificant-lo i dificultant

que sigui qüestionat.⁸ La violència masclista és l'expressió més extrema d'aquest model, com una forma de penalització a les dones que es volen oposar a l'ordre establert. La distribució del poder que estableix el patriarcat, determina l'accés als recursos econòmics, polítics i socials, així com a la informació i el temps, elements que acaben tenint un impacte sobre la salut de les persones.

La socialització de gènere és un procés a través del qual les persones interioritzem les normes, els rols i els valors vinculats amb la feminitat i la masculinitat normatives que configuren els estereotips. Així, des de petites, les persones naturalitzem aquest ordre social. A la feminitat se li assignen trets com la feblesa, la sensibilitat, la comprensió, la dependència, la resignació; i a la masculinitat, la fortalesa, la valentia, la competència, el triomf, la superació o la seguretat. Aquest model determina creences, comportaments, hàbits i estils de vida diferents entre homes i dones que tenen el seu reflex en la manera d'emmalaltir i d'utilitzar el

3 READ; GORMAN, «Gender and Health Inequality»; VALLS (et al.), «Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres».

4 BAKER (et al.), «The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda»; READ; GORMAN, «Gender Disparities in Adult Health: An Examination of Three Measures of Morbidity».

5 READ; GORMAN, «Gender and Health Inequality».

6 Ibídem.

7 ARTAZCOZ (et al.), «Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria».

8 MATEO, «Construcción de la feminidad normativa y sujeto político».

Les normes de gènere també impacten negativament sobre les persones amb identitats de gènere diverses, patint violència, estigma i discriminació, fins i tot en els serveis sanitaris

sistema sanitari. Les normes rígides al voltant de models de feminitat o masculinitat poden afectar negativament a la salut i el benestar de les persones.

D'altra banda, la socialització imposa normes sobre l'orientació sexual i les relacions i identitat de gènere, que també són construïdes i mantingudes per les pròpies persones.⁹ Així doncs, aquestes normes també impacten negativament sobre les persones amb identitats de gènere diverses, patint violència, estigma i discriminació, fins i tot en els serveis sanitaris. Aquestes persones presenten un major risc de patir malalties de transmissió sexual, com el VIH, problemes de salut mental i fins i tot el suïcidi.¹⁰

La divisió sexual del treball és un altre element clau per explicar les desigualtats. Aquesta és una expressió més del patriarcat, en tractar-se d'un instrument que manté l'ordre establert, assignant diferents tipus de tasques en funció del gènere. En aquest sentit,

a les dones se'ls hi ha assignat el rol de cuidadores —de menors, persones malaltes, persones grans o persones amb discapacitat. Al mateix temps aquests treballs de cura i reproducció han gaudit de poc reconeixement social i s'han mantingut en l'espai privat, sense remuneració i sense drets.¹¹ En canvi, als homes se'ls hi ha assignat el rol de principal aportador dels recursos econòmics a la llar —*breadwinners*— treballs reconeguts i remunerats, i la participació en l'espai públic.

En el mercat de treball aquesta divisió també es reflecteix en la segregació horitzontal, per la qual ambdós gèneres treballen en sectors econòmics diferents, i les dones sovint exerceixen treballs que reproduïen el paper tradicional relacionats amb la cura —salut, educació, serveis domèstics...—; i en la segregació vertical, per la qual els homes ocupen llocs de treball de categories superiors.¹²

En l'àmbit domèstic, la divisió sexual del treball es tradueix en el fet que

tot i treballar els dos membres de la parella fora de casa, les dones dediquen el doble del temps que els homes a les tasques de cura,¹³ diferència que s'ha accentuat en el context del confinament i la pandèmia de la Covid-19.¹⁴

Aquesta situació, a banda de tenir conseqüències directes sobre la salut de les dones i els homes, també les té sobre el seu nivell socioeconòmic, que acaba repercutint en el seu estat de salut. Les dones tenen salaris més baixos, més contractes a temps parcial —impactant això sobre les seves futures pensions— i menys accés a càrrecs directius.

