

Propuesta en torno a los conceptos clave para realizar investigación en salud pública con perspectiva de género

M. Ángeles Rodríguez Arenas^a, Belén Sanz-Barbero^{a,b}, Belén Peñalver Argüeso^{c,#}, Marta Soler Soneira^{c,#}. En nombre del Grupo de Trabajo sobre Género, Diversidad Afectivo-Sexual y Salud (GEYDIS) de la Sociedad Española de Epidemiología*

^a Escuela Nacional de Sanidad-Instituto de Salud Carlos III

^b Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

^c Centro Nacional de Epidemiología-Instituto de Salud Carlos III

Colaboradoras externas del GEYDIS

*Componentes del GT GEYDIS: Lucía Artazcoz Lazcano, Mar Blasco Blasco, Elisa Chilet Rosell, Àngel Gasch Gallén, María del Mar García Calvente, Christian Carlo Gil Borrelli, Isabel Gutiérrez Cía, Pello Latasa Zamalloa, Blanca Obón Azuara, María Ángeles Rodríguez Arenas, Raquel Sánchez Recio, Belén Sanz Barbero, César Velasco Muñoz, Andrea Vila Fariñas, Carmen Vives Cases.

(<https://seepidemiologia.es/generodiversidad-afectivo-sexual-y-salud/>)

En su editorial de 1991, en el *New England Journal of Medicine*, “The Yentl Syndrome”, Bernadine Healy escribía: *Ser “igual que un hombre” ha sido históricamente un precio que las mujeres han tenido que pagar por la igualdad. Ser diferente de los hombres ha significado ser de segunda clase y menos que iguales durante la mayor parte del tiempo registrado y en la mayor parte del mundo. Por lo tanto, puede ser triste, pero no sorprendente, que con demasiada frecuencia las mujeres hayan sido tratadas con menos igualdad en las relaciones sociales, los esfuerzos políticos, los negocios, la educación, la investigación y la atención médica. Y añadía: Debemos despertar plenamente a estos hechos y abordar las enfermedades de las mujeres como diferentes de las enfermedades de los hombres, pero de igual importancia, incluso cuando también afectan a los hombres*¹.

El androcentrismo de la ciencia, desde sus inicios, tomando lo masculino como parámetro de lo humano², ha hecho que, en el ámbito de la medicina, las especificidades de la salud de las mujeres – que constituyen más de la mitad de la población mundial – fueran ignoradas, provocando que se desconocieran y desatendieran tanto los procesos fisiológicos que les son propios como, sobre todo, las formas en que las diferentes patologías se producen y expresan en ellas, lo que ha llevado a errores sistemáticos en sus diagnósticos y tratamientos. Pese a la llamada de atención sobre esta situación en las últimas décadas, los retrasos diagnósticos y los sesgos en la atención siguen produciéndose, a día de hoy, en un gran número de procesos patológicos³.

La adopción en 1979 por parte de la ONU de la CEDAW, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, obliga a los Estados que la ratifican a consagrar el principio de igualdad entre mujeres y hombres y a condenar y prohibir cualquier discriminación en ese sentido, dictando leyes y estableciendo políticas que eviten “*toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquiera otra esfera*”⁴.

¹ Healy B. The Yentl Syndrome. *N Engl J Med* 1991; 325:274-276. DOI: 10.1056/NEJM199107253250408

² Cobo R. *Sociología feminista*. Ed. Comares SL. Granada, 2022.

³ Ruíz Cantero MT. *Perspectiva de género en medicina*. Fundación Dr. Antoni Esteve. Barcelona, 2019.

⁴ Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). A/RES/34/180. General Assembly, United Nations, 1979.

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing⁵, surgidas de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, reconocían la existencia de sesgos de género en el estudio de las ciencias y que la mayoría de las políticas y programas de salud perpetuaban los estereotipos de género. Esta Declaración pone de relieve la falta de conocimiento sobre la salud de las mujeres y la necesidad de incrementar el apoyo financiero a *“las investigaciones preventivas, biomédicas, del comportamiento, epidemiológicas y de los servicios de la salud sobre cuestiones relativas a la salud de las mujeres”* y apoyar *“investigaciones sociales, económicas, políticas y culturales sobre la manera en que las desigualdades basadas en el género afectan la salud de las mujeres, que incluyan cuestiones de etiología, epidemiología, prestación y utilización de servicios y resultado final del tratamiento”*.

