Serie Monografías EASP Nº 48



Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud

María del Mar García Calvente (EDITORA)
María Luisa Jiménez Rodrigo
Emilia Martínez Morante

Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud

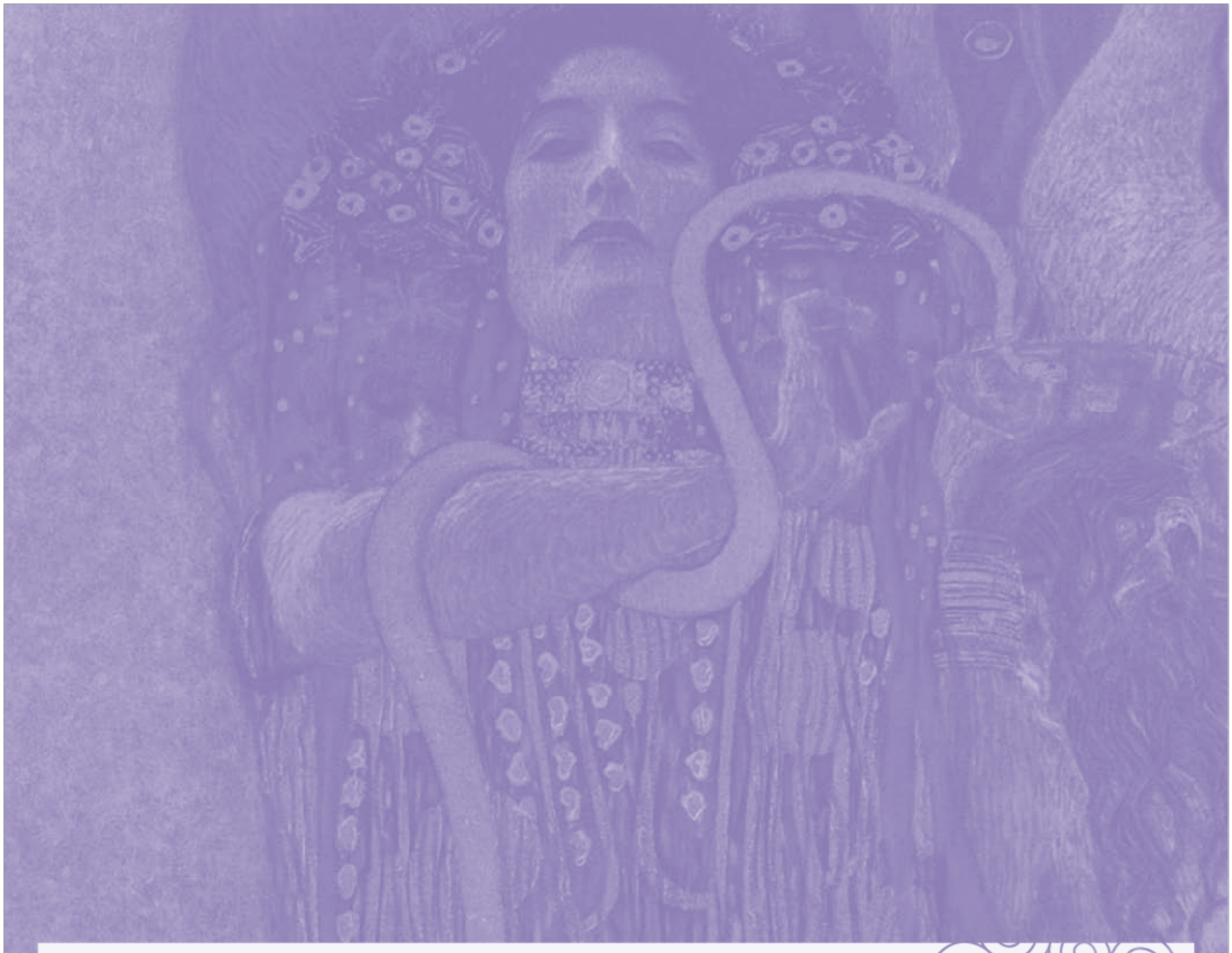
AUTORAS

María del Mar García Calvente

EDITORA

María Luisa Jiménez Rodrigo

Emilia Martínez Morante



Edita
Escuela Andaluza de Salud Pública
www.easp.es

Equipo de investigación
María del Mar García Calvente
(coordinación)
María Luisa Jiménez Rodrigo
Emilia Martínez Morante
María del Río Lozano

Diseño y maquetación
Catálogo Publicidad

Imprime Gráficas Alhambra

Depósito Legal GR-1758/10
ISBN 978-84-92842-09-4

Todos los derechos reservados.
De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

Índice de contenidos

Prólogo 7

Presentación 9

PARTE 1 Contextualización 15

1 Ciencia, feminismo y género 17

1.1. Críticas feministas hacia el modelo hegemónico de hacer ciencia 18

1.2. Aportaciones de la metodología feminista 21

1.3. El género como categoría de análisis 23

2 Género y salud 25

2.1. Sexo y género 25

2.2. Diferencia y desigualdad de género en salud 28

2.3. Género como determinante de la salud 30

3 Problemas y sesgos de género en la investigación en salud 33

3.1. Sesgos de género en la investigación en salud 33

3.1.1. Androcentrismo 35

3.1.2. Insensibilidad de género 36

3.1.3. Dobles estándares 37

3.2. En el proceso de investigación 39

3.2.1. Desigualdades en la carrera investigadora 39

3.2.2. Omisión del género al caracterizar los problemas de investigación 41

3.2.3. Sesgos en el diseño y ejecución de la investigación 43

3.3. En la evaluación de la investigación 45

3.3.1. Desequilibrios en las comisiones de evaluación 45

3.3.2. Sesgos en los criterios de evaluación de calidad científica 45

3.4. En la difusión de resultados de la investigación 50
3.4.1. Desigualdades en las oportunidades de publicación 50
3.4.2. Sesgos en los procesos de revisión y aceptación de manuscritos 51
3.4.3. Sesgos en la presentación y difusión de resultados de investigación 53

PARTE 2 Recomendaciones 57

4 Diseño y ejecución de proyectos de investigación 61
4.1. Principios, valores y metas 63
4.2. Equipos de investigación 65
4.3. Marcos teóricos 66
4.4. El problema de investigación 67
4.4.1. Selección del problema de investigación 68
4.4.2. Definición del problema de investigación 69
4.4.3. Revisión bibliográfica y lectura crítica 71
4.4.4. Hipótesis y objetivos 72
4.5. Metodología 74
4.5.1. Diseño del estudio 74
4.5.2. Participantes o «sujetos de estudio» 75
4.5.3. Variables y categorías de análisis 78
4.5.4. Recogida de información 79
4.5.5. Análisis e interpretación 83
4.6. Resultados 87
4.7. Aspectos éticos 89

5 Evaluación de propuestas de investigación 93
5.1. Requisitos previos y condiciones facilitadoras 95
5.2. Principios, valores y metas 96
5.3. Agentes de evaluación 96
5.4. Procedimientos de evaluación 98
5.5. Criterios y elementos de evaluación 100
5.5.1. Valoración de equipos de investigación 105
5.5.2. Valoración científico-técnica del proyecto 107
5.5.3. Valoración de la estrategia de difusión 111
5.5.4. Valoración ética 112

5.5.5. Valoración económica 113
5.5.6. Valoración de aplicabilidad e impacto potencial 114
5.6.7. Valoración del uso del lenguaje 114

6 Difusión de resultados de investigación 115
6.1. Presentación de resultados en manuscritos científicos 117
6.1.1. Presentación de resultados 117
6.1.2. Uso del lenguaje 120
6.1.3. Comunicación y transferencia de resultados 125
6.1.4. Aspectos éticos 128
6.2. Revisión y evaluación externa de trabajos científicos 130
6.2.1. Comités editoriales y equipos revisores 130
6.2.2. Proceso de revisión 132
6.2.3. Normas de publicación 134

Notas 137

Anexos 141

I. Decálogo de recomendaciones 143
II. Guía de verificación rápida de la sensibilidad de género en informes y publicaciones 146
III. Fuentes de información especializadas en salud, género y mujeres 149
IV. Revistas especializadas en género y salud de las mujeres 151

Bibliografía 155

Webgrafía 167

Índice de cuadros y figuras 170



Volver al índice

Prólogo

Al encontrarme ante el placer de escribir el prólogo a este documento, que considero de tanto valor, siento una mezcla de ideas entre las que se refieren a lugares comunes y las que nos hablan de la innovación más radical.

La investigación, el conocimiento que genera y su difusión son pilares para el desarrollo de cualquier área social. Que la investigación de calidad, orientada a las necesidades sociales y útil para la toma de decisiones es un bien escaso difícil de conseguir, tampoco es novedad. Como no lo es la dificultad para obtener financiación para la investigación en general y para la social en particular. Estas y otras realidades son comunes a la investigación en diferentes campos.

La innovación radical la relaciono con el propósito de incorporar la perspectiva de género en ese mundo ya complejo de la investigación. Entonces aparecen dificultades propias que se añaden a las comunes y que nos hablan de nuevos marcos teóricos, preguntas, métodos y análisis. Nos hablan de mestizaje, de eclecticismo, de ideologías, de aspectos que son nuevos en la investigación biomédica e incluso en la social.

Pero para que esta innovación se haga realidad necesitamos herramientas y por eso tenemos la Guía que aquí se presenta.

Agradecemos a quienes han contribuido a su elaboración y especialmente a la EASP, su esfuerzo y compromiso.

Le deseamos a la Guía y a todas las personas que la utilicen, éxito en esta aventura de promover una investigación que contribuya a mejorar la equidad de género en salud.

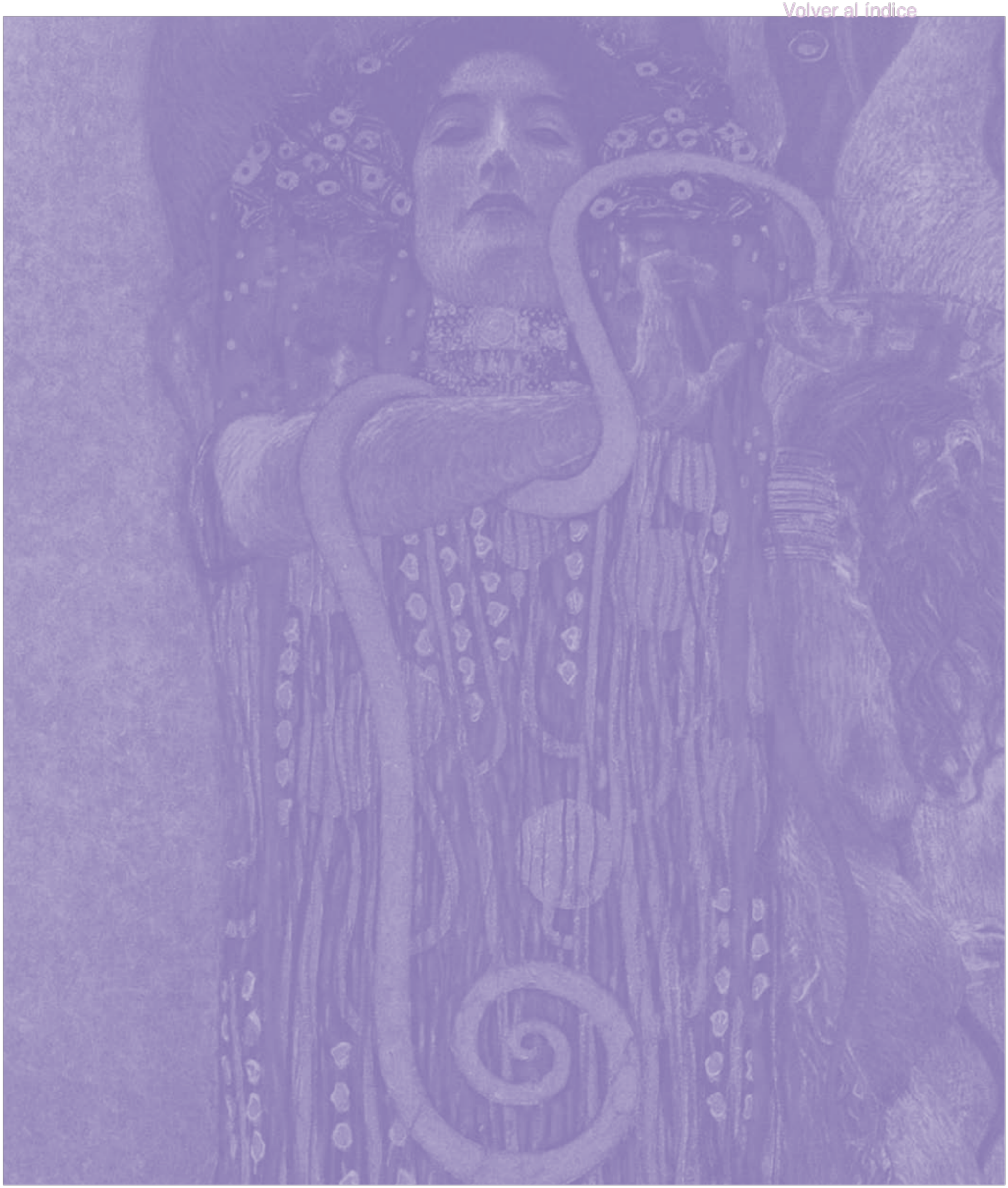
Concha Colomer Revuelta
Directora del Observatorio de Salud de las Mujeres
Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social

Volver al índice

Volver al índice

Presentación

Volver al índice



Presentación

Esta guía es el resultado de un proyecto de investigación encargado por el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales a la Escuela Andaluza de Salud Pública. Nace con la pretensión de cubrir la necesidad sentida, y muchas veces expresada, por numerosas investigadoras e investigadores del campo de la salud de disponer de una guía específica, útil y aplicada para incorporar la perspectiva de género en su práctica investigadora. Y es que, a pesar del aumento de la conciencia de la relevancia del género en la salud, aún falta formación en el tema y son insuficientes las investigaciones que integran esta perspectiva de forma efectiva.

La importancia de avanzar en el conocimiento sobre género y salud se refleja en diversos programas europeos, nacionales y autonómicos (Comisión Europea, 2009; Ministerio de Ciencia e Innovación 2009; Observatorio de Salud en Europa 2006). En aproximación al Espacio Europeo de Educación Superior y de Investigación, los programas científicos I+D+i nacionales ya contemplan los estudios de género entre sus áreas prioritarias. A su vez, en el ámbito sanitario se comienza a asumir el enfoque de género como eje transversal para mejorar intervenciones en salud, como evidencian las convocatorias de ayudas al Programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud. La Ley para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (Ley orgánica 3/2007) es una referencia indispensable que determina de forma inexcusable la obligación de integrar el principio de igualdad en investigaciones y programas de salud: «Lo integrarán activamente en objetivos y actuaciones, evitando que, por diferencias físicas o por estereotipos sociales, se produzcan discriminaciones».

Desde esta guía, deseamos resaltar los beneficios científicos, sanitarios y sociales de una investigación sanitaria con enfoque de género respecto a otra que no lo sea. En primer lugar, atender al género en la investigación en salud incrementa su rigor científico y la validez de los resultados. Así, por ejemplo, dos de los problemas tradicionales que arrastra la investigación en salud pública son, por una parte, la ausencia y/o infrarrepresentación de las mujeres en sus

diseños, derivando en serias limitaciones para la generalización de los resultados a ambos sexos. Y por otra, la incorporación insuficiente de variables y categorías de análisis relacionadas con el género, desatendiendo así a un determinante social central de la salud, y por tanto, omitiendo nuevas explicaciones, lo que invalida los hallazgos. En segundo lugar, se promueve la equidad y la igualdad en salud entre mujeres y hombres al favorecer que tanto unas como otros se beneficien de los resultados de investigación, reparando vacíos de conocimiento que han recaído en la práctica sanitaria hasta hoy día. En resumen, el enfoque de género en investigación supone mejor ciencia y mejor salud.

Objetivos de la guía

Esta guía pretende orientar al conjunto de la comunidad científica del campo de la salud sobre la aplicación práctica de la dimensión de género en la investigación. Para ello ofrece una serie de recomendaciones e instrumentos de utilidad que abarcan todo el proceso de investigación, desde el diseño, ejecución y evaluación de proyectos hasta la difusión y publicación de sus resultados mediante la publicación científica.

Personas a las que se dirige

Esta guía se dirige primariamente a quienes investigan en el área de la salud. También puede resultar útil a responsables de evaluación de proyectos y a quienes revisan y valoran publicaciones científicas. Deseamos destacar que se destina de forma abierta a la totalidad de agentes participantes en el proceso de investigación. Por ello no aspira a ser un documento enfocado, exclusivamente, a mujeres investigadoras o a personas interesadas en los estudios de género o vinculadas al feminismo. Hay que puntualizar que esta guía no pretende ser un manual de metodología de investigación. Dado que se dirige a personal investigador, se asume un nivel de formación y manejo básico en métodos de investigación por parte de las personas que la utilicen. Más bien se trata de un recurso metodológico auxiliar para mejorar la calidad de las investigaciones.

Organización de la guía

La guía se estructura en dos partes. La primera contextualiza las recomendaciones en un marco teórico y conceptual, y en ella se presta especial atención a problemas y sesgos que, desde un punto de vista de género, afectan a la investigación en salud. La segunda parte proporciona una serie de recomendaciones específicas para el proceso de investigación en tres niveles de aplicación diferenciados aunque interconectados:

- Diseño y ejecución de proyectos de investigación en salud
- Evaluación de proyectos de investigación en salud
- Difusión de resultados de la investigación en salud

Con ello pretendemos facilitar el uso de la guía y hacerla más flexible a las necesidades y tareas que implica el proceso investigador en su conjunto, insertándolo en su contexto social, académico y político de producción y desarrollo. Creemos preciso no ceñirnos a la fase del diseño de la investigación, donde mayoritariamente se enfocan los manuales disponibles, sino ampliar las recomendaciones a los otros niveles señalados.

Finalmente, y de forma complementaria, la guía incluye, en forma de anexos, varias herramientas prácticas de aplicación para el trabajo cotidiano de quien investiga: decálogo de recomendaciones, guión de verificación rápida de la incorporación de la perspectiva de género en las publicaciones científicas, fuentes con información especializada en género y salud, y un listado de revistas científicas especializadas en género, feminismo y salud.

Metodología de elaboración

La metodología de elaboración de esta guía se apoya en dos estrategias: la búsqueda y revisión bibliográfica, y la consulta a personas expertas. En la primera fase, dado la creciente cantidad de material disponible sobre género y salud y los avances teóricos recientes en este campo, se procedió a realizar una extensa búsqueda documental de guías, informes, artículos y otros

documentos relacionados. Tras su selección, se volcó el contenido en fichas descriptivas con las que se elaboraron las recomendaciones y una versión preliminar de esta guía.

En la segunda fase, esta primera versión se sometió a un proceso de consulta a personas expertas en cada nivel del proceso investigador (planificación, diseño y ejecución de investigaciones, evaluación de proyectos y publicación científica) y en el campo del género y la salud. Consideramos esta fase primordial con la convicción de que se precisa la colaboración interdisciplinar para el avance del conocimiento práctico en esta área. Para ello se diseñó un cuestionario abierto y se abrió un espacio de debate en el Campus Virtual de la Escuela Andaluza de Salud Pública donde se recogieron las valoraciones, comentarios y sugerencias de las personas expertas que participaron en esta fase de consulta a nivel nacional. Las propuestas de mejora se han intentado recoger en la versión definitiva de la guía que ahora se publica.

Agradecimientos

Deseamos expresar nuestro agradecimiento al Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Política Social por su confianza y financiación.

Muy especialmente, queremos dar las gracias a quienes participaron en la discusión de la guía, por compartir su tiempo, experiencia y conocimiento: Carlos Álvarez Dardet, Rafael de Andrés Medina, Teresa Cerdá Mota, Antonio Daponte Codina, Daniel La Parra Casado, Luis Andrés López Fernández, Soledad Márquez Calderón, Setefilla Luengo Matos, Ricardo Ocaña Riola, Teresa Ortiz Gómez, Cristina Pérez Andrés, Rosana Peiró Pérez, Rosa Rico Iturrioz y Carmen Vives Cases.

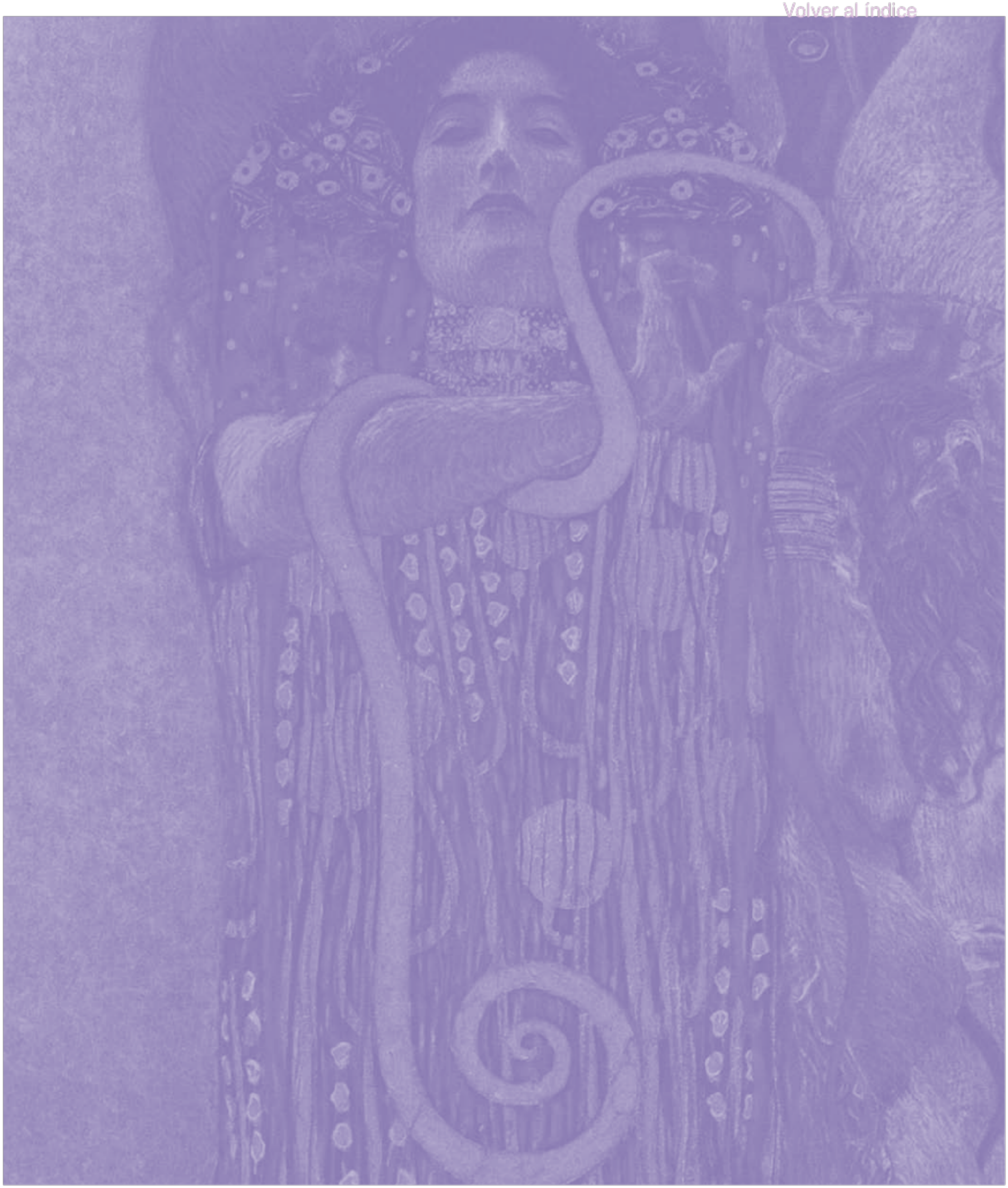
Finalmente, deseamos transmitir a quienes lean esta guía el tono de aliento que late tras sus páginas, pues tenemos la convicción de que incorporar la mirada de género a los proyectos de investigación en salud no solamente favorece a la salud de las mujeres y de los hombres sino que además da mayor cuenta de la realidad en salud.

Volver al índice

PARTE 1

Contextualización

Volver al índice



Volver al índice

1.

Ciencia, feminismo y género

«El feminismo ama otra ciencia [...]».

Donna Haraway, 1989

Los estudios de género, como los concebimos hoy día, nacen de la mano del feminismo de los años sesenta y setenta. A nuestro entender, no cabe duda de que el feminismo es uno de los movimientos básicos de la libertad humana y de que ha aportado importantes avances al conocimiento científico, incluyendo el campo de la salud. Una de estas contribuciones ha sido la consolidación de la categoría «género» como herramienta de análisis para comprender los procesos de desigualdad en salud entre hombres y mujeres. Otra de sus aportaciones es el desarrollo de un punto de vista crítico que cuestiona la tradicional —y androcéntrica— forma de hacer ciencia, presentada a sí misma como objetiva y con validez universal. En este sentido, nos avisa de que somos herederas y herederos de los esquemas de pensamiento científico del pasado, fundamentalmente del siglo XIX, y de que el conocimiento de que disponemos sobre la salud de las mujeres y, a veces, también de los hombres —ni qué decir de las personas intersexuales y transexuales—, es limitado y discutible. Por ejemplo, históricamente la investigación en Salud Pública apenas ha reconocido los problemas que afectan particularmente a las mujeres (a excepción de la salud sexual reproductiva), y varias temáticas han sido sesgadas con aproximaciones parciales y estereotipadas, como en la atención de la

salud mental. Otro error frecuente ha sido la escasa atención a la interacción del género con otros factores de desigualdad social como la clase social, la edad, la etnia o la orientación sexual (Janzen, 1998).

Si pretendemos incorporar la perspectiva de género en nuestras investigaciones, un paso previo e imprescindible es despertar un punto de vista crítico y realizar una relectura del conocimiento disponible para identificar, analizar y documentar las formas de desigualdad en salud por el hecho de poseer un determinado sexo, en un contexto —histórico y de lugar— concreto. Es precisamente en el desarrollo de este tipo de conocimiento donde radica el mayor interés. Por ello, este capítulo inicial enfoca su atención en las principales críticas y aportaciones de la epistemología y la metodología feministas al modo hegemónico de hacer investigación. Marco necesario para entender la emergencia teórica y la aplicación práctica del género como categoría analítica.

1.1. Críticas feministas al modelo hegemónico de hacer ciencia

La ciencia, tal y como se define desde el paradigma occidental dominante, persigue fundamentarse en la objetividad, la neutralidad, la calidad y en facilitar el acceso a los conocimientos. La crítica feminista plantea un debate sobre estos criterios en la comunidad científica, enfatizando el carácter social e intersubjetivo de los procesos de generación del conocimiento. El conocimiento sería siempre parcial y «situado»; y por tanto, discutible (Haraway, 1995). Los puntos principales de crítica se asientan en:

- Rechazo de una objetividad estricta factible como meta. La comunidad científica suele afirmar la condición objetiva y neutral, o sea, universal, de su peculiar producto, la ciencia. Se supone que garantiza el desinterés en sus objetivos y la claridad total en sus procesos de elaboración de teorías. La perspectiva feminista mantiene que la elección de una cuestión de investigación, y el modo de abordarla es subjetiva y condicionada por diversos y complejos factores sociales —clase social, género, edad, cultura científica— y por cuestiones ideológicas.

- Búsqueda y cuestionamiento de los sesgos de género existentes en la investigación de la salud derivados de conceptualizaciones y prácticas androcéntricas y sexistas.

- Las deficiencias, lagunas y sesgos de género detectados en el proceso de producción del conocimiento científico plantean, en suma, la necesidad de repensar un nuevo modelo de ciencia e investigación sensible al género; no sólo en estructuras y procedimientos sino también en su cultura epistemológica y en el modo de trabajar e interactuar de la comunidad científica. Fruto de estas críticas, se han contrapuesto dos modelos de hacer investigación: el modelo del Olimpo y el modelo del Ágora (Benschop y Brouns, 2003). En el modelo del Olimpo, los estándares «normales» de calidad científica, basados en la productividad, reflejan la tradición de las Ciencias Naturales, donde impera más la cantidad y la generación de conocimiento que otros criterios como la transferibilidad o la aplicabilidad de ese conocimiento. Aquí el único foro que tiene validez es el científico que, en consecuencia, está integrado por otros científicos, los únicos legitimados para juzgar el trabajo de estos. El monte Olimpo del conocimiento aparece dominado por unos héroes solitarios, varones, que están plenamente dedicados a la investigación y que se rigen por principios individualistas y competitivos (Brouns, 2005). Este modelo refleja un mercado de trabajo masculino sustentando en una división del trabajo sexista y excluyente respecto a la participación femenina en la ciencia.

Frente a este modelo cabe plantearse un modelo alternativo, el modelo del Ágora, donde la ciencia no se entiende como una institución aislada, sino como una práctica social profundamente imbricada con otras prácticas sociales relativas a la producción, transmisión e intercambio del conocimiento y cuyos principios esenciales se basan en la responsabilidad social, la transparencia, la colaboración y el intercambio interdisciplinar (Benschop y Brouns, 2003; Brouns, 2004, 2005). Estos principios alcanzan una mayor significación en el ámbito de la investigación en salud. Por ello, la valoración de la calidad científica no se ha de regir de manera preponderante por la productividad, sino también por otros principios relativos a la resolución de problemas cotidianos. Asimismo, se respeta y se potencia la heterogeneidad de modos de investigar y la diversidad de personas investigadoras, que se traduce en la aceptación de multiplicidad de publicaciones y de audiencias a las que puede dar lugar la investigación. Se trata de un estilo de hacer ciencia más abierto, participativo e inclusivo en relación al género, edad, etnicidad o la experiencia. Lo que, sin duda, contribuye al enriquecimiento de la investigación

(WISELI, 2006). Este modelo sería el compatible con la transversalización del género en la organización de la investigación (Mottier, 2004).

Figura 1.1. Principales características de los modelos de hacer y valorar la ciencia



Fuente: Adaptado de Brouns, 2005.

1.2. Aportaciones de la metodología feminista

El feminismo no sólo se pregunta sobre los modos de entender el conocimiento científico, sino que también orienta su reflexión hacia los modos de realizar la práctica de la investigación. La metodología feminista[1] proporciona un marco útil, relevante e innovador para la incorporación de la perspectiva de género en la investigación en salud, pues «abre el campo a cuestiones que no estaban suficientemente estimadas, a cambios en la elección e interacción con participantes, y altera la implementación de la recogida de datos y de su análisis» (Waller, 2005). Una visión adecuada de las desigualdades en salud requiere, además de una visión no determinista ni naturalizadora del cuerpo y de la salud, de una apropiada utilización del concepto género (Esteban, 2006).

Los rasgos diferenciales de la metodología feminista, y que pueden ser aplicables a la práctica concreta de la investigación en salud, se pueden sintetizar en los siguientes (Grant y Ballem, 2000; Damaris, 2001; Waller, 2005; Ironstone, 2006):

- Búsqueda, detección y análisis de las diferencias —y también de las similitudes— entre mujeres y hombres en salud. Los métodos y técnicas de investigación desde un punto de vista feminista se ubican en un marco comparativo de las situaciones entre los sexos para identificar posibles desequilibrios y desigualdades.

- Centralidad del género como categoría transversal de análisis para entender el estado de salud y sus determinantes, y las relaciones de mujeres y hombres con el sistema sanitario.

- Reconocimiento de la diversidad de situaciones y experiencias en salud de mujeres y de hombres. Lo que deriva en el análisis de las interacciones entre el género y otros determinantes de la salud, como la edad, el estatus socioeconómico, el nivel educativo, la etnia, la orientación sexual, la localización geográfica, entre otros. En este sentido, se plantean nuevos marcos analíticos más complejos basados en la interseccionalidad entre los ejes de estratificación social (McCall, 2005; Guzmán, 2009). Estos marcos emergen de las críticas desde el feminismo contra el uso del género como única categoría de análisis, que termina reduciendo a las mujeres y a los hombres a una categoría universal y esencializadora. La

interseccionalidad como instrumento analítico es clave para atender la compleja relación entre género y salud y otras formas de desigualdad. Valor de la intersubjetividad y la reflexividad como elementos sustanciales del proceso científico. La reflexividad alude a la toma de conciencia sobre cómo las características y los valores de las personas investigadoras afectan al proceso de investigación y a su relación con las personas participantes (Crawford y Kimmel, 1999). Se comprende la investigación como un proceso intersubjetivo donde la relación social entre las personas que investigan y las personas que participan en los estudios marca, no solo el proceso, sino también los resultados. Y por tanto, comprender la visión subjetiva de todas las personas implicadas es esencial para abordar la problemática de investigación.

- Atención y compromiso con los grupos vulnerables y desfavorecidos. El enfoque feminista contiene una dimensión ética y emancipadora fundamental. Busca dar voz a los grupos menos representados, centrando su foco de estudio no sólo en las mujeres en general, sino también en los grupos menos favorecidos y estudiados. Este compromiso ético marca, sin duda, el tipo de problemas a investigar, pero sobre todo, los colectivos que forman parte de los estudios.

- Centralidad de la metodología cualitativa. Viene sustentada por la importancia que otorga la investigación feminista a las relaciones humanas, la subjetividad y la (re)flexibilidad en el proceso de investigación y en la emergencia de teorías. Adquieren una importancia central los métodos cualitativos para profundizar en los problemas y necesidades de salud de las mujeres y *visibilizar* sus vidas y experiencias. Las técnicas de investigación más valoradas en este escenario son la entrevista en profundidad y el grupo de discusión. También se reconoce la necesidad y las posibilidades de la complementariedad de métodos cuantitativos y cualitativos.