El marc de privilegis que es configura amb la divisió sexual de treball no sempre implica millors resultats de salut pels homes. Amb feines més físiques i amb més contacte amb químics, combinats amb major assumpció al risc i conductes menys saludables, els homes presenten,

9 ARTAZCOZ (et al.), «Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria».

10 OMS, «Gender and Health».

11 ROCA, «Desigualtats de gènere en el sector ocupacional de les cures».

12 ARTAZCOZ; ESCRIBÀ-AGÜIRC; CORTÈS, «Género, trabajos y salud en España».

13 INSTITUT CATALÀ DE LES DONES, *Quantificació econòmica del treball domèstic i de la cura de persones no remunerat a Catalunya*.

14 MORENO, «La crisi de les cures i el seu impacte en temps de pandèmia»; INSTITUT CATALÀ DE LES DONES, *L'impacte de gènere de la COVID-19 en dades*.

La interacció i la influència entre el sexe i el gènere és complexa, i sovint no és fàcil separar la influència d'un i l'altre; per tant, és molt important tenir en compte les dues

com ja hem dit anteriorment, una major mortalitat prematura.¹⁵

Una bona part dels problemes de salut s'expliquen pels determinants socials de la salut que es distribueixen segons els eixos de desigualtat que inclouen,¹⁶ a més del gènere, la classe social, l'edat, el país d'origen, l'ètnia, la diversitat funcional i el territori.¹⁷ Així, la salut depèn fonamentalment de factors no sanitaris. Aquests eixos de desigualtat interactuen entre ells generant múltiples realitats i impactant sobre la salut. I és per això que l'abordatge de les desigualtats de salut s'ha de fer considerant aquesta connexió. La teoria de la interseccionalitat, a la que va batejar al 1989 l'activista i acadèmica Kimberlé Williams Crenshaw (1959), parteix de l'existència de múltiples identitats constituïdes i viscudes de forma simultània. Aquestes diverses identitats generen sistemes d'opressió que es relacionen entre

ells i interactuen configurant a les persones. Les diferents combinacions d'opressions posicionen a les persones a la banda del poder/privilegi o en la de l'opressió. El context és clau per valorar la interseccionalitat, doncs el paper de cada eix és diferent en funció de l'entorn, que determina el paper de privilegi o d'opressió que acaba produint desigualtats. La interrelació de la desigualtat de gènere i altres formes de discriminació, genera situacions més complexes per accedir al sistema sanitari i per rebre una atenció amb igualtat de tractament. Segons l'OMS, entre les altres formes d'opressió que es combinen amb la desigualtat de gènere, a Europa hi destaca l'orientació sexual, la discapacitat i la vellesa. En aquest sentit, les minories sexuals a Europa presenten una pitjor salut mental i física.¹⁸

Així doncs, tal com diu Sara Velasco (1954), per assolir una visió integral de salut cal que es tinguin en compte: els factors biològics, és a dir, el sexe que implica diferències que cal identificar; els determinants

socials, és a dir, els rols de gènere mantinguts socialment que suposen vulnerabilitat a dones i homes; i l'esfera subjectiva o psicològica, lligada als ideals de feminitat i masculinitat i a experiències subjectives.¹⁹

La interacció i la influència entre el sexe i el gènere és complexa, i sovint no és fàcil separar la influència d'un i l'altre; per tant, és molt important tenir en compte les dues. El sexe influeix en la salut provocant canvis en el comportament —com efectes produïts per la testosterona— i per altra banda, els factors de gènere poden arribar a alterar els factors biològics i la salut —com l'exposició a l'estrès— en persones adultes i infants. Efectes que no són els mateixos en dones i homes.²⁰

Com visibilitzem la relació entre el gènere i la salut?