Para evitar los sesgos de género, el feminismo propuso como herramienta de análisis la perspectiva de género, como *“una mirada sobre la vida social y política dirigida a poner de manifiesto cómo las normas, las prácticas y las estructuras sociales, políticas y económicas, en principio, pueden afectar y, de hecho, normalmente lo hacen, de manera diferente a mujeres y varones y/o a ciertos grupos de mujeres”*⁶.

A pesar del tiempo transcurrido, el avance en el estudio de la salud con perspectiva de género no ha sido tan notable como se hubiera esperado. Las razones para el lento avance en la investigación científica que atiende las diferencias entre mujeres y hombres están en las importantes resistencias que el mundo científico ha opuesto, y opone, a romper estereotipos y cambiar inercias de trabajo pese a las recomendaciones y normativas, con argumentos como la dificultad o imposibilidad de su implementación, aunque ya hay quien habla de que la falta de progreso sugiere una indiferencia deliberada y que las barreras al avance son más políticas que técnicas⁷. En nuestro medio, también ha contribuido a la confusión el uso del término “gender” en lugar de “sex” para referirse al sexo de las personas, algo habitual en el mundo anglosajón que hemos acabado adoptando en nuestras investigaciones y recogidas de información.

Aun así, se han dado pasos importantes, fundamentalmente a nivel normativo, como la recomendación del aumento de la participación de mujeres en las muestras de los estudios e investigaciones cuyos resultados les puedan repercutir; el mandato legal de incluir sistemáticamente la variable de sexo en las estadísticas, encuestas y recogida de datos, así como de indicadores que permitan conocer las diferencias en valores, roles, condiciones y necesidades de mujeres y hombres; y la realización de análisis desagregados por sexo en los estudios e investigaciones⁸.

Para lograr los objetivos de equidad en salud y la integración efectiva de la perspectiva de género es condición fundamental hacer un uso inequívoco de determinados conceptos y términos, comenzando por las dimensiones de “sexo” y “género”. El sexo y el género interactúan y afectan los resultados en salud, pero no son lo mismo y no deben usarse indistintamente.

Para la OMS, *por sexo se entenderán las características biológicas que definen a los seres humanos como hombres o mujeres*⁹. Así mismo, nos dice que ese conjunto de atributos biológicos *se asocia*

⁵ Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Asamblea General de Naciones Unidas, 1995.

⁶ Díaz Martínez C, Corrales Devesa A. Metodologías feministas y perspectiva de género en investigación. En: Sociología feminista. Rosa Cobo y Belén Fernández (Eds). Ed. Comares SL. Granada, 2022.

⁷ Heise L, Greene ME, Opper N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, Zewdie D, on behalf of the Gender Equality, Norms, and Health Steering Committee. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. Lancet 2019; 393: 2440–54.

⁸ Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE de 23/03/2007.

⁹ Salud sexual. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2. Accedido el 25 de julio de 2023.

*principalmente con características físicas y fisiológicas, incluidos los cromosomas, la expresión génica, el nivel y la función hormonales, y la anatomía reproductiva y sexual*¹⁰. Hay algunas personas que nacen con características genitales, gonadales y cromosómicas que no se ajustan completamente a las típicas de mujeres u hombres, dando lugar a los estados intersexuales, que trataremos más adelante.

Al tratarse de una condición orgánica de los seres humanos, el sexo es universal, ya que no depende del lugar geográfico, de la cultura ni del momento temporal en el que se nazca. El sexo se expresa a nivel cromosómico, fisiológico, anatómico y hormonal. Aunque algunas de esas expresiones pueden ser modificadas con intervenciones farmacológicas o quirúrgicas, en la actualidad no es posible realizar modificaciones genéticas que supriman el dimorfismo sexual, cuya expresión produce grandes diferencias no solo a nivel del sistema reproductivo, sino sobre muchos otros sistemas, órganos y tejidos, provocando que mujeres y hombres difieran tanto en su predisposición a muchas enfermedades, como en su modo de manifestarlas y en cómo responden a los tratamientos farmacológicos^{11,12}.

