

CONSTRUIR SALUD, CONSTRUIR GÉNERO: ¿POR QUÉ LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA ES UNA METODOLOGÍA SENSIBLE AL GÉNERO?

MARIA DEL MAR GARCÍA CALVENTE

JORGE MARCOS MARCOS

Escuela Andaluza de Salud Pública y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Recibido/15/07/2011

Aceptado/25/09/2011

Referencia del artículo comentado

Carol Emslie, Kate Hunt. The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Soc Sci Med* 2008; 67: 808-816.

Resumen

A pesar del creciente interés en género y salud, se han dejado de lado las percepciones no especializadas de las diferencias de género en la mortalidad. Tomando como base los datos semi-estructurados recogidos en encuestas de 45 hombres y mujeres de dos franjas de edad (nacidos a principios de los 50 y de los 70) en el Reino Unido, nosotras investigamos las explicaciones no especializadas sobre la mayor esperanza de vida de las mujeres. Nuestros datos sugieren que los encuestados estaban al tanto de la mayor longevidad de las mujeres, pero que encontraban esto difícil de explicar. Mientras que muchas aclaraciones atendían a múltiples factores, las explicaciones socioculturales eran más comunes. Diferentes explicaciones socioculturales (esto es, roles sociales de género, constreñimientos de tipo «macho» sobre los hombres y diferencias de género en comportamientos relacionados con la salud) estaban vinculados a través de la percepción de que la esperanza de vida convergería a medida que las vidas de hombres y mujeres se volvieran más similares entre sí. Comportamientos relacionados con la salud como ir al médico o beber alcohol se situaban a menudo en contextos estructurales más amplios. Las encuestadas tendían a concentrarse en los roles reproductivos

y de cuidado de las mujeres, mientras que los encuestados tendían a concentrarse en cómo los hombres sufren la desventaja del rol del proveedor. Nosotras situamos estas aclaraciones dentro de debates académicos sobre la conceptualización del género, por ejemplo: «género como estructura» frente a «género como representación/performance» frente a «género como diferencia» frente a «género como diversidad».

«La objetividad nunca ha podido ni podrá incrementarse mediante la neutralidad respecto a los valores. En cambio, los compromisos con los valores y proyectos antiautoritarios, antielitistas, participativos y emancipadores sí aumentan la objetividad de la ciencia.»

Sandra Harding

1. Introducción

Los métodos de investigación no pueden ser utilizados sin una reflexión crítica. Como Sandra Harding argumenta, las metodologías configuran los tipos de preguntas que pueden ser respondidas, las formas de recoger los datos y la manera en que los resultados serán analizados¹. Cómo conocemos, qué conocemos y sobre quién, son cuestiones críticas no sólo para la formulación de proyectos de investigación sobre la salud de las mujeres, sino también, para dibujar las formas en las que la investigación puede ser utilizada para empoderarlas en sus vidas cotidianas².

El artículo de Carol Emslie y Kate Hunt, «*The weaker sex? Exploring lay understanding of gender differences in life expectancy: A qualitative study*»³, nos ofrece la oportunidad de plantear algunas reflexiones críticas acerca de las relaciones entre la investigación en salud pública, las construcciones de género, las epistemologías feministas y la metodología cualitativa. Emslie y Hunt exploran en este artículo las explicaciones «legas» (*lay explanations*) sobre la mayor esperanza de vida de las mujeres, e investigan si existen diferencias de género en estas percepciones. Utilizan para ello un diseño cualitativo, mediante entrevistas semi-estructuradas, realizadas a una muestra intencional compuesta por 22 hombres y 23 mujeres de dos generaciones diferentes,

1. HARDING, Sandra. Is there a Feminist Method? En: S. Harding (ed.). *Feminism and Methodology*. Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 1987.

2. IRONSTONE-CATTERALL, Penelope. *Feminist research methodology and women's health: A review of the literature*. National Network on Environments and Womens Health, 1998. Disponible en: <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/nnewh/feminist-research-meth.pdf>

3. EMSLIE, Carol y HUNT, Kate. The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Social Science & Medicine*. 2008, 67(5), pp. 808-816.

diversa en términos de roles sociales, salud auto-percibida y orientación del rol de género. De los resultados destaca que, si bien todas las personas entrevistadas *sabían* que la esperanza de vida en mujeres es mayor, les resultaba difícil explicar *por qué*. Las justificaciones ofrecidas fueron multifactoriales, siendo las de tipo biológico (ligadas al papel de las mujeres en la reproducción) menos comunes y más tentativas que las de tipo socio-cultural. Los argumentos socio-culturales se basaron en la influencia de los roles de género tradicionales (rol masculino de sustentador, rol femenino de cuidadora), las conductas menos saludables de los hombres y la reticencia de estos a reconocer síntomas de enfermedad o consultar al médico.