L'estructura dels sistemes sanitaris i la medicina occidental, han nascut i s'han anat desenvolupant en el

15 SCOTT-SAMUEL (et al.), «Men behaving Badly: Patriarchy, Public Policy and Health Inequalities».

16 MARMOT, «Social determinants of health inequalities».

17 BORRELL; MALMUSI, «La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas».

18 OMS, *Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage*.

19 VELASCO, *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*.

20 REGITZ-ZAGROSEK, «Sex and gender differences in health».

Els biaixos de gènere en salut són contraris a la medicina basada en l'evidència, perquè són conseqüència de la influència dels estereotips

marc d'una societat patriarcal que ha atorgat més poder als homes i els ha fet esdevenir la referència per a la mesura de tots els àmbits. L'androcentrisme, que ha situat els homes en el centre de la societat, també ha impregnat la recerca científica i la medicina. L'exclusió sistemàtica de la recerca mèdica de les problemàtiques i les experiències de les dones són una mostra de la manca de neutralitat d'aquest àmbit. L'establiment del patró de «normalitat» al voltant del model dels homes, i d'un determinat tipus d'home, ha invisibilitat a les dones i altres homes que s'allunyaven d'aquest estereotip. Sota la normativitat o la universalitat, l'aproximació a la salut de les persones es realitza a partir del model heteropatriarcal i amb la voluntat de mantenir el control sobre el cos de les dones —medicalització dels seus processos fisiològics, manca de recerca sensible als fenòmens de gènere o ús esbiaixat d'alguns coneixements.²¹

En aquest context és en el què es produeixen els biaixos de gènere, definits com «el plantejament erroni

d'igualtat o de diferències entre homes i dones —en la seva naturalesa, els seus comportaments i/o les seves raons— el qual pot generar una conducta desigual en els serveis sanitaris —inclosa la recerca— i és discriminatòria per un sexe respecte a un altre».²²

Hi ha dues formes de biaix de gènere en salut: assumir que dones i homes són diferents quan són iguals i que són iguals quan són diferents.²³ El primer cas implica que davant d'una mateixa necessitat es destinen més recursos de diagnosi, prevenció, tractament o recuperació a un gènere respecte a l'altre, sense que existeixi evidència que ho sostingui com per exemple en la depressió i l'ansietat. La segona forma, fa referència als casos en què, tot i existir evidència que indica que els dos gèneres emmalalteixen diferent, els problemes de salut es tracten de la mateixa manera, com per exemple

en les malalties cardiovasculars en les dones.

Els biaixos de gènere en salut són contraris a la medicina basada en l'evidència, perquè són conseqüència de la influència dels estereotips i creences sobre com emmalalteixen i es curen les persones en funció del seu gènere. Els biaixos es troben en la construcció del coneixement generat a través de la recerca i en l'atenció clínica.²⁴

En l'àmbit de la salut, identifiquem tres àmbits clau en els que es reprodueixen els biaixos de gènere i que a continuació començarem a analitzar amb més detall: la recerca, l'atenció sanitària i la formació.

Recerca

En la recerca en salut els biaixos més importants han estat simplificats i agrupats per Margrit Eichler (1942), en tres tipus: l'andocentrisme; la insensibilitat de gènere; i els

22 BALDASZTI, «Gender Based Analysis in the Implementation Process».

23 TASA-VINYALS; MORA-GIRAL; RAICH-ESCURSELL, «Sesgos de género en medicina»; CHILET, «Un marco teórico para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica: haciendo visible lo invisible».

21 TASA-VINYALS; MORA-GIRAL; RAICH-ESCURSELL, «Sesgos de género en medicina».

24 RUIZ-CANTERO; VERDÚ-DELGADO, «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico».

Altres problemes en el procés de la recerca són l'exclusió del sexe com a variable d'anàlisi

dobles estàndards.²⁵ L'andocentrisme, tal com hem exposat prèviament, és la utilització dels trets masculins com el model i la referència per mesurar els altres, al mateix temps que els seus valors, experiències i problemes esdevenen «la norma». La invisibilitat de gènere es produeix per la manca d'incorporació de la variable sexe i la dimensió de gènere en la recerca, donant per fet que no es produeixen diferències i/o desigualtats en relació a l'objecte d'anàlisi. Per últim, els dobles estàndards suposen la utilització de mesures o criteris diferents per tractar o avaluar situacions o problemàtiques significativament semblants o iguals entre els sexes. Aquest fenomen es pot mostrar de dues maneres. En primer lloc, entenent els dos sexes com a oposats —diferències sexuals o de gènere— sense que hi hagi evidència que existeixen aquestes diferències. I en segon lloc, es produeix quan s'assimilen els estereotips com una característica biològica i no fruit d'una construcció social. Molts casos com aquests estan relacionats amb la suposada debilitat i inestabilitat mental de les dones i els rols de