- Apuesta por la participación activa de todos los actores involucrados en la investigación. Desde una visión feminista, la relación entre las personas participantes en la investigación debe ir más allá de la simple noción de reciprocidad (como por ejemplo, pagar a la gente participante por su tiempo), persiguiendo una relación de mutualidad (intercambio de prestaciones bilaterales y solidarias) y el empoderamiento. Por esto, los proyectos feministas de investigación tienden a ser participativos (uno de los enfoques es la investigación-ac-

ción-participación), buscando que sus resultados reviertan y beneficien a las personas participantes, dando la posibilidad de incrementar su conocimiento para mejorar su situación.

→ Orientación explícita hacia el cambio en instituciones sociales, estructuras y culturas. La investigación feminista está enfocada directamente hacia el cambio social y la transformación de los roles, relaciones y estereotipos de género para favorecer una sociedad más equitativa e igualitaria.

→ Orientación hacia la transformación del conocimiento. Busca contribuir a un giro del conocimiento mediante la identificación y eliminación de sesgos sexistas, contribuyendo a un conocimiento de la realidad más amplio, completo y válido.

Cuadro 1.1. Rasgos centrales de la metodología feminista

- Enfoque comparativo para identificar desigualdades de género
- Centralidad del género como categoría de análisis
- Reconocimiento de la complejidad (interseccionalidad)
- Valor de la intersubjetividad y reflexividad en el proceso de investigación
- Atención a grupos vulnerables y desfavorecidos
- Valor de la metodología cualitativa
- Apuesta por la participación de agentes involucrados
- Orientación hacia el cambio social
- Orientación hacia la transformación del conocimiento

1.3. El género como categoría de análisis

Dentro de estas coordenadas epistemológicas y metodológicas, el género se configura como una categoría clave de investigación científica. Aunque el género como concepto se inserta dentro del aparato conceptual del feminismo teórico, adquiere especial relevancia en las ciencias sociales y sanitarias por su potencialidad de explicación e interpretación de la realidad. Por ello va calando gradualmente en todos los campos del conocimiento.

El concepto del género se acuñó en los años setenta con la finalidad, primero, de resaltar las diferencias entre mujeres y hombres y, segundo, de subrayar cómo estas diferencias eran construidas social y culturalmente (Tubert, 2003). La introducción del término género en la investigación como un término alternativo y diferente al de sexo trató de combatir el determinismo biológico presente en la investigación y en la ciencia de forma general, enfatizando la dimensión social de las diferencias y desigualdades entre los sexos. Desde entonces, es un concepto en continua transformación, revisión y adecuación a momentos históricos y contextos sociales, aunque siempre prevaleciendo su objetivo primario de «identificar y separar y poner en relación, lo que es culturalmente construido de/con lo que es natural» (Ortiz, 2002).

El género puede entenderse en dos sentidos diferenciados, aunque interconectados:

- El género como sistema de relaciones sociales. Este nivel alude básicamente a las estructuras y dinámicas de relación e interacción entre mujeres y varones; concretamente hace referencia al «sistema de relaciones sociales, simbólicas y psíquicas en las que se sitúa de forma diferente y desfavorable a las mujeres (y todo lo considerado como femenino), respecto a los varones (y lo considerado masculino)» (Ortiz, 2006).

- El género como categoría analítica, que permite aprehender, indagar e interpretar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres dentro de sus contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos. Como herramienta de análisis, también permite visualizar las concepciones diferentes que hombres y mujeres tienen de sí mismos y de sus actividades (Harding, 1986).

La incorporación del género contribuye a mirar desde un nuevo prisma una determinada área de investigación, posibilitando el diseño de nuevas cuestiones y marcos de trabajo. Además, el género es una herramienta muy poderosa para la revisión crítica y la denuncia de las desigualdades e inequidades entre mujeres y hombres (Adán, 2006). La mirada de género pretende resaltar que un análisis de la salud que no integre la dimensión de género no da cuenta de la realidad y no es coherente para enfrentar las desigualdades en salud (Gómez, 2002). En definitiva, la incorporación de la perspectiva de género en salud supone el planteamiento de nuevos desafíos éticos y metodológicos que exigen una reconfiguración de la investigación en salud (WHO, 1998).

2.
Género y salud

«La desigualdad social entre hombres y mujeres
no es consecuencia de la desigualdad natural,
sino que, por el contrario, es la propia desigualdad
social y política la que produce teorías que postulan
la inferioridad de la naturaleza femenina»

Poulain de la Barre, 1674

Este capítulo ofrece un primer acercamiento conceptual a términos que aparecerán de forma constante en esta guía, como género, sexo, diferencia y desigualdad. También pretende dibujar los ejes teóricos para explicar e interpretar la relación entre género, salud y otros factores de desigualdad en salud; coordenadas, dentro de las cuales adquieren sentido las recomendaciones propuestas.

2.1. Sexo y género

Los términos sexo y género han estado, y están, sometidos a examen y reformulación constante, según época, lugar y enfoque teórico. Por ello, contamos con un amplio abanico de definiciones. A continuación, se ofrecen algunas definiciones ampliamente aceptadas, tras las

cuales se suman comentarios que suscitan el debate actual. Como vemos, sexo y género vienen a entroncar en un viejo debate en relación a la divisoria entre naturaleza y cultura, aunque los marcos explicativos comienzan a romper con esta dicotomía buscando el entramado social complejo que subyace tras el proceso de salud-enfermedad-atención[2] (Krieger, 2003).

→ **Sexo** «es un concepto basado en las características biológicas que posibilitan la reproducción sexual. Las categorías sexuales incluyen mujer, hombre, intersexual —persona que nace con características sexuales tanto femeninas como masculinas— y transexual —persona que se somete a intervenciones quirúrgicas u hormonales para cambiar de sexo—» (Krieger, 2001). Habitualmente, el término «sexo» suele usarse para designar diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre mujeres y hombres.

Recientemente, se discute que el concepto «sexo» también es una construcción social.

→ La noción de **«género»** gira alrededor de la idea de que «lo femenino» y «lo masculino» —si nos atrevemos «lo intersexual» y «lo transexual»—, no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales. ¿Qué significa esto? Que cuando hablamos de «género» nos referimos a un sistema de relaciones sociales que establece normas y prácticas sociales para los hombres y las mujeres, y a un sistema de relaciones simbólicas que proporciona ideas y representaciones. Las atribuciones de género e identidades individuales varían en un espectro diverso y las relaciones de género cambian entre diferentes sociedades y en una misma sociedad, en función de divisiones sociales basadas en premisas de poder, autoridad y prestigio —por ejemplo, clase social, etnia, o nacionalidad— (Krieger, 2001). Ello supone considerar el género como uno de los ejes fundamentales que organizan la vida social, pues hace una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales, sumando o restando oportunidades. De ahí que sea un determinante de la salud.

→ En los cuadros 2.1 y 2.2 se resumen las características del concepto de género así como los usos inapropiados del término.

Cuadro 2.1. Características del concepto de género

Relacional	No se refiere a mujeres o a hombres aisladamente, sino a las relaciones que se construyen socialmente entre unas y otros.
Asimétrico / jerárquico	Las diferencias que establece entre mujeres y hombres, lejos de ser neutras, tienden a atribuir mayor importancia y valor a las características y actividades asociadas con lo masculino y a producir relaciones desiguales de poder.
Cambiante	Los roles y las relaciones se modifican a lo largo del tiempo y espacio, siendo susceptibles a cambios por intervenciones.
Contextual	Existen variaciones en las relaciones de género de acuerdo a etnia, clase, cultura, etc.
Institucionalmente estructurado	Se refiere no sólo a las relaciones entre mujeres y hombres a nivel personal y privado, sino a un sistema social que se apoya en valores institucionales, legislación, religión, etc.

Fuente: Adaptación a partir de OPS, 2004.

Hay que cuidarse de no hablar de dos «géneros» en plural, el femenino y el masculino, ligados a la existencia de dos sexos biológicos, porque lleva a visualizar el género en función de la vida de los hombres y las mujeres por separado; y porque además se ignoran modelos de relación no heterosexuales.

Cuadro 2.2. Usos inapropiados del término de género

- Sustituir sexo por género
- Sustituir mujeres por género
- Sustituir feminismo por género
- Sustituir jerarquía (o desigualdad) por complementariedad
- Hablar de dos géneros (masculino y femenino)

Fuente: Ortiz, 2002.

→ Las **relaciones de género** son aquellas relaciones sociales determinadas por el sexo de las personas, que crean diferencias en la posición relativa que mujeres y varones tienen en la sociedad. Suelen ser asimétricas y situar a las mujeres en una posición de desigualdad (Ortiz, 2002). Ello supone que, desde una perspectiva relacional, el enfoque de género en salud trasciende el campo de la «salud de las mujeres» e incluye ineludiblemente a los hombres (Esteban, 2006).

2.2. Diferencia y desigualdad de género en salud

A la hora de investigar, conviene distinguir entre estos dos conceptos que, a menudo, se emplean como sinónimos pero que no lo son.

De forma operativa, si hablamos de **diferencia** nos referimos a las diferencias en materia de salud debidas a las características biológicas de los sexos.

> Hablar sólo de diferencias biológicas conlleva el peligro de insinuar que «anatomía es destino». Se recomienda ampliar la mirada considerando también los determinantes sociales o discutir los resultados de investigación reconociendo la concreción del enfoque.

Gracias a las aportaciones historiográficas, podemos ir a las raíces teóricas del concepto. Sabemos que, sobre todo desde el siglo XIX, los saberes médicos se radicalizan en el estudio incisivo de la diferencia sexual; recibiendo un fuerte apoyo por la teoría de la herencia de Mendel (1822) y la teoría evolucionista de Darwin (1871). En estos modelos, el dimorfismo sexual no se queda en constatar las diferencias relativas de los cuerpos sino que es la clave para justificar las diferencias sociales entre mujeres y hombres porque se parte de una concepción negativa de la diferencia, donde la mujer es inferior o complemento del varón. Por ejemplo, si las mujeres no podían desempeñar algunas actividades era porque su constitución femenina se lo impedía. Y de empeñarse en ello podían caer en enfermedades «exclusivas» de su sexo —como la histeria— y ser dominadas por el útero al ser mentalmente débiles, hipersensibles, pasivas y, resumiendo, inestables (Jagoe, 1999). Hoy día, se mantiene una corriente investigadora que

sigue sosteniendo que las diferencias en salud entre hombres y mujeres tienen únicamente una explicación biológica.

Frente a esta posición, investigar desde una perspectiva de género implica reconocer las diferencias y las similitudes en el estado de salud de las mujeres y los hombres; partiendo de la base de que tan erróneo es buscar la igualdad en la salud donde hay diferencias como asumir diferencias donde no existen (Esteban, 2006). Asimismo, sin excluir los factores biológicos, este análisis se interesa por las desigualdades en salud que son construidas social y culturalmente, y que, por tanto, son cuestionables y modificables.

→ Cuando hablamos de **desigualdad de género en salud** nos referimos a la disparidad en materia de salud entre mujeres y hombres, sistemática, innecesaria, evitable e injusta (Braveman, 2006). La desigualdad conlleva distintas oportunidades para gozar de salud al condicionar la mortalidad, la vulnerabilidad a enfermar, la carga de enfermedad y discapacidad, y el acceso y la calidad de la atención sanitaria.

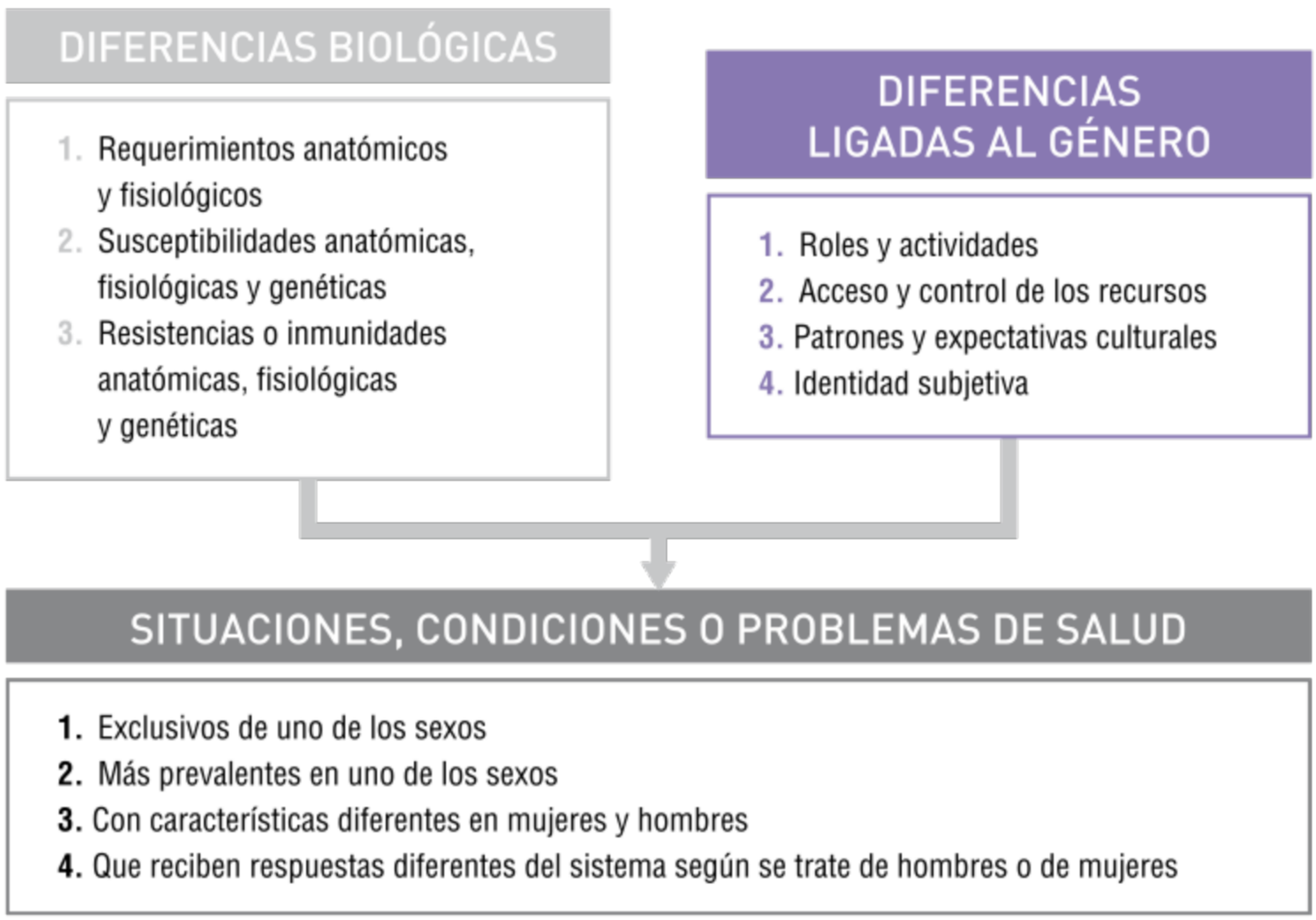
→ En relación al estudio de las desigualdades de género en salud, y de la mano de la Epidemiología Social, aparece el concepto de **expresión biológica de la desigualdad social** que «se refiere a cómo las personas incorporan (literalmente) y expresan biológicamente sus experiencias de desigualdad económica y social, desde la vida intrauterina hasta la muerte, produciendo así desigualdades en una amplia gama de aspectos de la salud» (Krieger, 2001).

Este término ha ido tomando forma en el pensamiento epidemiológico, desde la aparición de la disciplina en el siglo XIX, aunque no se haya llamado así expresamente. Como ejemplo valgan las investigaciones pioneras acerca de los gradientes socioeconómicos y el efecto de la pobreza sobre la mortalidad y la morbilidad de la época. Otros términos relacionados interesantes son: a) «perspectiva vital» (lifecourse perspective) que consiste en ver cómo el estado de salud de una determinada cohorte a cualquier edad refleja no solo las condiciones actuales, sino también la incorporación de circunstancias vitales anteriores. Busca trazar la trayectoria biológica y social de las personas a lo largo del tiempo, modelada por el período histórico que les tocó vivir, en relación con el contexto social, económico, político, tecnológico y ecológico de su sociedad»; y b) «incorporación» (embodiment) que es un concepto fundamental para entender las relaciones entre el estado de nuestros cuerpos y el cuerpo político (Krieger, 2001).

2.3. El género como determinante de la salud

Siguiendo el epígrafe anterior, puede apreciarse que se perfilan dos tipologías de modelos para explicar las diferencias en el estado de salud entre mujeres y hombres: los modelos biológico-genéticos y los modelos socioculturales. Ningún modelo por sí solo puede proporcionar un marco completo de análisis. Un buen modelo sería aquel que tiene en cuenta el hecho de que existen efectos recíprocos entre el sexo y el género (García-Calvente, 2004).

Figura 2.1. Origen de las diferencias en el proceso salud-enfermedad-atención



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2004.

Existen múltiples enfoques teóricos dependiendo del objeto de estudio y de los factores a los que se dé relevancia. A continuación, y con carácter orientativo, se presentan dos esquemas relevantes. Uno es el modelo conceptual propuesto por el *Gender and Health Group* de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool (2000). Y otro es el propuesto por la *Women and Gender Equity Knowledge*, en un informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (Sen, George, Östlin, 2007).

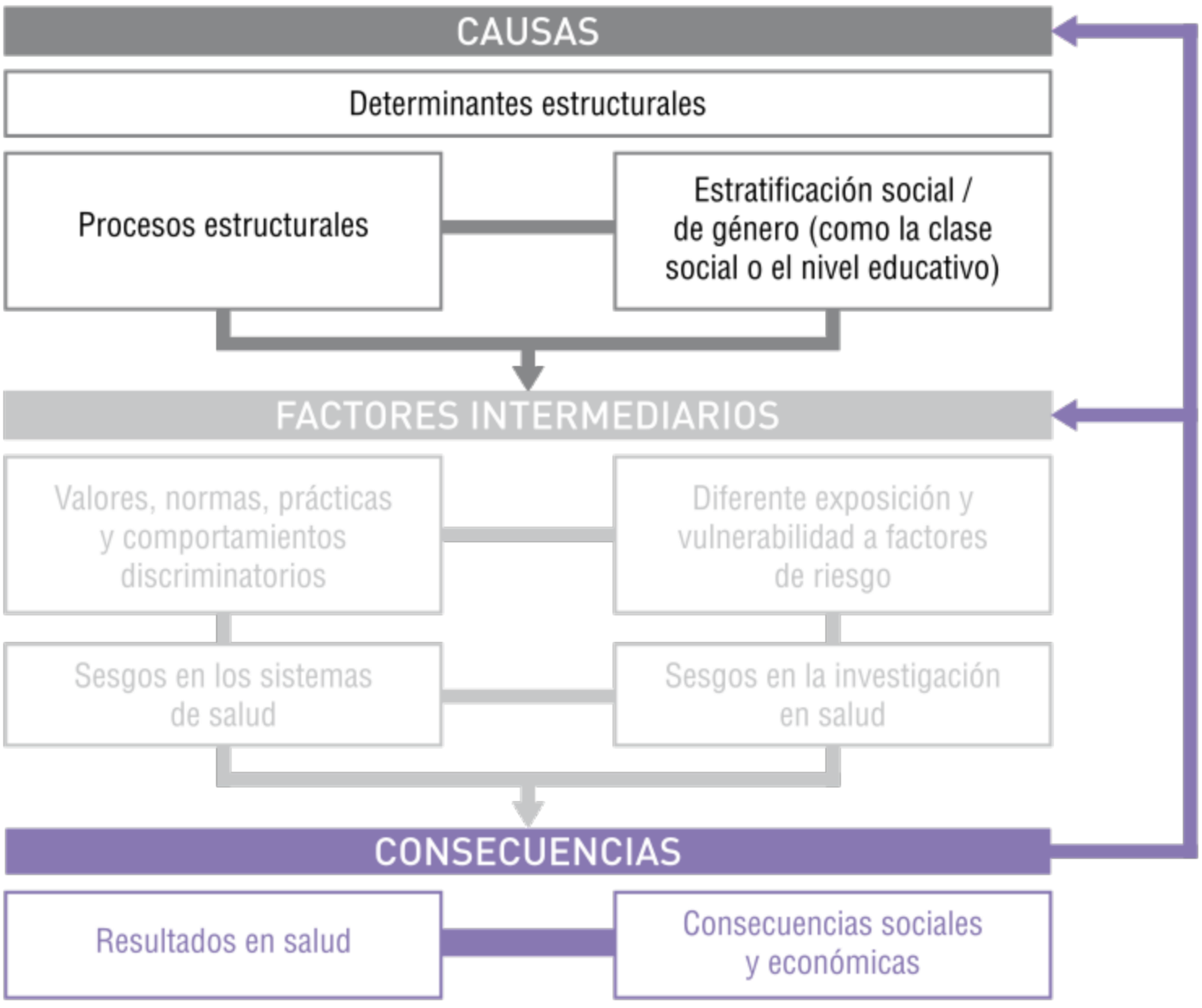
El modelo de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool (figura 2.1.) establece un conjunto de cuestiones a responder analizando las diferencias o semejanzas entre las mujeres y los hombres en: a) las pautas de salud-enfermedad-atención que supone conocer quién enferma, de qué se enferma, dónde se enferma y cuándo se enferma; b) los factores que afectan a quienes enferman; y c) los factores que afectan a la respuesta frente a la salud-enfermedad. Para abordar estas cuestiones es necesario poner estos factores en su contexto social, económico, cultural y político, analizando si existen diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a la toma de decisiones, acceso y uso de los recursos, roles y actividades y normas de género en los siguientes niveles de la vida social: hogar, comunidad, sistema político, sistema económico, relaciones internacionales y sistemas de atención a la salud.

Figura 2.2. Modelo para el análisis de género en salud de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool (2000)



El segundo modelo propuesto para explicar el papel del género como determinante de la salud (figura 2.3) subraya el estudio de las causas, factores y consecuencias de las desigualdades entre los sexos (Sen, 2007). Dentro de las causas, vincula el género con determinantes estructurales que afectan a la salud. Respecto a los factores intermedios, incorpora el género como elemento que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que conllevan la exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo diferenciales. También, y más novedoso, considera cómo el ordenamiento social de lo femenino y lo masculino se refleja en los sistemas de salud introduciendo sesgos de género en la investigación y en la atención sanitaria (García-Calvente, 2008). Ello genera consecuencias en los resultados de salud y consecuencias económicas y sociales.

Figura 2.3. Modelo conceptual sobre el papel del género como determinante social de la salud



Fuente: Sen, George, y Östlin, 2007.

3.

Problemas y sesgos de género en la investigación en salud

La ceguera o el sesgo de género constituye un grave defecto que introduce una forma muy seria de error dentro de la investigación científica

Margrit Eichler et al., 1992

3.1. Sesgos de género en la investigación en salud

Es importante tomar conciencia de los problemas que desde una mirada de género pueden estar presentes en la investigación para poder evitarlos y corregirlos. Conocer las limitaciones del sistema hegemónico de hacer ciencia ha de ser necesariamente el primer paso para proponer estrategias alternativas que contribuyan a la igualdad de oportunidades en la ciencia y a la reducción de las desigualdades de género en salud. Los problemas y sesgos de género más

importantes han sido sintetizados por Margrit Eichler (2001) en tres grandes tipos: androcentrismo, dobles estándares e insensibilidad de género; problemas que dan lugar a una serie de malas prácticas que se resumen en la figura 3.1.

Figura 3.1. Sesgos de género y malas prácticas en la investigación en salud



3.1.1. Androcentrismo

En sentido amplio, el problema del androcentrismo se refiere a las formas de conocimiento e implica la adopción de una perspectiva masculina. Afecta tanto a la práctica de la investigación como a la construcción de planteamientos teóricos (Harding, 1996; Eichler, 1992, 2001) y está presente en todas las ramas del saber. Supone utilizar en cualquier investigación o análisis una posición que surge de la experiencia social masculina, y específicamente, de la de los varones occidentales, blancos y de clase media. El androcentrismo implica la identificación de lo masculino con lo humano en general, y a su vez, la equiparación de lo humano con lo masculino, lo que lleva a constituir lo masculino como norma (Ortiz, 2006). El androcentrismo contribuye a la invisibilización de las mujeres, a la omisión de su experiencia social y a la solidificación de estereotipos fundados en la naturaleza. Esta forma de conocimiento es un obstáculo muy frecuente en la investigación en salud y puede manifestarse a través de las siguientes prácticas:

→ Consideración de los varones y sus experiencias y problemas como la norma frente a la cual las mujeres son valoradas.

En la investigación en salud, por lo general, las experiencias y condiciones de salud observadas en los hombres han sido extrapoladas a la situación de las mujeres. Un caso claro es el de las enfermedades cardiovasculares, donde se ha partido de la asunción de que las mujeres mostraban los mismos síntomas que los hombres, por ejemplo, en los ataques al corazón. La evidencia ha demostrado que no es así y, en consecuencia, el diagnóstico de esta dolencia de las mujeres suele ser subestimado y tardío.

→ *Ginopía* o invisibilización de las mujeres en la investigación, que se manifiesta en la infrarrepresentación o exclusión de las experiencias de las mujeres en temáticas, espacios o problemas considerados tradicionalmente como masculinos.

Esto suele ocurrir en el estudio de fenómenos donde los varones han tenido una mayor presencia, recursos y poder, como el caso de estudios sobre empleo o política. Pero también en temáticas de salud masculinizadas, como las enfermedades cardiovasculares o el cáncer de pulmón.

→ Aceptación de la dominación masculina como «normal». Esta aceptación proviene de una mentalidad que justifica y legitima la dominación del hombre sobre la mujer y la consideración de las mujeres como grupo subordinado y dependiente.

Este sesgo se suele materializar en la selección de las variables de estudio, cuando para estudiar las situaciones de las mujeres se emplean variables referidas a los varones, como es el caso de la variable «cabeza de familia» o al asignar a la mujer la clase social del esposo.

3.1.2. Insensibilidad de género

El problema de la insensibilidad de género consiste en no contemplar el sexo como variable ni la dimensión del género en contextos donde son significativos. Supone no cuestionar que situaciones aparentemente similares o idénticas puedan tener efectos diferentes y desiguales en mujeres y en hombres. La insensibilidad de género tiende a perpetuar los desequilibrios existentes entre mujeres y hombres, y puede tomar varias formas:

→ Desatención de las diferencias entre mujeres y hombres en su relación con el proceso salud-enfermedad-atención.

Una mala práctica extendida es la no desagregación de las estadísticas por sexo. En numerosas temáticas de salud la no descomposición por sexo de datos e indicadores muestra una realidad incompleta y distorsionada, como es el caso del consumo de tabaco donde las tendencias en las prevalencias de mujeres y hombres son bastante dispares.

→ Descontextualización. Consiste en ignorar el contexto social, económico y cultural en el que se desenvuelven las relaciones sociales entre mujeres y hombres y cuya consideración ayuda a conocer la influencia de las desigualdades de género en salud.

Por ejemplo, para entender los riesgos específicos de las mujeres frente al sida es preciso profundizar en el contexto histórico, social, económico y cultural donde se dan dichos factores. Durante la primera década de la expansión de la epidemia se

consideraba que no afectaba a las mujeres, a causa de una definición estrecha de la enfermedad (hombres homosexuales, hemofílicos y usuarios de drogas; considerándose las mujeres con mayor riesgo de infección prostitutas y drogadictas). Posteriormente, cuando se empezó a prestar atención al contexto de la epidemia (sobre todo de la mano de la Antropología Social) se enfatizó en las relaciones entre pobreza y género como uno de los mayores factores de riesgo de infección para las mujeres (por ejemplo, contagio heterosexual y problemas para negociar el uso del preservativo; en definitiva, las relaciones de poder entre los sexos).

→ Consideración del hogar o la familia como unidad de análisis sin tener en cuenta sus componentes *(householdism)*. Esta práctica implica ignorar las diferentes situaciones de las personas integrantes de ese agregado social en relación a la temática de estudio. Esto no significa que no deba usarse la familia como unidad de análisis, sino que no hay que perder de vista las desigualdades, en responsabilidades y recursos, de los diferentes miembros.

  Este sesgo ocurre de manera frecuente en relación al cuidado informal de personas dependientes, cuando se asume que este cuidado es dispensado por «la familia», sin tener en cuenta que afecta directamente a ciertos miembros de la misma, habitualmente mujeres y de ciertas generaciones y clases sociales.

3.1.3. Dobles estándares

Este sesgo consiste en utilizar diferentes criterios para tratar y evaluar situaciones o problemáticas sustancialmente parecidas o idénticas para los sexos. Vendría a ser el problema inverso a la insensibilidad de género. Los dobles estándares pueden manifestarse básicamente de dos maneras:

→ Dicotomismo sexual. Supone entender a los dos sexos como opuestos, extremando las diferencias sexuales y de género, sin que sus características se solapen o influyan el uno en el otro. En la práctica, este sesgo resulta en una exageración, e incluso en una invención, de las diferencias entre mujeres y hombres.

→ Reproducción de estereotipos sexistas. Supone tratar los estereotipos y prejuicios sexistas como si fueran una característica sexual parte de la naturaleza humana, y no una construcción social.

Son múltiples los ejemplos de dicotomismo sexual y esterotipificación presentes en la investigación en salud, sobre todo los que se refieren a la supuesta debilidad o inestabilidad mental y a los roles de género asignados a las mujeres, con frecuencia asociados a la maternidad y el cuidado. Estos estereotipos sexistas suelen interactuar y reforzarse con otro tipo de estereotipos que suelen afectar a minorías y grupos menos favorecidos, como los estereotipos etnicistas, clasistas o heterocéntricos.

Los problemas citados pueden manifestarse en el proceso de investigación y también en los procesos de evaluación, publicación y difusión de resultados. En este capítulo nos centramos en cómo los sesgos de género pueden afectar no sólo a los contenidos y procesos de la investigación, sino también a las personas implicadas, prestando especial atención a las desigualdades, barreras y discriminaciones que perjudican a las mujeres investigadoras. En el cuadro 3.1, se muestra un esquema de los principales problemas identificados.

Cuadro 3.1. Problemas que pueden afectar a la investigación, evaluación y difusión de resultados

NIVEL	AGENTES	CONTENIDOS Y PROCESOS
Investigación	Desigualdades de género en la carrera investigadora	Omisión del género en la construcción de los problemas de investigación Sesgos de género en el diseño y realización de la investigación
Evaluación	Desequilibrios de género en las comisiones de evaluación	Sesgos de género en los criterios de evaluación de la calidad científica
Difusión	Desigualdades de género en las oportunidades de publicación	Sesgos de género en la presentación y difusión de los resultados de la investigación

3.2. En el proceso de investigación

3.2.1. Desigualdades en la carrera investigadora

Un primer gran problema en la investigación en salud, desde una visión de género, se vincula con las desigualdades y discriminaciones entre los sexos que aún persisten en la generación del conocimiento científico (Osborn, Rees, Bosch et al., 2000; Comisión Europea, 1999, 2001; Comisión Mujeres y Ciencia del CSIC, 2005). Se ha denunciado el «papel desproporcionado que desempeña el género en la probabilidad de que una persona ingrese en la comunidad científica, permanezca en ella y vea su trabajo reconocido» (Osborn, Rees, Bosch et al., 2000). A pesar del incremento en las últimas décadas del número de mujeres con estudios universitarios y que deciden hacer carrera investigadora, se observa una baja presencia de éstas en los niveles más altos de la jerarquía científica (Comisión Mujeres y Ciencia del CSIC, 2005; Grupo de Opinión del Observatori de Bioética i Pret, 2004). Las principales barreras y discriminaciones a las que se han de enfrentar las mujeres investigadoras se pueden resumir en las siguientes:

→ Influencia de estereotipos sexistas imperantes en la ciencia, que operan como mecanismos indirectos de discriminación y que sostienen la consideración de la investigación como *profesión masculina* (Osborn, Rees, Bosch et al., 2000).

Desde los sistemas educativos y los medios de comunicación se continúan reproduciendo estereotipos sexistas en torno a la profesión científica como una ocupación de hombres, desanimando a las chicas a iniciar una carrera investigadora (Comisión Europea, 2001).

→ Dificultades de acceso a la carrera investigadora, lo que se traduce en el elevado porcentaje de desempleo y subempleo entre las mujeres científicas.

Las mujeres que permanecen en la carrera científica sufren un trato discriminatorio y tienen contratos más precarios y becas de menor importancia que sus colegas masculinos (Comisión Europea, 1999).

→ División sexuada del trabajo científico, que se manifiesta en la segregación horizontal y vertical actualmente vigente en la investigación. Las mujeres investigadoras topan con un «techo de cristal», que les impide el acceso a puestos de mayor responsabilidad, estatus y remuneración. Así también, la rigidez de las características de la élite científica, especialmente en los organismos encargados de la toma de decisiones, dificulta la participación de las mujeres en los procesos de decisión de las políticas científicas.

