

El estado de la cuestión

Género y salud: un marco de análisis e intervención

María del Mar García Calvente

Resumen

En este artículo se revisan los conceptos de género y sexo, su papel como determinantes de la salud, y su relación con la desigualdad. Se analizan los diferentes modelos explicativos que se proponen en la bibliografía para comprender las relaciones entre género y situación de salud y cómo recientemente se ha evolucionado desde el campo de la salud de las mujeres hacia el enfoque de género en salud. Por último se presentan las aplicaciones del análisis de género en salud y su utilidad en la planificación y evaluación de los sistemas de atención sanitaria.

Abstract

This paper reviews the concepts of "gender" and "sex" as health determinants and their relationship with inequalities in health. We analyze several conceptual frameworks that bibliography proposes in order to understand the relationship between gender and health as well as the evolution from women's health towards an approach to gender in health. Finally we present the applications of gender analysis in health issues and the interest of including gender-based analysis in planning and assessment of health care systems.

“ Más allá del examen de la situación de ventaja o desventaja de las mujeres o los hombres, es necesario analizar el contraste entre 1) los esfuerzos y los sacrificios hechos por mujeres y hombres, y 2) las compensaciones y los beneficios que unas y otros obtienen. Establecer este contraste es importante para una mejor comprensión de la injusticia de género en el mundo contemporáneo. La naturaleza altamente demandante de los esfuerzos y las contribuciones de las mujeres, sin recompensas

proporcionales, es un tema particularmente importante de identificar y explorar”

Amartya Sen¹

1. Introducción

La salud es un concepto complejo y de difícil definición. El modelo uni-dimensional biomédico, caracterizado por su concepción mecanicista del fenómeno salud-enfermedad, ha sido ampliamente cuestionado y ha dado paso a una visión más humanista de la salud desde los marcos de las ciencias sociales. La definición de salud, ya clásica, propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1952, ofrece una perspectiva mucho más integral, contemplando no sólo la dimensión física, sino también los factores psicológicos y sociales: “salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino también el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad”.

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX se va configurando una nueva salud pública, en la que cobra relevancia la dimensión social de la salud. Son referentes importantes el Informe Lalonde en Canadá (1974), en el que se pone en evidencia la importancia relativa de los diferentes grupos de determinantes de la salud, y la Declaración de Alma-Ata (1978), en la que se identifica la necesidad de desarrollar la atención de salud desde el nivel primario cercano a las comunidades. En la Primera Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa (1986), se produce un importante giro en la comprensión de la salud y sus determinantes: se define la salud como un “recurso” para la vida, y no como un “objetivo” en la vida. Además, aquí se identifican los pre-requisitos para la salud, “aquellas condiciones fundamentales y recursos para la salud”, entre los que se encuentran la paz, la vivienda, la educación o la justicia social y la equidad.

Desde estos marcos conceptuales, las diferencias en salud entre los distintos grupos sociales –hombres y mujeres, grupos étnicos, grupos socio-económicos– no pueden ser explicados sólo por diferencias en la biología o en la genética. Consecuentemente, las inter-

¹ SUDHIR A, SEN A. “Gender inequality in human development: Theories and measurements”. New York: Human Development Report Office, Occasional Paper N° 19;1995.

venciones para mejorar la salud, para incrementar el potencial de salud de un individuo o de una población, no pueden centrarse de manera exclusiva en los aspectos biológicos, hay que abordar cambios estructurales profundos. La salud deja de ser así un concepto puramente clínico para transformarse en un concepto político. Las relaciones entre género y salud, tienen que ver con este marco.

2. Género, sexo y desigualdad como determinantes de la salud

El desarrollo del género como categoría central de la teoría feminista es un fenómeno reciente. No es hasta mediados del siglo XX cuando diversas autoras, como Simone de Beauvoir, hablan de la construcción social y cultural de las diferencias sexuales: “*No se nace mujer; se llega a serlo. Ningún destino biológico, psíquico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; es el conjunto de la civilización el que elabora ese producto...al que se califica de femenino*”². La noción de género, sin embargo, se remonta al siglo XVII, y su nacimiento se identifica con el pensamiento de Poulain de la Barre. La idea central de este autor, de filiación cartesiana, es que la desigualdad social entre hombres y mujeres no es consecuencia de la desigualdad natural, sino que es la propia desigualdad social y política la que produce teorías que postulan la inferioridad de la naturaleza femenina³.