gènere relacionats amb la maternitat i la cura.²⁶

Aquests biaixos es poden produir en tot el procés, tant en l'elecció de la metodologia i el disseny, com en l'anàlisi i l'explotació de les dades obtingudes, i en la interpretació dels resultats. També es produeixen biaixos en l'avaluació i la difusió dels resultats de la recerca i fins tot abans de l'inici de procés de la recerca, amb la selecció dels objectes d'investigació. La decisió sobre què recercar, quins temes prioritzar, també presenten biaixos, i això és determinant en la generació de coneixement generat i l'exclusió de determinats objectes de recerca, invisibilitzant determinades malalties que afecten especialment les dones.

Durant el disseny i la realització de la recerca, els biaixos es poden produir en la selecció i la mesura. En la realització d'assaigs clínics, per exemple, es poden identificar ambdós. El de selecció es produeix amb l'exclusió d'un dels sexes. Així succeïa fins a la dècada de 1990

quan es van començar a desplegar mecanismes per garantir la incorporació de les dones; i tot i així la participació de les dones en els assaigs clínics de fase 1 i 2²⁷ continua sent menor que la dels homes.²⁸ El de mesura es produeix quan, tot i recollir els resultats d'ambdós sexes, les dades no es publiquen de forma desagregada.

Altres problemes en el procés de la recerca són l'exclusió del sexe com a variable d'anàlisi —no recollir, no analitzar o no publicar—, considerar el sexe com una variable més sense considerar la interacció d'aquesta amb altres, no utilitzar el gènere com una categoria d'anàlisi o la preferència dels mètodes quantitatius en la recerca biomèdica, per sobre dels qualitatius, que fan més difícil l'avaluació de les desigualtats de gènere i el seu impacte en la salut.²⁹

27 Els assaigs clínics consten de quatre fases. La fase 1 és en la que es realitzen les primeres proves en humans, generalment es tracta d'un grup petit de voluntaris sans —menys de 100. La fase 2 es produeix un cop superada la primera i la que s'administra el fàrmac a pacients amb la malaltia que es vol tractar —entre 100 i 300 persones.

28 CHILET, «Un marco teórico para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica: haciendo visible lo invisible».

29 JIMÉNEZ; MARTÍNEZ, *Guía Para Incorporar la Perspectiva de Género a la Investigación en Salud*.

25 BALDASZTI, «Gender Based Analysis in the Implementation Process».

26 JIMÉNEZ; MARTÍNEZ, *Guía Para Incorporar la Perspectiva de Género a la Investigación en Salud*.

Atenció sanitària

Pel que fa als biaixos en l'àmbit clínic, existeixen tant en el diagnòstic com en el tractament mèdic que no estan justificats per l'evidència científica²⁴ i es poden produir en la relació professional sanitari-pacient,³⁰ en el procés diagnòstic, en el procés terapèutic i en la prevenció o seguiment. Alguns exemples de com s'expressen:³¹

a) Freqüència i tipus d'utilització de serveis.

b) Demora i espera per rebre assistència sanitària: davant d'una mateixa necessitat i igualtat d'estat de salut, edat i renda, les dones esperen més per a una visita diagnòstica a l'especialista, alguns estudis senyalen fins un 13,6% més.³²

c) Aplicació de procediments preventius, diagnòstics i terapèutics: dedicació de més recursos en un dels dos sexes, generalment favorable als ho-

mes, tot i que el problema de salut es presenta de forma semblant en homes i en dones. Alguns exemples són les artroplasties en homes tot i que les dones pateixen més artropatia, diferències de maneig de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) o les malalties cardiovasculars.