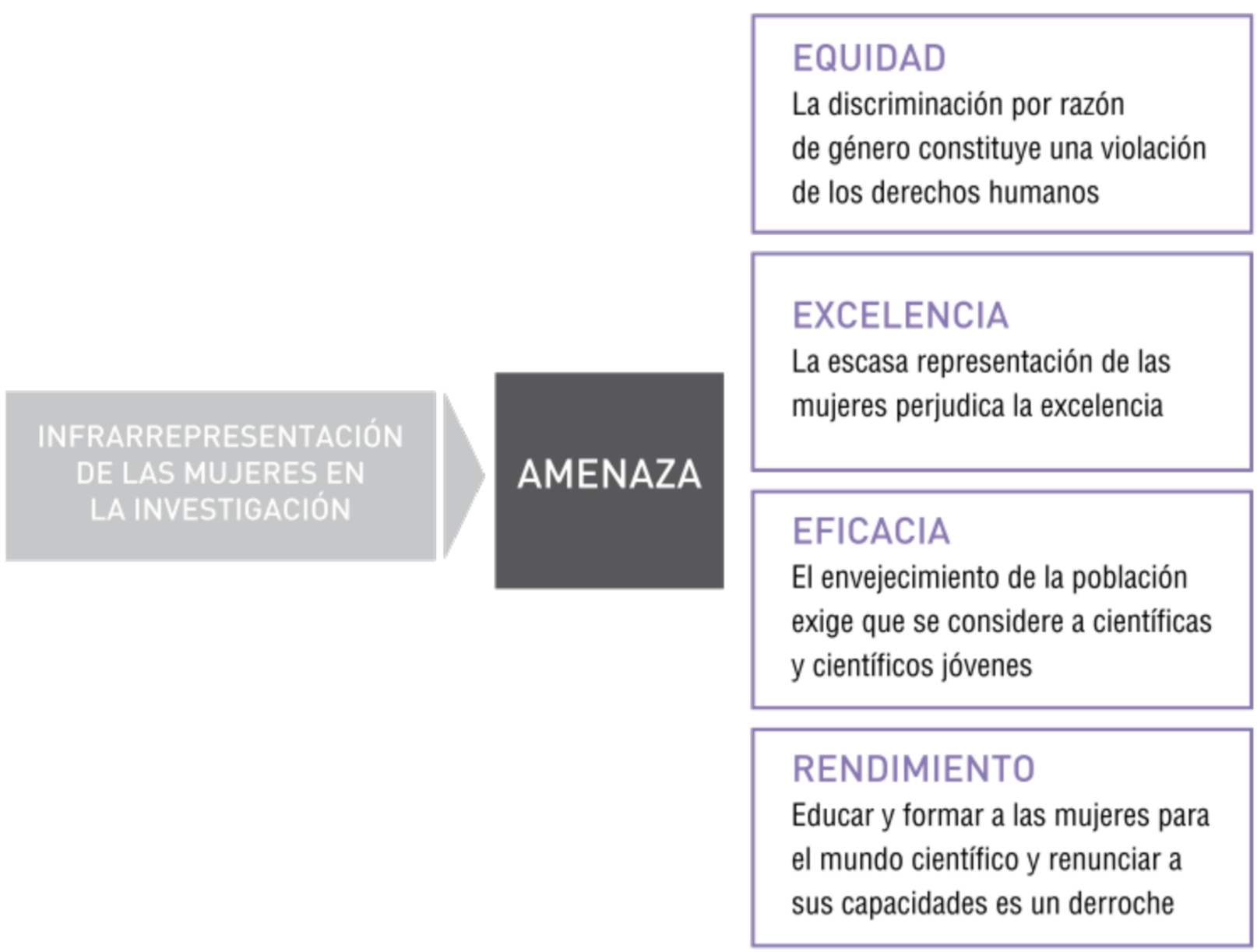
Las mujeres son muy poco numerosas en los estratos más altos de la investigación, incluso en las disciplinas en las que las tituladas son mayoritarias (Comisión Europea, 1999).En la mayoría de los Estados miembros, menos del 5% de los miembros de academias científicas son mujeres (Osborn, Rees, Bosch et al., 2000).

→ Obstáculos para alcanzar el «éxito académico». Los determinantes de la productividad en investigación son complejos y tienen un impacto irregular en la carrera de mujeres y de hombres. La influencia del puesto desempeñado, por lo general de menos categoría en el caso de las mujeres, las interrupciones debidas a la maternidad, las desiguales relaciones de poder en el trabajo, la repercusión de las redes en la creación y distribución de recursos y las desigualdades en las oportunidades de movilidad, influyen decisivamente en la promoción profesional de mujeres y hombres en la investigación. Tampoco debemos subestimar las consecuencias de la carga desigual del trabajo doméstico y familiar en el «éxito académico».

Hay claras evidencias de que los hombres disponen, en general, de más tiempo para invertir en sus carreras (Osborn, Rees, Bosch et al., 2000). La fuga o deserción de potenciales investigadoras pone en evidencia las limitaciones de las instituciones para la conciliación entre vida laboral y personal.

En la figura 3.2 se recogen las principales amenazas derivadas de la segregación ocupacional de las mujeres en la investigación.

Figura 3.2. Principales amenazas de la infrarrepresentación de las mujeres en la investigación



3.2.2. Omisión del género al caracterizar los problemas de investigación

El conocimiento científico en salud actualmente disponible está sesgado, siendo uno de los principales problemas la omisión del género (Laurila, Young, 2001). Históricamente, la investigación en salud ha examinado escasamente los problemas que afectan de forma particular a las mujeres y numerosas cuestiones han estado sesgadas mediante aproximaciones parciales y estereotipadas (WHO, 1998). Además, otro error frecuente ha sido la falta de reconocimiento de procesos causales interactivos, prestándose insuficiente atención a la interrelación entre el

género y otros factores de desigualdad social como la clase, la etnia o la orientación sexual (Östlin, Sen, George, 2004). Los principales sesgos de género relativos a la caracterización de los problemas de investigación en salud se pueden sintetizar en los siguientes:

→ Falta de reconocimiento de los problemas de salud de las mujeres.

Es el caso de la violencia doméstica o del cáncer de mama, que han sido reconocidos como problemas de las mujeres de forma relativamente reciente (Sen, George, Östlin, 2005) o de las lagunas e inconsistencias en la información sobre el embarazo (Grant, 2002).

→ Enfoques mal orientados o parciales sobre los problemas de salud que tienden a no reconocer los factores de riesgo y de protección de forma diferencial para mujeres y hombres.

La investigación sobre salud laboral suele estar sesgada hacia la conceptualización en términos masculinos del problema, al centrarse en sus manifestaciones físicas y en la accidentalidad (Sen, George, Östlin, 2005).

→ Descontextualización de los riesgos para la salud de las mujeres (Inhorn, Whitlle, 2001). En general, se ha prestado poca atención a las condiciones sociales, económicas y culturales que median en el proceso de salud-enfermedad-atención.

→ Falta de reconocimiento de las interacciones causales que influyen en la salud, específicamente de dos maneras: la comorbilidad y las interacciones entre factores sociales (Sen, George, Östlin, 2005).

→ Esencialización biológica de los problemas de salud de las mujeres a la dimensión sexual-reproductiva (Inhorn, Whittle, 2001). En la investigación en salud se ha detectado un doble reduccionismo que afecta a la restricción de la salud de las mujeres a su esfera biológica, concretamente, a los aspectos sexuales reproductivos.

En el modelo biomédico dominante las mujeres son consideradas como reproductoras, cuya salud (y en consecuencia, la de sus criaturas) está determinada por su capacidad para quedarse embarazadas, dar a luz, etc. Se tiende a hacer equivalente la «salud de las

mujeres» con «salud reproductiva», permaneciendo ocultos problemas para la salud de las mujeres que no están directamente relacionados con la reproducción (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, violencia, riesgos laborales, etc.).

→ Definiciones masculinas o femeninas de determinadas enfermedades, tanto a nivel científico y sanitario como a nivel de imaginario social.

Contamos con numerosos ejemplos. Destacan como «propias de varones» las enfermedades cardiovasculares o determinados tipos de cáncer como el pulmonar o el colorrectal; y como «propias de mujeres», enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad.

3.2.3. Sesgos en el diseño y ejecución de la investigación

Estas limitaciones afectan al proceso de construcción del objeto de conocimiento y también a la estrategia metodológica desde la cual se aborda su estudio. Los principales problemas detectados en este sentido son los siguientes:

→ Infrarrepresentación de las mujeres en los ensayos clínicos (Laurila, Young, 2001), derivada de la utilización de muestras integradas mayoritariamente por hombres. El resultado es que sus hallazgos sólo pueden ser aplicables a una mitad de la población, estando las mujeres excluidas del disfrute de los beneficios de la experimentación biomédica (Grant, 2002).

Históricamente, los ensayos clínicos han incluido en sus muestras mayoritariamente a hombres, extrapolando automáticamente los resultados a las mujeres, a partir de la presunción errónea de igualdad entre ambos sexos (Ruiz-Cantero, Verdú-Delgado, 2004). Varios han sido los argumentos esgrimidos para justificar la infrarrepresentación de las mujeres en las muestras clínicas, como la prevención del riesgo potencial de daño fetal, las inquietudes sobre el efecto de las fluctuaciones hormonales en el ciclo menstrual sobre los resultados de los estudios, y las dificultades para su reclutamiento —explicadas como dificultades de transporte e interferencias con las responsabilidades familiares y domésticas, entre otras— (NIH, 2002, 2003; NIDA, 2006). Factores que, sin duda, elevan los costes de investigación.

→ Omisión del sexo como variable de análisis, que suele manifestarse en las siguientes malas prácticas (Grant, 2002):
- No recoger los datos de forma diferenciada en función del sexo.
- No analizar los datos desagregados por sexo.
- No presentar los datos en el informe de resultados de forma específica y comparativa en función del sexo.

→ Consideración del sexo como cualquier otra variable (por ejemplo, de ajuste) sin estudiar sus interacciones ni ponerla en su contexto.

→ Omisión del género como categoría de análisis, que puede tomar diversas formas:
- Ceguera de género: consiste en no considerar la dimensión del género como categoría significativa para el abordaje e interpretación del problema de investigación. Esta omisión suele producirse como consecuencia de una falta de formación o concienciación en cuestiones relativas al género.
- Neutralidad de género: implica tomar asunciones neutrales sobre la dimensión del género, sin observar su importancia y asumiendo explícitamente que la no consideración del género —ni del sexo— es un criterio de no discriminación.
- Tratar el sexo como equivalente de género.

→ Cuantitativismo. La preeminencia de los métodos cuantitativos en las ciencias biomédicas ha ocasionado sesgos en las herramientas metodológicas (Doyal, 2003) que han mostrado su falta de adecuación para evaluar las desigualdades de género y sus efectos en la salud y en la dispensación de atención sanitaria. Este problema es causado por la falta de reconocimiento y comprensión de las ventajas de la metodología cualitativa y la relegación de los datos cualitativos a un rol suplementario, dotándoles, en muchos casos, de un valor meramente anecdótico.

3.3. En la evaluación de la investigación

3.3.1. Desequilibrios en las comisiones de evaluación

La ciencia es una institución social tradicionalmente dominada por hombres (y concretamente, occidentales y socioeconómicamente privilegiados) por lo que sus puntos de vista sobre la ciencia y el mundo se han plasmado en la definición de lo que es importante y relevante investigar (Comisión Europea, 2004). La función de «guardianes de la puerta» *(gatekeeping)* —ejercida por comisiones de evaluación, consejos de investigación, paneles científicos, equipos de revisión por pares y comités editoriales— es una de las funciones más importantes en investigación por su posición de influencia en la definición, evaluación y desarrollo de la excelencia científica, actuando como procedimiento de control y exclusión, pero también de facilitador de información, recursos y oportunidades (Husu, 2004). La infrarrepresentación de mujeres en estas posiciones afecta intrínsicamente a su capacidad de participar en la toma de decisiones y a la consolidación de prácticas discriminatorias sexistas, basadas en dobles estándares, a la hora de valorar la carrera científica (Comisión Europea, 2004).

3.3.2. Sesgos en los criterios de evaluación de la calidad científica

La incorporación de la perspectiva de género en los procesos de valoración de las tareas investigadoras no ha sido un tema de relevancia para las instituciones y personas responsables de la evaluación (Mottier, 2004). La asunción de una pretendida «neutralidad» de género parece concordar con los principios «indiscutibles» de la evaluación de la investigación, basados en la objetividad e imparcialidad, y en la preeminencia del mérito y la capacidad. Sin embargo, las discriminaciones que han sufrido y sufren las mujeres en la ciencia han sido puestas en evidencia desde diversas instancias nacionales e internacionales (Osborn, Rees, Bosch et al., 2000; Comisión Europea, 1999, 2001; Comisión Mujeres y Ciencia del CSIC, 2005). En este contexto, se ha señalado la incapacidad de las instituciones de investigación para asumir los cambios sociales y las disfunciones de un sistema de evaluación de la excelencia científica an-

drocéntricamente sesgado (Palomba, 2004; Brouns, 2004; Comisión Europea, 2005). Aunque la discriminación directa y explícita por sexo está prohibida desde hace tiempo en los sistemas de evaluación de la investigación, todavía persisten mecanismos implícitos, informales y no reconocidos, que frenan la carrera de las mujeres investigadoras. Si bien la calidad científica tiene un enorme peso en la evaluación de las propuestas, también es preciso tener en cuenta la influencia del género. Parece ser que el mérito y el talento no son condiciones suficientes para llegar a ser un investigador o investigadora de éxito. Los recursos, el tiempo, las redes sociales, los estímulos y los obstáculos, que están desigualmente distribuidos entre los sexos, son prerrequisitos necesarios (Comisión Europea, 2004).

La configuración de la carrera investigadora sobre parámetros masculinos ha contribuido a que los determinantes de la excelencia científica resulten más favorables a los varones. La labor investigadora está socialmente concebida como un trabajo que requiere un elevado número de horas de dedicación, que en la mayor parte de las ocasiones resulta incompatible con el disfrute de una vida familiar y/o personal. Esta especie de devoción plena a la ciencia, con exclusión de otras actividades, ocupaciones o responsabilidades, es reflejo de la concepción de una división sexuada del trabajo, que beneficia a los hombres que deciden desarrollar una carrera científica y penaliza a las mujeres (Comisión Europea, 2004). Es lo que se ha llamado «bono masculino», porque son los hombres los que ganan en esta organización del trabajo científico basado en la dedicación exclusiva y la competencia extrema (Thorvaldsdóttir, 2004).

Por otra parte, el sistema de medición de la excelencia se ha basado tradicionalmente en la productividad científica, estableciéndose como un criterio objetivo y cuantificable de los resultados de la labor investigadora. Pero los determinantes de la productividad son complejos y centrar la calidad meramente en la cantidad trabajos publicados resulta excesivamente simplista y reduccionista. En primer lugar, porque los indicadores bibliométricos no son los mejores indicadores para medir la excelencia científica al no medir el impacto potencial ni la calidad de las publicaciones (Palomba, 2004). Un efecto perverso del sistema es que quienes investigan reaccionan frente a estos criterios de excelencia produciendo más y más publicaciones, lo que contribuye a crear una atmósfera individualista, jerárquica, competitiva y cuantitativista (Hearn, 2004).

Las malas prácticas, desde un punto de vista de género, más usuales que aparecen en la evaluación de la excelencia científica afectan a los siguientes aspectos (Comisión Europea, 2004):

- Práctica de lo que se puede denominar «neutralidad de género». Se suele apelar a los principios de «imparcialidad» y «objetividad», para no considerar el género como factor relevante o influyente en la evaluación de la calidad científica (Hearn, 2004).

- Evaluación de la excelencia científica fundamentalmente construida en función de la productividad científica, medida por la cantidad de trabajos publicados y valorada por el impacto de las publicaciones y la frecuencia de citas de los trabajos.

- Elección de indicadores explícitos e implícitos para medir la excelencia científica, que priman más la cantidad de la producción científica que la calidad de la misma y su impacto académico y social. Estos indicadores, por tanto, perjudican a las mujeres investigadoras, en general, con mayores obstáculos para acceder a los recursos, redes sociales o para asumir este estilo competitivo y acumulativo.

- Prejuicios y estereotipos sexistas, que todavía están ampliamente extendidos en la ciencia, y que desembocan en diferentes estándares de valoración de la competencia científica de mujeres y de hombres, y en prácticas discriminatorias (Foschi, 2004) como las siguientes:
  - Posicionar a las mujeres en el campo de la Ciencias Sociales y Humanas, a las que se asocia rol subordinado, auxiliar y eventual en la investigación (Osborn, Rees, Bosch et al., 2000).
  - Mantener expectativas preconcebidas acerca del número y tipo de publicaciones que realizan las mujeres (WISELI, 2006).
  - Subestimar o atribuir los resultados de la investigación realizada por mujeres a otros miembros varones de los equipos de investigación (WISELI, 2006).
  - Realizar asunciones infundadas sobre posibles responsabilidades familiares de las mujeres y su peso negativo en la labor investigadora (WISELI, 2006).
  - Tomar asunciones negativas sobre la integración de las mujeres en las dinámicas y ambientes de la investigación (WISELI, 2006).

→ Sobrevaloración de las personas investigadoras de mayor fama y prestigio. Es lo que se conoce como «efecto Matilda»[3] (Rossiter, 1993), que pretende denunciar el hecho de que las mujeres científicas han sido y son ignoradas o desestimadas en los créditos del trabajo científico. Este efecto se sigue produciendo hoy día y se ha comprobado que en el contexto español las mujeres han estado tradicionalmente ocultas o en un segundo plano de la producción de conocimiento científico (Santesmases, 2000; García de León, 2005).

→ Infravaloración de actividades docentes, de gestión, asistencia y tareas profesionales ligadas al rol de la investigación, que suelen ser desempeñadas por mujeres como consecuencia de contratos temporales y posiciones laborales precarias.

→ Construcción social de la carrera investigadora como una trayectoria continua e ininterrumpida. Lo que constituye un elemento clave en las evaluaciones de las carreras científicas, lo cual responde a una visión de la vida profesional masculina (Thorvaldsdóttir, 2004). La confusión entre tiempo vital y tiempo de investigación ha perjudicado a las carreras de las mujeres, a menudo obstaculizadas por responsabilidades familiares.

→ Desequilibrios de género en la configuración de redes de investigación. En investigación, el éxito no depende sólo de las ideas, sino también de los recursos. Por esto, las personas que pertenecen a grupos grandes y bien conectados tienen una ventaja competitiva respecto a los que se enmarcan en grupos pequeños, pues con frecuencia el tamaño del equipo está relacionado con el número y la cuantía de las ayudas nacionales e internacionales (Hearn, 2004).

Diversos estudios muestran que los recursos de investigación que se asignan a las mujeres son muy inferiores a lo que cabría esperar teniendo en cuenta su número (Osborn, Rees, Bosch et al., 2000). Además de la participación en grupos de investigación, las redes informales y el capital social juegan un papel esencial en el intercambio de información, en la definición de la agenda, en el control de los recursos y en la toma de decisiones. La inclusión en las redes adecuadas puede suponer contar con oportunidades que otras personas ajenas a tales redes ni conocen ni pueden acceder, sobre todo en los mercados de trabajo menos formalizados, como sucede en investigación (Comisión Europea, 2004). Sin embargo, la presencia y el poder de las mujeres en

estas redes son limitados, y dada la naturaleza informal de éstas complica la implementación de fórmulas de integración.

→ Prácticas discriminatorias y sexistas por parte de comités científicos y de evaluación, como las siguientes:
- Menor atención a los trabajos de las mujeres investigadoras respecto a sus colegas varones (Thorvaldsdóttir, 2004).
- Desaprobación y silenciamiento del trabajo realizado por investigadoras mujeres (Hearn, 2004).
- Críticas negativas y correcciones con mayor frecuencia respecto a sus homólogos hombres (Thorvaldsdóttir, 2004).

→ Tendencia de los sistemas de evaluación a la reproducción social y al conservadurismo científico. Una especial dificultad es la resistencia a valorar positivamente la innovación o el planteamiento de temas novedosos por los grupos de pares, lo que dificulta la dinámica y el avance científico, y afecta particularmente al desarrollo de estudios de género como área emergente de investigación (Hearn, 2004).

La evidencia disponible muestra que los estudios de género son valorados como estudios marginales, «interesantes», pero no centrales para el avance en el conocimiento del campo en cuestión. La falta de atención por la investigación de género se manifiesta en la ausencia de paneles específicos para evaluar los estudios en este campo (Rees, 2004).

→ Subjetividad en el sistema de revisión por pares. La evaluación por pares es el sistema predominante de valoración para distribuir entre la comunidad investigadora la mayoría de las ayudas y otros recursos que ésta necesita para llevar a cabo sus tareas y para valorar los méritos de los trabajos académicos. El proceso de evaluación por pares se basa en el presupuesto de que las personas que investigan son las más preparadas para juzgar a sus homólogos o pares y las más adecuadas para preservar a la ciencia de las presiones sociales (Brouns, 2005). Y asume al mismo tiempo que las personas evaluadoras están exentas de prejuicios sociales y que sus valoraciones son objetivas e imparciales, cuestión que ha sido ampliamente discutida (Osborn, Rees, Bosch et al., 2000).

3.4. En la difusión de resultados de la investigación

3.4.1. Desigualdades en las oportunidades de publicación

La dinámica social del proceso de publicación y de citación no sólo se mueve por criterios de talento y de capacidad, sino que también hay otros factores importantes que inciden de manera diferencial según el género. El capital social, la participación activa de las redes científicas y las posiciones de poder mantenidas, lo que habitualmente se da con mayor frecuencia entre investigadores varones, juegan un papel fundamental en este proceso. Las mujeres investigadoras experimentan mayores dificultades para publicar y para ser leídas y citadas por sus colegas, lo que sin duda, afecta a su prestigio y visibilidad, y consecuentemente, en su capacidad de publicación. Los datos disponibles indican que las mujeres publican menos que sus colegas masculinos, aunque esto puede variar en función de la disciplina (Kaplan et al., 1996), y que publican de manera diferente en cuanto a los idiomas y tipos de publicación (Palomba, 2004).

En el estudio de Schiaffino, García y Fernández (2001) sobre la primera autoría de los artículos de revistas biomédicas y de salud pública, obtuvieron que sólo en un 29,3% la persona que firmó en primer lugar fue mujer. Y en otro estudio llevado a cabo por Ortiz, Birriel y Ortega del Olmo (2004) se confirma que las mujeres presentan un menor porcentaje de publicaciones, si bien en la mayoría de los casos las revistas no indicaban los nombres de pila de las personas firmantes. También se encontraron diferencias significativas respecto al tipo de publicación en función del sexo: las mujeres solían publicar en mayor porcentaje artículos originales y, en menor medida que sus compañeros, editoriales (Kurichi et al., 2005; Jagsi, 2006).

3.4.2. Sesgos en los procesos de revisión y aceptación de manuscritos

El procedimiento más aceptado entre la comunidad científica es la evaluación de los trabajos científicos por otras personas investigadoras o pares. La revisión por pares juega un rol central en la publicación de las investigaciones, ya que se encarga de identificar los defectos metodológicos y de realizar recomendaciones para mejorar la calidad de los escritos (Schroter et al., 2006; Rowland, 2002). En orden a salvaguardar la objetividad y la imparcialidad del proceso de revisión, se sugiere la realización de revisiones ciegas y revisiones enmascaradas, ocultando las identidades de las personas firmantes (Cho et al., 1998; Ross et al., 2006). También se ha propuesto la realización de comentarios abiertos por pares después de la publicación de los trabajos (Rowland, 2002). No obstante, y a pesar de que la revisión por pares se considera intrínsecamente como un criterio objetivo, ha recibido numerosas críticas, especialmente en el ámbito de la investigación biomédica. Revistas como *JAMA* y *British Medical Journal* han dedicado amplios espacios para debatir los problemas y sesgos de la revisión por pares[4]. En este sentido, se han denunciado los «privilegios bibliométricos», que habitualmente benefician a los varones investigadores (Comisión Europea, 2004) y que derivan de las normas y rutinas de los procesos de publicación (Addis, 2004). Los problemas fundamentales se refieren a:

→ Subjetividad respecto a la elección de las personas revisoras y a las decisiones de aceptación o rechazo de los manuscritos (Rowland, 2002).

Se ha constatado que diversos factores afectan a la calidad de las revisiones, como la edad de quien revisa, si investiga actualmente, su formación de postgrado o especialidad (Black et al., 1998).

→ Sesgos discriminatorios por razón de nacionalidad, lenguaje, sexo o institución de origen (Rowland, 2002).

Se ha observado un sesgo a favor de las personas firmantes procedentes de Estados Unidos y de otros países angloparlantes y de instituciones académicas de prestigio (Ross et al., 2006). Los estudios disponibles indican que el sexo de las personas revisoras y de las personas editoras también ejerce una enorme influencia en los resul-

tados de las revisiones y en la aceptación o no de los trabajos (Generas, Wold, 1997; Comisión Europea, 2004). Así, se ha identificado que se da una valoración diferencial de los trabajos de investigación en función del sexo de la persona autora, editora o revisora (Gilbert, Williams, Lundberg, 1994).

→ Prácticas editoriales sesgadas en cuanto a la asignación de personas evaluadoras a los trabajos firmados por mujeres.

En un análisis de la revista JAMA, se verificó que los manuscritos realizados por mujeres eran asignados con mayor frecuencia a mujeres editoras. También se comprobó que los editores varones se apoyaban con mayor frecuencia en revisores varones (Gilbert, Williams y Lundberg, 1994).

→ Desequilibrios en el acceso de las mujeres a los comités editoriales, especialmente a las posiciones de mayor responsabilidad y decisión. Lo que en relación a la mala práctica anterior, socava sus oportunidades de publicación (Palomba, 2004).

Se ha denunciado ampliamente la desigualdad alarmante en la configuración de los equipos editoriales (Dickersin et al., 1998; Schiaffino, García y Fernández, 2001; Ortiz, Birriel y Ortega del Olmo, 2004; Addis, 2004), Se han expuesto varias causas para explicar la infrarrepresentación de las mujeres en los comités editoriales, como la supuesta falta de preparación[5] o el «efecto cohorte»[6]. Las investigaciones más recientes han analizado la presencia de sesgos de género en la selección de los miembros de los comités editoriales, que, en gran medida, se realiza a través de redes informales y con el objetivo de incrementar el prestigio de la revista. De hecho, las mujeres son requeridas en menor medida que los hombres como editoras en los procesos de revisión (Davo et al., 2003). Además, las revistas que incluyen mujeres en sus comités editoriales suelen ocuparse de disciplinas o líneas de investigación «blandas», lo que tiene considerables efectos en las dinámicas de publicación, ya que esta distribución puede suponer una división sesgada de las áreas de investigación y de los intereses de mujeres y de hombres investigadores (Addis, 2004).

- Priorización de las publicaciones en inglés. La inclinación a publicar exclusivamente o mayoritariamente en inglés, en busca, presumiblemente, de un mayor status para la revista, suele ir acompañado de una preferencia por hombres de habla inglesa en la composición de los comités editoriales. La persistencia de sesgos etnocéntricos, al prevalecer las publicaciones en inglés, disminuye el impacto de los trabajos de grupos más pequeños o marginales en relación a las grandes redes de investigación. Estos sesgos etnocéntricos interactúan con los de género situando a las investigadoras de contextos lejanos a los centros de poder en posiciones desfavorecidas.

- Prejuicios en torno al prestigio del proceso competitivo de la publicación. Parece que la competición entre hombres tiene mayor prestigio que si estos rivalizan con mujeres. También se ha señalado que las revistas que ansían elevar su reputación se decantan por invitar a sus comités a varones.

- Falta de apoyo por parte de comités editoriales a las publicaciones e investigaciones realizadas por mujeres y sobre género (Hearn, 2004). Los comités editoriales suelen primar las líneas de investigación tradicionales y consolidadas, mostrando resistencias a publicar temas innovadores y emergentes. Asimismo se prima a los trabajos monodisciplinares, permaneciendo invisibles campos multidisciplinares o interdisciplinares (Addis, 2004). De este modo, las publicaciones realizadas en nuevos campos de investigación, como pueden ser los estudios de género, tienen mayor dificultad para acreditar su calidad científica.

- Las bases de datos de revistas con factor de impacto incluyen un número muy reducido de revistas de Ciencias Sociales y Humanas, y puesto que un alto porcentaje de las mujeres investigadoras desarrollan su trabajo es estas áreas, sus trabajos son infraestimados y sus indicadores de éxito mermados.

3.4.3. Sesgos en la presentación y difusión de resultados de investigación

La influencia del sexismo y del androcentrismo en la investigación en salud ha desembocado en el mantenimiento de usos sesgados en el lenguaje del discurso científico. Es importante

cuidar el lenguaje porque, como producto social, emite e influye en la percepción de la realidad, condicionando nuestro pensamiento y nuestra visión del mundo. Los prejuicios sexistas que el lenguaje transmite sobre las mujeres son reflejo del papel social atribuido a éstas durante generaciones. Aunque los roles de las mujeres en la sociedad han experimentado profundas transformaciones, los mensajes que el lenguaje sigue difundiendo sobre ellas refuerzan su papel tradicional y ocultan su participación en las diversas facetas de la vida (UNESCO, 1999). Los principales problemas de un uso sexista del lenguaje en la publicación científica son:

- Androcentrismo. El lenguaje científico soporta numerosos sesgos al expresarse en gran medida en términos masculinos, consecuencia de las dinámicas y estructuras androcéntricas que continúan imperando en la ciencia (Comisión Europea, 2004). En este sentido, éste refleja cómo la ciencia ha sido una institución constituida hegemónicamente por varones. El lenguaje utilizado para la transmisión de los resultados de la investigación en salud puede invisibilizar a las mujeres como sujetos de estudio y con posibles necesidades diferenciadas de salud.

  Basta echar un vistazo a los textos de convocatorias de ayudas a la investigación, artículos o informes para encontrar de forma persistente y extensiva el uso del masculino como genérico: «científicos», «investigadores», «autores», «directores», «editores», «doctores», «doctorandos», etc. Así, también es usual en las publicaciones científicas no especificar el nombre de pila de las personas autoras de los trabajos.

- Ambigüedad. El uso del masculino como genérico desemboca necesariamente en un uso ambiguo del lenguaje; práctica inadmisible en el contexto científico, caracterizado por su rigor y precisión.

  Son numerosos los casos en los que, al utilizar el masculino como universal, no queda claro si los datos se refieren a uno u a otro sexo, o a ambos.

→ Transmisión de estereotipos sexistas, donde las mujeres suelen presentarse en posiciones de subordinación y dependencia.

Esto se observa, sobre todo, en los estereotipos relacionados con la asociación natural de roles «reproductivos» a las mujeres y «productivos» a los hombres. De hecho, gran parte de las publicaciones centradas en las mujeres se interesan sobre todo por el embarazo, el parto, la lactancia y la salud de sus criaturas. También se observan estos estereotipos con frecuencia en la asignación de posiciones de prestigio y poder a los varones —«médicos»— y de subordinación a las mujeres —«enfermeras»—, a pesar de los cambios sociales.

→ No presentar los datos de forma desagregada por sexo ni por otras variables significativas.

Una práctica habitual es ofrecer en los documentos de resultados los datos de forma global, sin prestar atención a las diferencias entre los sexos. Las revisiones disponibles indican que, incluso en tiempos recientes, es baja la proporción de artículos de salud que analizan las diferencias por sexo y aplican la perspectiva de género (Cerón-Mireles et al., 2006; Jiménez-Rodrigo, Gijón y Martínez-Morante, 2009).

→ Preferencia de exponer en primer lugar los datos referentes a los varones, tomando a estos como norma frente a la cual se comparan e interpretan los resultados relativos a las mujeres (Eichler, 2001).

→ Influencia de dobles estándares en la interpretación y redacción de los resultados, lo que fundamentalmente se traduce en la consideración de los sexos como dicotómicos, exagerando sus diferencias en situaciones sustancialmente parecidas o ignorando sus semejanzas (Eichler, 2001).

→ Malos usos de los conceptos «género» y «sexo».

El protagonismo social, político y académico de los «temas de género» y la extensión del concepto género están provocando un uso (y abuso) confuso y errado del mismo. Con frecuencia se emplea como sinónimo de sexo (UNESCO, 1999). Y parece que simplemente con sustituir la palabra sexo por género o con nombrar la palabra género, las investigaciones han incorporado un enfoque sensible a esta perspectiva. Además, se tiende a utilizar erróneamente el término género para referirse a estudios sobre mujeres o sobre «la mujer» (Tubert, 2003).