En los años 70 se separan los conceptos de sexo y género, en un intento de diferenciar entre biología y cultura, de modo que el término sexo puede ser utilizado para designar las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres, mientras que con el concepto de género nos referimos tanto a las ideas y representaciones, como a las prácticas sociales de hombres y mujeres que implican una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales⁴.

En su aplicación al campo de la salud, con el término “sexo” se designan las características biológicas, fisiológicas y genéticas de una persona que la definen físicamente como femenina o masculina. El

² DE BEAUVOIR, S. *El segundo sexo*. Madrid: Aguilar.1981.

³ COBO, R. “Género”. En: AMORÓS, C (dir). *10 Palabras clave sobre Mujer*. Pamplona: Editorial Verbo Divino; 1995.

⁴ ESTEBAN, ML. “El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones en salud”. En: MIQUEO, C, TOMÁS, C, TEJERO, C y cols. (eds): *Perspectivas de género en salud*. Zaragoza: Minerva ediciones; 2001.

término “género”, en cambio, se refiere al constructo social por el que se definen los roles, comportamientos, actividades y atributos que una determinada sociedad considera *apropiados* para un hombre o una mujer⁵. Los cromosomas, los órganos sexuales, las hormonas y las características sexuales secundarias determinan el sexo de un individuo. En cambio el género significa la construcción social, cultural y simbólica de la feminidad y la masculinidad en una sociedad dada: las circunstancias de la vida personal, el autoconcepto y comportamiento individual, cómo los hombres y las mujeres son vistos por la sociedad, cómo piensan y sienten, cómo visten y cómo perciben el mundo en el que viven⁶.

La biología era –y es aún– vista por la investigación médica tradicional como algo inmodificable y determinista. El término género supuso un elemento diferenciador de la investigación médica tradicional (bajo dominio masculino) que había utilizado las hipótesis biológicas para extraer conclusiones sobre las mujeres, algunas de las cuales han tenido un impacto devastador, como por ejemplo, las que propugnaban los niveles menores de inteligencia, la sexualidad pasiva o las bases genéticas como factores explicativos de comportamientos y sentimientos “femeninos”. Recientemente, sin embargo, algunas autoras están criticando la diferenciación tan radical (y por tanto simplista) entre sexo y género, biología y cultura, como determinantes de la salud. Desde la teoría ecosocial se defiende que no sólo las relaciones de género pueden influir en la expresión e interpretación de signos biológicos, sino que las características biológicas ligadas al sexo pueden contribuir a generar o amplificar los diferenciales en salud⁷.

Si bien los estudios de género se han centrado con frecuencia en aspectos relacionados con la salud de las mujeres, es necesario insistir en la naturaleza relacional del concepto de género: lo que define al enfoque de género es el análisis de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta que este análisis revela desigualdades sociales. Su interés no es la mujer o el hombre; son las re-

⁵ World Health Organization. “Gender and Health: Technical Paper”. Geneva: WHO; 1998.

⁶ HAMMARSTRÖM, A, HÄRENSTAM, A, ÖSTLIN, P. “Gender and health: concepts and explanatory models”. En: ÖSTLIN, P, DANIELSON, M, DIDERICHSEN, F, HÄRENSTEM, A, LINDBERG, G (eds). *Gender inequalities in Health. A Swedish Perspective*. Boston: Harvard Center for Population and International Health; 2001.

⁷ KRIEGER, N. “Genders, sexes, and health: what are the connections- and why does it matter?”. *Int J Epidemiol* 2003; 32: 652-657.

laciones de desigualdad entre hombres y mujeres en torno a la distribución de poder⁸. La categoría género empieza a alcanzar reconocimiento en las ciencias sociales como uno de los ejes primarios alrededor de los cuales se organiza la vida social, de modo que algunos autores y autoras definen el “sistema de género” como un principio organizador que está en la base de otros sistemas. El género ocupa un lugar central –junto con la clase y la raza– en el nivel macro de asignación y distribución de los recursos dentro de una sociedad jerarquizada^{6,8}.

Por “igualdad de género” en salud entendemos la ausencia de discriminación, sobre la base de las características sexuales de una persona, en oportunidades y distribución de recursos o beneficios en el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, “equidad” no equivale a “igualdad”: la noción de inequidad que utilizaremos en el presente trabajo es la de una “desigualdad innecesaria, evitable e injusta”, tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud⁹. La salud de los hombres y las mujeres es diferente y también desigual^{10,11}. Diferente porque existen factores de tipo biológico que se manifiestan de manera distinta en la salud, y desigual porque hay factores sociales, en parte explicados por el género, que establecen diferencias injustas en la salud de hombres y mujeres¹².