d) Medicalització del malestar femení, fruit en part de viure sobre una estructura repressora i discriminatòria com la del patriarcat, que sosté una divisió sexual del treball que sobrecarrega a les dones.

e) Medicalització de la fisiologia femenina. Així es produeix un ús superior al que l'evidència recomanaria de certs procediments exclusius de les dones, com el part o la menopausa. Tot i que la medicalització de diferents processos també afecta al conjunt de la població.

f) Prescripció de fàrmacs. Els professionals sanitaris atribueixen freqüentment, a aspectes emocionals de les dones símptomes físics, aquest fet podria estar influïent en que se li prescriguin més fàrmacs simptomàtics i menys terapèutics. D'altra banda, hi ha aspectes biològics que podrien provo-

car una major toxicitat dels fàrmacs en les dones que hauria de ser tinguda en compte.³³

Les dones pateixen més les desigualtats de gènere en l'assistència sanitària, però tot i així els homes també són perjudicats de manera directa —retard en el diagnòstic de malalties com la depressió, l'osteoporosi i els problemes de tiroide— o indirecta,³⁴ és el que s'anomena *mixed-blessing of male gender*.³⁵ Els estereotips de gènere fan que tant els pacients com els professionals construeixin unes expectatives predeterminades en relació amb les malalties que les dones i els homes poden patir. Tot i així, s'apunta com a causa del retard i els errors de diagnòstic, a l'existència de diferències per sexe en la forma en què apareixen les malalties —independentment de com informen sobre la malaltia les dones i els homes.³⁶

30 HAMBERG, «Gender bias in medicine».

31 TASA-VINYALS; MORA-GIRAL; RAICH-ESCURSELL, «Sesgos de género en medicina».

32 ABÁSOLO; NEGRÍN-HERNÁNDEZ; PINILLA, «Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: evidence from Spain».

33 RUIZ-CANTERO, «Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria».

34 REGITZ-ZAGROSEK, «Sex and gender differences in health».

35 RUIZ-CANTERO (et al.), «A framework to analyse gender bias in epidemiological research».

36 Ibídem.

La manca d'incorporació, de manera sistemàtica, de la perspectiva de gènere en els currículums de la formació perpetua les desigualtats

Formació

La manca d'incorporació, de manera sistemàtica, de la perspectiva de gènere en els currículums de la formació —grau universitari, l'especialització i posteriorment la continuada— perpetua les desigualtats de gènere, facilitant el manteniment de les iniquitats produïdes pels biaixos de gènere i per tant afectant a la qualitat i l'eficàcia del sistema. D'altra banda, els professionals sanitaris, com a persones que han estat educades en una societat patriarcal, amb models androcèntrics i socialitzats en el sistema sexe/gènere, es veuen influenciats pels estereotips de gènere, sense ser-ne conscients, i els poden reproduir en la seva pràctica diària. D'altra banda, tot i que en els darrers quinze anys s'ha produït una feminització de les professions sanitàries, això no implica una incorporació automàtica de la perspectiva de gènere en la pràctica clínica i en la recerca. L'omissió de la perspectiva de gènere en les diferents dimensions del sistema de salut, provoca ineficiències en l'atenció de la salut. Les mesures, intervencions i teràpies de «talla única» perjudiquen a persones d'ambdós gèneres. És necessari, per tant, introduir canvis en la formació dels i

les professionals de la salut, l'epidemiologia i en el desenvolupament dels medicaments.³⁷

Què implica la relació entre el gènere i la salut?

La importància i la influència del gènere i de la relació sexe-gènere sobre la salut, fan necessari que per garantir l'equitat, la qualitat, la justícia i l'eficiència, s'incorpori la perspectiva de gènere en les polítiques de salut, els serveis de salut i les organitzacions que els proveïxen, la recerca en ciències de la Salut i la formació dels professionals de la salut. A continuació s'apunten algunes propostes sobre com fer-ho possible.