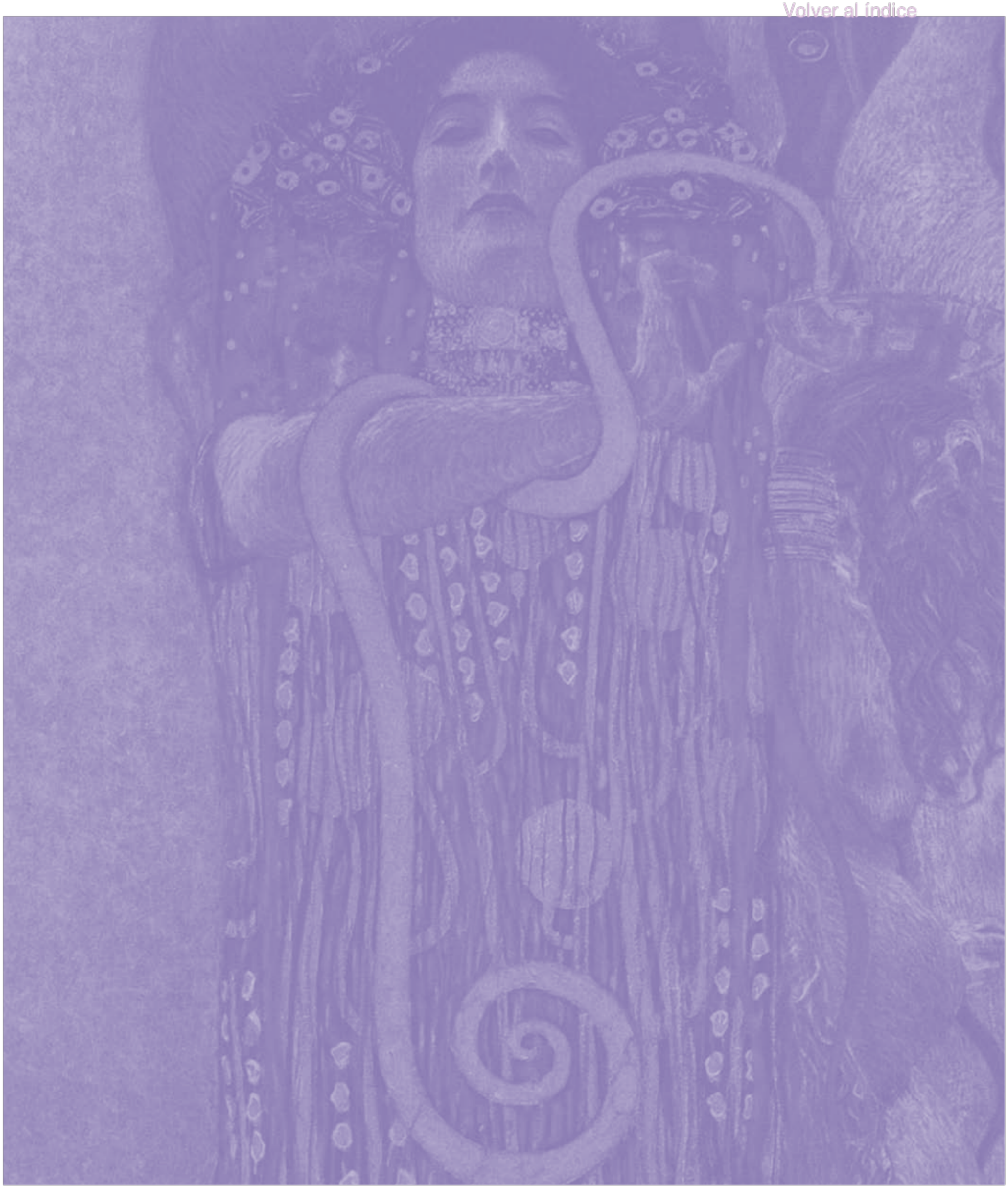
En suma, el sexismo imperante en la ciencia ha ido perpetuándose mediante la repetición de una serie de malas prácticas que, por habituales, se han tornado aceptables. Sin embargo, y desde esta guía, se pretende cuestionar dichas prácticas y proponer otros modos de hacer y valorar la investigación que sean compatibles y consistentes con la igualdad de género. Es en este escenario donde se enmarcan las recomendaciones que se detallan en la segunda parte de esta guía.

Volver al índice

PARTE 2

Recomendaciones

Volver al índice



En esta segunda parte se recogen las principales recomendaciones para la incorporación efectiva de la perspectiva de género en tres niveles o dimensiones del proceso investigador:

1. Diseño y ejecución de proyectos investigación en salud.
2. Evaluación de proyectos de investigación en salud.
3. Difusión de resultados de la investigación en salud.

En cada nivel, y previamente al desarrollo de las recomendaciones, se incluye una breve especificación de los objetivos de las mismas, las personas principales a las que van dirigidas y un esquema para su articulación. A continuación, se recogen las diferentes recomendaciones. Su presentación se estructura, primero, en una descripción de cada una de ellas (para facilitar su localización han sido enumeradas en cada nivel considerado) y, en los casos donde sea preciso una aclaración o desarrollo de las mismas, son acompañadas de una breve explicación sobre su modo de aplicación, así como de ejemplos prácticos, definiciones operativas o preguntas guía que pueden ayudar a su comprensión y aplicación.

Volver al índice

Volver al índice

4.

Diseño y ejecución de proyectos de investigación

Objetivo: Este capítulo propone una serie de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género en las diferentes fases y tareas que componen el proceso de investigación, desde su diseño hasta su realización e interpretación de los datos.

Personas principales destinatarias: Investigadoras e investigadores en salud.

Estructura de las recomendaciones: Algunas sugerencias son transversales a desplegar a lo largo de todo el proceso; otras son específicas a una o varias etapas de investigación. Todo hilvanado con el hilo que nos aporta el enfoque de género y desde una doble mirada: hacia el proyecto de investigación y hacia el propio equipo de trabajo. En la figura 4.1 se sintetizan los elementos contemplados para la elaboración de las recomendaciones.

Figura 4.1. Esquema de articulación de las recomendaciones para el diseño y ejecución de proyectos de investigación en salud con perspectiva de género



4.1. Principios, valores y metas

Investigar desde una perspectiva de género requiere la interiorización y el compromiso con una serie de principios, valores y metas que la distinguen respecto a otras formas de estudiar la salud, aportando un estilo particular[7]. En este sentido, las recomendaciones son:

RECOMENDACIÓN 1

Integrar en los proyectos de investigación valores y principios rectores como: igualdad de género, equidad de género, atención a la complejidad social, visión holística de la salud, valor de la interdisciplinaridad, valor de metodologías flexibles y participativas, investigación orientada al cambio, transferibilidad de resultados, postura crítica, e innovación y creatividad.

Igualdad de género en salud. Es la ausencia de discriminación por razón de sexo en las oportunidades para tener una buena salud y en el trato dispensado (WHO, 1998). Los proyectos de investigación deben enfocarse hacia el avance en la igualdad de género. Lo que se traduce en buscar que los beneficios de la investigación, transferidos a la práctica sanitaria, repercutan de forma igualitaria a mujeres y a hombres.

Equidad de género. Como el concepto anterior, se relaciona con la idea de justicia. Reconoce que las mujeres y los hombres pueden tener distintas necesidades en salud y que el género implica relaciones desiguales de poder mediante normas y valores sociales y simbólicos. Las diferencias y desigualdades deben ser identificadas y tratadas para corregir desequilibrios (WHO, 1998). La equidad de género en salud no implica tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos. Significa ausencia de diferencias evitables entre mujeres y hombres en las oportunidades de disfrutar de salud, y en la probabilidad de no padecer enfermedad, discapacidad ni muerte prematura por causas prevenibles (OPS, 2004).

Atención a la complejidad social. El género no actúa aisladamente sino en interacción con otros estratificadores sociales. El efecto resultante puede ser aditivo o multiplicador de la desigualdad de género en salud. Ello implica reconocer y profundizar en la diversidad de

situaciones y experiencias de mujeres y hombres según edad, clase social, grupo étnico, orientación sexual, capacidad funcional, entre otros aspectos.

Visión holística de la salud. Implica tener una visión integral de la salud como resultado de la interacción de diversos y complejos condicionantes biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. Esta visión ha de ser asumida tanto por quienes se decantan por estudios biomédicos como por quienes lo hacen desde la investigación sociocultural. Es clave evitar reduccionismos y esencialismos, para avanzar en la comprensión de la salud de mujeres y de hombres.

Atención al contexto. Supone reconocer el valor de considerar los contextos históricos, socioeconómicos y culturales que enmarcan la salud y las relaciones de género.

Investigación orientada al cambio. Asumir una postura visibilizadora de las desigualdades y discriminaciones en salud entre mujeres y hombres, con el propósito de avanzar en un cambio en las circunstancias sociales y actitudes personales de género relacionadas con la salud.

Transferibilidad. Dada la orientación al cambio, se hace especialmente necesaria y valiosa la transferencia y comunicación de los resultados, no sólo a la comunidad científica sino también a los agentes del sistema sanitario y a la sociedad en general.

Postura crítica. Supone cuestionar las preguntas de investigación y los enfoques tradicionalmente empleados en el estudio de la salud de mujeres y hombres, así como las fuentes y técnicas utilizadas y los resultados obtenidos.

Innovación y creatividad. Es positivo el desarrollo de enfoques, herramientas e instrumentos de análisis e interpretación innovadores y creativos, que permitan estudiar las complejidades de la dimensión del género y su impacto en la salud.

RECOMENDACIÓN 2

Asumir como meta contribuir al conocimiento sobre la influencia del género como determinante del proceso salud/enfermedad/atención.

4.2. Equipos de investigación

RECOMENDACIÓN 3

Identificar al conjunto de agentes implicados o interesados en la investigación y desarrollar mecanismos de participación, comunicación y colaboración.

Además de identificar a participantes, equipo de trabajo y personal mediador, otros agentes de interés son: personas expertas en género; centros, grupos y redes de investigación; colectivos de profesionales sanitarios; medios de comunicación; industria farmacéutica y asociaciones ciudadanas. Entre agentes es beneficioso el intercambio de experiencias y buenas prácticas.

RECOMENDACIÓN 4

Promover el equilibrio de género en la estructura y funcionamiento del equipo investigador.

Para ello se aconseja: a) impulsar la participación de mujeres en los equipos y en todos los niveles de responsabilidad; b) fomentar equipos cooperativos con direcciones coordinadas, en lugar de mantener la figura tradicional de «investigador principal» (IP); c) adoptar medidas de conciliación entre la vida profesional y personal; d) cuestionar estereotipos vigentes, como que las mujeres no se preocupan de su carrera científica, tienen altas tasas de absentismo, no merece la inversión en ellas porque abandonan el trabajo por motivos familiares, no son aptas para cierto tipo de trabajos científicos ni para la toma de decisiones, o que aún no hay una masa crítica para que ostenten puestos de responsabilidad.

RECOMENDACIÓN 5

Favorecer la formación en género del equipo investigador y establecer colaboraciones con personas expertas en género de diversas áreas para la creación de equipos multidisciplinares.

4.3. Marcos teóricos

RECOMENDACIÓN 6

Incorporar, tanto si investigamos desde un enfoque deductivo como inductivo, un marco explicativo-interpretativo de las relaciones entre género y salud. En general, es preciso atender a: la distribución de la salud y sus determinantes, el origen y las causas de las disparidades en salud, los mecanismos que las mantienen y las estrategias para reducirlas o eliminarlas (OPS, 2004).

Se pueden consultar conceptos clave y modelos explicativos en el capítulo 2.

RECOMENDACIÓN 7

Asegurar que la investigación sea como mínimo sensible al género, y a partir de ahí, valorar en qué medida puede avanzar hacia un grado positivo o transformador de las desigualdades de género en salud.

La integración del enfoque de género en un proyecto puede entenderse como una progresión desde aquellas posiciones negativas al género hacia las que son positivas y transformadoras. No se trata, por tanto, de una cuestión dicotómica, «SÍ/NO», sino que existen diferentes niveles o grados (cuadro 4.1).

Cuadro 4.1 Grado de integración del enfoque de género en proyectos de investigación

GRADO DE INTEGRACIÓN	PAPEL DEL GÉNERO	EFECTOS
Negativo	Los objetivos de investigación refuerzan las desigualdades de género.	Refleja normas, roles y estereotipos de género que refuerzan las desigualdades de género.
Neutral	No se considera el género como relevante para el logro de los objetivos de investigación.	Las normas, roles y estereotipos de género no se ven empeoradas ni mejoradas; simplemente son obviadas.
Sensible	El género se ve como un medio para el logro de los objetivos de la investigación.	Incorpora las normas, los roles de género y el acceso a los recursos en la medida que son útiles para el logro de sus objetivos.
Positivo	El género es central para el logro de objetivos de la investigación.	El cambio de normas y roles y del acceso a los recursos es un componente importante para el logro de los objetivos de la investigación.
Transformador	El género es central para la promoción de la igualdad de género en salud y para el logro de objetivos de la investigación.	Transformación de relaciones desiguales de género para promover el equilibrio en la distribución del poder, el control de los recursos y la toma de decisiones. Apoyo al proceso de empoderamiento de las mujeres en salud.

Fuente: Adaptación propia a partir de INSTRAW. Glosario de género, 2004.

4.4. El problema de investigación

El enfoque de género supone el descubrimiento y replanteamiento de cuestiones de investigación que han estado ausentes en la agenda investigadora o han sido tratadas de forma sesgada.

4.4.1. Selección del problema de investigación

RECOMENDACIÓN 8

Plantear nuevos problemas de investigación (emergentes) y reformular problemas clásicos desde una perspectiva de género.

Como problemas emergentes surgen, entre otros, los asociados a la tecnología sanitaria (como la reproducción asistida) o a la medicalización, principalmente de la salud de las mujeres. Respecto a la reformulación de problemas clásicos o recurrentes, es preciso retomar enfermedades o síndromes etiquetados tradicionalmente como masculinos o femeninos y considerarlos desde otra perspectiva. Por ejemplo, la exigencia de cuestionar las conceptualizaciones masculinizadas de las dolencias relacionadas con el tabaquismo, como el cáncer pulmonar.

RECOMENDACIÓN 9

Proponer temas de investigación que contribuyan a romper dinámicas sexistas y que respondan a los intereses y demandas que hoy formulan muchas mujeres —y cada vez más hombres— dando prioridad a las necesidades de salud de los grupos más vulnerables y menos estudiados.

Por ejemplo, la prevención de riesgos laborales en empleadas (y empleados) del hogar. Otra prioridad para muchas mujeres sigue siendo la investigación en enfermedades cardiovasculares, concretamente, sobre los sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico, terapéutico y quirúrgico ante angina inestable o infarto agudo de miocardio. Hace sólo unos años se consideraba que las mujeres no padecían enfermedades cardiovasculares porque sus hormonas o su genética protegían sus arterias coronarias. Esta idea se basaba en impresiones acumuladas durante años, aunque sin evidencia científica. Sin embargo, la realidad es bien distinta: la primera causa de mortalidad en el sexo femenino en países desarrollados es de origen cardiovascular (Valls, 2006; Aguado-Romeo, 2006).

RECOMENDACIÓN 10

Plantear temas de investigación interesados en conocer las experiencias de las mujeres y de los hombres (en plural). Así se podrá cuestionar el discurso que mantiene la utilización del singular para referirse a «la mujer» o a «el hombre».

Considerar a las mujeres heterogéneas entre sí y a los hombres también, sin esencializar, según: edad, procedencia, opción sexual, ingresos, tener discapacidad o no, vivir en diferentes contextos urbanos y rurales, entre otros muchos aspectos que nos hacen diferentes y desiguales.

RECOMENDACIÓN 11

Atender a los sesgos de género que afectan al modo de plantear las preguntas de investigación y los enfoques explicativos utilizados en estudios previos.

Por ejemplo, si trabajamos en la línea de salud mental, es interesante no tomar como punto de partida la idea de que las mujeres padecen más enfermedades mentales por su debilidad biológica. Esta idea proviene del papel incisivo del androcentrismo en la investigación en este campo. Por ello, la enfermedad mental, en general, puede considerarse un tema clásico pero que sigue muy vigente (Montero, 2004; WHO, 2005).

4.4.2. Definición del problema de investigación

RECOMENDACIÓN 12

Al caracterizar el problema de investigación, es importante no contribuir a la *patologización* ni tampoco a la victimización o *culpabilización* de las mujeres (Laurila y Young, 2001).

Por ejemplo, si investigamos sobre embarazos no deseados, no centrarnos sólo en las embarazadas, sino también en sus parejas. Lo mismo sucede con el tema de la violencia. También podemos enfocar las preguntas de investigación al cuestionamiento y deconstrucción de los mitos de género o hacia las experiencias de empoderamiento.

RECOMENDACIÓN 13

Tener en cuenta los roles, normas y relaciones de género y su influencia en la salud de mujeres y hombres. En este sentido, es crucial superar la rígida división del trabajo y la segregación de mujeres y hombres en esferas separadas, que atribuye a las mujeres los papeles de madre y esposa como centrales y relega el trabajo remunerado a un lugar periférico, y en el caso de los hombres, centra el estudio de los determinantes sociales en la ocupación (WHO, 1998; Artazcoz, 2007).

No se puede ver lo que no se mira. En este sentido, hasta hace poco las encuestas de salud no incluían cuestiones relativas a las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres y, aunque en menor grado, tampoco de los hombres. Una de las desigualdades entre mujeres y hombres más difícil de visibilizar ha sido la relacionada con el cuidado informal y otros trabajos no remunerados (García-Calvente, 2007a, 2007b, 2008).

RECOMENDACIÓN 14

No plantear los temas de investigación de forma que fomenten la idea del reduccionismo reproductivo de la salud de las mujeres (Maroto, 2007).

Ello supone asumir que la salud de las mujeres no es sólo una cuestión reproductiva o reducida al embarazo, parto o lactancia.

RECOMENDACIÓN 15

Revisar el estado de la cuestión prestando atención a su descripción en ambos sexos y analizando la influencia del género en la situación abordada.

Preguntas guía: sobre el tema en cuestión, ¿existen datos desagregados por sexo disponibles o se pueden generar? ¿Hay indicios de diferencias por sexo (en mortalidad, morbilidad, calidad de atención sanitaria, etc.)? ¿Se pueden identificar necesidades específicas de mujeres y hombres? Es decir, ¿son enfermedades o procesos que aparecen sólo en las mujeres o sólo en los hombres? ¿Existen factores que afecten más a las mujeres? ¿Y a los hombres? ¿Se deben a las diferencias biológicas entre ambos sexos? ¿Se pueden identificar desigualdades de género (en mortalidad, morbilidad, calidad de atención sanitaria)? ¿Influyen roles o modelos de género?

RECOMENDACIÓN 16

En los antecedentes, exponer la relevancia científica y sanitaria de la propuesta destacando las cuestiones de género como aspectos importantes a resolver.

4.4.3. Revisión bibliográfica y lectura crítica

RECOMENDACIÓN 17

Planificar y desarrollar una estrategia multidisciplinar de búsqueda de información referente al tema de investigación y a las metodologías empleadas para su estudio. Esto supone buscar en diversas bases de datos Biomédicas, de Ciencias Sociales y específicas de Estudios de Género y Estudios Feministas.

En anexos se ofrece un listado orientativo de fuentes y recursos documentales.

RECOMENDACIÓN 18

Incluir términos relacionados con la dimensión del género entre los descriptores utilizados para la búsqueda de bibliografía.

Se sugieren como descriptores de partida: sexo, género, relaciones de género, estudios de género, diferencia sexual, desigualdades de género, identidad, roles, prejuicio, discriminación.

RECOMENDACIÓN 19

Seleccionar los estudios de interés y realizar una lectura crítica, valorando su grado de incorporación de la perspectiva de género.

En anexos se ofrece un guión de verificación de la sensibilidad de género en informes y publicaciones científicas.

RECOMENDACIÓN 20

Incluir en la bibliografía los nombres completos de las personas autoras para visibilizar la aportación de mujeres y hombres al conocimiento científico sobre el tema en cuestión.

4.4.4. Hipótesis y objetivos

RECOMENDACIÓN 21

Cuando proceda, plantear hipótesis sensibles al género (que consideren el sexo y el género como categorías clave de análisis) o específicas de género (centradas en explicar las relaciones entre género y salud).

La formulación de hipótesis de investigación es un elemento muy importante para la mayoría de los estudios cuantitativos, como es el caso de los ensayos clínicos. A este respecto, mostramos una tabla que presenta malas y buenas prácticas relacionadas con el enfoque de género en la formulación de hipótesis de investigación.

Cuadro 4.2. Buenas y malas prácticas en la formulación de hipótesis de investigación en ensayos clínicos

MALAS PRÁCTICAS	BUENAS PRÁCTICAS
■ Referir las hipótesis a un sexo cuando se pretenden generalizar los resultados a ambos. ■ No tener en cuenta las diferencias entre los sexos en su respuesta a los fármacos de experimentación. ■ No atender a la heterogeneidad de mujeres y de hombres (fundamentalmente según edad). ■ Omitir entre las hipótesis de investigación variables de carácter social, económico o cultural.	■ Incluir hipótesis que atiendan a posibles diferencias y similitudes entre mujeres y hombres. ■ Si las hipótesis se refieren a un solo sexo, indicar claramente y justificar la decisión. Y en todo caso, generalizar al sexo incluido en las hipótesis. ■ Incluir hipótesis que atiendan la diversidad de situaciones y experiencias de mujeres y hombres. ■ Atender a la posible influencia de factores sociales, económicos y culturales.

Fuente: Adaptado de National Institute of Health, 1999, 2002 y 2003.

RECOMENDACIÓN 22

Describir de forma clara y factible los objetivos, organizándolos, según proceda, en: a) objetivos específicos para cada sexo en orden a clarificar problemas o necesidades específicas de salud o de atención en la temática tratada; b) objetivos conjuntos para abordar diferencias (o similitudes) y desigualdades de género en relación al problema a investigar.

RECOMENDACIÓN 23

Situar el objetivo de investigación en tiempos y espacios. No perder de vista que el género es una relación social, una construcción simbólica y un proceso de identidad que va cambiando y adquiriendo significación en contextos sociales e históricos concretos.

4.5. Metodología

4.5.1. Diseño del estudio

RECOMENDACIÓN 24

Adecuar el tipo de diseño a los objetivos de estudio, tomando el sexo y las consideraciones de género como elementos centrales.

A modo indicativo, si el objetivo es: «identificar», «describir» o «relacionar», emplear un diseño de investigación cuantitativo. Si es «conocer» o «comprender», usar un diseño cualitativo. Y si es «evaluar», integrar un diseño mixto. Reflexionar sobre el impacto de género en el diseño.

RECOMENDACIÓN 25

Plantear diseños flexibles, innovadores, multidisciplinares y participativos que posibiliten la reformulación de hipótesis, fomenten la participación y permitan capturar las dinámicas de los efectos del género sobre la salud de mujeres y hombres.

Preguntas guía: ¿Estoy al corriente de las novedades y avances metodológicos en la materia, tanto de métodos cuantitativos como cualitativos, incluyendo los métodos de triangulación? ¿El diseño programado es sensible al género?

RECOMENDACIÓN 26

Usar metodologías cuantitativas y/o cualitativas según los objetivos de investigación; dando gran valor a las cualitativas porque permiten capturar mejor las relaciones de género y su impacto en la salud.

RECOMENDACIÓN 27

Definir adecuadamente los niveles de estudio. Cuando proceda, integrar diversos niveles de estudio (individual, hogar/familiar, barrio/comunidad cercana, etc.), teniendo en cuenta los diferentes roles, recursos y distribución del poder entre mujeres y hombres en cada ámbito.

Éste es el caso de los llamados «modelos multinivel».

4.5.2. Participantes o «sujetos de estudio»

RECOMENDACIÓN 28

Cuidar una adecuada representación de mujeres y de hombres, atendiendo a su heterogeneidad y prestando especial atención a los grupos más vulnerables[8].

RECOMENDACIÓN 29

Estratificar las muestras según sexo y otras variables socioeconómicas significativas, como edad, algún indicador de clase social o grupo étnico.

RECOMENDACIÓN 30

Justificar los procesos de selección de las personas participantes en el estudio para que sean sensibles al sexo y al género, reconociendo las limitaciones de la muestra.

A continuación, se describen los principales procedimientos de selección de «sujetos de estudio», respecto a su sensibilidad para incorporar la perspectiva de género (ver cuadros 4.3 y 4.4)

Cuadro 4.3. Procedimientos cuantitativos de selección de «sujetos de estudio» según su sensibilidad para incorporar la perspectiva de género

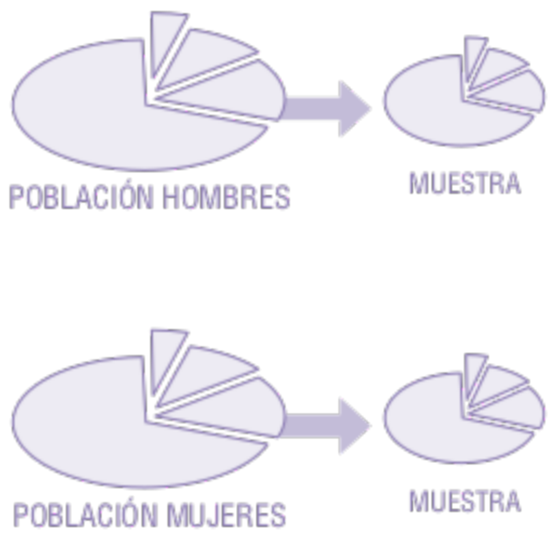
MUESTREO ALEATORIO SIMPLE Y SISTEMÁTICO

- Realizar un muestreo aleatorio simple específico para cada sexo es un método idóneo para realizar inferencias específicas para la población de mujeres y para la población de hombres.



MUESTREO ALEATORIO ESTRATIFICADO

- Incluir el sexo como variable central de estratificación para asegurar la representatividad de mujeres y de hombres.
- Considerar indicadores demográficos de la distribución de cada sexo en el contexto de estudio e indicadores sanitarios de la distribución de la morbilidad y la mortalidad.
- Dependiendo de los objetivos de la investigación, incluir otras variables que interaccionan con el sexo (edad, nivel socioeconómico, hábitat de residencia,) y de las que se quiere tener representación.



MUESTREO ALEATORIO POR CONGLOMERADOS

- Verificar que en la elección de los conglomerados no se excluya o infrarrepresente a ninguno de los sexos.
- Asegurar que en las unidades finales de análisis exista una distribución equilibrada de los sexos.

Cuadro 4.4. Procedimientos cualitativos de selección de «sujetos de estudio» según su sensibilidad para incorporar la perspectiva de género

SELECCIÓN POR CUOTAS

- Incorporar el sexo como criterio fundamental en la asignación de las cuotas y tomar como referencia indicadores demográficos sobre la distribución de mujeres y hombres en el contexto de estudio.
- Considerar otros determinantes sociales de la salud en la asignación de las cuotas (edad, nivel socioeconómico, etnicidad...) para asegurar la representación de las diversas situaciones de mujeres y hombres.

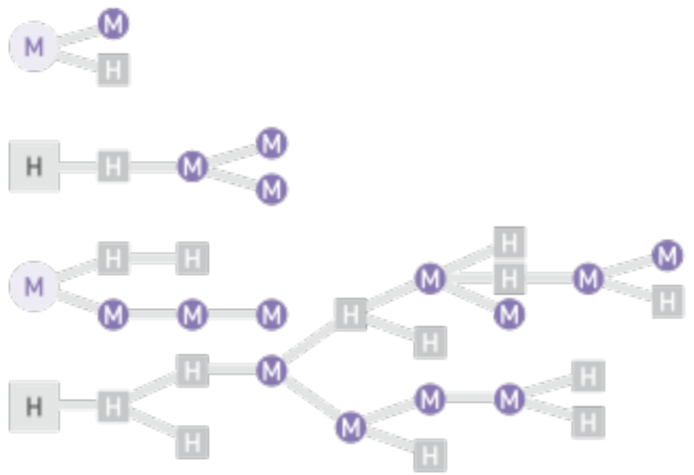
SEXO	EDAD	ROL FAMILIAR	OCUPACIÓN
Mujeres			
Hombres			

SELECCIÓN ESTRATÉGICA O INTENCIONAL

- Incorporar como criterios de selección de informantes clave el sexo y cuestiones relativas al género, de manera que mujeres y hombres estén adecuadamente representados en la muestra, así como sus diferentes situaciones y experiencias.
- Establecer criterios de saturación teórica (es decir, de cierre del procedimiento de selección) de manera diferencial para mujeres y para hombres.

SELECCIÓN EN CADENA O «BOLA DE NIEVE»

- Cuidar que el proceso de generación de referencias no esté sesgado desde el punto de vista del sexo. Para ello, es necesario asegurar la representación de las mujeres en los nodos de origen y el equilibrio de ambos sexos en la cadena de referencias generada.
- Asegurar que no estén excluidos grupos de mujeres y de hombres significativos para la investigación.



4.5.3. Variables y categorías de análisis

RECOMENDACIÓN 31

Definir y usar la variable sexo como variable central junto a otras pertinentes como edad, clase social o etnicidad.

El uso de las variables y categorías de análisis es muy importante. Es habitual en los estudios que emplean el sexo como variable independiente, que el ser mujer se reduzca a la negación de ser hombre (como ocurre en los análisis de regresión logística, por ejemplo). Con ello se impide observar la variable como predictiva de las formas de enfermar o de la calidad de la atención sanitaria (Valls, 2006). Esto se resuelve apostando por una metodología de análisis con modelos diferenciados por sexo.

RECOMENDACIÓN 32

Definir y usar categorías relevantes al género (roles, normas sociales, procesos de identidad, etc.) que permitan aprehender la complejidad de la dimensión del género y analizar su relación con la salud.

RECOMENDACIÓN 33

Incluir variables y categorías relevantes tanto para las experiencias de las mujeres como para las experiencias de los hombres.

RECOMENDACIÓN 34

Evaluar críticamente la utilización de variables androcéntricas y sexistas (por ejemplo, «cabeza de familia» o asignar a las mujeres la clase social del marido) y proponer alternativas adecuadas y sensibles al género (Rohlf et al., 2007).

A continuación, se muestra una propuesta de variables sensibles al género para su utilización en las encuestas de salud (Rohlfs et al., 2000):

1) **Sociodemográficas:** estado civil de hecho; clase social; nivel de estudios.
2) **Trabajo productivo (remunerado):** situación laboral; ocupación o puesto de trabajo; tipo de contrato; tipo de jornada laboral; horas trabajadas a la semana.
3) **Trabajo reproductivo (no remunerado):** composición del hogar; estructura familiar (convivencia): edad, sexo, parentesco de las personas convivientes; trabajo doméstico: realización del trabajo doméstico (hacer la compra, la comida, limpieza, plancha, etc.); reparto del trabajo doméstico; cuidado a personas dependientes (criaturas, personas mayores, discapacitados/as): reparto de los cuidados; disponibilidad de una ayuda externa (familiar o contratada) para realizar las tareas domésticas y de cuidados; horas dedicadas al trabajo reproductivo.
4) **Morbilidad, salud percibida, calidad de vida y salud mental:** estado de salud percibido; salud mental y calidad de vida; trastornos crónicos (listado de patologías más prevalentes o discapacitantes), atención a las diferencias según sexo.
5) **Apoyo social (presencia y tipo de red social):** estructura de la red (dimensión, densidad); y apoyo social funcional (afectivo y confidencial).

4.5.4. Recogida de información

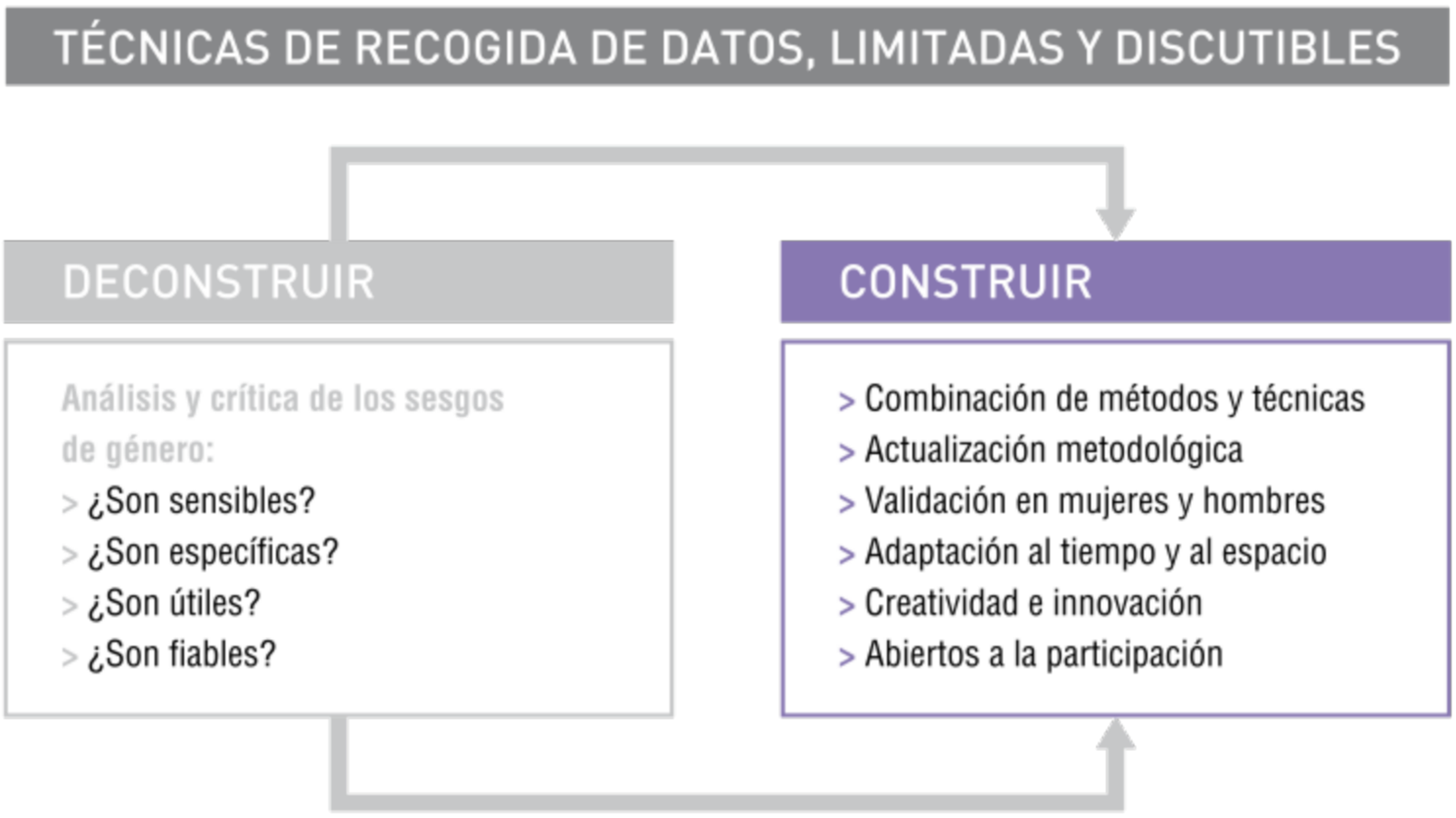
RECOMENDACIÓN 35

Realizar un análisis previo sobre los posibles sesgos de género que puedan afectar a los instrumentos de recogida de datos y valorar su capacidad o potencia para recolectar información en mujeres y hombres (figura 4.2).