El objetivo de este ensayo es reflexionar acerca de la utilidad de la investigación cualitativa para el trabajo en salud pública desde la perspectiva de género. Para ello abordaremos tres aspectos clave tratados en el artículo de Emslie y Hunt⁴: a) la importancia de la investigación sobre el *conocimiento lego* (*lay knowledge*) en salud pública; b) su relación con la perspectiva «*doing gender*» y c) la utilidad del abordaje cualitativo como metodología sensible al género.

2. El privilegio de la experiencia

El estudio de Emslie y Hunt⁵ se inscribe en la línea de investigación sobre las percepciones del público no experto (*lay perceptions*) respecto a la salud y la enfermedad, cuyas primeras referencias podemos encontrar en los trabajos de Blaxter⁶, realizados precisamente con mujeres. El término «epidemiología leiga» (*lay epidemiology*), siguiendo a Davison, Smith y Frankel⁷, puede definirse como el proceso por el cual se generan las percepciones de la población sobre los riesgos para su salud «a través de la observación rutinaria y la discusión de casos de enfermedad y muerte en las redes personales y en el ámbito público».

Popay y Williams⁸ amplían este concepto, más allá de la percepción de riesgos para la salud, utilizando el término de «conocimiento lego» (*lay knowledge*). Argumentan que si la investigación en salud pública tiene como

4. EMSLIE, C. y HUNT, K. Op.cit.

5. *Ibíd.*

6. BLAXTER, Mildred. The causes of disease. Women talking. *Social Science & Medicine*. 1983, 17(2), pp.59-69.

7. DAVISON, Charlie, SMITH, George Davey y FRANKEL Stephen. Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health & Illness*. 1991, 13(1), pp.1-19.

8. POPAY, Jennie y WILLIAMS, Gareth. Public health research and lay knowledge. *Social Science and Medicine*. 1996, 42(5), pp.759-68.

objetivo proporcionar explicaciones más sólidas y holísticas sobre los patrones de la salud y la enfermedad en la sociedad contemporánea, ello obliga a incorporar y desarrollar un cuerpo de conocimiento construido sobre la base de las percepciones y conocimientos establecidos por la gente, que nos ayude a comprender los significados que otorgan a la salud, la enfermedad, la discapacidad y los riesgos (así como a sus determinantes sociales). La validez de este conocimiento está fundamentada en *la experiencia*, que es sistemáticamente contrastada con los acontecimientos vitales, las circunstancias y la historia de cada persona. Estas autoras resumen en tres las dimensiones del conocimiento *lego* que son importantes para la salud pública:

1. *Las explicaciones aportadas sobre las relaciones entre comportamiento individual y circunstancias vitales.* Un buen ejemplo son los estudios que muestran que las mujeres que fuman más son aquellas que viven circunstancias más duras, de modo que utilizan el tabaco como método de aliviar el estrés.
2. *Las teorías generadas sobre la causalidad de los fenómenos de salud-enfermedad.* Como ejemplo aportan la relación entre la epidemiología de las desigualdades sociales en salud y la investigación sobre la perspectiva biográfica de la gente en el proceso salud-enfermedad.
3. *La capacidad de predicción de la salud futura a nivel individual.* En este punto se sitúan los estudios que muestran la relación entre salud auto-percibida y resultados en morbilidad y mortalidad.

Sin embargo, Popay y Williams⁹, nos recuerdan que en la investigación en salud sigue predominando una epistemología de la ciencia en la que el concepto de enfermedad es algo que puede ser tratado «objetivamente», sin tomar en consideración las experiencias individuales que conforman la vida cotidiana. Señalan, como uno de los factores por los que el *conocimiento lego* ha sido ignorado, «el papel prominente de las mujeres como guardianas informales de la salud pública». El hecho de que las mujeres a menudo sean las protagonistas de esta acción popular en salud, refuerza la tendencia de los científicos profesionales a devaluar este tipo de conocimiento.

3. La construcción del género y la salud

El segundo tema central que analizaremos en el artículo de Emslie y Hunt¹⁰ es el argumento de que el género juega un papel clave en las percepciones

9. POPAY, J. y WILLIAMS, G. Op.cit.

10. EMSLIE, C. y HUNT, K. Op.cit.

y prácticas de la gente sobre la salud. Utilizan en este punto el iluminador concepto «haciendo género» (*doing gender*) de Candace West y Don Zimmerman¹¹, quienes entienden el género como un «*logro* rutinario incrustado en la interacción cotidiana». Construir género supone un «complejo de actividades perceptivas, interaccionales y micropolíticas, socialmente guiadas, que proyectan acciones particulares como expresión de *naturaleza* masculina o femenina». Para West y Zimmerman, el género no es un conjunto de rasgos, ni una variable, ni un rol, sino el producto de *acciones sociales* de algún tipo. Género no es algo que *uno es*, sino algo que *uno hace* a través de la interacción cotidiana con los otros.