Com a instrument pel desplegament de les polítiques públiques, cal garantir la incorporació de la perspectiva de gènere en els models, plans, i accions desenvolupades des de les autoritats sanitàries i els serveis de salut. Aquesta incorporació s'ha de dur a terme mitjançant: l'anàlisi de

dades desagregades per sexe i per gènere; l'anàlisi del context de les normes socials i els valors relacionats amb l'àmbit d'abordatge; la visibilització de les diferències i desigualtats; i la participació de dones i homes en el procés d'elaboració. D'altra banda, les mesures per abordar les desigualtats i el disseny dels serveis han de superar una aproximació centrada en un únic eix de desigualtat —gènere, classes social, edat...—, que realitza en alguns casos davant les discriminacions múltiples. És necessari considerar la complexitat i comprendre l'encreuament dels diferents eixos de desigualtat —és a dir, el concepte d'interseccionalitat.³⁸

La incorporació de la perspectiva de gènere en l'àmbit de la recerca passa per abordar els biaixos de gènere ja exposats, i per fer-ho cal vetllar i introduir canvis en: els principis i valors, la composició dels equips d'investigació, els marcs teòrics, el problema de recerca —selecció, definició, lectura crítica de la revisió bibliogràfica, hipòtesis i objec-

37 REGITZ-ZAGROSEK, «Sex and gender differences in health».

38 COLL-PLANAS; SOLÀ-MORALES, *Guia per Incorporar La Interseccionalitat a Les Polítiques Locals*.

La importància i la influència del gènere i de la relació sexe-gènere sobre la salut, fan necessari incorporar la perspectiva de gènere

tius—, la metodologia —disseny, participants, variables i categories d'anàlisi, la recollida de la informació, l'anàlisi i la interpretació—, els resultats i els aspectes ètics.³⁹

En relació amb els medicaments, s'ha d'aprofundir en el coneixement i poder fer front als possibles biaixos. Caldria analitzar el consum, la prescripció de fàrmacs biològics segons el sexe, i les potencials desigualtats de gènere en les reaccions adverses als medicaments i la recerca en assajos clínics.⁴⁰

Per últim, és necessari fer canvis en els currículums formatius de graus i postgraus universitaris, i també en la formació continuada dels professionals del sistema de salut, per incorporar la perspectiva de gènere de forma transversal en totes les assignatures. Sense aquest canvi estructural de la formació dels professionals de la salut no serà possible transformar la pràctica professional, i així tot el sistema sanitari.

La relació del sexe i el gènere amb la salut, obliga a la transformació de la medicina i el sistema de salut per garantir la qualitat, eficàcia i eficiències en l'abordatge de les necessitats de salut de la població. ■

39 JIMÉNEZ; MARTÍNEZ, *Guía Para Incorporar la Perspectiva de Género a la Investigación en Salud*.

40 RUIZ-CANTERO, «Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria».

■ Bibliografia

ABÁSOLO, Ignacio; NEGRÍN-HERNÁNDEZ Miguel Ángel; PINILLA, Jaime. «Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: evidence from Spain». A *The European Journal of Health Economics*, núm. 15, pàg. 323-334, 2014.

AINSWORTH, Claire. «Sex redefined». A *Nature*, núm. 518, pàg. 288-291, 2015.

ARTAZCOZ, Lucía; ESCRIBÀ-AGÜIRC, Vicenta; CORTÈS, Imma. «Género, trabajos y salud en España». A *Gaceta Sanitaria*, núm. 18, pàg. 24-35, 2004.

ARTAZCOZ, Lucía (et al.). «Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria». A *Gaceta Sanitaria*, 2018.

BAKER, Peter (et al.). «The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda». A *Bulletin of the World Health Organization*, núm. 92 (8), pàg. 618-620, 2014.

BALDASZTI, Erika. «Gender Based Analysis in the Implementation Process». A *Gender Based Analysis (GBA) in Public Health Research, Policy and Practice*. Documentation of the International Workshop in Berlin, pàg. 56-62, 2001.