Para ello: a) analizar el contexto y motivaciones de creación de los instrumentos (dónde, cuándo y para qué han sido utilizados); b) asegurar que los instrumentos están validados en ambos sexos; c) asegurar que los instrumentos permiten obtener datos desagregados

según sexo y también según otras variables socioeconómicas pertinentes (edad, nivel socioeconómico, etc.); d) asegurar que los instrumentos estén actualizados en el tiempo y en el espacio; y si es preciso adaptarlos al tiempo y contexto sociocultural donde se pretenden aplicar; e) evaluar su potencialidad para medir cuestiones de género (si son específicos, sensibles y fiables) y si son útiles para los objetivos de la investigación; y f) si es necesario, construir instrumentos nuevos para abordar la temática desde una perspectiva de género.

Figura 4.2. Elementos de análisis de la sensibilidad de género de instrumentos y técnicas de recogida de información



En el cuadro 4.5 se proporcionan indicaciones para mejorar la sensibilidad de género de los principales instrumentos de recogida de información cuantitativa y cualitativa:

Cuadro 4.5. Indicaciones para mejorar la sensibilidad de género de los instrumentos de recogida de información

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA
Cuestionarios
■ Deben recoger datos desagregados por sexo. ■ Deben reflejar cierta heterogeneidad social, lo que implica tener capacidad para desagregar datos, además de por sexo, por otros ejes de estratificación social; al menos, por edad y clase social. ■ Incluir variables que permitan conocer mejor las desigualdades de género en salud (por ejemplo, las relacionadas con el trabajo remunerado y no remunerado). ■ Incluir preguntas que midan situaciones específicas de la salud de mujeres y hombres. ■ Asegurar que las preguntas del cuestionario sean entendibles y relevantes para mujeres y para hombres.
INVESTIGACIÓN CUALITATIVA
Entrevistas semiestructuradas
■ Incluir personas representativas de diferentes situaciones y experiencias en relación con el problema de investigación. ■ Plantear cuestiones comunes a mujeres y a hombres para cuidar la comparabilidad de los datos. ■ Recoger datos sobre cuestiones específicas a mujeres y a hombres, y sobre las diferencias percibidas entre ambos, así como las interpretaciones y percepciones al respecto.

sigue →

(continuación) **Cuadro 4.5. Indicaciones para mejorar la sensibilidad de género de los instrumentos de recogida de información**

Entrevistas grupales
■ Establecer el sexo como categoría central en el diseño y segmentación de los grupos, es decir, seleccionar grupos compuestos de forma separada por mujeres y por hombres para aprehender su discurso específico. ■ Los grupos de mujeres y de hombres han de ser equivalentes tanto socioeconómicamente como en su relación con el problema de salud investigado. Esta recomendación es importante para incrementar la validez de los resultados y favorecer la comparación entre los grupos. ■ Plantear cuestiones comunes a mujeres y a hombres para cuidar la comparabilidad de los datos. ■ Recoger datos sobre cuestiones específicas a mujeres y a hombres, y sobre las diferencias percibidas entre ambos, así como las interpretaciones y percepciones al respecto. ■ Utilizar los grupos como herramienta de participación activa de las mujeres y hombres participantes en la investigación.
Técnicas observacionales
■ En la selección de contextos de observación, incluir contextos en donde estén presentes las mujeres, sus problemáticas y necesidades. ■ Incluir en el protocolo de observación el sexo y cuestiones relacionadas con el género como puntos centrales de observación, prestando especial atención a los roles y estereotipos de género, normas y valores, diferencias entre mujeres y hombres, entre otros aspectos.

RECOMENDACIÓN 36

Combinar técnicas cualitativas y cuantitativas. Incorporar, en la medida que proceda, desarrollos metodológicos innovadores como: métodos participativos, análisis de redes, sistemas geográficos de información o técnicas etnográficas.

RECOMENDACIÓN 37

Plantear técnicas de recogida de información interactivas por su capacidad de empoderar a las personas participantes y buscar el beneficio equivalente por su participación en el estudio.

Para facilitar la participación hay que dar facilidades como: a) flexibilizar los horarios y los lugares de recogida de información; b) facilitar medios de transporte; c) contar con servicios de cuidados para personas mayores o para niñas y niños; d) utilizar la tecnología informática e Internet.

Para fomentar la comunicación: asegurarse de que todas las personas implicadas estén informadas de los progresos y hallazgos de la investigación.

4.5.5. Análisis e interpretación

RECOMENDACIÓN 38

Explicar claramente el tipo de métodos propuestos, su adecuación y los indicadores elegidos.

RECOMENDACIÓN 39

Realizar análisis específicos para cada sexo y análisis comparados. El sexo no es simplemente «una variable de ajuste».

Esto implica la desagregación por sexo de todas las variables y analizar la relación entre las variables relevantes al género y su distribución por edad y clase social, entre otros factores de estratificación.

RECOMENDACIÓN 40

Utilizar el género como categoría analítica e interpretativa que pueda contribuir al avance en la equidad y la igualdad en salud.

No reproducir prejuicios sobre mujeres y hombres, intentando identificarlos y desmontarlos en nuestra investigación.

RECOMENDACIÓN 41

Especificar en la metodología el tipo de análisis desagregado por sexo. Utilizar medidas sintéticas y relacionales que permitan analizar las diferencias (o similitudes) y las distancias entre los sexos. Estas medidas se conocen como «brechas» y son indicadores básicos para posteriores análisis de género de las desigualdades en salud.

Normalmente, las brechas de género o entre los sexos se construyen según la diferencia o la razón: a) la brecha (según diferencia) mide la magnitud de la distancia entre los sexos restando las tasas o proporciones correspondientes a mujeres y a hombres (% mujeres - % hombres), donde el cero el valor que indica una situación de paridad; b) la brecha (según la razón) estima la diferencia relativa entre los sexos a partir del cociente entre porcentajes o tasas (% mujeres / % hombres), indicando el uno la condición de paridad. También se denomina índice de feminización. En el cuadro 4.6 y en la figura 4.3 se muestra un ejemplo.

Cuadro 4.6. Ejemplo de la representación de resultados según brechas entre los sexos. Estudio sobre mortalidad

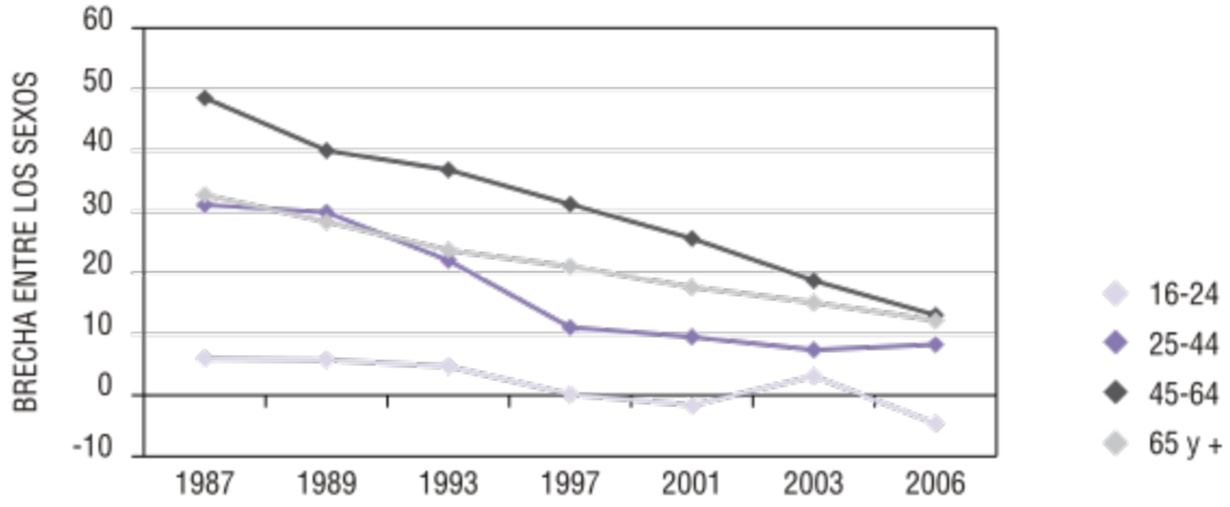
Causas de mortalidad	Tasa de mortalidad (x 100.000)		Diferencia* (H-M)	Razón** (H/M)
	Hombres	Mujeres		
Causa A	20	10	10	2
Causa B	10	5	5	2
Causa C	5	2,5	2,5	2

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Nacional de Salud, 2006.

* Utilidad de la brecha (según diferencia): comparar el número de defunciones que ocurren entre las mujeres y entre los hombres y mostrar la contribución de varias causas de mortalidad a la diferencia total en la mortalidad por sexo.

** Utilidad de la brecha (según razón): evaluar cambios en la mortalidad por sexo a lo largo del tiempo, así como los riesgos de morir, y comparar tasas de mortalidad por causas específicas.

Figura 4.3. Ejemplo de la representación de resultados según brechas entre los sexos. Evolución de la brecha entre los sexos en el consumo diario de tabaco (H-M). España, 1987-2006



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Nacional de Salud 2006.

RECOMENDACIÓN 42

Velar por la calidad de la investigación desde un enfoque de género.

La evaluación de estos criterios utilizando lentes de género implica un replanteamiento de las estrategias convencionalmente utilizadas. A continuación se presentan algunas sugerencias para mejorar la calidad de los diseños respecto a su sensibilidad de género (cuadro 4.7).

Cuadro 4.7. Sugerencias para mejorar la calidad de los diseños de investigación según su sensibilidad de género

<table>
<tr><th colspan="2">CRITERIOS DE CALIDAD PARA LA SENSIBILIDAD DE GÉNERO</th></tr>
<tr><th>INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA</th><th>INVESTIGACIÓN CUALITATIVA</th></tr>
<tr><td>Validez interna</td><td>Credibilidad</td></tr>
<tr><td>■ Incorporar variables relacionadas con la dimensión de género como posibles factores explicativos de las variables dependientes.
■ Eliminar los sesgos respecto a la selección de mujeres y hombres participantes. En el caso de los diseños experimentales, es conveniente crear grupos de control equivalentes al de los de observación, introduciendo el sexo como categoría de segmentación de ambos grupos.
■ Cuidar los «efectos del/de la experimentador/a» y los «efectos del/de la observador/a».
■ Atender a las diferencias de sexo en la mortalidad experimental.
■ Utilizar los mismos instrumentos de medición para ambos sexos.</td><td>■ Triangulación de métodos, datos e investigadores/as.
■ Contrastar los resultados con las personas participantes. Verificar que las conclusiones reflejan las experiencias diferenciales de las mujeres y de los hombres.
■ Reconocer los sesgos del rol del/de la investigador/a y la influencia del sexo en los resultados.</td></tr>
<tr><td></td><td>Transferibilidad</td></tr>
<tr><td></td><td>■ Cuidar el procedimiento de selección de sujetos, asegurando la representatividad de diferentes situaciones de mujeres y de hombres.</td></tr>
</table>

(continuación) **Cuadro 4.7. Sugerencias para mejorar la calidad de los diseños de investigación según su sensibilidad de género**

Validez externa	Consistencia
■ Segmentar la muestra por sexos asegurando la representatividad de ambos. ■ Crear grupos heterogéneos de mujeres y hombres en diversas situaciones y contextos.	■ Registro explícito de la transversalidad del enfoque de género en la investigación. ■ Reflexión crítica sobre el status y rol del/de la investigador/a.
Validez de constructo	**Relevancia**
■ Definición clara y precisa de los conceptos teóricos relacionados con género. ■ Operacionalización múltiple de los conceptos relacionados con género, usando variables e indicadores cualitativos y/o cuantitativos. ■ Instrumentalización múltiple. Triangulación de técnicas y de datos.	■ Pertinencia ética y científica de la perspectiva de género en la investigación en salud.
Fiabilidad	
■ Registro sistemático de cómo se ha incorporado la transversalidad del enfoque de género en la investigación.	

4.6. Resultados

RECOMENDACIÓN 43

Presentar todos los resultados (texto, tablas, gráficos, figuras, etc.) desagregados por sexo, reflejando las diferentes situaciones y experiencias de mujeres y de hombres en relación con el problema de investigación.

a) Incorporar, si es necesario, anexos específicos que incluyan resultados detallados por sexo y su interrelación con otras variables socioeconómicas como edad, indicadores de clase social, grupo étnico de pertenencia, etc. Esto es importante porque los datos demasiado globales carecen de validez y de utilidad práctica al camuflar diferentes realidades.

b) Evitar que, de manera sistemática, los datos referidos a hombres aparezcan en primer lugar. Para ello aconseja alternar el orden de aparición de los sexos en el texto.

c) Evitar que, de manera sistemática, los datos referidos a mujeres aparezcan en función de los de los hombres. Esto nos lleva a reflexionar sobre la interpretación adecuada de las mediciones. Por ejemplo, en epidemiología, las medidas de asociación se basan en conceptos dinámicos y relacionales. Este es el caso del riesgo relativo (RR) que estima la asociación o no de la variable dependiente (suceso) con variables independientes o predictoras (factores de riesgo o preventivos). Si tomamos el sexo como variable predoctora, la interpretación del RR será el riesgo o probabilidad de padecer el suceso en el grupo de un sexo respecto al del otro sexo.

RECOMENDACIÓN 44

Incluir datos que reflejen la interacción del sexo/género con otras variables relevantes al estudio. Centrarnos de forma aislada en las desigualdades de género puede ocultar el efecto sumativo de otras relaciones de desigualdad, como por edad, grupo étnico o clase social.

RECOMENDACIÓN 45

Cuidar el lenguaje para que no esté sesgado ni refleje ideas androcéntricas o sexistas, tanto en el texto como en las imágenes o representaciones gráficas.

Para profundizar en este aspecto se aconseja la lectura del capítulo 6. «Difusión de resultados de investigación».

RECOMENDACIÓN 46

Difundir los resultados en foros académicos y en otros cercanos a la ciudadanía y a personas responsables de la toma de decisiones. También desarrollar materiales de difusión accesibles a un público no experto.

4.7. Aspectos éticos

La base de la preocupación por los aspectos éticos en la investigación es salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad, la salud y el bienestar de quienes participan en una investigación (WHO, 2000). Y también velar porque las investigaciones supongan un «bien común». Desde una perspectiva de género, las recomendaciones son las siguientes:

RECOMENDACIÓN 47

Orientar la investigación al cambio social y a la transformación de roles, estereotipos y situaciones discriminantes e injustas para mujeres y hombres.

RECOMENDACIÓN 48

Velar para que el diseño y la propuesta de desarrollo del estudio no haga peligrar la dignidad, los derechos, la seguridad, la salud o el bienestar de las mujeres y de los hombres participantes.

Para ello: a) incorporar medidas para asegurar la confidencialidad y el consentimiento informado; b) cuidar las medidas de seguridad, sobre todo en el estudio de algunas temáticas, como es el caso de la violencia de género. La identificación de mujeres víctimas de maltrato requiere de instrumentos fiables y válidos, pero también que se utilicen procedimientos seguros para ellas. Por ejemplo, se recomienda contemplar como criterio de exclusión «mujeres acompañadas». Esto se traduce en que a la hora de pasar un instrumento de cribado

> o encuesta, como medida de seguridad, habrá que comprobar que las mujeres estén solas para no incrementar la violencia de la pareja.

RECOMENDACIÓN 49

Fomentar a través de la investigación en salud beneficios equivalentes para mujeres y hombres y su empoderamiento.

> Para ello es preciso: a) explicar por qué se abordan ciertas necesidades en salud y no otras, de modo que se trate de forma equitativa las necesidades en salud o atención de mujeres y hombres; b) establecer mecanismos para el empoderamiento de las personas participantes; y c) explicar cómo los resultados inciden en el bien común o beneficio equivalente para mujeres y hombres.

En la figura 4.4 se sintetizan los principios éticos fundamentales de la investigación con enfoque de género.

Figura 4.4. Principios fundamentales de una ética sensible al género en investigación

La investigación ha de contribuir al cambio social y al beneficio de mujeres y hombres	Acción directa en el avance de la justicia social
Colaboración e igualitarismo	Análisis de las dinámicas de poder y reducción de las jerarquías entre investigador/a y personas investigadas
Reflexividad e intersubjetividad	Valor del conocimiento subjetivo
Foco de investigación en las experiencias de mujeres y niñas y de hombres y niños	Visibilización y significación de los problemas de mujeres y hombres y de su diversidad interna
Valoración múltiple de diversas perspectivas	Crítica de las situaciones discriminatorias
Participación	Empoderamiento de mujeres y hombres en situaciones de vulnerabilidad

Fuente: Adaptación propia a partir de Shartrand y Brabeck, 2001

5.

Evaluación de propuestas de investigación

Objetivo: Este capítulo propone recomendaciones dirigidas a quienes participan en los procedimientos de evaluación de las propuestas de investigación en salud. Pretende ser una herramienta de concienciación, orientación y de apoyo a la toma de decisiones más sensibles al género, teniendo como fin mejorar la calidad y el rigor de los procesos de evaluación.

Personas principales destinatarias: Responsables de procedimientos de selección y evaluación de propuestas de investigación en salud.

Estructura de las recomendaciones: Las recomendaciones se estructuran en torno a cinco ejes principales: 1) requisitos previos y condiciones facilitadoras para la incorporación de la perspectiva de género en los procesos de evaluación; 2) principios, valores y metas; 3) agentes de evaluación (quién evalúa o decide); 4) procedimientos de evaluación (cómo se evalúa); y 5) criterios y elementos de evaluación (qué se evalúa). En la figura 5.1 se sintetizan los elementos contemplados para la elaboración de las recomendaciones.

Figura 5.1. Esquema de articulación de las recomendaciones para la evaluación de propuestas de investigación en salud perspectiva de género



5.1. Requisitos previos y condiciones facilitadoras

Estas recomendaciones de partida tienen que ver con las políticas de investigación en salud. Aunque puedan escapar del ámbito de decisión de quienes evalúan es conveniente mencionarlas[9]:

RECOMENDACIÓN 1

Compromiso político para garantizar que el procedimiento de evaluación científica incorpore la perspectiva de género[10].

RECOMENDACIÓN 2

Desarrollar un marco normativo y sus instrumentos legales para integrar la transversalidad de género en este ámbito.

RECOMENDACIÓN 3

Impulsar investigaciones sobre los obstáculos o sesgos de género en la investigación.

RECOMENDACIÓN 4

Fomentar la participación de las mujeres en los procesos de evaluación.

RECOMENDACIÓN 5

Favorecer la concienciación real y la formación en género de agentes evaluadores para que las recomendaciones se apliquen de manera efectiva y transformadora.

Es deseable el desarrollo de actividades de formación y divulgación de las consecuencias de los sesgos de género en el proceso investigador y la elaboración de herramientas para

incluir la transversalidad de género en el proceso de evaluación de proyectos. Asimismo, es preciso fomentar la reflexión y el debate sobre los criterios de evaluación de la ciencia, desde un enfoque de género. Lo que se traduce en analizar críticamente los criterios de excelencia científica, de objetividad y de independencia, tal y como se vienen utilizando.

5.2. Principios, valores y metas

RECOMENDACIÓN 6

Reconocer como valores y metas de la evaluación de proyectos: la calidad, incorporando a su noción la dimensión de género; la promoción de la igualdad y la equidad de género en salud; la promoción de la igualdad de oportunidades y trato entre quienes investigan; la transparencia; y el compromiso ético de justicia social.

Para ello: a) seleccionar las propuestas que muestren una alta calidad científica, siendo uno de sus componentes la integración del enfoque de género; b) asegurar que los beneficios de la investigación a financiar se distribuirán entre hombres y mujeres de forma igualitaria; c) velar por la igualdad de oportunidades para investigadoras e investigadores; d) y asegurar la transparencia y publicidad de los criterios, procedimientos y resultados de las evaluaciones.

5.3. Agentes de evaluación

Aquí hay dos aspectos a tratar que no están exentos de polémica: el equilibrio de género en las comisiones de evaluación y la presencia o ausencia de conocimiento experto de género en tales comisiones. Estos aspectos nos hacen entrar en el terreno de las *acciones positivas*. Éstas consisten en establecer medidas temporales para lograr una igualdad de oportunidades en la práctica; además, permiten mentalizar a las personas o corregir situaciones resultado de prácticas anteriores discriminatorias (recordar a este respecto todo lo expuesto en el capítulo 3). Al cuestionar la valía de las mujeres que ocupan determinados espacios de responsabilidad, pueden ser consideradas como un instrumento central para el avance hacia la igualdad

de género (Osborn, Rees, Bosch et al., 2000; Comisión Europea, 2008b; Comisión Europea, 2009) dentro de las limitaciones que también presentan. Desde este punto de vista, las recomendaciones son:

RECOMENDACIÓN 7

Establecer medidas para potenciar la participación de las mujeres en los paneles de evaluación y selección.

En este sentido, a nivel nacional y europeo se comienza a recomendar un porcentaje mínimo de mujeres partícipes en tales comisiones del 40%, de modo que ningún sexo supere el 60% (CSIC, 2005; Comisión Europea, 2009).

RECOMENDACIÓN 8

Contar con conocimiento experto en género en las comisiones de evaluación.

Existen varias formas de incorporar el conocimiento experto de género en los sistemas de evaluación. Las principales son:

- Inclusión directa de, al menos, una persona experta en género e igualdad de oportunidades en cada panel de evaluación. Aquí se recomienda mantener directorios actualizados de personas expertas en género e investigación en salud.
- Asistencia externa a cada panel de evaluación de agentes independientes expertos en género e igualdad de oportunidades (Comisión Europea, 2008; WHO, 2000)[11]. Para ello se recomienda incluir en los listados de personas o colectivos informantes o consultores a sujetos expertos en género e igualdad de oportunidades, y articular sistemas de consulta, asistencia y asesoramiento fluidos y eficaces.
- Desarrollar acciones y materiales para la sensibilización y formación específica en género e igualdad de oportunidades de agentes integrantes del panel evaluador.

- Crear paneles especializados en género e igualdad que complementen de manera transversal la labor de las diversas comisiones de evaluación. Al igual que algunos organismos evaluadores prevén la existencia de paneles especializados en aspectos complejos de las propuestas, como los paneles de evaluación ética, se puede incluir un tipo de panel, vinculado o independiente de los paneles éticos, para asegurar la defensa de la igualdad y equidad de género.

RECOMENDACIÓN 9

Avanzar hacia un modelo de evaluación de la investigación con enfoque de género más abierto, participativo, sensible a la complejidad social y, por ello, más próximo a las necesidades reales de mujeres y hombres.

Se trataría de acercarnos hacia el modelo del Ágora, que se desarrolla en el epígrafe «Críticas feministas hacia el modelo hegemónico de hacer ciencia».

5.4. Procedimientos de evaluación

En las diversas convocatorias de investigación en salud, los procedimientos de evaluación y selección suelen constar de dos fases consecutivas: preselección y selección de proyectos. Las comisiones técnicas de evaluación realizan una preselección de las propuestas siguiendo los criterios de adecuación y oportunidad según las prioridades de la convocatoria y presentan una memoria de presolicitudes. A continuación, los proyectos pasan por una evaluación en base a los criterios establecidos en convocatoria que suelen consistir en: valoración del equipo de investigación, valoración científico-técnica, valoración de la existencia de un plan de difusión y divulgación de sus resultados, valoración ética, valoración económica, y valoración de aplicabilidad e impacto potencial. Finalmente, las comisiones de selección, considerando el resultado de la evaluación anterior y la disponibilidad de presupuesto, seleccionan las propuestas candidatas conforme a los criterios establecidos en la convocatoria. En este sentido, las recomendaciones generales son las siguientes:

RECOMENDACIÓN 10

Integrar la transversalidad de género en todos los procedimientos mediante herramientas de investigación, sensibilización y formación específica.

RECOMENDACIÓN 11

Articular y dotar los procedimientos de evaluación de mayor transparencia, publicidad y flexibilidad.

Mayor transparencia y publicidad: a) dar publicidad a las convocatorias previstas de ayuda a la investigación para reducir el impacto de las redes informales que, en ocasiones, excluyen a las mujeres; b) difundir los criterios explícitos de evaluación de las propuestas de investigación y de la excelencia científica; c) poner a disponibilidad pública los informes sobre los procedimientos de evaluación con datos generales de la composición de las comisiones, de las solicitudes, de los criterios, etc.; d) publicar estadísticas desagregadas por sexo, y en formato de series temporales, sobre la composición de las comisiones evaluadoras y los «índices de éxito», como el índice de éxito de concesiones de financiación propuesto por la Comisión Europea (2009).

$$\text{Índice de éxito de concesiones (según sexo)} = \frac{\text{n º solicitudes financiadas}}{\text{n º de solicitudes admitidas}}$$

Otro índice de éxito interesante es el de concesión de ayudas postdoctorales porque se trata de un periodo clave para el desarrollo de la carrera investigadora. También pueden calcularse como indicadores *proxy* de prestigio científico los índices de éxito de las convocatorias de excelencia.

Mayor flexibilidad para facilitar la participación de mujeres y hombres evaluadores. Por ejemplo, fomentando la combinación de procedimientos de evaluación central o presencial y evaluación remota o a distancia (Comisión Europea, 2008a, 2008b, 2009).

RECOMENDACIÓN 12

Desarrollar protocolos de evaluación y otros instrumentos de apoyo que integren la dimensión del género, como *checklists*, guías o códigos de actuación.

RECOMENDACIÓN 13

Evaluar el impacto de género de los procedimientos de evaluación de propuestas de investigación en salud, para detectar y corregir desequilibrios y malas prácticas. Es recomendable contar con el asesoramiento experto en género para determinar si la aplicación de estos procedimientos produce un efecto equivalente para ambos sexos (en derechos y oportunidades). Y si no es el caso, proponer modificaciones.

La información imprescindible que debe facilitar un informe de impacto de género es: 1) situación de partida de mujeres y hombres; 2) prospección de resultados sobre cómo puede influir el procedimiento sobre la situación de partida; 3) valoración del impacto de género, calificando sus efectos como positivos o negativos en relación con la igualdad de género; 4) si la valoración es negativa incluir propuestas de mejora de los resultados de su aplicación.

RECOMENDACIÓN 14

Establecer contactos con redes de expertas y expertos en evaluación de la actividad científica desde la perspectiva de género. En concreto, es recomendable participar en redes nacionales e internacionales para el intercambio de experiencias y buenas prácticas.

5.5. Criterios y elementos de evaluación

Para que el proceso de evaluación de la excelencia científica sea sensible al género tiene que atender a dos elementos: a) la inclusión de la dimensión de género en la investigación, que supone utilizar criterios que permitan valorar la sensibilidad de género de las propuestas; y b) el fomento de la participación de las mujeres en la investigación, que supone revisar los criterios de evaluación de la experiencia investigadora para que respeten la igualdad de oportunidades

entre mujeres y hombres (Comisión Europea, 2005). Estos dos elementos han sido representados simbólicamente con la siguiente fórmula[12] (figura 5.2):

Figura 5.2. Fórmula para el avance en la igualdad de género en la investigación



Fuente: Adaptación propia a partir de Comisión Europea, 2005.

RECOMENDACIÓN 15

Valorar la inclusión efectiva de la dimensión del género en las propuestas de investigación en salud[13]. Esto se puede hacer:

a) Definiendo criterios excluyentes frente a la presencia de errores, sesgos y malas prácticas de género en las propuestas.

b) Definiendo criterios incluyentes, valorando en las propuestas la presencia de elementos sensibles al género que pueden formar parte de los criterios de adjudicación.

La clave del procedimiento se sustenta en reconocer la necesidad de cumplir unos requisitos mínimos e imprescindibles de validez y calidad científica basados en la consideración del sexo y del género en el planteamiento de las propuestas. A partir de estos requisitos, se valorarán favorablemente otros aspectos que permiten avanzar en el grado de incorporación de la perspectiva de género en las propuestas (figura 5.3).

Figura 5.3. Criterios de evaluación de propuestas según grado de integración de la perspectiva de género



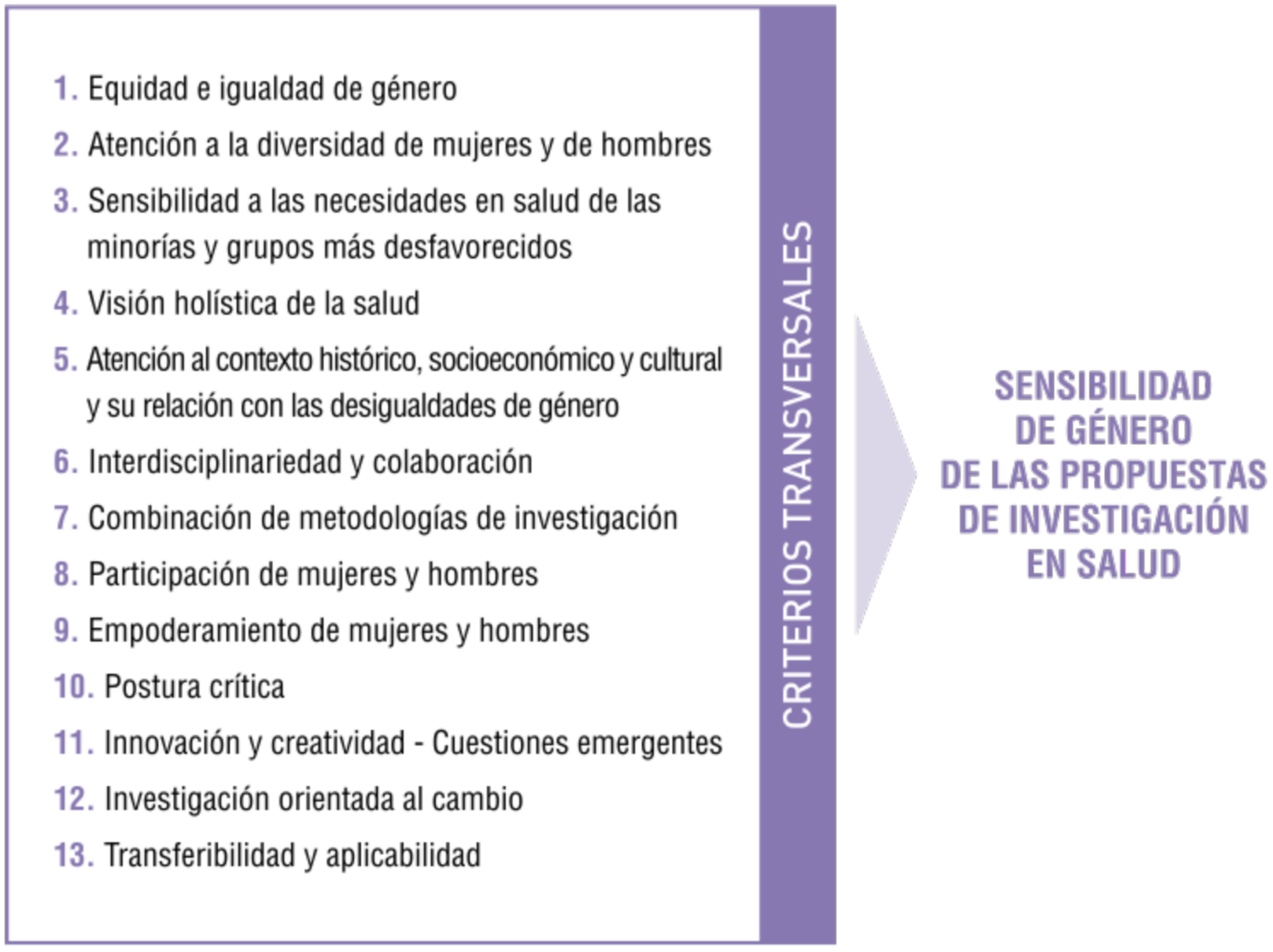
Criterios de exclusión de propuestas de investigación: las normativas para la evaluación de propuestas de investigación suelen contemplar, de antemano, elementos de exclusión cuya presencia en los proyectos a evaluar supone su descarte automático de la financiación por no poseer un nivel científicamente aceptable (presentar una baja calidad científico-técnica, una falta de adecuación ética o escasa aplicabilidad e impacto potencial, entre otros criterios). Desde esta guía se propone sumar como criterio adicional de exclusión presentar «insensibilidad de género» que puede detectarse en la presencia de malas prácticas o sesgos de género en las propuestas de investigación y que se resumen en la figura 5.4.

Figura 5.4. Elementos de exclusión de propuestas de investigación desde un enfoque de género



Criterios de sensibilidad de género en las propuestas de investigación: Además de considerar aquellos aspectos negativos al género de las propuestas, es preciso valorar positivamente aquellos elementos sensibles y constructivos respecto al género (figura 5.5): a) los principios de equidad e igualdad de género en salud; b) la atención a la complejidad social; c) una visión holística de la salud; d) la atención al contexto donde se enmarcan la salud de las poblaciones y las relaciones de género; e) la interdisciplinaridad en la investigación; f) la combinación de metodologías de investigación; g) una postura crítica; h) fomento de la participación; i) investigación orientada al cambio; h) previsión de transferibilidad y aplicabilidad; e h) innovación y creatividad[14].