Por su parte, el término “género”, que nace en el ámbito de la antropología para referirse a la *normatividad femenina edificada sobre el sexo como hecho anatómico*¹³, se desarrolló en el marco conceptual de las ciencias sociales, y pasó a utilizarse también en el ámbito sanitario a finales de los años 80 para tratar de explicar las desigualdades en el conocimiento, atención e investigación de la salud de las mujeres.

El género se usa para describir la construcción social de lo que cada sociedad atribuye a las mujeres y a los hombres, incluyendo cuáles deben ser sus valores y cómo tienen que relacionarse entre sí, es decir, las expectativas estereotipadas que la sociedad tiene de las mujeres y de los hombres. El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, conocido como Convenio de Estambul, ratificado por España en 2014,¹⁴ lo define así: *Por «género» se entenderán los papeles, comportamientos, actividades y atribuciones socialmente construidos que una sociedad concreta considera propios de mujeres o de hombres*. El género, por tanto, no es universal, sino que depende del contexto en que nos encontremos y es dinámico, ya que cambia en el tiempo. El género no es una variable individual, no es un atributo innato de las personas, sino que es una categoría estructural, propia de cada cultura y cada época.

Desde la salud pública, desde la epidemiología, en base al rigor científico y la correcta interpretación de los resultados, necesitamos desagregar los datos por sexo, como primer paso para analizar los condicionantes sociales y de género que ponen en situación de desventaja a las mujeres, evitando sesgos que provocan impactos negativos en su salud y bienestar. Es fundamental reconocer que la pertenencia al sexo femenino, es decir, el ser mujeres ha puesto y sigue poniendo en riesgo las vidas de estas y su salud, con agresiones que se dan en todo el ciclo de su vida, desde antes de nacer, con los abortos selectivos de fetos femeninos, hasta los infanticidios de niñas, la mutilación genital femenina, los feminicidios, el tráfico y la trata, la prostitución y todo tipo de explotación sexual y reproductiva, las violaciones y otras agresiones sexuales, la violencia en las relaciones de pareja y la violencia doméstica, etc.

¹⁰ Género y Salud. 24 de mayo de 2021. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/gender-and-health>. Accedido 25 de julio de 2023.

¹¹ Joel, D.; Fine, C. Who Is a Woman: Sex, Gender and Policy Making. *Journal of Controversial Ideas*. 2022, 2(2), 6.

¹² Gershoni, M., Pietrokovski, S. The landscape of sex-differential transcriptome and its consequent selection in human adults. *BMC biology*. 2017, 15(1), 1-15.

¹³ Cobo Bedía, R. El género en las ciencias sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2005; 18:249-258.

¹⁴ BOE núm. 137, de 6 de junio de 2014, págs 42946 a 42976. <https://www.boe.es/eli/es/ai/2011/05/11/>

Y es también por ser mujeres, como hemos mencionado más arriba, que la ciencia ha desatendido o dificultado el estudio de las posibles diferencias en la expresión de las enfermedades en mujeres y hombres, incluso de las más prevalentes en ellas, y por lo que no es igual el esfuerzo diagnóstico y terapéutico que reciben en muchas de sus patologías^{15,16,17}.

Por otra parte, el uso de la perspectiva de género ha puesto de manifiesto cómo las normas de género también impactan negativamente en la salud de los hombres, por ejemplo, mediante la segregación laboral, que les lleva a trabajos físicamente más exigentes o más peligrosos, que les exponen a mayores tasas de accidentes, lesiones o intoxicaciones. También mediante comportamientos que los estereotipos de género asocian a la masculinidad, como el consumo de tabaco, alcohol y drogas, la imprudencia en la asunción de riesgos: en deportes, al conducir, en las prácticas sexuales, etc. En relación a la salud, tienden a percibir de forma diferente la enfermedad, descuidando su alimentación, su estado corporal, ignorando el dolor y silenciando sus quejas o no buscando atención o retrasando el acceso a la misma. Todo ello provoca una morbilidad diferencial y una mayor mortalidad en los hombres⁷. Dado que la agresividad es otro de los comportamientos que las normas de género asocian a la masculinidad, es de resaltar el uso de la violencia, que implica que el 90% de los casi medio millón de homicidios intencionales que se producen cada año (sin contar los producidos en guerras y actos terroristas), sean perpetrados por hombres y que, de las víctimas, el 81% sean también hombres¹⁸. Además, las personas que se desvían de las expectativas de género tradicionales, puede experimentar discriminación y sanciones sociales⁷.