Tyler nos recuerda que, desde el marco explicativo del *doing gender*, el género no es simplemente algo que representamos como actores sociales, sino que es dicha representación la que nos permite identificarnos como sujetos¹². Sin embargo, este marco no está exento de críticas. Algunas autoras feministas consideran que no presta suficiente atención a los nexos entre interacción social y cambio estructural que requiere la lucha contra las desigualdades de género¹³. En consonancia con Barbara Risman, no compartimos esta perspectiva, ya que entender el género como *logro*, al modo de West y Zimmerman, supone pasar de lo individual a lo interaccional y, en última instancia, a lo institucional¹⁴.

Emslie y Hunt¹⁵, partiendo de la afirmación de Saltonstall de que «*hacer salud es una forma de hacer género*»¹⁶, aportan evidencia sobre cómo las formas de construir masculinidad y feminidad tienen impacto sobre la salud. El sistema de género, no sólo ordena valores, normas, costumbres y comportamientos, también contribuye a las diferencias en exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo para la salud de hombres y mujeres¹⁷. Los estudios sobre

11. WEST, Candace y ZIMMERMAN, Don H. Doing gender. *Gender & Society*. 1987, 1(2), pp.125-151.

12. TYLER, Melissa. Postmodern feminism and organization studies: A marriage of inconvenience? En E. Jeanes, D. Knights and P. Martin (eds.). *Handbook of Gender, Work and Organization*. Oxford: Blackwell, 2011, pp. 9-24.

13. DEUTSCH, Francine M. Undoing gender. *Gender & Society*. 2007, 21(1), pp.106-127.

14. RISMAN, Barbara J. From doing to undoing: Gender as we know it. *Gender & Society*. 2009, 23(1), pp. 81-84.

15. EMSLIE C. y HUNT K. Op.cit.

16. SALTONSTALL, Robin. Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science and Medicine*. 1993, 36(1), pp.7-14.

17. SEN, Gita y ÖSTLIN, Piroška. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Geneva: WHO, 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf

las masculinidades son un reciente campo de desarrollo en el ámbito de los estudios sobre género y salud, con importantes aportaciones a este marco teórico¹⁸. Autores como Courtenay, nos recuerdan que sólo desde una perspectiva constructivista, relacional y feminista de la salud, se puede entender que la mayor mortalidad o siniestralidad de los hombres, o el que estos utilicen menos los centros de salud, tiene que ver con conceptos y comportamientos concretos respecto a la salud asociados a la forma en que los varones se construyen como tales, y se representan socialmente como dominantes¹⁹.

4. Investigación cualitativa y punto de vista feminista

Las experiencias en salud de mujeres y hombres, base del conocimiento «le-go» en salud, son tan diversas como lo son las formas de construir las feminidades y masculinidades. Aproximarse a una realidad tan compleja, requiere un enfoque metodológico que pueda dar cuenta de esta diversidad. Para tomar en serio, afirman Emslie y Hunt²⁰, este tipo de conocimiento, no sólo se hace necesario cuestionar el dominio de los métodos cuantitativos-estadísticos en salud pública, sino también, trasladar la propiedad y el control sobre los procesos de investigación desde los profesionales-expertos hacia la gente.

Las epistemologías del punto de vista feminista (*feminist standpoint epistemology*) aportan un marco conceptual para dar respaldo a este enfoque. Según Harding²¹, la posición dominante de los hombres en la vida social se traduce en un conocimiento parcial y perverso, mientras que una perspectiva construida por y desde la experiencia de las mujeres, abre la posibilidad de un conocimiento más completo y menos perverso. El *punto de vista feminista* no solo demanda que se tome en serio la experiencia de las mujeres como *conocedoras*, sino que traslademos el conocimiento de las mujeres a la práctica, que apliquemos lo que hemos aprendido de sus experiencias para el cambio social y la eliminación de la opresión, no solo de las mujeres, sino de todos los grupos marginados²².

18. LOHAN, Maria. How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. *Social Science & Medicine*. 2007, 65(3), pp. 493-504.

19. COURTENAY, Will H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. 2000, 50(10), pp. 1385-1401.

20. EMSLIE, C. y HUNT, K. Op.cit.

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

22. BROOKS, Abigail. Feminist standpoint epistemology. Building knowledge and empowerment through women's lived experience. En S.N. Hesse-Biber y P.L. Leavy (eds.). *Feminist research practice*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2007, pp. 53-82.