Figura 5.5. Elementos que favorecen la sensibilidad de género en propuestas de investigación en salud



Estos criterios de sensibilidad, de forma más operativa, pueden ser la base de criterios de selección o adjudicación de las propuestas de investigación que contendrán una serie de puntos por cada apartado a evaluar con un umbral mínimo a cumplir desde una perspectiva de género. De esta manera, quedarían excluidos aquellos proyectos que no alcanzaran el umbral de puntuación mínima establecida. Una vez realizada la evaluación, se incluirán las propuestas recomendadas para financiación en una lista ordenada conforme a la puntuación total obtenida.

Desde esta guía, proponemos se incorporen elementos de sensibilidad de género a evaluación en cada uno de los siguientes apartados: 1) valoración de equipos de investigación; 2) valoración científico-técnica del proyecto; 3) valoración de la estrategia de difusión; 4) valoración ética; 5) valoración económica; 6) valoración de aplicabilidad e impacto potencial; y 7)

valoración del uso del lenguaje. Las recomendaciones siguientes no se proponen reemplazar a los criterios tradicionales de evaluación, sino constituir otros nuevos y complementarios que evalúen la sensibilidad de género de las propuestas. En el momento actual, donde los criterios de evaluación desde un enfoque de género se están configurando, se necesita hacer una priorización y homogenizar criterios. El peso y el lugar de estos nuevos elementos dependerán de los organismos responsables de establecer los sistemas de evaluación de proyectos de investigación en salud para su financiación.

5.5.1. Valoración de equipos de investigación

La composición del equipo: Las figuras hegemónicas del «investigador principal» (IP) e «investigador colaborador» (IC), en masculino y singular, responden a una representación androcéntrica del «científico» y de la labor investigadora. La figura del IP puede suponer un círculo de discriminación hacia las mujeres porque corresponde a quien tenga mayor currículo del equipo de investigación. Y en muchos casos, aún coincide con un varón que ha contado con mayores oportunidades para desarrollar su carrera académica. En este sentido, y en orden a favorecer la equidad de género en la conformación de los equipos de investigación, se recomienda:

RECOMENDACIÓN 16

Otorgar mayor peso en la evaluación a la experiencia acumulada del equipo de investigación y su grado de complementariedad e interdisciplinariedad que a la experiencia aislada del «investigador principal».

RECOMENDACIÓN 17

Considerar la posibilidad de que pueda haber direcciones compartidas y valorar positivamente el hecho de que una o varias de estas personas sean mujeres.

También pueden considerarse como medidas positivas: 1) valorar la participación de mujeres en el equipo investigador y primar el equilibrio de sexos en la composición de los equi-

pos y redes de investigación en todos los niveles de responsabilidad; 2) valorar los equipos o redes de investigación lideradas o colideradas por mujeres; 3) valorar las solicitudes de grupos emergentes, liderados y/o compuestos por investigadoras; 4) valorar los proyectos donde los/las investigadores/as principales respeten el principio de igualdad de trato de mujeres y hombres. En este sentido, se debe dirigir una especial atención a la división de tareas y condiciones de trabajo dentro del equipo, a la igualdad en el reconocimiento de sus logros y a la extensión de dicho principio al reclutamiento de nuevo personal investigador que suele describirse en el apartado de gastos de personal de la memoria del proyecto[15].

Además, se requiere que los equipos respondan a principios de interdisciplinariedad, colaboración y participación. Por ello se recomienda:

RECOMENDACIÓN 18

Valorar positivamente la multidisciplinariedad del equipo de investigación y contar con personas de organismos públicos o colectivos civiles involucrados en la temática para la transferencia práctica de los beneficios potenciales del proyecto.

La valoración de la experiencia investigadora del equipo

La excelencia científica se mide principalmente según las contribuciones y publicaciones científicas en medios de impacto. Sin embargo, como se desarrolló en los epígrafes 3.2.1 y 3.4.1, este criterio perjudica la valoración de las investigadoras porque aún publican en menor cantidad, son menos citadas y tienen mayores dificultades para acceder a publicaciones de impacto. Por ello es necesario adecuar los criterios de excelencia siguiendo las siguientes recomendaciones:

RECOMENDACIÓN 19

Valorar positivamente la experiencia del equipo investigador adquirida por el desarrollo de facetas como la profesional, la docente, la de cooperación social, entre otras. De paso, se contribuye a sustituir el modelo de «científico aislado en su torre de cristal» por el de «persona investigadora en contacto con la sociedad».

RECOMENDACIÓN 20

Valorar los periodos reales de investigación sin penalizar los paréntesis en la carrera investigadora debidos a cuestiones personales o familiares.

RECOMENDACIÓN 21

Valorar positivamente las contribuciones científicas, publicaciones y productos previos del equipo investigador en los que se haya incorporado un enfoque de género. Así también, valorar positivamente las publicaciones en revistas que contribuyan al estudio del género y la salud.

RECOMENDACIÓN 22

Valorar positivamente la difusión previa de resultados de investigación de calidad en diversos formatos, lenguajes e idiomas —no sólo artículos científicos, no sólo lenguaje escrito, no sólo en inglés—. Con ello se puede comenzar a apreciar productos de investigación que quizás tengan un mayor impacto sobre la vida cotidiana y sobre la salud de las personas.

5.5.2. Valoración científico-técnica del proyecto

Fundamento del proyecto

RECOMENDACIÓN 23

Valorar positivamente en la exposición de la relevancia científica y sanitaria de la propuesta la inclusión, si son pertinentes, de cuestiones de género como aspectos importantes a plantear.

RECOMENDACIÓN 24

Valorar positivamente que los antecedentes incluyan un análisis crítico del problema desde una perspectiva de género para detectar sesgos y lagunas de conocimiento en el tema de investigación.

RECOMENDACIÓN 25

Valorar positivamente, cuando proceda, en la descripción de los objetivos: a) la organización de objetivos específicos para cada sexo para clarificar problemas o necesidades específicas de salud o de atención en la temática tratada; b) la organización de objetivos conjuntos para abordar las diferencias (o similitudes) y las desigualdades de género en relación al problema a investigar.

RECOMENDACIÓN 26

Valorar positivamente, si procede, que se planteen hipótesis sensibles al género (consideran el sexo y el género como variable y dimensión clave de análisis) o específicas al género (centradas en explicar las relaciones entre el género y la salud).

RECOMENDACIÓN 27

Valorar positivamente la actualidad, pertinencia, interdisciplinaridad y calidad de las referencias bibliográficas, contemplando como criterios de calidad la inclusión de referencias sobre el estado de la cuestión en mujeres y hombres y el uso de los nombres de pila completos.

RECOMENDACIÓN 28

Valorar positivamente la descripción del impacto y la aplicabilidad de los resultados de investigación previsibles desde una perspectiva de género, si es pertinente, y del propósito de desarrollar una investigación orientada al cambio social para el avance en la igualdad y en la equidad de género.

Diseño metodológico

RECOMENDACIÓN 29

Valorar positivamente la originalidad del proyecto en enfoques metodológicos innovadores.

RECOMENDACIÓN 30

Valorar positivamente que el diseño integre al sexo y al género como elementos que atraviesan toda la estrategia metodológica.

RECOMENDACIÓN 31

Valorar positivamente la utilización complementaria de métodos cuantitativos y cualitativos, si es pertinente para el logro de los objetivos de investigación. Tener en cuenta que las metodologías cualitativas posibilitan capturar mejor las complejas dinámicas de género y su relación con la salud.

RECOMENDACIÓN 32

Valorar positivamente que, cuando proceda, el diseño integre diversos niveles de estudio (individual, hogar / familiar, barrio / comunidad cercana, entre otros).

Participantes en el estudio

RECOMENDACIÓN 33

Valorar positivamente que las muestras estén desagregadas según el sexo y otras variables socioeconómicas significativas, como edad, algún indicador de clase social o grupo étnico.

RECOMENDACIÓN 34

Valorar positivamente que los procesos de selección de las personas sujetas a estudio estén adecuadamente justificados y sean sensibles al sexo y al género, dando gran valor a la combinación de procedimientos de selección cuantitativos y cualitativos.

RECOMENDACIÓN 35

Valorar positivamente que se prevean sistemas de participación de las personas sujetos de investigación.

Variables y categorías de análisis

RECOMENDACIÓN 36

Valorar positivamente el uso de la variable sexo como variable clave.

RECOMENDACIÓN 37

Valorar positivamente la definición y el uso de variables y categorías que permiten analizar la complejidad de la dimensión del género y su relación con la salud.

Recogida de información

RECOMENDACIÓN 38

Valorar positivamente el análisis de posibles sesgos de género en las técnicas e instrumentos de recogida de datos existentes y la argumentación sobre su capacidad o potencia para recolectar información en mujeres y hombres. También, si es oportuno, la construcción de nuevas herramientas libres de sesgos de género.

RECOMENDACIÓN 39

Valorar positivamente la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas, y el uso de desarrollos metodológicos procedentes de diversas disciplinas como: métodos participativos, análisis de redes, sistemas geográficos de información o técnicas etnográficas.

RECOMENDACIÓN 40

Valorar positivamente el planteamiento de técnicas de recogida de información participativas e interactivas con las personas sujetas a estudio por su capacidad de empoderamiento.

Análisis de la información

RECOMENDACIÓN 41

Explicar claramente el tipo de métodos propuestos, su adecuación y los indicadores elegidos en relación al estudio de las diferencias y desigualdades de género.

RECOMENDACIÓN 42

Valorar positivamente la previsión de análisis específicos para cada sexo y de análisis comparados, así como la utilización del género como categoría analítica e interpretativa.

Calidad

RECOMENDACIÓN 43

Valorar positivamente, en la argumentación sobre calidad, la previsión de sistemas de control de sesgos metodológicos, y entre ellos los sesgos de género.

5.5.3. Valoración de la estrategia de difusión

RECOMENDACIÓN 44

Exponer claramente la pertinencia de la estrategia y la metodología de comunicación para garantizar la transferibilidad de los resultados y la sostenibilidad de la difusión.

RECOMENDACIÓN 45

Valorar positivamente la previsión de métodos y espacios de intercambio con quienes participan en el estudio para el contraste y difusión de los resultados. Y también para que quienes participan generen cambios positivos (empoderamiento).

RECOMENDACIÓN 46

Valorar positivamente la difusión de los resultados en foros no sólo académicos sino en otros cercanos a la ciudadanía y a personas responsables de la toma de decisiones. También el desarrollo de materiales de difusión accesibles a un público no experto.

RECOMENDACIÓN 47

Valorar positivamente la difusión no solo de resultados sino también de metodologías e instrumentos para el análisis de género de la salud.

5.5.4. Valoración ética

Esta valoración va paralela a la evaluación científico-técnica, especialmente cuando los estudios son experimentales o cuasiexperimentales, aunque también cuando utilizan otros tipos de diseños. Su fundamento es salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad, la salud y el bienestar de quienes participan en una investigación (WHO, 2000). Y también velar para que las investigaciones persigan un bien común. Desde una perspectiva de género hay una serie de preguntas guía a realizar en las diversas fases de un proyecto (Gender and Health Group-Liverpool School of Tropical Medicine, 2000; Shartrand y Brabeck, 2001):

En el planteamiento de los objetivos

RECOMENDACIÓN 48

¿Se explica por qué se aborda cierta necesidad en salud y no otras? ¿Se tratan de forma equitativa las necesidades en salud o atención de mujeres y hombres? ¿Se aprecian intereses o prejuicios sexistas que supongan un obstáculo para la igualdad de género en salud?

En el planteamiento de la metodología

RECOMENDACIÓN 49

¿El diseño y la propuesta de desarrollo del estudio hacen peligrar la dignidad, los derechos, la seguridad, la salud o el bienestar de las mujeres y de los hombres participantes? ¿Se contemplan medidas para proteger el derecho de confidencialidad y el consentimiento informado? ¿Se establecen mecanismos para el empoderamiento de las personas participantes?

En el planteamiento de la divulgación de los resultados

RECOMENDACIÓN 50

¿Se explica cómo los resultados inciden en el bien común o beneficio equivalente para mujeres y hombres? ¿En qué medida la investigación está concebida u orientada al cambio social y a la transformación de los roles, estereotipos y situaciones discriminantes para mujeres y hombres? Y, en definitiva, ¿en qué medida los resultados previsibles impulsan la equidad de género en salud?

5.5.5. Valoración económica

El enfoque de género ha sido señalado prioritario en la formulación de presupuestos, para que hombres y mujeres se beneficien justamente de los recursos económicos disponibles (UNIFEM, 2005; Instituto de la Mujer, 2004). El presupuesto presentado debe ser pertinente, equilibrado y coherente en sí mismo, en relación con los objetivos específicos del proyecto.

RECOMENDACIÓN 51

Se recomienda primar los proyectos donde cada partida esté adecuadamente justificada y, en caso necesario, desagregada por sexo (por ejemplo, en relación a los recursos humanos necesarios).

RECOMENDACIÓN 52

Contar con estadísticas desagregadas por sexo mediante el cálculo del «índice de éxito» de financiación concedida para asegurar que las cantidades económicas presupuestadas se distribuyan equitativamente.

5.5.6. Valoración de aplicabilidad e impacto potencial

RECOMENDACIÓN 53

Valorar positivamente que se describa la estrategia de comunicación en lo que respecta a la planificación, los grupos destinatarios, la adecuación de los canales utilizados y la visibilidad de la financiación, contemplando a ambos sexos.

RECOMENDACIÓN 54

Valorar el impacto de género de la propuesta de investigación estimando en qué medida los resultados previsibles y la metodología utilizada pueden contribuir o no a la igualdad y equidad de género. En esta valoración, se recomienda incluir su transferibilidad a la práctica clínica, innovación tecnológica, gestión de recursos y servicios sanitarios, entre otros aspectos.

5.5.7. Valoración del uso del lenguaje

RECOMENDACIÓN 55

Valorar positivamente las propuestas que hagan un uso del lenguaje no sexista ni androcéntrico[16].

Volver al índice

6.

Difusión de los resultados de la investigación

Objetivo: El presente capítulo se ha concebido de forma independiente para tratar la incorporación de la perspectiva de género en el proceso de redacción y comunicación de los hallazgos de la investigación. No obstante, es aconsejable atender a los capítulos anteriores para profundizar en algunos aspectos planteados.

Personas principales destinatarias: Personas investigadoras en salud.

Estructura de las recomendaciones: Las recomendaciones que proponemos se estructuran en torno a dos niveles: 1) presentación de resultados en manuscritos; y 2) revisión y evaluación externa de trabajos científicos. En la figura 6.1 se sintetizan los elementos contemplados para la elaboración de las recomendaciones.

Figura 6.1. Esquema de articulación de las recomendaciones para la difusión de resultados de investigación con perspectiva de género



6.1. Presentación de resultados en manuscritos científicos

Este epígrafe contiene recomendaciones básicas para presentar los resultados de una investigación desde un enfoque de género. A la hora de organizar el relato científico es importante prestar atención a:

→ *Qué resultados se presentan*. Si la perspectiva de género parte de la base de que las sociedades son desiguales y que la desigualdad social entre mujeres y hombres influye en la salud, habrá que priorizar temas y aspectos que vayan en esa línea.

→ *Cómo se presentan los resultados*. Junto a los criterios científicos de presentación de los descubrimientos de las investigaciones, habrá que sumar el cuidado en el uso del lenguaje, en la transferencia de los resultados y en cuestiones éticas. Las sugerencias comprenden todo el manuscrito para velar por su coherencia.

6.1.1. Presentación de resultados

Un obstáculo recurrente en la presentación de los resultados de la investigación en salud ha sido la invisibilización de la situación de las mujeres detrás de la asunción de la situación de los hombres como norma. Desde el feminismo, a esto se le conoce como el «Paradigma de Invisibilidad» (Valls, 2006) y puede aparecer en cada apartado del manuscrito. Para evitar esto, las recomendaciones generales son las siguientes:

RECOMENDACIÓN 1

Incluir en los marcos teóricos referencias sobre las diferencias (o similitudes) entre mujeres y hombres, y sobre las desigualdades de género identificadas en la temática estudiada.

En la configuración del apartado de antecedentes, es preciso discernir con claridad entre los estudios previos que realizan un abordaje de género del problema a investigar y los que no lo hacen. Y en estos últimos casos, considerar sus conclusiones con cautela.

RECOMENDACIÓN 2

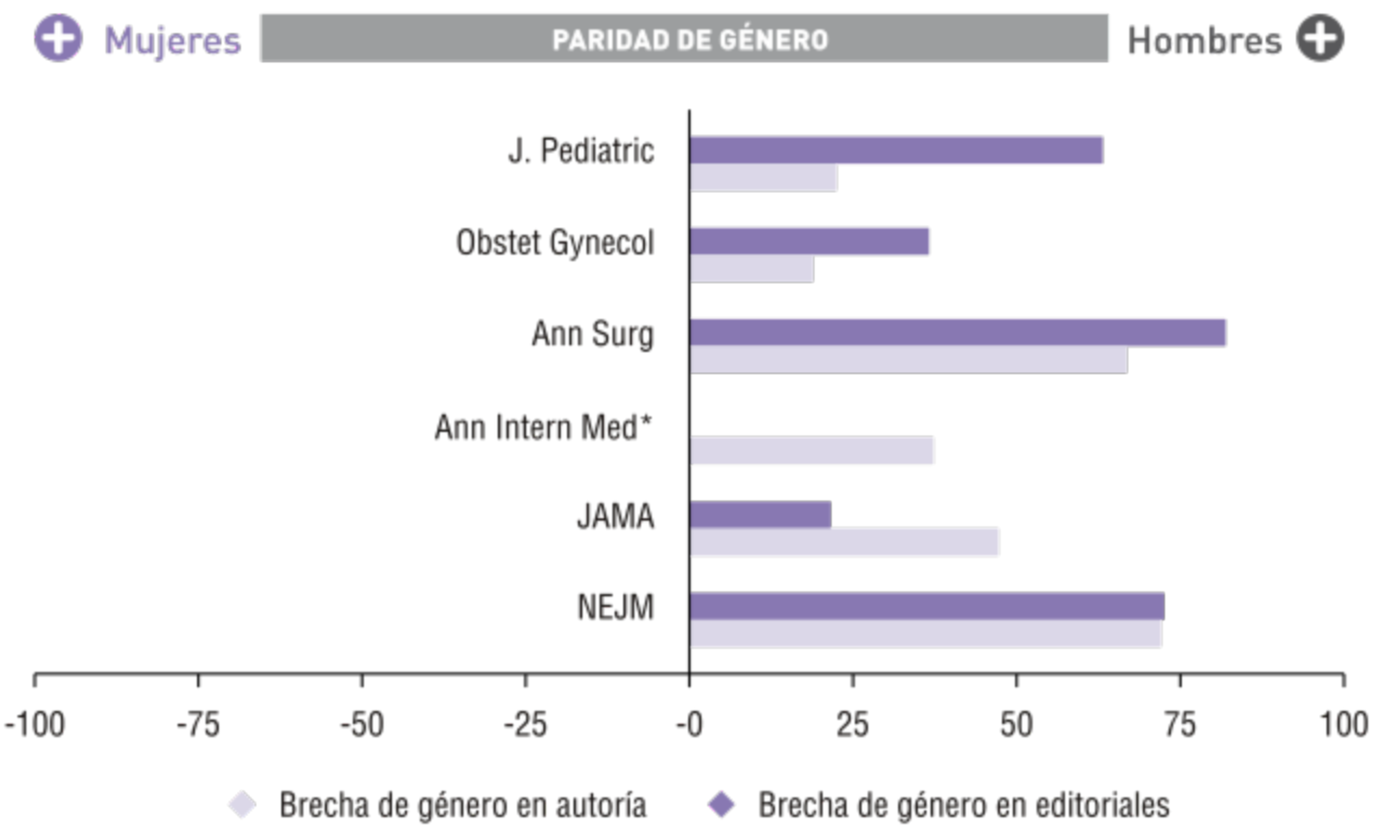
Especificar en la metodología claramente el diseño empleado, los procedimientos de selección y los perfiles de las personas «sujetos de estudio» según el sexo y otras variables significativas al género.

RECOMENDACIÓN 3

Presentar todos los datos desagregados por sexo. Además, pueden utilizarse medidas sintéticas y relacionales (brechas de género, por ejemplo) que permitan mostrar de forma clara y directa las diferencias (o similitudes) entre los sexos.

Una forma de presentar los resultados usando brechas de género se muestra en la figura 6.2. En el estudio referido, la brecha ha sido calculada en función de la razón de porcentajes: un resultado cercano al eje central indica paridad de género *(gender parity);* una cifra positiva indica un desequilibro o brecha *(gender gap),* a favor de los varones, y una negativa, a favor de las mujeres.

Figura 6.2. Participación de mujeres y hombres en el proceso de publicación de revistas médicas



Fuente: Adaptado de Jiménez-Rodrigo et al, 2008.

RECOMENDACIÓN 4

Representar todos los resultados —tanto a nivel tabular como gráfico— desagregados por sexo, reflejando las diferentes situaciones y experiencias de mujeres y de hombres en relación con el problema de investigación.

a) Incorporar, si es necesario y el formato de difusión lo permite, anexos específicos que incluyan resultados detallados por sexo y su interrelación con otras variables socioeconómicas.
b) Evitar que, de manera sistemática, los datos referidos a hombres aparezcan en primer lugar. Para ello se aconseja alternar el orden de aparición de los sexos en el texto.

RECOMENDACIÓN 5

En la interpretación de los resultados, evitar que, de manera sistemática, la información referida a mujeres sea interpretada en función de lo observado en los hombres.

RECOMENDACIÓN 6

Incluir datos que reflejen la interacción del sexo/género con otras variables relevantes al estudio. Centrarnos de forma aislada en las desigualdades de género puede ocultar la suma de otras relaciones de desigualdad, como por edad, clase social y otras.

RECOMENDACIÓN 7

Incluir en la bibliografía los nombres completos de todas las personas autoras frente a la costumbre arraigada de que los nombres se consignen mediante la inicial.

6.1.2. Uso del lenguaje

El lenguaje es nuestro instrumento para comunicar ideas. La comunidad científica debe reflexionar sobre sus hábitos lingüísticos para responder a las realidades sociales. Es necesario que el uso del lenguaje científico sea eficaz y, a la vez, igualitario para que en él tanto mujeres como hombres se sientan representados. La lengua española dispone de recursos suficientes para contribuir a la igualdad de género (Ayala et al., 2006). Las recomendaciones a este respecto son[17]:

RECOMENDACIÓN 8

No usar el masculino como genérico y nombrar específicamente a las mujeres cuando proceda.

La utilización del masculino para referirse tanto a mujeres como hombres es un error frecuente. Las palabras contenidas en los documentos a divulgar generan en quien las lee representaciones mentales y representaciones sociales. Cuando los términos son de género gramatical masculino las imágenes a las que aluden son masculinas y las mujeres tienden a no estar representadas. Este uso incumple con un requisito clave del lenguaje científico que es ser unívoco porque da lugar a confusiones y a una mala comunicación de la información. Por ejemplo, ante el título «Visión del maltrato al anciano desde atención primaria» cabe preguntarse: ¿el texto se referirá o no a las mujeres?, porque si lo hace un titular más claro sería «Visión del maltrato a personas ancianas desde atención primaria». Otro ejemplo: «Obesidad infantil: opiniones y actitudes de los pediatras», si se suman las opiniones de las pediatras habrá que sustituir por «Obesidad infantil: opiniones y actitudes en pediatría». Es imprescindible utilizar un lenguaje que nombre adecuadamente y no oculte a las mujeres. Para ello existen varios recursos (cuadro 6.1):

a) No utilizar el término «hombre» como término universal que representa a varones y a mujeres porque es una acepción sesgada en desuso; ni utilizar términos de género gramatical masculino como términos universales porque incorporan confusión y ambigüedad en el lenguaje científico. En su lugar utilizar términos colectivos y genéricos que representen a mujeres y a hombres (ciudadanía, infancia, población, personal sanitario, etc.).
b) Usar desdoblamientos cuando se haga referencia a un grupo mixto (usuarias y usuarios). Esta práctica no implica una duplicación sino la representación de ambos sexos en una situación en la que ambos están presentes.
c) Usar recursos que, si es oportuno, permitan no especificar el sexo del referente: omitir el sujeto en frases pasivas, omitir el determinante ante sustantivos de forma única, recurrir a pronombres sin marca de género (alguien, quien…), entre otros.
d) Siempre que sea posible, debemos usar la forma masculina o femenina según sea hombre o mujer a quien se haga referencia. Para contribuir a un uso igualitario del lenguaje conviene tratar de modo simétrico a los dos sexos.

Cuadro 6.1. Recursos lingüísticos para un uso igualitario del lenguaje

- Colectivos (*autoría, ciudadanía...*)
- Abstractos (*dirección, docencia...*)
- Perífrasis *(la clase investigadora...)*
- Desdoblamientos *(la autora y el autor...)*
- Barras *(el/la firmante...)*
- Omitir el determinante ante sustantivos de forma única
- Emplear determinantes sin marca de género
- Recurrir a pronombres sin marca de género
- Eludir el sujeto
- Optar por la simetría

Fuente: Ayala et al., 2006.

RECOMENDACIÓN 9

No realizar saltos gramaticales ni semánticos que deriven en un lenguaje confuso y ambiguo.

El salto semántico se produce cuando se emplea un masculino en sentido genérico y se enuncia sobre él una oración cuyo sentido engloba a uno y otro sexo, pero va seguida de una oración referida a varones exclusivamente. Pongamos por caso la frase «los pacientes que acuden al centro tienen más de 55 años; la mayoría vienen acompañados por sus mujeres».

RECOMENDACIÓN 10

No transmitir estereotipos sexistas, prejuicios e imágenes negativas o peyorativas de las mujeres a través del lenguaje.

El sexismo lingüístico presenta una imagen descalificadora y desvalorizada de un sexo frente al otro. Su uso asigna valores, capacidades y roles específicos a hombres y mujeres,

usualmente, situando a éstas en una situación inferior, pasiva, culpabilizadora, dependiente o subordinada. Algunos ejemplos: «La mujer gestante está creando una nueva vida y al fumar compromete gravemente la salud de su hijo que depende por completo de lo que como madre haga»; «[…] es de esperar el aumento en la proporción de mujeres con depresión por su fragilidad mental, y por tanto, también que abusen de psicotropos».

RECOMENDACIÓN 11

Cuidar que las fórmulas de tratamiento sean simétricas.

Se debe citar siempre de igual modo a hombres y mujeres, ya sea con nombres y apellidos, con la misma titulación académica o cargo, etc. Es recomendable además citar por orden alfabético con el fin de evitar posibles subordinaciones y jerarquías.

a) Evitar expresiones en las que las mujeres aparezcan desempeñando roles de dependencia, subordinación o posesión respecto a los varones («esposa de», «becaria de», etc.).
b) Evitar expresiones que excluyan a las mujeres de determinadas actividades u ocupaciones, tradicionalmente asignadas a los hombres («comité de editores», «investigador principal», etc.).
c) Evitar diferentes tratamientos según sexo, que suelen minimizar a las mujeres («el señor López y la señorita Vázquez»).
d) Evitar asignar cualidades diferentes para mujeres (las relacionadas con la apariencia física o con lo sentimental) y para hombres (las relacionadas con la fortaleza física o la inteligencia).

RECOMENDACIÓN 12

Cuidar que el uso del lenguaje visual (como representaciones gráficas o imágenes) tampoco sea sexista, analizando los valores asociados según sexo.

RECOMENDACIÓN 13

Procurar una utilización correcta y precisa de los términos sexo y género[18] (cuadro 6.2).

Para ello: a) no emplear los términos sexo y género como sinónimos intercambiables puesto que hacen referencia a realidades y significados diferentes; b) usar expresiones más generales cuando no se tiene seguridad sobre cómo y cuándo utilizar el término género (por ejemplo, en lugar de diferencias de género, diferencias entre mujeres y hombres); c) no utilizar el término abstracto «mujer» para hacer referencia a las especificidades del género femenino frente al masculino , ya que simplifica y esencializa, reduciendo la diversidad de experiencias y situaciones de las mujeres a una falsa esencia homogénea. Es preferible hablar de mujeres y no de mujer (lo mismo ocurre con los hombres). Así también, se han de evitar expresiones del estilo: «la mujer en comparación con el hombre», «la salud de la mujer», «la mujer en la ciencia». De forma resumida, en el siguiente cuadro se sugieren algunas indicaciones para el uso adecuado de los términos sexo y género.

Cuadro 6.2. Orientaciones básicas para la utilización de los términos sexo y género

CUÁNDO USAR EL TÉRMINO «SEXO»	CUÁNDO USAR EL TÉRMINO «GÉNERO»
■ Al hacer referencia a las características biológicas y a su clasificación en función de ellas (varones y mujeres). ■ El sexo (no el género) es la variable que se utiliza en los análisis de datos cuantitativos.	■ Al hacer referencia a las características sociales, culturales y de los procesos de identidad que pueden generar desigualdades entre mujeres y hombres. ■ El género forma parte de las categorías de análisis, entendido como interpretación del significado de los datos, especialmente los cualitativos (roles de género, normas de género, identidad de género, etc.). Implica un enfoque interpretativo y crítico.
Ejemplos: «Las diferencias por sexo en...» «La distribución según sexo de...» «Las variables de sexo, edad...»	**Ejemplos:** «Desigualdad de género en el acceso a...» «Sesgos de género en el diagnóstico...» «Influencia de los roles de género en...»

6.1.3. Comunicación y transferencia de resultados

Usualmente la comunicación de los resultados de la investigación en salud se ha realizado en circuitos cerrados de carácter académico y sanitario, siendo la principal vía de su comunicación las publicaciones científicas especializadas. Las dinámicas del reconocimiento de la excelencia científica, basadas en la productividad de publicaciones académicas y en la citación, dificultan la transmisión del conocimiento en salud por otros medios. Además, el discurso científico empleado hace que la transferencia de los resultados a audiencias no expertas sea una tarea complicada[19].

Una investigación en salud con perspectiva de género debe tener un interés especial en hacer que sus hallazgos sean accesibles y comprensibles para la población general, para que mujeres y hombres puedan incrementar su conocimiento sobre las cuestiones de salud que

les atañen y tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud. Este aspecto es particularmente relevante en el caso de las mujeres, hacia las que en el sistema sanitario ha predominado una actitud paternalista y repleta de estereotipos sexistas sobre el cuerpo femenino. Asimismo la generación del conocimiento científico se reconoce como un instrumento para modificar las situaciones injustas y desigualitarias en materia de salud. En este sentido, la transferencia de conocimientos hacia agentes que pueden promover o encauzar transformaciones sociales es muy necesaria, como responsables de políticas y profesionales Las principales recomendaciones en cuanto a comunicación y transferencia de los resultados son las siguientes:

RECOMENDACIÓN 14

Utilizar formatos y vías de difusión diversas para transmitir los hallazgos de la investigación en salud a audiencias no expertas.

Estos formatos pueden ser documentos divulgativos en lenguaje escrito, visual y sonoro (como guías, reportajes, etc.). Las vías de difusión sugeridas pueden partir de un esquema de investigación basado en modelos participativos y activos respecto a las mujeres y otros agentes participantes o con intereses en el tema de investigación (como talleres, sesiones informativas, campañas de divulgación, directorios de Internet, etc.).

RECOMENDACIÓN 15

Presentar y divulgar los hallazgos de investigación de modo que sean accesibles a la población en general y a las personas responsables de la toma de decisiones.

Ejemplo: si nuestra investigación trata sobre trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia podríamos divulgar los resultados entre el alumnado de institutos de enseñanza mediante la discusión de tiras de cómic, insertando los resultados en los globos de la siguiente viñeta.

Viñeta 1. Ejemplo de divulgación de resultados a público no experto en salud



Fuente: Adaptación a partir de Carlos Hernández Sánchez , Orceman, 2009.

Por otro lado, además de facilitar la transmisión del conocimiento a la ciudadanía y a responsables de políticas, es preciso mejorar la comunicación e interacción entre diversos equipos de investigación para contribuir al avance sustantivo, teórico y metodológico, de las materias que se abordan. En este sentido se recomienda:

RECOMENDACIÓN 16

Establecer mecanismos de comunicación e intercambio con otros grupos de investigación.

Para ello, disponer de productos de la investigación transferibles e intercambiables, siempre reconociendo y respetando su autoría. Por ejemplo, es interesante comunicar en red los diseños planteados, incidiendo en aquellos aspectos específicos de género y más innovadores y emergentes, para que sirvan de ejemplo de buenas prácticas a otros equipos de investigación.

Finalmente, es necesario que estos productos y materiales resultantes de la investigación en salud sean también reconocidos por los sistemas de evaluación de la calidad científica (figura 6.4).

Figura 6.3. Transferencia del conocimiento de la investigación: audiencias y finalidades



6.1.4. Aspectos éticos

Desde el punto de vista ético, en el planteamiento de difusión de los resultados las recomendaciones son:

RECOMENDACIÓN 17

Orientar el contenido de la publicación, siempre que sea posible, hacia la *visibilización* y crítica de las desigualdades de género en salud y a la transformación social.

Además de presentar los resultados en sentido estricto, las publicaciones deben adoptar un punto de vista crítico y comprometido con la lucha frente a las situaciones de desigualdad en salud. Esto puede plasmarse incluyendo en el texto un espacio para propuestas de mejora.

RECOMENDACIÓN 18

Explicitar los procesos de reflexión y subjetividad que han surgido al adoptar una perspectiva de género. Esta información se puede incluir en el apartado metodológico del manuscrito.

RECOMENDACIÓN 19

Visibilizar las experiencias y necesidades en torno a la salud de las mujeres —también la de los hombres— en la redacción de los resultados.