Uno de los ejemplos que pueden ilustrar mejor esta distinción es la salud reproductiva: las mujeres pueden quedarse embarazadas y dar a luz en virtud de sus características biológicas, y esto constituye una diferencia clara entre las necesidades de salud de mujeres y hombres. Sin embargo, más de 500.000 mujeres mueren cada año en el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Por su evitabilidad e injusticia, la mortalidad materna ha sido calificada como el reflejo más claro de la desigualdad de las mujeres frente a la salud⁸.

⁸ “Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Equidad de género en salud”. Documento electrónico disponible en www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/equidadgenerosalud.

⁹ WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO Office for Europe; 1990.

¹⁰ ARBER, S. “Comparing inequalities in women’s and men’s health: Britain in the 90’s”. *Soc Sci Med* 1997; 44: 773-87.

¹¹ ANNANDALE, E, HUNT, K. *Gender inequalities in health*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press; 2000.

¹² ROHLFS, I, BORRELL, C, FONSECA, M DO C. “Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos”. *Gac Sanit* 2000. 14 (Supl. 3): 60-71.

El género dista mucho de ser una categoría homogénea. Durante las últimas décadas, diversas autoras han sido críticas con el feminismo “universalista” que prioriza el género sobre otras divisiones sociales, representando a las mujeres como miembros del mismo grupo oprimido. Las feministas que trabajan en esta línea crítica ponen el énfasis en los peligros de generalizaciones inexactas e inapropiadas y resaltan la importancia de “prestar oídos a las muchas voces” existentes entre las mujeres¹³. Las mujeres (así como los hombres) se diferencian entre sí en características como la edad, clase social, etnia, religión, sexualidad o contexto geopolítico. Estos factores, junto con el género, determinan la dominancia en la sociedad y la desigual distribución de la salud en la población⁶. No cabe hablar por tanto de “la mujer”, sino de “las mujeres” en cuanto a su situación de desigualdad en términos de salud.

Tradicionalmente, la investigación en salud pública ha utilizado el concepto de clase social para estudiar las diferencias en salud entre grupos poblacionales. Sin embargo, estas investigaciones sobre desigualdades en salud han estado “ciegas” a las cuestiones de género, sin tener en cuenta el complejo entramado que constituyen los diversos ejes de la desigualdad. Desigualdad socio-económica –o de clase– y desigualdad de género en salud están interrelacionadas y por tanto deben ser analizadas conjuntamente.

En síntesis, la investigación de género en salud pública toma como cuestión básica la relación entre género y poder y sus consecuencias para la salud de las poblaciones. Su propósito es desarrollar nuevas (o revisar) teorías y métodos, y recopilar el conocimiento de manera sistemática y comprensiva, sobre el significado de los constructos de género, la importancia de las relaciones de género, así como la interrelación entre sexo y género en la desigual distribución de la salud en la población⁶.

3. Modelos conceptuales para explicar las relaciones entre género, salud y desigualdad

Que existen numerosas diferencias entre la salud de los hombres y las mujeres es un hecho de sobra conocido y apoyado con abundantes datos empíricos. En casi todas las sociedades, las mujeres tie-

¹³ DOYAL, L. *What makes women sick: Gender and the Political Economy of Health*. London: MacMillan Press; 1995.

nen mayor expectativa de vida que los hombres en similares condiciones socio-económicas; y, sin embargo, a pesar de esta menor mortalidad, las mujeres padecen más enfermedad y malestar que los hombres^{10,14,15}. Esto es lo que se ha dado en llamar “la paradoja de la mortalidad”¹⁶. La ventaja en supervivencia no equivale necesariamente a una mejor salud, de modo que las mujeres padecen con mayor frecuencia enfermedades agudas y trastornos crónicos no mortales, y sufren niveles más altos de discapacidad a corto y largo plazo^{17,18}. En palabras de Macintyre¹⁹ la vida de las mujeres parece ser menos saludable que la de los hombres.

Sin embargo, los modelos explicativos de estas diferencias en el estado de salud están actualmente en pleno debate y desarrollo conceptual. Básicamente, se pueden identificar dos tipos de modelos^{6,12}:

- a) Los modelos biológico-genéticos, relacionados con el enfoque biomédico de la medicina occidental, de orientación positivista. Estos modelos propugnan que las diferencias sexuales biológicas entre hombres y mujeres se traducen en diferencias genéticas, hormonales y fisiológicas, factores que marcarían riesgos de enfermar diferenciales.
- b) Los modelos socio-culturales, sin embargo, defienden que son las diferencias de género en comportamientos relacionados con la salud y en las condiciones de vida en áreas como el trabajo productivo (remunerado), los factores familiares (cuidado informal, roles conyugales) y otros factores sociales los que implican riesgos diferentes para la salud de mujeres y hombres.