BORRELL, Carme; MALMUSI, Davide. «La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas». Informe SESPAS 2010. A *Gaceta Sanitaria*, núm. 24, pàg. 101-108, 2010.

CHILET, Elisa. «Un marco teórico para analizar el sesgo de género en la investigación

epidemiológica: haciendo visible lo invisible». A *Feminismo/s*, núm. 18, pàg. 353-363, 2011.

COLL-PLANAS, Gerard; SOLÀ-MORALES, Roser. *Guia per Incorporar La Interseccionalitat a Les Polítiques Locals*. Terrassa, 2019.

HAMBERG, Katarina. «Gender bias in medicine». A *Future Medicine*, núm. 4, pàg. 237-243, 2008.

INSTITUT CATALÀ DE LES DONES; OBSERVATORI DONA ECONOMIA I EMPRESA. *Quantificació econòmica del treball domèstic i de la cura de persones no remunerat a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2017.

INSTITUT CATALÀ DE LES DONES. *L'impacte de gènere de la COVID-19 en dades*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2020.

JIMÉNEZ, M. Luisa; MARTÍNEZ, Emilia. *Guía Para Incorporar la Perspectiva de Género a la Investigación en Salud*. Serie Monografías Escuela Andaluza de Salud Pública, núm. 48, 2013.

MARMOT, Michael. «Social determinants of health inequalities». A *The Lancet*, núm. 365, pàg. 1099-1104, 2005.

MATEO, Sara. «Construcción de la feminidad normativa y sujeto político». A *Investigaciones Feministas*, núm. 4, pàg. 297-321, 2013.

MORENO, Sara. «La crisi de les cures i el seu impacte en temps de pandèmia» [en línia]. II Congrés Internacional per a l'Erradicació de

les Violències Masclistes, 2020. Disponible a: <www.dones.gencat.cat>.

OECD; EU. «Health at a Glance: Europa 2020 State of Health in the EU Cycle». París: OECD Publishing, 2020.

OMS. «Gender and Health» [en línia]. Disponible a: <www.who.int>.

OMS. *Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage*, 2016.

READ, Jen'nan Ghazal; GORMAN, Bridget K. «Gender and Health Inequality». A *Annual Review of Sociology*, núm. 36 (1), pàg. 371-386, 2010.

READ, Jen'nan Ghazal; GORMAN, Bridget K. «Gender Disparities in Adult Health: An Examination of Three Measures of Morbidity». A *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 47 (2), pàg. 95-110, 2006.

REGITZ-ZAGROSEK, Vera. «Sex and gender differences in health». A *EMBO Reports: Science & Society Series on Sex and Science*, núm. 13, pàg. 596-603, 2012.

ROCA, Mireia. «Desigualtats de gènere en el sector ocupacional de les cures». A *Abordant la crisi de les cures: polítiques, treballs i experiències locals*, pàg. 47, 2019.

RUIZ-CANTERO, M. Teresa (et al.). «A framework to analyse gender bias in epidemiological research». A *Journal of Epidemiology and Community Health*, núm. 61, pàg. 46-53, 2007.

RUIZ-CANTERO, M.Teresa; VERDÚ-DELGADO, Maria. «**Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico**». A *Gaceta Sanitària*, núm. 18, pàg. 118-125, 2018.

RUIZ-CANTERO, M. Teresa (et al.). «**Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria**». A *Farmacia Hospitalaria*, núm. 44 (3), pàg. 109-113, 2020.

SCOTT-SAMUEL, Alex (et al.). «**Men behaving Badly: Patriarchy, Public Policy and Health Inequalities**». A *International Journal of Men's Health*, núm. 14, pàg. 250-258, 2002.

TASA-VINYALS, Elisabet; MORA-GIRAL, Marisol i RAICH-ESCURSELL, Rosa Maria. «**Sesgos de género en medicina**». A *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, núm. 113, pàg. 14-25, 2015.

VALLS, Carme (et al.). «**Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres**». A *Anuario de Psicología*, núm. 39, pàg. 9-22, 2008.

VELASCO, Sara. *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. Madrid: Observatorio Salud las Mujeres. Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, 2009.