La investigación cualitativa ofrece metodologías idóneas para realizar este acercamiento a las experiencias en salud de las mujeres (y de los hombres) que permita «dar voz» a quienes habitualmente no la tienen. Aporta además la posibilidad de abordar la diversidad entre mujeres y entre hombres, para ayudarnos a superar el concepto de «mujer (u hombre) esencializada y universalizada», dando paso a las «mujeres (u hombres) situadas», con experiencias y conocimiento específico en sus contextos de división del trabajo, en sus sistemas de estratificación social²³.

En la investigación sobre salud de las mujeres, y sobre género y salud, el método feminista predominante ha sido la entrevista cualitativa. Esta técnica, utilizada por Emslie y Hunt en su investigación, ha sido especialmente valorada por su capacidad de dar visibilidad a las voces y las experiencias de las mujeres, «con sus propias palabras»²⁴. La metodología cualitativa, y especialmente la entrevista en profundidad, nos permite acercarnos a la comprensión del mundo (de la salud y de la enfermedad) con los ojos de las personas participantes en la investigación. Posicionar a las mujeres como «expertas de sus propias vidas»²⁵, confiere además capacidades de empoderamiento que no proporcionan otro tipo de metodologías.

5. Conclusiones

La investigación cualitativa se revela como una metodología sensible al género con múltiples potencialidades en salud pública, especialmente para el estudio de las percepciones y conocimientos de la gente –mujeres y hombres– sobre las dinámicas de los procesos de salud-enfermedad y cómo estos impactan en sus vidas. Si bien «hacer salud es una forma de hacer género», también construir género es una manera de construir salud. El cuestionamiento del positivismo y la investigación «objetiva» y neutral en valores, junto a la evidencia de que la investigación dominante en salud tiende a excluir a las mujeres, da un sólido apoyo feminista a los métodos cualitativos.

23. OLESEN, Virginia. *Feminisms and Qualitative Research at and into the Millenium*. En N.K. Denzím y Y.S. Lincoln (eds.). *Handbook of Qualitative Research* 2nd ed, Thousand Oaks: SAGE Publications, 2000, pp. 215-254.

24. IRONSTONE-CATTERALL. *Op.cit.*

25. *Ibíd.*

Referencias biográficas

- BLAXTER, Mildred. The causes of disease. Women talking. *Social Science & Medicine*. 1983, 17(2), pp. 59-69.
- BROOKS, Abigail. Feminist standpoint epistemology. Building knowledge and empowerment through women's lived experience. En S.N. Hesse-Biber y P.L. Leavy (eds.). *Feminist research practice*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2007, pp. 53-82.
- COURTENAY, Will H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. 2000, 50(10), pp.1385-1401.
- DAVISON, Charlie, SMITH, George Davey y FRANKEL Stephen. Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health & Illness*. 1991, 13(1), pp.1-19.
- DEUTSCH, Francine M. Undoing gender. *Gender & Society*. 2007, 21(1), pp.106-127.
- EMSLIE, Carol y HUNT, Kate. The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Social Science & Medicine*. 2008, 67(5), pp.808-816.
- HARDING, Sandra. Is there a Feminist Method? En: S. Harding (ed.). *Feminism and Methodology*. Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 1987.
- HARDING, Sandra. *Ciencia y feminismo*. Madrid: Ediciones Morata, 1996.
- IRONSTONE-CATTERALL, Penelope. Feminist research methodology and women's health: A review of the literature. National Network on Environments and Womens Health, 1998. Disponible en: <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/nnewh/feminist-research-meth.pdf>
- LOHAN, Maria. How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. *Social Science & Medicine*. 2007, 65(3), pp. 493-504.
- OLESEN, Virginia. Feminisms and Qualitative Research at and into the Millenium. En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (eds.). *Handbook of Qualitative Research* 2nd ed, Thousand Oaks: SAGE Publications, 2000, pp. 215-254.
- POPAY, Jennie y WILLIAMS, Gareth. Public health research and lay knowledge. *Social Science and Medicine*. 1996, 42(5), pp.759-68
- RISMAN, Barbara J. From doing to undoing: Gender as we know it. *Gender & Society*. 2009, 23(1), pp. 81-84.
- SALTONSTALL, Robin. Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science and Medicine*. 1993, 36(1), pp.7-14.
- SEN, Gita y ÖSTLIN, Pirooska. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. *Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. Geneva: WHO,

2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/cs-dh_media/wgekn_final_report_07.pdf

TYLER, Melissa. Postmodern feminism and organization studies: A marriage of inconvenience? En E. Jeanes, D. Knights and P. Martin (eds.). *Handbook of Gender, Work and Organization*. Oxford: Blackwell, 2011, pp. 9-24.

WEST, Candace y ZIMMERMAN, Don H. Doing gender. *Gender & Society*. 1987, 1(2), pp.125-151.