Existen, sin embargo, críticas a la división rígida entre los modelos, ya que los factores biológicos y los socio-culturales tienen una

¹⁴ “Healthy People 2010: An Overview”. Documento electrónico disponible en www.Healthypeople.gov.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. “Género, salud y desarrollo en las Américas”. Washington: OPS; 2003.

¹⁶ DANIELSSON, M, LINDBERG, G. “Differences between men’s and women’s health: The old and the new gender paradox”. En ÖSTLIN, P, DANIELSON, M, DIDERICHSEN, F, HÄRENSTEM, A, LINDBERG, G (eds). *Gender inequalities in Health. A Swedish Perspective*. Boston: Harvard Center for Population and International Health; 2001.

¹⁷ ARTAZCOZ, L, MOYA, C, VANACLOCHA, H, PONT, P. “La salud de las personas adultas”. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1): 56-68.

¹⁸ GONZALO, E, PASARÍN, MI. “La salud de las personas mayores”. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1):69-80.

¹⁹ MCINTYRE, S, HUNT, K, SWEETING, H. “Gender differences in health: are things really as simple as they seem?” *Soc Sci Med* 1996; 42 (4): 617-624.

estrecha relación (por ejemplo, diversos factores sociales pueden producir estrés, y éste desencadenar una elevación de determinadas hormonas que producen hipertensión). Ningún modelo por sí solo puede proporcionar un marco completo para analizar las causas de las diferencias y desigualdades de género en salud, pero podríamos admitir que el modelo “óptimo” sería aquel que tiene en cuenta las relaciones entre hombres y mujeres y el hecho de que existen efectos recíprocos entre el sexo y el género⁶. Analizamos seguidamente las características e implicaciones de ambos tipos de modelos explicativos.

A. Modelos biológico-genéticos:

Un ejemplo de la aplicación de este tipo de modelo es el que analiza los fenómenos biológicos derivados de la menopausia y su influencia en la salud. Las diferencias hormonales pueden exponer a mujeres y hombres a diferentes riesgos, como es el caso de la disminución de estrógenos que ocurre tras la menopausia, que produce una descalcificación del hueso y aumenta el riesgo de fracturas en las mujeres. Sin embargo, es notable la controversia que existe actualmente acerca de la necesidad o no de “medicalizar” un fenómeno fisiológico como es el de la menopausia y la compleja trama de intereses, incluidos los económicos, que puede ocultarse en el trasfondo de este tipo de modelo causal.

De la misma manera, se sabe que, por su diferente constitución corporal, mujeres y hombres están expuestos a diferentes riesgos laborales y ambientales. Este es el caso, por ejemplo, de la exposición a determinados contaminantes químicos que se acumulan en el tejido graso. Este tejido es más abundante en las mujeres, de manera que, ante las mismas dosis de exposición al contaminante, las mujeres están más expuestas al riesgo de padecer las consecuencias. Es notorio el hecho, sin embargo, de que en raras ocasiones se tienen en cuenta estos riesgos distintos para promover medidas de prevención diferenciadas según sexo.

Por último, cabe resaltar que la investigación en clínica ha seguido unas normas “masculinas” hasta el momento, provocando lo que se ha llamado “sesgo de género” en la investigación biomédica. Recientemente se ha puesto en evidencia que la gran mayoría de ensayos clínicos realizados para probar los nuevos fármacos excluyen de manera sistemática a las mujeres. Sin embargo, las conclusiones sobre los efectos del fármaco en cuestión se generalizan a mujeres y

hombres, aplicando una presunción errónea de igualdad entre ambos²⁰. A pesar de que los organismos reguladores de este tipo de ensayos en diversos países han dado normas explícitas de incluir a las mujeres en las investigaciones, estas orientaciones raras veces se aplican.

En los modelos biológicos no se podría hablar estrictamente de desigualdad, sino de diferencia, en la mayor o menor vulnerabilidad biológica a determinados riesgos y condiciones de salud; pero sí se aplicaría la noción de desigualdad si el sistema de cuidados de salud no ofrece una respuesta diferenciada a mujeres y hombres adecuada a sus propias características biológicas y a su vulnerabilidad.