Procurar que experiencias y necesidades estén adecuadamente descritas y representadas en el texto. Su *visibilización* ha de acompañarse del uso de modelos explicativos no androcéntricos sobre el proceso de salud-enfermedad-atención.

RECOMENDACIÓN 20

Respetar y proteger la confidencialidad y anonimato de quienes participan en la investigación y, especialmente, de quienes sean más vulnerables.

RECOMENDACIÓN 21

Procurar que el contenido del texto beneficie de manera equivalente a ambos sexos y que promueva el empoderamiento en relación a la salud.

Las publicaciones han de explicitar quiénes se pueden beneficiar de los hallazgos de la investigación y de qué manera pueden hacerlo.

RECOMENDACIÓN 22

Velar para que la autoría de las publicaciones derivadas de la investigación sea justa. Ello supone el reconocimiento al trabajo de cada cual y la obtención de un trato simétrico entre los hombres y las mujeres que componen el equipo.

Este tema es controvertido y ha generado varios documentos para fijar criterios uniformes y objetivables[20].

6.2. Revisión y evaluación externa de trabajos científicos

Las recomendaciones que siguen están enfocadas a favorecer políticas editoriales no sexistas que contribuyan a la igualdad de oportunidades entre quienes investigan y al avance por un conocimiento científico no androcéntrico. Los ejes principales para trabajar desde una perspectiva de género son (figura 6.5): 1) composición de comités editoriales y equipos revisores; 2) procedimientos y criterios de revisión por pares; y 3) normas de publicación de las revistas.

Figura 6.4. Ejes de incorporación de la perspectiva de género en la revisión y publicación de la investigación en salud



6.2.1. Comités editoriales y equipos revisores

RECOMENDACIÓN 23

Establecer medidas de acción positiva para potenciar la participación de las mujeres en los consejos editoriales de las revistas.

Para ello: a) identificar los desequilibrios según sexo en la composición de los paneles de revisión; b) revisar los procedimientos de selección y participación de agentes de revisión y señalar los factores asociados a la infrarrepresentación o sobrerrepresentación de algún sexo en los paneles; c) desmentir los estereotipos vigentes, sobre la participación de las mujeres en el quehacer investigador; d) establecer procedimientos de participación flexibles y abiertos que faciliten la conciliación entre la vida profesional y la personal, de ambos sexos; e) articular mecanismos que detecten la presencia de agentes con prácticas discriminatorias contra las mujeres y que sesguen las revisiones, para su reemplazo (MIT, 2002).

RECOMENDACIÓN 24

Mejorar la transparencia de los procesos y criterios de selección de miembros de los consejos editoriales, haciéndolos públicos.

Estas mismas recomendaciones se han de aplicar a la selección de personas revisoras de manuscritos, procurando: a) alcanzar un equilibro equitativo entre sexos en todas las áreas de conocimiento que aborda la revista (cuidar que no exista sobrerrepresentación de mujeres en líneas consideradas «blandas» en investigación en salud, ni una infrarrepresentación en líneas juzgadas como «duras»); b) seleccionar personas expertas en género para revisar y evaluar la sensibilidad de género de los manuscritos presentados.

RECOMENDACIÓN 25

Seleccionar personas expertas en género para revisar y evaluar la sensibilidad de género de los trabajos científicos.

Aquí se recomienda mantener directorios actualizados de personas expertas en género en relación con la investigación en salud.

6.2.2. Proceso de revisión

Las revistas científicas constituyen el principal medio formal para comunicar el conocimiento generado en investigación a la comunidad científica. En su mayor parte, los manuscritos que se quieran publicar en una determinada revista científica tienen que ser aceptados por ésta tras pasar por un método de revisión por pares (*peer review*)[21]. Este método consiste en la valoración de la propuesta de manuscrito por un panel evaluador experto en el área. Las evaluaciones suelen incluir una resolución explícita de lo que debe hacerse con dicha propuesta: a) rechazarla incondicionalmente, b) rechazarla y animar a quienes figuran en la autoría a modificarla para volver a ser evaluada, c) aceptarla pero sujeta a las mejoras propuestas por el panel, o d) aceptarla.

La evaluación por pares debería constituirse como un proceso independiente, crítico y externo a los intereses de los comités editoriales para asistir por la mejora de la calidad de las contribuciones científicas (Bornmann, 2007). Sin embargo, como se refería en el capítulo tres, se dan una serie de malas prácticas si enfocamos el proceso de revisión desde una perspectiva de género. En este sentido, las recomendaciones generales son:

RECOMENDACIÓN 26

Establecer sistemas ciegos de revisión que garanticen la objetividad, imparcialidad e independencia de las revisiones.

Manteniendo anónimas las identidades de firmantes y otras características susceptibles de discriminación, como la nacionalidad o centro de trabajo.

RECOMENDACIÓN 27

Mejorar la transparencia de los procesos de revisión y evaluación.

Donde cada revista: a) indique a autoras y autores su política editorial respecto a requisititos y procedimientos de evaluación; b) publique estadísticas desagregadas por sexo, y en formato de series temporales, la composición por sexo de los paneles revisores y los «índices de éxito», como el índice de éxito de aceptación de manuscritos (Comisión Europea, 2009).

$$\text{Índice de éxito de aceptación de manuscritos (según sexo)} = \frac{\text{n º manuscritos aceptados para publicar}}{\text{n º de solicitudes de manuscritos a revisar}}$$

RECOMENDACIÓN 28

Facilitar herramientas que faciliten la valoración de la incorporación de la perspectiva de género (formularios, guías, *checklists*, etc.) y contribuyan a la estandarización de criterios.

RECOMENDACIÓN 29

Incrementar el número de personas revisoras favoreciendo la rotación y la heterogeneidad de perfiles.

En este sentido, el uso de sistemas virtuales de evaluación puede agilizar el proceso y favorecer la participación de quienes tengan gran necesidad de conciliar vida laboral y personal, y de quienes se encuentran en zonas alejadas de los centros de poder.

RECOMENDACIÓN 30

Incluir conocimiento experto de género en la evaluación de los trabajos.

Incorporando personas especialistas en género y formando a las personas responsables de la revisión en género e igualdad de oportunidades.

RECOMENDACIÓN 31

Establecer sistemas de evaluación de la calidad y de control de sesgos en los procesos de revisión de los manuscritos[22], considerando la integración del enfoque de género como criterio de calidad y como requisitito ético.

6.2.3. Normas de publicación

Aunque existe una serie de requisitos más o menos compartidos, cada revista establece sus normas para la publicación de los trabajos científicos. La definición de estas normas con sensibilidad de género puede contribuir al cambio en las rutinas y modos de presentar los resultados de la investigación en salud minimizando los sesgos sexistas en la redacción, organización y lenguaje de los textos científicos[23]. Según esto, se recomienda:

RECOMENDACIÓN 32

Requerir a las personas firmantes su nombre completo y difundirlo en la publicación final.

De hecho, «sería conveniente proponer que la firma con nombre completo sea considerada criterio de normalización bibliográfica y de calidad formal de las revistas científicas.» (Ortiz, Birriel, Ortega del Olmo, 2004).

RECOMENDACIÓN 33

Ampliar las líneas editoriales de modo que permitan la inclusión de trabajos multidisciplinares y de temáticas emergentes, como los estudios de género.

RECOMENDACIÓN 34

Exigir un uso del lenguaje no sexista ni androcéntrico.

Las revistas deberían editar una guía o incluir en sus normas de publicación recomendaciones explícitas sobre el uso del lenguaje. Como es el caso de la guía de la American Psychological Association (APA) para evitar el uso sexista del lenguaje en las publicaciones.

RECOMENDACIÓN 35

Exigir la presentación de los resultados desagregados por sexo, y no necesariamente organizados en función de los datos referidos a los varones. Así también, velar porque las imágenes presentadas no transmitan estereotipos sexistas.

RECOMENDACIÓN 36

Solicitar que en las referencias bibliográficas figuren los nombres completos, y no las iniciales, de autoras y autores.

RECOMENDACIÓN 37

Solicitar que se especifiquen los aspectos éticos seguidos en la investigación.

¿Cómo se ha protegido la confidencialidad y del anonimato? ¿Cómo se ha obtenido el consentimiento informado de los hombres y las mujeres participantes? ¿Se explicita quién se beneficia de los hallazgos de la investigación? ¿Suponen un bien común?

RECOMENDACIÓN 38

Velar por los derechos de autoría.

Dentro las personas firmantes recogen información sobre qué tipo de contribución ha realizado cada quien y el rol desempeñado en la investigación, mediante un formulario de autoría. También es oportuno solicitar una justificación del orden de aparición de autores y autoras.

Volver al índice

Notas

1. Existe un amplio debate sobre si existe una metodología feminista específica, una metodología única o varias metodologías feministas. Sandra Harding (1987) cree importante distinguir entre metodología, entendida como marco epistemológico de la investigación, y métodos, considerados como maneras específicas de recoger y analizar los datos. Según esta autora, lo que distingue a la investigación feminista de otros abordajes no son los métodos (que son, fundamentalmente, los mismos que los empleados en ciencias sociales y biomédicas) sino la metodología; es decir, el marco de partida en donde se establece la naturaleza y la validez del conocimiento científico.

2. En la actualidad, se realizan tentativas para analizar de forma integrada los determinantes de la salud biológicos y sociales. Un ejemplo es la guía de Dense Spitzer *Gender and Sex-Based Analysis in Health Research.*

3. Este efecto es una adaptación del conocido «efecto Mateo» formulado por Robert Merton para hacer referencia a cómo la acumulación de reconocimiento en la comunidad científica se retroalimenta, por lo que aquellas personas investigadoras que poseen mayor prestigio obtendrán aún más.

4. Ver, por ejemplo, Gilbert, Williams y Lundberg, 1994; Dickersin et al., 1998; Van Rooyen et al., 1998; Cho et al, 1998; Black et al., 1998; Van Rooyen et al., 1999; Schroter et al., 2006; Ross et al., 2006.

5. Una primera y posible explicación que se ha dado es la falta de méritos de las mujeres para acceder a tales posiciones. Sin embargo, este argumento ha sido rechazado al comprobar la productividad y la proporción de mujeres investigadoras en ciencias de la salud (Dickersin et al., 1998).

6. También se ha sugerido la influencia del «efecto cohorte», que explica que la reciente y masiva entrada de las mujeres a la carrera investigadora todavía no ha tenido su equivalente en las posiciones más elevadas de la jerarquía científica; aunque esta explicación tampoco es satisfactoria, dado el incremento de mujeres investigadoras, autoras y revisoras (Dickersin et al., 1998).

7. Muchos de estos principios son comunes en los niveles de evaluación y difusión porque constituyen el fundamento ético y epistemológico de la integración de la perspectiva de género en cualquier proyecto. En este sentido, remitimos al apartado de aportaciones de la metodología feminista.

8. Tener presente que al nombrar (dos) géneros (femenino y masculino) se ignora a mujeres y hombres fuera de los modelos dominantes de feminidad y masculinidad (Ortiz, 2002).

9. Las recomendaciones de este apartado se exponen con mayor profundidad en el documento: «Políticas de investigación en salud: guía de recomendaciones para incorporar la perspectiva de género». En: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/PROPUESTA_DE_GUIA_NIVEL_POLITICAS_DE_INVESTIGACION_EN_SALUD.pdf

10. La Comisión Europea ha presentado un informe muy interesante sobre los desafíos del género en la financiación de la investigación en Europa donde sintetiza el escenario de cada país miembro y aporta recomendaciones para mejorar los procedimientos usados en los comités de concesión de proyectos (Comisión Europea, 2009). El caso español aparece dentro de los diez países con menor brecha de género en mujeres investigadoras del área de Educación Superior y donde las mujeres están mejor representadas en altos cargos en relación al promedio de la EU-27. En principio el dato puede animar pero, partiendo de la realidad española, indica un panorama desalentador para las investigadoras en otros países de Europa. Además, el informe advierte que la posición española es débil frente a otros países porque las políticas de igualdad de género en investigación son recientes. Como positivo, se comenta que nuestro país está contando con un compromiso político por la igualdad de género y viviendo un desarrollo rápido del aumento de la conciencia de las diferencias de trato por razón de sexo en todos los sectores, incluyendo la investigación. Sobre todo a raíz de la aprobación de la Ley de Igualdad efectiva de mujeres y hombres. Aun así, hay que tener presente que la igualdad formal aún no se traduce en igualdad real.

11. Estas figuras, reforzadas por distintos organismos como la Comisión Europea o la Organización Mundial de la Salud, se caracterizan por ser especialistas en áreas relacionadas con la investigación como aspectos legales, éticos, metodológicos o por ser representantes de colectivos o grupos especialmente implicados en la agenda de investigación.

12. La fórmula original se define en inglés: GE (Gender Equality) = GD (Gender Dimension of the Research Content) + WP (Encouraging Women's Participation).

13. Como ya se ha apuntando anteriormente, el objetivo no es que todas las investigaciones en salud se transformen en estudios específicos de género, sino que sean conscientes y sensibles al género como un elemento importante de su calidad y su validez.

14. Esta cuestión ha sido desarrollada con mayor detalle en el capítulo anterior.

Notas

15. En el actual Plan de Igualdad de Género en la Carrera Científica de la Agencia Estatal CSIC (2007-2009) se propone alcanzar el 35% en el número de investigadoras colaboradoras (IC) y el 25% en investigadoras principales (IP), según lo asumido por España en la UE. Estos porcentajes promedio supondrán un esfuerzo adicional en las áreas científicas más deficitarias de equilibrio de género.

16. Ver las recomendaciones concretas para un uso del lenguaje científico no sexista en el siguiente capítulo.

17. Documentos de lectura aconsejada (en bibliografía): «*Guidelines on gender neutral language*» (UNESCO), «*Guidelines for nonsexist use of language*» (APA), «Hablamos de salud. En femenino y en masculino» (Instituto de la Mujer), «Guía para un uso igualitario del lenguaje administrativo» (Área de la Mujer de la diputación de Huelva), y «Recursos Webs sobre lenguaje no sexista» (Proyecto T-incluye).

18. Se recomienda la lectura de monografías que abordan este tema con mayor profundidad, puesto que el debate terminológico y conceptual en torno al género es amplio, complejo e inacabado. Por ejemplo, consultar el libro editado por Silvia Turbet «Del sexo al género: los equívocos de un concepto».

19. Este panorama parece estar cambiando con el uso de Internet y el auge del llamado Acceso Abierto (*Open Access*) a revistas de investigación científica.

20. El Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (CIDRM) considera autor o autora «a quien en un estudio ha realizado una contribución intelectual de consideración». Aunque cada revista establece sus propios criterios de autoría, el CIDRM considera que la autoría deber basarse en tres condiciones: 1) contribución sustancial durante la investigación, ya sea en la concepción, el diseño, la recogida de datos su análisis e interpretación; 2) la elaboración del borrador del artículo o de su revisión crítica desde el punto de vista intelectual; y 3) la aprobación final de la versión a publicar. (CIDRM, 2004: 299).

21. Algunas publicaciones en Medicina van adoptado un modelo de comunicación científica de acceso abierto y publican en Internet, incluyendo el manuscrito original enviado, la evaluación de por el panel y los sucesivos cambios hasta la publicación definitiva de la investigación.

22. Se han desarrollado diversas herramientas de evaluación que tratan de valorar la importancia y originalidad del manuscrito a evaluar, la identificación de sus cualidades y limitaciones metodológicas, la evaluación de los aspectos formales del texto o la utilización de un tono respetuoso y constructivo (García, Plasencia, Fernández, 2002).

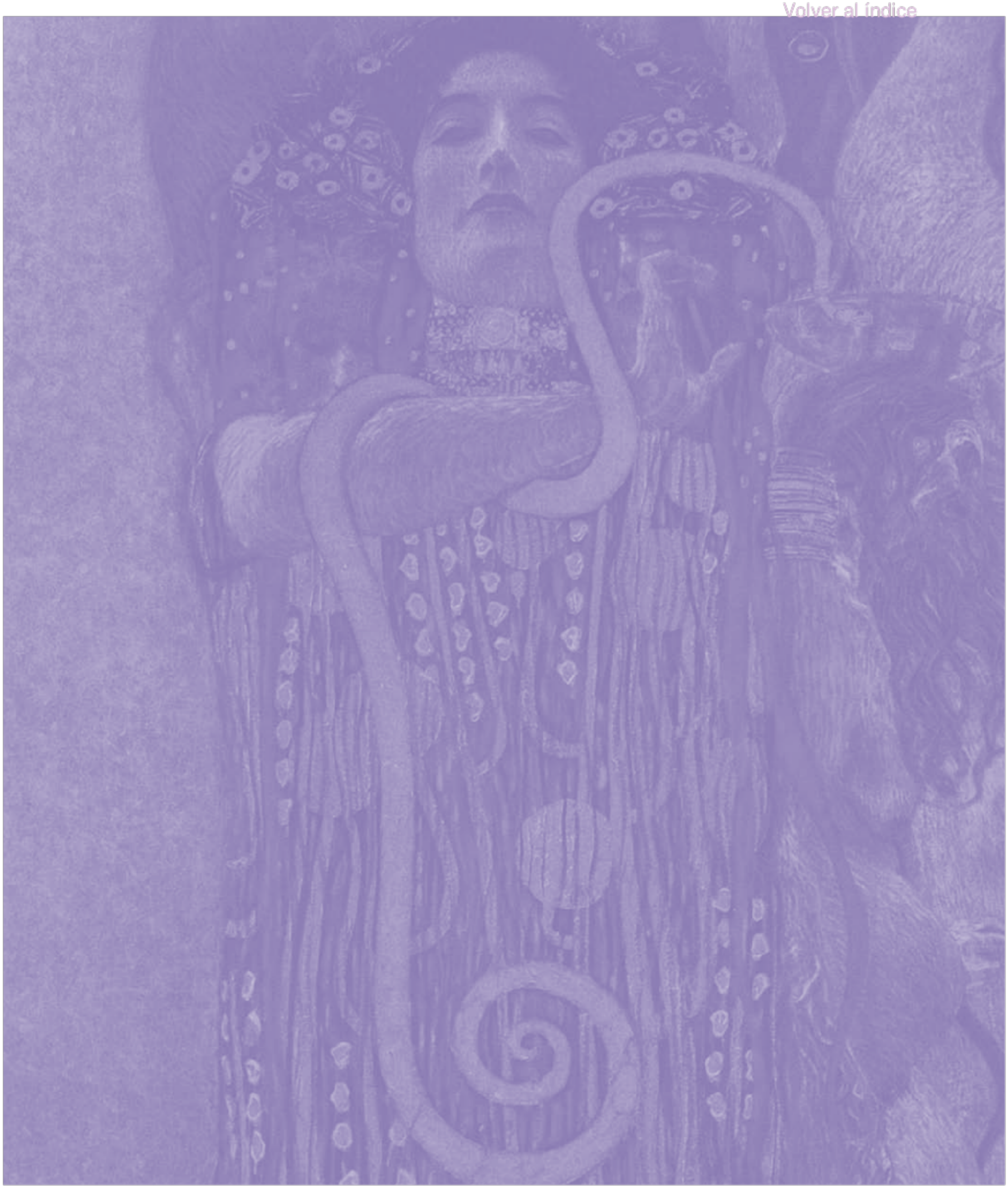
23. En anexos se ofrece un guión de verificación de la sensibilidad de género en informes y publicaciones científicas.

Volver al índice

Volver al índice

Anexos

Volver al índice



ANEXO I.

Decálogo de recomendaciones

Objetivo: Sintetizar las recomendaciones fundamentales para integrar la perspectiva de género en la práctica de la investigación en salud.

Personas destinatarias: Este decálogo está dirigido primordialmente, y en sentido amplio, al personal investigador en salud, no necesariamente experto en cuestiones de género y desigualdades en salud. Así también puede ser utilizado por personas responsables de la evaluación de propuestas de investigación y por personal docente que esté interesado en incluir la dimensión del género en sus programas formativos sobre metodología de investigación en salud.

Descripción: Está compuesto por diez reglas básicas organizadas en forma de tabla. Cada recomendación va ligada a una fase o tarea del proceso de investigación donde adquiere especial relevancia, si bien algunas de ellas pueden aplicarse a diferentes fases y tareas o a su totalidad de manera transversal. También se incluyen palabras clave o «palabras-fuerza» que tratan de sintetizar el contenido, significado y alcance de cada principio y cuyo objetivo es facilitar la interiorización y permanencia de éstas.

Modo de empleo: Puede utilizarse como guía previa y orientadora de la práctica investigadora, especialmente en lo que se refiere a las tareas de diseño y planificación de los estudios. Su relativa facilidad de comprensión y aplicación puede resultar de gran utilidad para orientar a quienes investigan sobre cómo integrar de manera elemental, eficaz y transversal el enfoque de género en su labor. También puede usarse en una fase posterior como instrumento de evaluación del diseño y el desarrollo de los proyectos de investigación.

	RECOMENDACIONES	FASE / TAREA DE INVESTIGACIÓN	PALABRAS-FUERZA
I	**(Re) formular los problemas de investigación teniendo en cuenta las diferencias y semejanzas entre mujeres y hombres y su contexto social, económico y cultural.**	Selección y formulación de los problemas de investigación	DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS CONTEXTO
II	**Identificar problemas de investigación emergentes sobre el proceso de salud-enfermedad-atención de mujeres y hombres.**		TEMAS EMERGENTES
III	**Asegurar una adecuada representación de mujeres y hombres y sus diversas experiencias y situaciones.**	Selección de personas participantes	REPRESENTACIÓN DIVERSIDAD
IV	**Valorar las aportaciones de la metodología cualitativa para aprehender la complejidad del género en el proceso de salud-enfermedad-atención.**	Recogida y análisis de los datos	LO CUALITATIVO
V	**Recoger todos los datos desagregados por sexo.**		DESAGREGACIÓN (POR SEXO)
VI	**Incluir el sexo como variable central y transversal en el análisis y presentación de los resultados.**	Análisis de datos y presentación de los resultados	DESAGREGACIÓN (POR SEXO)

	RECOMENDACIONES	FASE / TAREA DE INVESTIGACIÓN	PALABRAS-FUERZA
VII	**Identificar diferencias, desigualdades y semejanzas en salud entre mujeres y hombres en su contexto social, económico y cultural.**	Análisis e interpretación de los datos y difusión de resultados	DIFERENCIAS, DESIGUALDADES Y SEMEJANZAS CONTEXTO
VIII	**Visibilizar y denunciar las desigualdades de género en salud, utilizando la investigación como herramienta de cambio, acción social y avance en la igualdad y equidad.**		VISIBILIZACIÓN ACCIÓN SOCIAL CAMBIO SOCIAL
IX	**Favorecer la cooperación entre grupos de investigación y la interdisciplinariedad.**	Totalidad del proceso	COOPERACIÓN INTERDISCIPLINARIEDAD
X	**Establecer procedimientos de participación, comunicación e intercambio con las mujeres y hombres participantes en el estudio, promoviendo su empoderamiento.**		PARTICIPACIÓN INTERCAMBIO EMPODERAMIENTO

Volver al índice

ANEXO II.

Guía de verificación rápida de la sensibilidad de género en informes y publicaciones

Objetivos: Facilitar una serie de preguntas de verificación que permitan una detección rápida de las principales malas prácticas desde el punto de vista de género que se producen con mayor frecuencia en el proceso de investigar y que se plasman en sus productos textuales (concretamente, artículos científicos e informes de investigación).

Personas destinatarias: Las principales personas destinatarias son aquéllas responsables de la evaluación de los productos documentales de la investigación, específicamente informes y publicaciones científicas (por ejemplo, evaluadoras/es de manuscritos de revistas científicas, editoras/es, coordinadoras/es de equipos de investigación, etc.). Así también, y en sentido amplio, este instrumento puede ser utilizado por el personal investigador como herramienta de (auto) evaluación desde el punto de vista del género de publicaciones, tanto propias como ajenas.

Descripción: Este *checklist* está compuesto por una serie de *ítems* organizados en función de las fases que se han utilizado anteriormente para clasificar las malas prácticas detectadas: 1) selección y definición del problema de investigación; 2) estrategia metodológica; 3) ejecución de la investigación; y 4) presentación y difusión de los resultados. Cada ítem está expresado en forma interrogativa, admitiendo una respuesta dicotómica (Sí/No).

Modo de utilización: Este *checklist* está diseñado para ser utilizado principalmente en la evaluación de publicaciones científicas e informes de investigación, en donde de manera general, se reflejan las diferentes fases y tareas de la investigación al asumir la estructura convencional de publicación y difusión de los resultados. Dependiendo de las características de las publicaciones y de los informes, se podrán aplicar sólo algunos o todos los ítems contenidos en el *checklist*.

A. Selección y caracterización del problema de investigación		
¿Los problemas y necesidades en salud específicas de las mujeres y de los hombres no están suficientemente reconocidos?	Sí	No
¿Se observa un enfoque parcial o mal orientado sobre los problemas y necesidades en salud de las mujeres?	Sí	No
¿Los riesgos para la salud de las mujeres están insuficientemente contextualizados?	Sí	No
¿Se observa una esencialización de la salud de las mujeres a la dimensión sexual-reproductiva?	Sí	No
¿Se conceptualizan determinadas enfermedades o problemas En salud como femeninas o masculinas?	Sí	No

B. Estrategia metodológica		
Selección de los sujetos de estudio:		
¿Las mujeres no están adecuadamente representadas, en relación al problema de estudio, en la muestra utilizada?	Sí	No
Selección de las variables y categorías de estudio:		
¿Se ignora el sexo como una variable central en el análisis?	Sí	No
¿Se trata el sexo como cualquier otra variable?	Sí	No
¿Se ignoran otras variables y categorías relevantes al contexto social, económico y cultural?	Sí	No
¿Se ignora la dimensión del género como determinante de las desigualdades en salud?	Sí	No

C. Ejecución de la investigación		
Recogida de datos:		
¿Los datos no se han recogido desagregados por sexo?	Sí	No
Análisis de los datos:		
¿Los datos no se han analizado desagregados por sexo?	Sí	No
¿Se han obviado las cuestiones relacionadas con el género y el contexto social, económico y cultural en el análisis de los datos?	Sí	No

D. Presentación de los resultados		
¿Se presentan los resultados sin desagregar por sexo?	Sí	No
¿Se transmiten estereotipos y prejuicios sexistas y androcéntricos?	Sí	No
¿Se emplea un lenguaje sexista y androcéntrico?	Sí	No

ANEXO III.

Fuentes de información especializadas en salud, género y mujeres

Nacionales

BD ELEC-TRA. Bibliografía y hemerografía sobre trabajos de mujeres.
http://ges.bib.ub.es/dones/index.htm

BASES DE DATOS DE ESTUDIOS DE LA MUJER. Instituto de la Mujer de la Región de Murcia.
http://www.carm.es/knosys/estudios/index.htm

RED DE CENTROS DE DOCUMENTACIÓN Y BIBLIOTECAS DE MUJERES.
http://www.cird.bcn.es/castella/einfor/einfor8.htm

CENTRO DE DOCUMENTACIÓN MARÍA ZAMBRANO. INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER.
http://www.catalogo.iam.junta-andalucia.es/cgi-bin/abwebp.exe

CENTRE DE DOCUMENTACIÓ INSTITUT CATALÁ DE LES DONES.
http://www.gencat.cat/portal/site/icdones/menuitem.cd59b061552b62b439a72641b0c0e1a0/?vgnextoid=0c7754f598c9b110VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=0c7754f598c9b110VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default

CENTRO DE DOCUMENTACIÓN DEL INSTITUTO NAVARRO DE LA MUJER.
http://www.cfnavarra.es/inamr/centro.asp

CENTRO DE DOCUMENTACIÓN DEL INSTITUTO VASCO DE LA MUJER EMAKUNDE.
http://www.emakunde.euskadi.net/u72-subhome5/es/

DUODA. Centre de Recerca de Dones http://www.ub.es/duoda

Internacionales

GENSALUD. http://www.paho.org/spanish/DPM/GPP/GH/GenSalud.htm

GENDER STUDIES DATABASE.
http://www.ebscohost.com/thisTopic.php?marketID=1&topicID=72

GENDER INN. http://www.uni-koeln.de/phil-fak/englisch/datenbank/index.htm

WOMEN WATCH. http://www.un.org/womenwatch/

WOMEN'S STUDIES RESEARCH. http://bailiwick.lib.uiowa.edu/wstudies/

THE WOMEN'S LIBRARY. http://www.londonmet.ac.uk/thewomenslibrary/

VIVA DATABASE. http://www2.iisg.nl/viva/

AMAZONE - CENTRE DE RESSOURCES POUR L'ÈGALITÉ. http://www.amazone.be

WOMEN'S STUDIES DATABASE. UNIVERSITY OF MARYLAND.
http://www.womensstudies.umd.edu/

WSSLINKS. Archival Sites for Women's Studies. http://libr.org/wss/wsslinks/archwss.html

COUNCIL OF EUROPE'S - EQUALITY. http://www.coe.int/t/e/human_rights/equality/

Volver al índice

ANEXO IV.

Revistas especializadas en género y salud de las mujeres

A continuación, se facilita un listado con una selección de las revistas especializadas más relevantes en género y salud de las mujeres. Conviene puntualizar que, cada vez, son más las revistas no especializadas en género que acogen un número creciente de trabajos específicos de salud y género como *Social Science and Medicine* y *Journal of Epidemiology and Community Health* —en el caso internacional— o Gaceta Sanitaria y la Revista Española de Salud Pública —en el ámbito español— . Además, incluimos una selección de revistas internacionales especializadas en feminismo, género y estudios de las mujeres. Asimismo deseamos advertir de la escasez de revistas académicas nacionales especializadas en género y salud de las mujeres. Por ello hemos recogido las principales revistas feministas y de género que, a su vez, contemplan temáticas asociadas a la salud.

Revistas internacionales especializadas en género y salud de las mujeres

- Annual Review of Sex Research
- Alternative Therapies in Women's Health
- Archives of Women's Mental Health
- BMC Women's Health
- Cancer in Women
- Coronary Disease in Women
- Current Women's Health Reports
- Female Reproductive Health
- Gender Inequalities in Health
- Gender Issues and Research Diagnosis and Treatment
- Gender Medicine
- Handbook of Gender Culture and Health
- Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health
- Harvard Women's Health Watch
- Health Care for Women International
- International Journal of Sexuality and Gender Studies
- Issues in Women's Health
- Journal of Family Violence
- Journal of Midwifery & Women's Health
- Journal of Women and Aging
- Journal of Women's Health
- Journal of Women's Health & Gender Based Medicine
- Journal of Women's Imaging
- Journal of Sex Research
- Maturitas
- Midwifery
- Perspectives on Sexual and Reproductive Health
- Psychology of Women Quarterly
- Reproductive Health Matters
- Revisioning Women Health and Healing
- Studies in Gender and Sexuality
- Textbook Of Men's Health
- The Journal of Men's Health & Gender
- The Women's Oncology Review
- Violence against Women
- Women & Health
- Women & Therapy
- Women and Birth
- Women Health
- Women Health Issues
- Women's Health Weekly
- Women in Sport and Physical Activity
- Women's Health Activist
- Women's Health & Urban Life
- Women's Studies International Forum
- Women's Health Medicine

Revistas internacionales especializadas en género y feminismo

- Advances in Gender Research
- Australian Feminist Studies
- Cross Cultural Perspectives on Women
- Feminism & Psychology
- Feminist Economics
- Feminist Review
- Feminist Studies
- Frontiers: A Journal of Women Studies
- Gender & History
- Gender & Society
- Gender and Development
- Gender and Education
- Gender Issues
- Gender, Place and Culture: A Journal of Feminist Geography
- Gender Society
- Genders
- Journal of Gender Studies
- Journal of Women's History
- Journal of International Women's Studies
- Journal of Men's Studies
- Men and Masculinities
- Politics & Gender
- Psychology of Men & Masculinity
- Sex Roles
- Signs: Journal of Women in Culture and Society
- Social Politics: International Studies in Gender, State & Society
- The European Journal of Women's Studies
- Women Politics
- Women's Studies
- Women's Studies International Quarterly.

Revistas nacionales especializadas en género y feminismo

- Arenal: Revista de Historia de Mujeres
- Asparkia: Investigació Feminista
- Clepsydra: Revista de Estudios de Género y Teoría Feminista
- Cuestiones de género: de la Igualdad y la Diferencia
- Dossiers Feministes
- Duoda
- Feminismo/s

Volver al índice

Bibliografía

ADÁN, Carme. Feminismo y conocimiento. De la experiencia de las mujeres al ciborg. La Coruña: Spiralia Ensayo, 2006.

ADDIS, Elisabetta. Gender in the Publication Process: Evidence, Explanations, and Excellence. En COMISIÓN EUROPEA. Gender and Excellence in the Making. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004, p. 93-100.

AGUADO-ROMEO, María J.; MÁRQUEZ-CALDERÓN, Soledad; BUZÓN-BARRERA, María L. Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía. Revista Española de Cardiología, 2006, 59(8): 785-793.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). Avoiding Heterosexual Bias in Language. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/language.aspx

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). Guidelines for Non-Handicapping Language in APA Journals.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). Guidelines for Avoiding Racial/Ethnic Bias in Language.

AMORÓS, Celia. Diez palabras clave sobre la mujer. Pamplona: Verbo Divino, 1995.

ARTAZCOZ, Lucía; BORRELL, Carme; CORTÉS, Inma; ESCRIBÁ-AGÜIR, Vicenta; CASCANT, Lorena. Los determinantes de la salud en una perspectiva integradora de los enfoques de género, clase social y trabajo. En GARCÍA, Ana María (ed.). Investigación en género y salud. 5ª Monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología, 2007, p. 21-42.