Por tanto, es fundamental que las instituciones y sociedades científicas tomen conciencia de la importancia de la inclusión de la perspectiva de género en la investigación en salud y sociosanitaria, y del uso correcto de los conceptos de sexo y género, para seguir avanzando en el conocimiento científico no sesgado de la salud, con el fin de evitar retrocesos en el logro de la equidad y la igualdad de derechos y oportunidades de mujeres y hombres.

Por todo ello, el Grupo de trabajo de Género, Diversidad Afectivo-Sexual y Salud de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), hace las siguientes

PROPUESTAS

Sobre el Sexo:

Según la Ley Orgánica 3/2007 ya comentada, cualquier recogida de datos, encuesta, estadística y, por tanto, todas las investigaciones y estudios sobre la salud deben incluir sistemáticamente la variable sexo, referida a la condición biológica, que referiremos y denominaremos **SEXO DE NACIMIENTO**, como una variable dicotómica, con las categorías de Mujer y Hombre. Tal como explicita la ley, siempre que sea pertinente los análisis deben realizarse desagregados por sexo.

De forma adicional, si se considera oportuno, puede tomarse el **SEXO REGISTRAL**, es decir, el apunte administrativo que consta en el Registro Civil en el momento de la recogida de datos para la investigación. El sexo registral es dicotómico, con las categorías de Mujer y Hombre, que pueden coincidir o no con las del sexo de nacimiento y puede sufrir modificaciones en el tiempo.

¹⁵ Huber E, Le Pogam, MA, Clair C. BMJMED 2022;1:e000300. doi:10.1136/bmjmed-2022-000300

¹⁶ Carme Valls Llobet. Mujeres invisibles para la medicina. Capitán Swing Libros SL. Madrid, 2020.

¹⁷ Ballering AV, Bonvanie IJ, Olde Hartman TC, Monden R, Rosmalen JGM. Gender and sex independently associate with common somatic symptoms and lifetime prevalence of chronic disease. Social Science & Medicine. 2020; 253: 112968. doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112968.

¹⁸ Estudio Mundial sobre el Homicidio. UNODC, 2019.

Sobre el Género:

Nuestro ordenamiento legal nos dice que las investigaciones en salud deben realizar análisis de género¹⁹. El **GÉNERO** no es una variable, sino una categoría de análisis. La Ley Orgánica 3/2007, de Igualdad, nos obliga a *establecer e incluir indicadores que posibiliten un mejor conocimiento de las diferencias en los valores, roles, situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres*. Algunas de esas variables que deben registrarse van a estar relacionadas con las esferas biológica (edad, alimentación, ejercicio, hábitos de consumo, etc.), psicológica (proyecto vital propio, soledad, frustración profesional y personal, miedo, estrés laboral, culpa, etc.), socioeconómica (clase social, estudios, situación laboral, estado civil, etc.) y psicosociales de género (dependencia, cuidados, conflictos/violencia de pareja, otras violencias contra las mujeres, suelo pegajoso, techo de cristal, maternidad difícil, tardía o sola, etc.)²⁰. A su vez deben tenerse en cuenta factores estructurales como son las políticas familiares, de igualdad, laborales, etc., que son producto de la cultura en la que viven mujeres y hombres. Las Administraciones públicas, atendiendo a la mencionada Ley, tienen que fomentar *la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales*.

Según la OMS²¹, el género influye en la salud y el bienestar de las personas en tres ámbitos: el de los determinantes de la salud relacionados con el género, incluida la interacción con otros determinantes sociales y estructurales; el de las conductas en la esfera de la salud en función del género y la respuesta del sistema de salud en función del género.

Por ello es fundamental que los sistemas de salud reconozcan, comprendan y modifiquen *el modo en que este factor determina las conductas en relación con el sistema de salud, el acceso a los servicios, las vías de atención sanitaria e interactúa con otros factores determinantes de la salud y causantes de inequidades*.