B. Modelos socio-culturales

Estos modelos atribuyen las diferencias de género en salud a patrones de comportamiento, condiciones de vida y eventos vitales diferentes entre mujeres y hombres. Son ya clásicos los trabajos de Lois Verbrugge en los que expone que las desigualdades más importantes parecen deberse a los riesgos diferenciales adquiridos derivados de los roles, los estilos de vida y las prácticas preventivas diferentes entre hombres y mujeres, factores a los que denomina “riesgos adquiridos”^{21,22}. Se han propuesto básicamente dos tipos de modelos socio-culturales, que se diferencian en el énfasis en uno u otro tipo de factores.

a. Modelos basados en las condiciones de vida

Las diferencias de salud entre hombres y mujeres se generan a partir de aspectos estructurales de la sociedad que determinan condiciones de vida distintas para hombres y mujeres en el trabajo reproductivo, en las relaciones familiares y de pareja, en la participación en la vida social, entre otros.

En estos modelos se pone el énfasis en diferencias en los trabajos. Por un lado, la segregación del mercado laboral por género su-

²⁰ RUIZ-CANTERO, MT, VERDÚ-DELGADO, M. “Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico”. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1): 118-125.

²¹ VERBRUGGE, LM, “Gender and health: un update on hypothesis and evidence”. *J Health Soc Behav* 1985; 26: 156-82.

²² VERBRUGGE, LM. “The Twain Meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality”. *J Health Soc Behav* 1989; 30: 282-304.

pone condiciones laborales diferentes entre hombres y mujeres, frecuentemente con desventaja para las mujeres: sueldos más bajos, menor estatus, menos oportunidades de desarrollo profesional²³. Las diferencias en condiciones laborales ocasionan diferentes patrones de enfermar²⁴. Por otro lado, el trabajo reproductivo (doméstico y de cuidados) es realizado mayoritariamente por las mujeres²⁵, incluso en países con larga tradición igualitaria, como Suecia, donde las mujeres realizan dos tercios del trabajo doméstico⁶.

b. Modelos basados en los estilos de vida

Las diferencias de estilos de vida y comportamientos entre mujeres y hombres relacionados con la salud incluyen hábitos y comportamientos de riesgo para la salud (consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, por ejemplo) y comportamientos relacionados con el cuidado de la salud y la enfermedad (percepción de síntomas, búsqueda de atención sanitaria o comportamientos preventivos).

Es un hecho conocido el exceso de mortalidad en los hombres jóvenes debido a causas relacionadas con comportamientos de riesgo: accidentes de tráfico y laborales, cirrosis hepática relacionada con el consumo excesivo de alcohol, enfermedades respiratorias por consumo de tabaco, entre otras. Estos comportamientos se asocian con una determinada concepción de la masculinidad en nuestras sociedades, que atribuye a los hombres estereotipos de competitividad, agresividad, violencia y asunción de riesgos. En este caso, los atributos de género otorgan una clara desventaja a los hombres en los resultados de salud.

De otra parte, la noción de masculinidad dificulta que los hombres puedan expresar sus emociones, sentimientos y percepciones, entre ellos el dolor (“los hombres no lloran”). Así, las mujeres informan más de los síntomas que padecen y acuden con mayor frecuencia al médico. Sin embargo, las evidencias disponibles apoyan que las mujeres no consultan al médico de forma injustificada, y los estudios clínicos revelan que las diferencias en el estado de salud de las

²³ SANTOLARIA, E, FERNÁNDEZ, A, DAPONTE, A. “El sector productivo”. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl1): 24-30.

²⁴ O’CAMPO, P, EATON, WW, MUNTANER, C. “Labor market experience, work organization, gender inequalities and health status: results from a prospective analysis of US employed women”. *Soc Sci Med* 2004; 58 (3): 585-594.

²⁵ LARRAÑAGA, I, ARREGUI, B, ARPAL, J. “El trabajo reproductivo o doméstico”. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1): 31-37.

mujeres podrían ser incluso mayores de las que informan cuando son preguntadas en las encuestas de salud⁶.

Recientemente se están proponiendo marcos explicativos que incorporan e integran los diferentes modelos y que organizan los diversos factores que pueden influir en las desigualdades de género en salud en diferentes niveles: el entorno geopolítico, el nivel de hogar y el nivel individual²⁶. Entre los factores del entorno geopolítico se incluyen, por ejemplo, las políticas y servicios de bienestar, de empleo, de transporte; los derechos legales; el tipo de organizaciones y la política económica del país o región. Entre los elementos sociales, se habla de normas y sanciones en relación a la discriminación por género, raza o edad u otras características socio-demográficas. Un nivel específico lo ocupan los roles de género en cuanto a los trabajos productivo y reproductivo (el lugar de trabajo y el hogar). Finalmente, se identifican como elementos “mediadores” factores relacionados con el apoyo social, los comportamientos relacionados con la salud o la accesibilidad a los servicios sanitarios.