AYALA CASTRO, Marta Concepción; GUERRERO SALAZAR, Susana; MEDINA GUERRA, Antonia M. Manual de lenguaje administrativo no sexista. Málaga: Asociación de Estudios Históricos sobre la Mujer, 2002. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/Guialenguaje.pdf

BENSCHOP, Yvonne; BROUNS, Margo. Crumbling Ivory Towers: Academic Organizing and its Gender Effects. Gender Work and Organization, 2003, 10(2): 194.

BLACK, Nick; VAN ROOYEN, Susan; GODLEE, Fiona; SMITH, Richard; EVANS, Stephen. What Makes a Good Reviewer and a Good Review in a General Medical Journal. JAMA, 1998, 280: 231-233.

BORNMANN, L., MUTZ, R.; DANIEL, H.D. Gender Differences in Grant Peer Review: A Meta-analysis (accepted for publication by the Journal of Infometrics, 1997) [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://arxiv.org/ftp/math/papers/0701/0701537.pdf

BORRELL, Carme; ARTAZCOZ, Lucía. Marco conceptual. En GARCÍA, Ana María (ed.). Investigación en género y salud. 5ª Monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología, 2007, p. 12-20.

BRAVEMAN, Paula. Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. Annual Reviews of Public Health, 2006; 27: 167-194.

BROUNS, Margo. Gender and the Assessment of Scientific Quality. En: COMISIÓN EUROPEA. Gender and Excellence in the Making. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004, p. 147-154.

BROUNS, Margo. 2005. The Excellence Criterion in Research Evaluation and its Possible Gender-Bias. Ponencia presentada en la Conferencia Science and Society Forum 2005. Unión Europea, Bruselas, 9-11 de Marzo de 2005. [Consulta: 26 de febrero, 2010]. http://www.ec.europa.eu/research/conferences/2005/forum2005/session4_en.htm

CERÓN-MIRELES, Prudencia; SÁNCHEZ-CARRILLO, Constanza I.; ROBLEDO-VERA, Cecilia; et al. Aplicación de la perspectiva de género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud, México, 2000-2003. Salud Pública de Mexico, 2006, 48(4): 332-340.

CHO, Mildred; JUSTICE, Amy; WINKER, Margaret; et al. Masking Author Identity in Peer Review: What Factors Influence Masking Success? JAMA, 1998, 280: 243-45.

COMISIÓN EUROPEA. Guía para la evaluación del impacto en función del género. Bruselas: Comisión Europea, 2000. [Consulta: 26 de febrero, 2010].
http://www.ief.es/investigacion/temas/Genero/gu%C3%ADa%20para%20la%20evaluaci%C3%B3n%20UE.pdf

COMISIÓN EUROPEA. Mujeres y ciencia: movilizar a las mujeres en beneficio de la investigación europea. Bruselas: Comisión Europea, 1999. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.csic.es/documentos/mujerCiencia/mujer_ciencia_europa_1999.pdf

COMISIÓN EUROPEA. Las mujeres y la ciencia: utilidad de la dimensión del género para impulsar la reforma científica. Bruselas: Comisión Europea, 2001. Documento de trabajo de los servicios de la Comisión, 15 de mayo de 2001, SEC(2001)771.

COMISIÓN EUROPEA. Women and Science: Excellence and Innovation: Gender Equality in Science. Bruselas: Comisión Europea, 2005. [Consulta: 26 de febrero, 2010].
http://ec.europa.eu/research/science-society/pdf/documents_women_sec_en.pdf

COMISIÓN EUROPEA. Benchmarking Policy Measures for Gender Equality in Science [EUR 23314]. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2008a. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.amit-cat.org/doc/benchmarking_policy_measures_en.pdf

COMISIÓN EUROPEA. Mapping the Maze: Getting More Women to the Top in Research [EUR 2331]. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2008b. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.amit-cat.org/doc/mapping-the-maze-getting-more-women-to-the-top-in-research_en.pdf

COMISIÓN EUROPEA. Plan de trabajo de 2009 para la aplicación del Segundo Programa de Acción Comunitario en el Ámbito de la Salud (2008-2013). Bruselas: Decisión de la Comisión (2009/158/CE), 2009a. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:053:0041:0073:ES:PDF

COMISIÓN EUROPEA. The Gender Challenge in Research Funding: Assessing the European National Scenes [EUR 23721 EN]. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2009b. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://ec.europa.eu/research/science-society/document_library/pdf_06/gender-challenge-in-research-funding_en.pdf

COMISIÓN MUJERES Y CIENCIA DEL CSIC. Informe sobre las mujeres investigadoras 2005. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2005. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.csic.es/documentos/mujerCiencia/informe_mujeres_2005.pdf

COMISIÓN DE MUJERES Y CIENCIA DEL CSIC. Plan de igualdad de género en la carrera científica de la agencia estatal CSIC (2007-2009). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2007. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.amit-cat.org/doc/Plan_Igualdad_JG.pdf

CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS (CSIC). Propuesta de Acción Horizontal de Igualdad de Género en el CSI. Plan de Actuación 2006 - 2009. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2005. [Consulta: 26 de febrero, 2010]. http://www.csic.es/documentos/planActuacion/U01_pacc.pdf

Osborn, Rees, Bosch et al., 2000CRAWFORD, Mary; KIMMEL, Ellen. Promoting Methodological Diversity in Feminist Research. En CRAWFORD, Mary; KIMMEL, Ellen (ed.). Innovative Methods in Feminist Psychology. Cambridge: Cambridge University Press, 1999, p. 1-6.

DAMARIS, Rose. Revisiting Feminist Research Methodologies: A Working Paper. Status of Women of Canada, 2001. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/SW21-142-2001E.pdf

DAVO, María del Carmen; VIVES, Carmen; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. Why Are Women Underused in the Peer Review JECH Process? Journal of Epidemiology & Community Health, 2003, 57: 936-937.

DICKERSIN, Kay; FREDMAN, Lisa; FLEGAL, Katherine M; SCOTT, Jane; CRAWLEY, Barbara. Is There a Sex Bias in Choosing Editors? JAMA, 1998, 280: 260-264.

DOYAL, Lesley. Sex and Gender: the Challenges for Epidemiologist. International Journal of Health Services, 2003, 33(3): 569-579.

EICHLER, Magrit; REISMAN, Anna Lisa; BORINS, Elaine. Gender Bias in Medical Research. Women and Therapy, 1992, 12(4): 61-70.

EICHLER, Magrit. Moving Forward: Measuring Gender Bias and More. En: VV.AA. Gender Based Analysis in Public Health Research Policy and Practice. Documentation of the International Workshop in Berlin, 2001. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.gesundheit-nds.de/ewhnet/Documentations/GBA_Dokumentation.PDF

ESTEBAN, Mari Luz. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Salud Colectiva [en línea] 2006, 2 (enero-abril) [Consulta: 26 de febrero, 2010] ISSN 1669-2381 http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73120102

FOSCHI, Martha. Blocking the Use of Gender-Based Double Standards for Competence. En COMISIÓN EUROPEA. Gender and Excellence in the Making. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2004, p. 51-56.

GARÍ PÉREZ, Aitana. Hablamos de salud. En femenino y en masculino. Serie Lenguaje nº 5. Madrid: Instituto de la Mujer, 2006. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hablamosDeSalud.pdf

GARCÍA DE LEÓN, María Antonia. La excelencia científica. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1995, Serie Estudios, nº 88.

GARCÍA, Ana María; PLASENCIA, Antoni; FERNÁNDEZ, Esteve. La calidad de las evaluaciones de manuscritos en Gaceta Sanitaria. Gaceta Sanitaria, 2002, 16 (3): 244-249.

GARCÍA-CALVENTE, María del Mar. Género y salud: un marco de análisis e intervención. Diálogo filosófico, 2004, 59: 212-228.

GARCÍA-CALVENTE, María del Mar; BORRELL, Carme; MARTÍ BOSCÁ, José Vicente. Informe SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gaceta Sanitaria, 2004, 18(1): 2-6.

GARCÍA-CALVENTE, María del Mar; DEL RÍO María; EGUIGUREN, Pamela. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. Inguruak. Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política, 2007, 44: 291-308.

GARCÍA-CALVENTE, María del Mar; DEL RÍO María; MAROTO, Gracia; MATEO, Inmaculada. Desigualdades de género en salud. En: DAPONTE, Antonio et al. (eds.). Las Desigualdades sociales en salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008, p. 51-75.

GARCÍA CALVENTE, María del Mar, JIMÉNEZ RODRIGO, María Luisa; MARTÍNEZ MORANTE, Emilia. Políticas de investigación en salud. Guía de recomendaciones para incorporar la perspectiva de género. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, 2006. [Consulta: 29 octubre 2007] http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/PROPUESTA_DE_GUIA_NIVEL_POLITICAS_DE_INVESTIGACION_EN_SALUD.pdf

GARCÍA-CALVENTE, María del Mar; LA PARRA, Daniel. La investigación sobre cuidados informales en salud desde una perspectiva de género. En: GARCÍA, Ana María (ed.). Investigación en género y salud. 5ª Monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología, 2007, p. 97-118.

GENDER AND HEALTH GROUP LIVERPOOL SCHOOL OF TROPICAL MEDICINE. Guidelines for the Analysis of Gender and Health. Department of International Development, Social Development Division. Liverpool, 2001. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.liv.ac.uk/lstm/groups/gender_health/index.htm

GILBERT, Julie; WILLIAMS, Elaine; LUNDBERG, George. Is There Gender Bias in JAMA's Peer Review Process? JAMA, 1994, 272: 139-142.

GÓMEZ, Elsa. Equidad, género y salud: retos para la acción. Revista Panamericana de Salud Pública, 2002, 11(5-6): 454-461.

GRANT, Karen; BALLEM, Penny. A Women's Health Research Institute in the Canadian Institutes of Health Research. Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2000.

GRANT, Karen. Gender-based Analysis: Beyond the Red Queen Syndrome. Centres of Excellence for Women's Health Research bulletin, 2002, 2(3): 16-19.

GRUPO DE OPINIÓN DEL OBSERVATORI DE BIOÉTICA I PRET. Documento sobre Mujeres y Ciencia, 2004. Barcelona: Observatori de Bioética i Pret, 2004. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.goodfood-project.org/www/Gender/Mujeres-y-Ciencia-OBD.pdf

GUZMÁN ORDAZ, Raquel. Hacia un análisis interseccional de los procesos migratorios y la ciudadanía. En VÁZQUEZ BERMÚDEZ, Isabel (coord.) Investigación y género. Avances en las distintas disciplinas de conocimiento, Sevilla: Universidad de Sevilla, 2009, p. 567-590.

HARAWAY, Donna. Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza. Madrid: Cátedra, 1995.

HARDING, Sandra. Is There a Feminist Method?. En HARDING, Sandra (ed.) Feminism and Methodology: Social Science Issues. Bloomington, Indiana: University of Indiana Press, 1987, p. 1-14.

HARDING, Sandra. Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from women's lives. Buckingham, Eg.: Open University Press, 1991.

HARDING, Sandra. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata, 1996.

HEARN, Jeff. Gendering Men and Masculinities in Research and Scientific Evaluations. En COMISIÓN EUROPEA. Gender and Excellence in the Making. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2004, p. 57-68.

HELSINKI GROUP. The HELSINKI GROUP on Women and Science: National Policies on Women and Science in Europe. Bruselas: Comisión Europea, 2002. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://cordis.europa.eu/improving/women/policies.htm

HUSU, Liisa. Gate-keeping, Gender Equality and Scientific Excellence. En: COMISIÓN EUROPEA. Gender and Excellence in the Making. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2004, p. 69-76.

INHORN, Marcia; WHITTLE, Lisa. Feminism Meets the "New" Epidemiologies: Toward an Appraisal of Antifeminist Biases in Epidemiological Research on Women's Health. Social Science & Medicine, 2001, 53: 553-567.INSTITUTO DE LA MUJER. IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2003 - 2006. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003. [Consulta: 3 octubre 2005] http://www.mtas.es/uafse/equal/descargas/IV_Plan_Igualdad_Hombre_Mujeres_2003-2006.pdf

INSTITUTO DE LA MUJER. Guía para la incorporación de la perspectiva de género. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004a. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/politicas/guiagenero.doc

INSTITUTO DE LA MUJER. Guía para la incorporación de la igualdad de oportunidades en las actuaciones de los Fondos Estructurales. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004b. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/politicas/guiaincorporacion.doc

IRONSTONE CATTERALL, Penelope. Feminist Research Methodology and Women's Health. A Review of the Literature, 2006 [Consulta: 26 de febrero 2010] http://www.cewh-cesf.ca/PDF/nnewh/feminist-research-meth.pdf

JAGOE, Catherine. La mujer en los discursos de género. En BARRAL, Mª José et al. (eds.). Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres. Barcelona: Icaria, 1999, p. 305-444.

JANZEN, Bonnie. Women, Gender and Health: A Review of the Recent Literature. Centre of Excellence for Women's Health Program, Women's Health Bureau, Health Canada, 1998. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.uwinnipeg.ca/admin/vh_external/pwhce/pdf/janzen.pdf

JIMÉNEZ-RODRIGO, María Luisa; GIJÓN SANCHEZ, Teresa; MARTÍNEZ MORANTE, Emilia. El análisis de la literatura biomédica en España en clave de diversidad cultural y de género. Empiria: Revista de metodología de Ciencias Sociales, 2009, 17: 41-61.

JIMÉNEZ-RODRIGO, María Luisa; MARTÍNEZ MORANTE, Emilia; GARCÍA CALVENTE, María del Mar; ALVAREZ DARDET, Carlos. Through Gender Parity in Scientific Publications. Journal of Epidemiology and Community Health, 2008, 62:474-475.

KAPLAN, Sherrie H.; SULLIVAN, Lisa M.; DUKES, Kimberly A.; PHILLIPS, Carol F.; KELCH, Robert, P.; SCHALLER, Jane G. Sex Differences in Academic Advancement, New England Journal of Medicine, 1996, 335: 1282-1289.

KRIEGER, Nancy. A Glossary for Social Epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health, 2001, 55: 693-700.

KRIEGER, Nancy. Gender, Sexes and Health: What Are the Connections and Why Does It Matter? International Journal of Epidemiology, 2003, 32: 652-657.

LAURILA, Pia; YOUNG, Kerry. Gender in Research. Gender Impact Assessment of the Specific Programmes of the Fifth Framework Programme. Bruselas: Comisión Europea, 2001. [Consulta: 26 de febrero, 2010] ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/science-society/docs/women_gender_impact_fp5_en.pdf

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado, nº 71, 23-03-2007. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/politicas/Ley_Igualdad.pdf

MAROTO, Gracia; CASTAÑO, Esther; GARCÍA-CALVENTE, María del Mar. Indifference, Demandingness and Resignation Regarding Support for Childrearing. A Qualitative Study with Mothers from Granada, Spain. European Journal of Women´s Studies, 2007, 14: 51-67.

MASSACHUSETTS INSTITUTE OF TECHNOLOGY (MIT). Report of the Committees on the Status of Women Faculty. Reports of the School of Science 2002. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://web.mit.edu/fnl/women/women.html

McCALL, Leslie. The Complexity of Intersectionality. Signs, 2005, 30(3): 1771-1800.

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN. Resolución de 20 de marzo de 2009. Concesión Ayudas de la Acción Estratégica en Salud, en el marco del Plan Nacional de I+D+I 2008-2011. BOE núm. 272: 39880-39890, 2009. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.boe.es/boe/dias/2009/03/24/pdfs/BOE-A-2009-4941.pdf

MONTERO Isabel; APARICIO Dolores; GÓMEZ-BENEYTO Manuel; et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. Gaceta Sanitaria, 2004, 18(Supl 1): 175-81.

MOTTIER, Ilja. Research Assessment in the Netherlands: A case study. En COMISIÓN EUROPEA. Gender and Excellence in the Making. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2004, p. 109-114.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (NIH). Programa de trabajo para la investigación de la salud de la mujer en el siglo XXI. Washington, DC: Office of the Director, Office of Research on Women's Health, 1999. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://orwh.od.nih.gov/research/Agenda-Vol8-Spanish.pdf

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (NIH). Outreach Notebook for the Inclusion, Recruitment and Retention of Women and Minority Subjects in Clinical Research. Washington, DC: Office of the Director, Office of Research on Women's Health, 2002. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://grants.nih.gov/grants/funding/women_min/guidelines_update.htm

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (NIH). Recruitment and Retention of Women in Clinical Studies. Washington, DC: Office of the Director, Office of Research on Women's Health, 2003. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://orwh.od.nih.gov/pubs/SMR_Final.pdf

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). 2006. Exitosamente incluyendo mujeres en las investigaciones clínicas. Una guía para investigadores. NIDA, 2006.

OBSERVATORIO DE SALUD EN EUROPA. La Hoja de Ruta para la Igualdad de Género en la UE. Informes estratégicos «La UE y el SSPA» Nº 2-2006, 2006 [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.easp.es/web/documentos/InformesOSE/00009957documento.pdf

OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD). Gender Workshop. Identifying Gender Issues in Health. Participant Manual. OPS, 2004 [Consulta: 26 de febrero, 2010]. http://www.paho.org/English/AD/GE/GenderWorkshop.pdf

ORTIZ, Teresa; BIRRIEL, Johanna; ORTEGA DEL OLMO, Rosa. Género, profesiones sanitarias y salud pública. Gaceta Sanitaria, 2004, 18 (1): 189-194.

ORTIZ, Teresa. El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En RAMOS, Elvira (ed.) La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 2002, p. 29-49.

ORTIZ, Teresa. Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista. Oviedo: KRK, 2006.

OSBORN, Mary; REES, Teresa; BOSCH, Mineke; et al. Política científica de la Unión Europea. Promover la excelencia mediante la integración de la igualdad entre géneros. Informe del Grupo de trabajo de ETAN sobre las mujeres y la ciencia. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2000.

ÖSTLIN, Piroska, SEN, Gita; GEORGE, Asha. Paying Attention to Gender and Poverty in Health Research. Bulletin of the World Health Organization, 2004, 82(10): 740-45.

PALOMBA, Rossella. Does Gender Matter in Scientific Leadership? En: COMISIÓN EUROPEA. Gender and Excellence in the Making. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2004, p. 121-126.

PROYECTO T-INCLUYE. Recursos Webs sobre lenguaje no sexista. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.tincluye.org/recursos/documentos/documentos/Recopilatorio_de_recursos_web_sobre_lenguaje_no_sexista.pdf

REES, Teresa. Mainstreaming Equality the European Union. Londres: Routledge, 1998.

ROHLFS, Izabella; BORRELL, Carme; ANITUA Carme; et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gaceta Sanitaria, 2000, 14(2): 146-155.

ROHLFS, Izabella; FRIGOLA, María. La incorporación de la perspectiva de género en las encuestas de salud en los primeros años del siglo XXI: evolución y camino a seguir. En: GARCÍA, Ana María (ed.). Investigación en género y salud. 5ª Monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología, 2007, p. 44-78.

ROSS, Joseph S.; GROSS, Cary P.; DESAI, Mayur M.; et al. Effect of Blinded Peer Review on Abstract Acceptance. JAMA, 2006, 295(14): 1675-80.

ROSSITER, Margaret. The Matthew Matilda Effect in Science. Social Studies of Science, 1993, 23 (2): 325-41.

ROWLAND, Fytton. The Peer-Review Process. Learned Publishing, 2002, 15: 247-258.

RUÍZ-CANTERO, María Teresa; VERDÚ-DELGADO, María. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gaceta Sanitaria, 2004, 18(1): 118-125.

SÁNCHEZ, Dolores. Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el análisis crítico del discurso. En: BARRAL, Mª José; et al. (eds.). Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres. Barcelona: Icaria, 1999, p. 161-184.

SANTESMASES, María Jesús. Mujeres científicas en España (1940-1970). Profesionalización y modernización social. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.

SCHIAFFINO, Ana, GARCÍA, María; FERNÁNDEZ, Esteve. Autoría y presentación de resultados según el género en cuatro revistas biomédicas españolas. Gaceta Sanitaria, 2001, 15 (3): 251-254.

SCHROTER, Sara; TITE, Leanne; HUTCHINGS, Andrew; BLACK, Nick. Differences in Review Quality and Recommendations for Publication between Peer Reviewers Suggested by Authors or by Editors. JAMA, 2006, 295(3): 314-317.

SEN, Gita; GEORGE, Asha; ÖSTLIN, Piroska. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Organización Panamericana de la Salud / Harvard Center for Population and Development Studies, 2005. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO_14_contenido.pdf

SEN, Gita; GEORGE, Asha; ÖSTLIN, Piroska. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Banglore: Women and Gender Equity Knowledge Network, 2007. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf

SHARTRAND, Angela; BRABECK, Mary. Feminist Theory and Feminist Ethics. Conference Paper. Bridging the gap: Feminism and Participatory Action Research, June 22-24 al Boston College, 2001. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://ggsc.wnmu.edu/gap/mbrabeck.htm>

SPITZER, Dense. Gender and Sex-Based Analysis in Health Research. Ottawa: CIHR Institute of Gender and Health, 2007.

THORVALDSDÓTTIR, Thorgerdur. Engendered Opinions in Placement Committee Decisions. En COMISIÓN EUROPEA. Gender and Excellence in the Making. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2004, p. 101-108.

TUBERT, Silvia. La crisis del concepto género. En: TUBERT, Silvia (ed.) Del sexo al género. Los equívocos de un concepto. Madrid: Cátedra. Feminismos, 2003, p. 7-38.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT FUND FOR WOMEN (UNIFEM). Tools for a Gender-Sensitive Analysis of Budget. UNIFEM, 2005. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.gender-budgets.org/uploads/user-S/11279431651Tools_for_Gender-Sensitive_Analysis_of_Budgets.pdf

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). Guidelines on Gender-Neutral Language. Unesco, 1999. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001149/114950mo.pdf#search=%22Guidelines%20on%20Gender-Neutral%20Language%22

UNIDAD MUJERES Y CIENCIA DEL CSIC. Académicas en cifras. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, 2007. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.ua.es/es/presentacion/oficina_rector/unidad-igualdad/pdf/Academicas_en_cifras_2007.pdf

VALLS, Carme. Mujeres invisibles. Barcelona: Debolsillo, 2006.

VAN ROOYEN, Susan; GODLEE, Fiona; EVANS, Stephen; SMITH, Richard; BLACK, Nick. Effect of Blinding and Unmasking on the Quality of Peer Review: A Randomized Trial. JAMA, 1998, 280(3): 234-37.

WALLER, Alisha. Work in Progress-Feminist Research Methodologies: Why, What and How. 35th ASEE/IEEE Frontiers in Education Conference. October 19-22, 2005, Indianapolis.

WARREN, Virginia L. Guidelines for Non-Sexist Use of Language. American Psychological Asocciation, 2000. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.apaonline.org/publications/texts/nonsexist.aspx

WENNERAS, Christine; WOLD, Agnes. Nepotism and Sexism in Peer-Review, Nature. 1997, 387: 341-343.

WISELI (WOMEN IN SCIENCE AND ENGINEERING LEADERSHIP INSTITUTE). Reviewing Applicants: Research on Bias and Assumptions. Wisconsin: University of Wisconsin, 2006. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://wiseli.engr.wisc.edu/docs/BiasBrochure_2ndEd.pdf

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Gender and Health: Technical Paper. Reference WHO/FRH/WHD/98.16. Ginebra: WHO, 1998. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.who.int/reproductive-health/publications/WHD_98_16_gender_and_health_technical_paper/WHD_98_16_table_of_contents_en.html

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research. Ginebra: WHO, 2000. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://apps.who.int/tdr/publications/training-guideline-publications/operational-guidelines-ethics-biomedical-research/pdf/ethicssp.pdf

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Gender in Mental Health Research. Ginebra: WHO, 2005. [Consulta: 26 de febrero, 2010] http://www.who.int/gender/documents/MentalHealthlast2.pdf

Volver al índice

Webgrafía

Ámbito internacional

- American Medical Women's Association (AMWA): http://www.amwa-doc.org/
- Asociación europea de mujeres en la ciencia, la ingeniería y la tecnología http://www.witec-eu.net/
- Atlantic Centre of Excellence for Women's Health: http://www.acewh.dal.ca/
- BRIDGE, Institute of Development Studies, University of Sussex: http://www.bridge.ids.ac.uk/
- Canadian Women's Health Network: http://www.cwhn.ca
- Centres of Excellence for Women's Health: http://www.cewh-cesf.ca/en/
- Centre for Health and Gender Equity: http://www.genderhealth.org
- Centre for Research in Women's Health (CRWH). University of Toronto: http://www.crwh.org
- CEPAL. Comisión Económica para América Latina y Caribe. Unidad de Mujer y Desarrollo: http://www.eclac.cl/mujer/
- Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres (IWHC): http://espanol.iwhc.org/
- EUROPA-Equal: https://webgate.ec.europa.eu/equal/jsp/index.jsp?lang=es
- FAO - Socioeconomic and Gender Analysis Program: http://www.fao.org/sd/seaga/4_en.htm
- Women's Empowerment. United Nations Development Programme: http://www.undp.org/women/
- Gender Equality and the Millennium Development Goals: http://www.mdgender.net/goals/
- Gender and Health Group at the Liverpool School of Tropical Medicine: http://www.liv.ac.uk/lstm/groups/gender_health.htm
- International Centre for Research on Women: http://www.icrw.org
- Institute of Gender and Health (IGH). Canada: http://www.cihr-irsc.gc.ca
- Institute for Research on Women and Gender. University of Michigan: http://www.umich.edu/~irwg/
- INSTRAW - United Nations http://www.un-instraw.org/
- International Development Research Centre. Canada: http://www.idrc.ca
- International Labour Organization: http://www.ilo.org/public/english/gender.htm
- ISIS International: http://www.isis.cl/
- National Women's Health Network: http://www.nwhn.org/

- NN.UU. - UNIFEM: http://www.unifem.org/
- Observatorio de Equidad y Género de Chile: http://www.observatoriogenerosalud.cl/
- OECD: http://www.oecd.org/document/34/0,2340,en_2649_34541_1896290_1_1_1_1,00.html
- Office of Research Women's Health (NIH). EE.UU.: http://orwh.od.nih.gov/
- Organización Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/default_spa.htm
- GENSALUD: http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/gensalud.htm
- Prairie Women's Health Centre of Excellence: http://www.pwhce.ca/ Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe: http://www.reddesalud.org/
- Resources for Feminist Research: http://www.oise.utoronto.ca/rfr/index.html
- SIYANDA. Mainstreaming Gender Equality: http://www.siyanda.org/
- Socioeconomic and Gender Analysis Program (SEAGA): http://www.fao.org/sd/seaga/index_en.htm
- South African Medical Research Council, Gender and Health Group: http://www.mrc.ac.za/gender/gender.htm
- Swedish Agency for International Development Cooperation (SIDA): http://www.sida.se/English/
- UNESCO - Gender Mainstreaming: www.unesco.org/women/
- UNFPA - United Nations Population Fund: http://www.unfpa.org/gender/
- United Nation Development Program: http://www.undp.org/gender/
- Unión Europea - Sección Oficina de Cooperación. http://europa.eu.int/comm/europeaid/projects/gender/index_en.htm
  Unión Europea - Sección: «Mujeres y Ciencia»:
  http://ec.europa.eu/research/science-society/index.cfm?fuseaction=public.topic&id=27
- WEDO. Women's Environment & Development Organization: http://www.wedo.org/
- Women's Health Australia: http://www.newcastle.edu.au/centre/wha/
- Women's Networking Support Program. GEM Methodology: http://www.apcwomen.org/gem/
- Women in Science, Engineering and Technology (WITEC) España http://www.upc.edu/web/witec/
- WomenWatch - UN Information and Resources on Gender Equality and Empowerment of Women:
  http://www.un.org/womenwatch/
- World Bank: www.worldbank.org/gender/
- Department of Women, Gender and Health - World Health Organization: http://www.who.int/gender/en/

Ámbito nacional

- Asociación de Mujeres Científicas y Técnicas: http://www.unizar.es/mutem/
- Asociación de Mujeres Investigadoras y Tecnólogas (AMIT): http://www.amit-es.org/
- Asociación Universitaria de Estudios de las Mujeres http://www.audem.com
- Aula Interdisciplinar Isabel Torres de Estudios de las Mujeres y del Género. Universidad de Cantabria. http://www.unican.es/Aulas/aitem/index.htm
- Centros de Estudios de la Mujer de la Universidad de Salamanca: http://mujeres.usal.es/
- CSIC: Mujer y Ciencia: http://www.csic.es/mujerCiencia.do
- EMAKUNDE - Instituto Vasco de la Mujer: http://www.emakunde.es/
- E-mujeres: http://www.e-mujeres.net/
- Foro Mujeres Investigadoras Región de Murcia http://www.fomim.com
- Instituto Andaluz de la Mujer: http://www.iam.junta-andalucia.es/
- Instituto de Estudios Fiscales. Política Fiscal y Género: http://www.ief.es/
- Instituto de Investigaciones Feministas. Universidad Complutense de Madrid. http://www.ucm.es/info/instifem/
- Instituto de la Mujer: http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/
- Junta de Andalucía. Unidad de Igualdad y Género: http://www.iam.junta-andalucia.es/
- Mageeq. Mainstreaming y políticas de igualdad de género en Europa: http://www.ucm.es/info/mageeq/inicio.htm
- Ministerio de Educación y Ciencia: http://www.mec.es/
- Ministerio de Sanidad y Consumo: http://www.msc.es/ Sección Género y Salud: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm
- Red de Investigación en Salud y Género (RISG): http://www.easp.es/redgenero/web/esp/quees.asp
- Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer. Universidad de Zaragoza: http://wzar.unizar.es/siem/present.html
- Sin género de dudas: http://singenerodedudas.com/
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Grupo de Género y Salud Pública: http://genero.sespas.es
- Observatorio de Género, Constitución y Reformas Estatutarias. Ministerio de Administraciones Públicas: http://www.inap.map.es/ES/Investigacion/Congresos/Observatorio/Presentacion/
- Unidad de Igualdad y Género. Junta de Andalucía: http://www.unidadgenero.com/default.cfm
- Universia. Recursos sobre la mujer en la ciencia: http://investigacion.universia.es/mujer-ciencia/institutos/index.htm

Índice de cuadros y figuras

Cuadros

Cuadro 1.1. Rasgos centrales de la metodología feminista 23
Cuadro 2.1. Características del concepto de género 27
Cuadro 2.2. Usos inapropiados del término de género 27
Cuadro 3.1. Problemas que pueden afectar a la investigación, evaluación y difusión de resultados 38
Cuadro 4.1. Grado de integración del enfoque de género en proyectos de investigación 67
Cuadro 4.2. Buenas y malas prácticas en la formulación de hipótesis de investigación en ensayos clínicos 73
Cuadro 4.3. Procedimientos cuantitativos de selección de «sujetos de estudio»
según su sensibilidad para incorporar la perspectiva de género 76
Cuadro 4.4. Procedimientos cualitativos de selección de «sujetos de estudio»
según su sensibilidad para incorporar la perspectiva de género 77
Cuadro 4.5. Indicaciones para mejorar la sensibilidad de género de los instrumentos de recogida de información 81
Cuadro 4.6. Ejemplo de la representación de resultados según brechas entre los sexos. Estudio sobre mortalidad 85
Cuadro 4.7. Sugerencias para mejorar la calidad de los diseños de investigación según su sensibilidad de género 86
Cuadro 6.1. Recursos lingüísticos para un uso igualitario del lenguaje 122
Cuadro 6.2. Orientaciones básicas para la utilización de los términos sexo y género 125

Figuras

Figura 1.1. Principales características de los modelos de hacer y valorar la ciencia 20
Figura 2.1. Origen de las diferencias en el proceso salud-enfermedad-atención..... 30
Figura 2.2. Modelo para el análisis de género en salud de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool (2000)..... 31
Figura 2.3. Modelo conceptual sobre el papel del género como determinante social de la salud..... 32
Figura 3.1. Sesgos de género y malas prácticas en la investigación en salud..... 34
Figura 3.2. Principales amenazas de la infrarrepresentación de las mujeres en la investigación..... 41
Figura 4.1. Esquema de articulación de las recomendaciones para el diseño y ejecución de proyectos de investigación en salud con perspectiva de género 62
Figura 4.2. Elementos de análisis de la sensibilidad de género en instrumentos y técnicas de recogida de información..... 80
Figura 4.3. Ejemplo de la representación de resultados según brechas entre los sexos (gráfico). Evolución de la brecha entre los sexos en el consumo diario de tabaco (H/M). España, 1987-2006..... 85
Figura 4.4. Principios fundamentales de una ética sensible al género en investigación 91
Figura 5.1. Esquema de articulación de las recomendaciones para la evaluación de propuestas de investigación en salud perspectiva de género..... 94
Figura 5.2. Fórmula para el avance en la igualdad de género en la investigación..... 101
Figura 5.3. Criterios de evaluación de propuestas según grado de integración de la perspectiva de género..... 102
Figura 5.4. Elementos de exclusión de propuestas de investigación desde un enfoque de género 103
Figura 5.5. Elementos que favorecen la sensibilidad de género en propuestas de investigación en salud 104
Figura 6.1. Esquema de articulación de las recomendaciones para la difusión de resultados de investigación con perspectiva de género 116
Figura 6.2. Participación de mujeres y hombres en el proceso de publicación de revistas médicas 119
Figura 6.3. Transferencia del conocimiento de la investigación: audiencias y finalidades 128
Figura 6.4. Ejes de incorporación de la perspectiva de género en la revisión y publicación de la investigación en salud..... 130

Tira cómica. Ejemplo de divulgación de resultados a público no experto en salud 127

Volver al índice