Sobre la interseccionalidad:

1) Grandes ejes de desigualdad

Tal como reconoce la OMS, el género es *un factor que crea inequidades sanitarias por sí solo y que puede agravar las que son producto de la situación socioeconómica, la edad, la etnia, la discapacidad, la orientación sexual, etc.* Por eso, siempre que sea posible, las investigaciones en salud deben considerar el análisis interseccional del género con otros ejes de desigualdad y otros factores de discriminación que ponen o pueden poner en riesgo o en situación de vulnerabilidad a las personas.

Sabemos que la salud y las enfermedades no se distribuyen por azar, sino que se explican en gran parte por la estructura social, política y económica en la que vivimos. *Las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud*²². Los determinantes sociales de la salud provocan que la distribución de la mortalidad, la discapacidad y la morbilidad, así como el control de los recursos, sean diferentes dependiendo de nuestra situación como personas en una jerarquía de poder

¹⁹ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE de 29/04/1986. Texto consolidado.

²⁰ Velasco S. Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Minerva Ediciones. Madrid, 2009.

²¹ OMS. Género y salud. 23 de agosto de 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>. Accedido 3 de mayo de 2023.

²² OMS. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011.

urrida por los grandes ejes de desigualdad y otros factores de discriminación. Los grandes ejes de desigualdad, según el marco conceptual de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la OMS, son: **CLASE SOCIAL, GÉNERO, EDAD, ETNIA y TERRITORIO**. Según nuestra posición en la jerarquía de esos ejes, tendremos acceso a una serie de recursos y condiciones de vida, los determinantes intermedios, que jugarán un papel protector o de riesgo para nuestras oportunidades de buena salud. Además, estos factores no son simplemente aditivos, sino que interactúan de manera compleja y desigual⁷. Las investigaciones en salud deberán prestar siempre especial atención a aquellos grupos poblacionales más expuestos a los riesgos para la salud, como son las clases sociales más deprimidas, las personas menores y de más edad, las procedentes de minorías étnicas, las refugiadas y desplazadas o que estén en situación de migración, y aquellas que viven en zonas rurales o urbanas desfavorecidas o en países de bajos ingresos, entre otros.

Aunque los grandes ejes de desigualdad parecen situados a un mismo nivel, lo cierto es que las oportunidades de mujeres y hombres, sea cual sea su posición en cuanto a nivel socioeconómico, nivel educativo, edad, origen, contexto rural/urbano, etc., son desiguales debido a que están atravesadas por el eje de género.

2) Otros factores de discriminación

Por todo esto, las investigaciones y estudios sobre salud tienen que adoptar la perspectiva de género, con una mirada interseccional, que tenga en cuenta todos los factores de riesgo y protección relacionados con los otros ejes y, atender también a esos otros factores de discriminación que ponen en situación de vulnerabilidad a las personas, como son la discapacidad, la intersexualidad, la orientación sexual, la identidad sexual y la expresión de género.

Las personas con **DISCAPACIDAD** son *aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás*²³. Un enfoque de género y de derechos humanos permite identificar y enfrentar las barreras específicas que sufren las personas con discapacidad, entre otras en materia de acceso a bienes y servicios, de comunicación, de accesibilidad urbanística y a transportes, barreras cognitivas y de prejuicios y, en especial las mujeres, en temas de salud, derechos sexuales y reproductivos, accesibilidad, empleo y pobreza, y focalizar en el empoderamiento y la participación, evitando el mantenimiento de las desigualdades estructurales que sustentan la discriminación. Según COCEMFE, podemos distinguir las siguientes categorías de discapacidad: física, orgánica, visual, auditiva, intelectual y por problemas de salud mental²⁴.

Cuando sea conveniente o así lo requieran los objetivos de la investigación, puede registrarse la existencia de **INTERSEXUALIDAD**, que la nueva Ley 4/2023²⁵, conocida como “Ley Trans”, define como *la condición de aquellas personas nacidas con unas características biológicas, anatómicas o fisiológicas, una anatomía sexual, unos órganos reproductivos o un patrón cromosómico que no se corresponden con las nociones socialmente establecidas de los cuerpos masculinos o femeninos*. La intersexualidad afecta a un número

²³ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Asamblea General de la ONU: A/RES/61/106. Ratificada por España el 30 de marzo de 2007. BOE de 21 de abril de 2008.