4. De la salud de las mujeres al análisis de género en salud

Históricamente, la disciplina de “salud de las mujeres” ha focalizado los problemas de salud específicos de las mujeres debidos a sus características biológicas y sexuales, como los problemas derivados de la maternidad y aquellos que se asocian a su papel en el cuidado de los niños y niñas. El término de “salud materno-infantil” ha sido ampliamente utilizado en este sentido.

El Tercer Congreso Mundial sobre la Situación de las Mujeres, celebrado en Nairobi (1985), marcó un hito en el proceso de transformación de la salud de las mujeres hacia el concepto de género. En este congreso se puso de manifiesto la desventaja que padecían las mujeres en los diversos ámbitos de la sociedad y se decidió adoptar una estrategia para mejorar esta situación a nivel mundial. Como marco se propuso el enfoque de “mujeres en desarrollo” (WID según las siglas inglesas), que parte del reconocimiento de que las mujeres están marginadas y excluidas de los espacios económicos y sociales, por lo que es menos probable que se beneficien de cual-

²⁶ Moss, NE. “Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women’s health”. Soc Sci Med 2002; 54: 649-661.

quier proceso de desarrollo que se emprenda⁵. Así que los esfuerzos tendrían que dirigirse a paliar esta situación.

No cabe duda de los logros obtenidos con el enfoque WID, que ha supuesto considerables beneficios para las mujeres. Las evaluaciones realizadas diez años después mostraron que a nivel mundial había aumentado la supervivencia de las mujeres, habían disminuido la fecundidad y la mortalidad maternas y que la tasa de alfabetización de las mujeres era considerablemente mayor²⁷. Sin embargo, hubo que reconocer que la estrategia WID había tenido un impacto muy escaso sobre la posición básica de las mujeres en la sociedad. El estatus económico, social y político de las mujeres había permanecido inalterable, e incluso en algunas comunidades se había deteriorado.

La mayor crítica que se hizo a las políticas con enfoque WID es que continuaban definiendo a las mujeres en sí mismas como “el problema”, como víctimas pasivas que necesitaban beneficios y tratamientos especiales para mejorar sus circunstancias, pero las razones de esta situación de desventaja quedaban sin clarificar. En definitiva, se trataban los síntomas, pero no se abordaban las causas. En un intento de cubrir este vacío en el análisis, muchos políticos y planificadores recondujeron sus esfuerzos desde las mujeres mismas hacia la división social entre los sexos, es decir, hacia las relaciones de género. El Cuarto Congreso Mundial sobre la Situación de las Mujeres, celebrado en Beijing (1995), se hizo eco del cuestionamiento de las estrategias anteriores, ampliando el foco centrado en las mujeres de Nairobi hacia un marco más global con énfasis en el género en el que la equidad de género y el “empoderamiento” de las mujeresⁱ se aceptan como puntos clave de la planificación eficaz de los programas de salud y desarrollo.

Como instrumento para este nuevo enfoque surge el análisis de género, que “identifica, analiza e informa de las medidas encaminadas a hacer frente a las desigualdades que derivan de los distintos papeles de la mujer y del hombre, o de las desiguales relaciones en-

²⁷ United Nations Development Programme. *Human Development Report 1995*. New York: UNDP. 1995

ⁱ Existen dificultades serias para traducir al castellano el término inglés “empowerment”, así que se utiliza el término “empoderamiento” que está ampliamente aceptado en la bibliografía de habla española sobre género, especialmente en América Latina. Según el Glosario de Género y Salud de la OPS, empoderamiento significa “tener control sobre las decisiones y los asuntos que afectan a la propia vida”.

tre ellos, y las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar”²⁸.

El análisis de género es una manera de mirar las cosas, una forma de entender, que puede aplicarse a todos los aspectos de la salud, incluidos los temas de salud de las mujeres. De hecho, inicialmente se centró en los problemas de salud reproductiva y, más recientemente, en los problemas de salud de las mujeres fuera del ámbito reproductivo. Pero el análisis de género también pone de relieve los riesgos y problemas de salud a que se enfrentan los hombres como consecuencia de la interpretación social de su papel.

Resulta provechoso distinguir entre dos utilidades del análisis: a) como una herramienta para realizar un análisis descriptivo de una situación y b) como aplicación práctica en el desarrollo de intervenciones²⁹. Como herramienta de análisis, el enfoque de género ayuda a clarificar las diferencias entre mujeres y hombres, la naturaleza de sus relaciones sociales y sus diferentes realidades. Además, identifica cómo estas condiciones afectan a la situación de salud de hombres y mujeres y a su relación con el sistema de atención a la salud. De otra parte, el análisis de género sirve como marco para evaluar y desarrollar políticas, programas y legislación, así como para llevar a cabo investigaciones, desde un modelo que reconozca que hombres y mujeres no son iguales.

5. El enfoque de género y los sistemas de atención a la salud

Hemos revisado cómo el género influye en la salud actuando como determinante de la misma. También podemos identificar diferencias en la forma en la que mujeres y hombres son tratados por el sistema de atención a la salud. En lo que respecta a los sistemas de atención y cuidados sanitarios, “sexo y género importan”, el análisis de género es un prisma que ilumina las diferencias en el estado de salud, la utilización de servicios sanitarios y las necesidades de salud de hombres y mujeres y es aplicable a cualquiera de los diferentes aspectos de los sistemas de atención a la salud³⁰.

²⁸ Organización Mundial de la Salud. *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS: Política de la OMS en materia de género*. Ginebra: OMS. 2002.

²⁹ Gender and Health Group. *Guidelines for the Analysis of Gender and Health*. United Kingdom: Liverpool School of Tropical Medicine and Department for International Development. 1999.

³⁰ DONNER, L. *Including Gender in Health Planning: A guide for Regional Health Authorities*. Winnipeg: Prairie Women’s Health Centre of Excellence. 2003.

La propia generación del conocimiento en salud mediante la investigación se ve cuestionada por la mirada de género. Ya hemos comentado el ejemplo del sesgo de género en la evaluación de nuevos fármacos mediante los ensayos clínicos. La investigación médica se ha desarrollado desde una mirada androcéntrica también en otros aspectos, como es la elección de las prioridades de investigación, el tipo de temas que se eligen (y financian), la elección de indicadores de diagnóstico o el tipo de síntomas que se estudian⁵. Estos problemas ponen en cuestión tanto la validez y aplicabilidad de los resultados de las investigaciones, como su propia ética.

Existen numerosas pruebas de diferencias en el acceso a los servicios de salud según género, aunque el panorama varía considerablemente según los países⁵. Se sabe que, en promedio, las mujeres tienden a utilizar más los servicios sanitarios que los hombres, utilización derivada especialmente por su mayor necesidad de atención debido a su papel biológico en la reproducción, su peor percepción de salud y su mayor longevidad. Sin embargo, la pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a los servicios de salud incluso en los países desarrollados: a igual necesidad, las mujeres pobres utilizan menos los servicios de salud que los hombres en el mismo estrato social⁸.

Es en los países en desarrollo donde se muestran de manera más aguda las desigualdades de género en el acceso a los servicios de salud³¹. Allí la provisión insuficiente de servicios sanitarios afecta, obviamente, a ambos sexos; pero en condiciones de pobreza son las mujeres las que suelen tener mayores dificultades para financiarse servicios adecuados. De un lado, las mujeres tienen menor capacidad de pago que los hombres, ya que constituyen la mayoría dentro de los pobres, participan menos en la fuerza de trabajo remunerada, padecen mayores tasas de desempleo y se concentran en ocupaciones de baja remuneración y escasa o nula cobertura social. De otro, en sistemas de financiación no solidarios, las mujeres pagan más por la atención de salud que los hombres. En el caso de Estados Unidos, por ejemplo, las mujeres en edad reproductiva pagan en gastos de bolsillo destinados a servicios de salud un 68% más que los hombres⁸. Cuando se proponen políticas de contención del gasto sanitario y de limitación de servicios públicos accesibles para la población, habría que analizar diferenciadamente qué impacto tendrán las

³¹ GÓMEZ, E. "Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica". *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11: 327-334.

medidas sobre los hombres y sobre las mujeres.

A las barreras económicas se añaden otros obstáculos culturales, sociales y educativos que limitan el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios. En determinadas culturas, a las mujeres no les está permitido salir de casa sin compañía de algún familiar ni ser visitadas por un médico varón, en un contexto en el que la disponibilidad de mujeres como profesionales sanitarias es muy escasa. Otros contextos culturales socializan a las mujeres en la “normalidad” de padecer determinadas dolencias, y se considera que el sufrimiento es inherente a la propia naturaleza femenina, por lo cual las mujeres no generan la demanda de atención.