²⁴ COCEMFE. Confederación Española de Personas con Discapacidad física y orgánica. Manual básico sobre género y discapacidad. Madrid, 2020.

²⁵ Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. BOE de 01/03/2023.

pequeño de personas, cuyas cifras oscilan entre el 0,018 y el 1,7%²⁶, de las que aproximadamente el 0,02% tienen características sexuales externas que no son claramente femeninas o masculinas¹¹. Intersexualidad es un término paraguas utilizado para describir una amplia gama de variaciones corporales naturales, que incluyen rasgos genitales, gonadales y patrones cromosómicos. En algunos casos, los rasgos intersexuales son visibles al nacer, mientras que en otros no son evidentes hasta la pubertad, e incluso algunas variaciones cromosómicas pueden no ser físicamente evidentes en absoluto. Las condiciones intersexuales pueden deberse a trastornos endocrinos, anatómicos, anomalías estructurales del desarrollo y cromosómicas²⁷. El tipo de categorización a realizar para su estudio dependerá de los objetivos de la investigación y del número de casos con el que se cuente.

La **ORIENTACIÓN SEXUAL**, recogida en la Ley 4/2023 como la *atracción física, sexual o afectiva hacia una persona*²⁵, puede ser heterosexual, cuando esa atracción es sentida hacia personas de distinto sexo; bisexual, cuando la atracción es hacia personas de ambos sexos, y homosexual, cuando la atracción se siente hacia personas del mismo sexo, pudiendo darse entre hombres o entre mujeres. Las personas homosexuales son discriminadas debido a su disidencia sexual, sufriendo todo tipo de agresiones y discriminaciones, pero hay algunas diferencias según sean hombres o mujeres. Así, los gays pueden ser objeto de un mayor número de agresiones debido a su mayor visibilidad, mientras que las lesbianas suelen ser invisibilizadas incluso dentro de las propias minorías sexuales, donde sus necesidades y reivindicaciones no son prioritarias. También las personas bisexuales suelen encontrarse en situación de desventaja dentro del colectivo. En ambos casos, la múltiple discriminación ejerce un impacto a tener en cuenta sobre la salud de estas personas.

Por otra parte, la Ley 4/2023 describe la **IDENTIDAD SEXUAL** como la *vivencia interna e individual del sexo tal y como cada persona la siente y autodefine, pudiendo o no corresponder con el sexo asignado al nacer* y la **EXPRESIÓN DE GÉNERO** como la manifestación que cada persona hace de su identidad sexual. Para estos términos, la posibilidad de establecer categorías fijas es más complicado, ya que las posibilidades de vivir internamente la identidad sexual y la forma de expresarla son amplísimas y, por otra parte, pueden cambiar en el tiempo. La investigación cualitativa puede tener una gran importancia a la hora de describir las diferentes situaciones de salud de personas con identidades sexuales o expresiones de género distintas y contribuir a establecer *clúster* de identidades que compartan necesidades de atención similares. Para la investigación cuantitativa es complejo poder realizar una categorización y constituye todo un reto metodológico, aunque también da la oportunidad de elaborar nuevos indicadores y desarrollar nuevas estrategias de análisis para realizar investigaciones en salud más equitativas.

En resumen, para reducir las desigualdades en salud es necesario que las investigaciones y estudios focalicen su mirada en aquellos determinantes que ponen en situación de desigualdad a mujeres y hombres, desagregando los datos por sexo, aplicando la perspectiva de género y utilizando un enfoque interseccional que permita incluir otras realidades, generando evidencia que permita no solo intervenir de una manera más ajustada y eficaz sobre los problemas de salud, sino que sustente el establecimiento de políticas que eviten las brechas en salud innecesarias, evitables e injustas.

²⁶ Sax L. How common is Intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. The Journal of Sex Research, 2002; 39:3, 174-178, DOI: 10.1080/00224490209552139.

²⁷ Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión (CIE-11). Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. WHO. 2022.