Además de las desigualdades en el acceso a los servicios, existe actualmente suficiente evidencia para afirmar que las mujeres y los hombres no reciben una atención sanitaria similar, incluso en situaciones de igualdad de diagnóstico y gravedad²⁰. Las mujeres suelen recibir cuidados menos agresivos y es menos probable que reciban servicios de alta tecnología (por ejemplo, en unidades de cuidados intensivos) para condiciones como el cáncer o las enfermedades cardíacas, y esto es así incluso en los países más desarrollados^{30,32}.

Algunos países ya han empezado a aplicar el análisis de género para el diseño de la política sanitaria en sus sistemas de atención a la salud; veamos como ejemplo el sistema de salud canadiense³³. La evaluación del procedimiento de aprobación de nuevos fármacos reveló la existencia de un claro sesgo de género, debido a la exclusión sistemática de las mujeres en los estudios experimentales realizados. Como resultado, la política sanitaria canadiense actual requiere la inclusión de ambos sexos en los procesos experimentales, a no ser que el fármaco sólo sea de aplicación para uno u otro sexo. Otro caso es el análisis de los programas de atención a domicilio desde una perspectiva de género. El cuidado de las personas dependientes y enfermas en el hogar es un trabajo no remunerado que realizan mayoritariamente las mujeres. Este es un hecho constatado, tanto en Canadá como en nuestro propio país y en otros del entorno³⁴. El desarrollo de programas de atención domiciliaria ha de tener presen-

³² GRANT, K. GBA: “Beyond the Red Queen Syndrome”. Documento electrónico 2002, disponible en www.cewh-cesf.ca/bulletin/v2n3/.

³³ Women’s Health Bureau. *Health Canada’s Gender-based Analysis Policy*. Ottawa: Health Canada Publications. 2000. Disponible en www.hc-sc.gc.ca/women.

³⁴ GARCÍA-CALVENTE, MM, MATEO-RODRÍGUEZ, I, EGUIGUREN, A P. “El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad”. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl1): 132-139.

te esta realidad para no incrementar la sobrecarga que puede suponer para las mujeres el desplazamiento del cuidado de enfermos crónicos, discapacitados o en situación terminal desde los servicios sanitarios hacia los hogares^{35,36}, en una situación de desigualdad preexistente en las cargas del cuidado informal asumido por mujeres y hombres dentro del propio núcleo familiar.

Las reformas de los sistemas de salud que se están poniendo en marcha desde hace unas décadas tanto en países en desarrollo como desarrollados, sólo han sido parcialmente evaluadas mediante las herramientas del análisis de género. Los programas de ajuste estructural, por ejemplo, que se propugnaron en los años ochenta como respuesta neoliberal a las crisis económicas y el “fracaso del Estado”, han sido señalados por los analistas del género como una de las causas del deterioro de los sectores salud y educación de los países que los ejecutan³⁷. Y estos recortes del gasto en el sector salud han afectado especialmente a las mujeres por dos motivos. Por un lado, han deteriorado la provisión de servicios de salud reproductiva, y de otra parte, las mujeres llevan el peso de la “reproducción social” (cuidado de niños, enfermos, ancianos). Las reducciones de gastos del sector salud tienen un efecto devastador en la economía de la atención informal suministrada mayoritariamente por mujeres. Se podría concluir que los recortes del gasto público, en especial los del sector social, tienen un impacto adverso especialmente importante en las mujeres.

En suma, tener en cuenta las diferencias de género es esencial para mejorar la eficiencia y la efectividad de la provisión y la práctica de cualquier sistema de salud³⁸, de modo que la falta de reconocimiento de las diferentes necesidades en salud de mujeres y hombres supone una amenaza para el éxito de los objetivos en salud de cualquier gobierno.

³⁵ MORRIS, M. “Gender-sensitive home and community care and caregiving research: A síntesis paper”. National Coordinating Group of Health Care Reform and Women. Health Canada 2001. Documento electrónico disponible en www.cewh-cesf.ca/healthreforms/publications.

³⁶ National Coordinating Group on Health Care Reform and Women. “Women and Home Care. Why does home care matter to women?”. Documento electrónico disponible en www.cewh-cesf.ca/healthreforms/publications.

³⁷ STANDING, H. *El género y la reforma del sector salud*. Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies. Publicación Ocasional N° 3. 2000.

³⁸ WHITE, C. “‘Gender Blindness’ threatens success of government’s health strategy”. *BMJ* 2003; 327:1188.

Anuncio ediciones
sígueme en archivo aparte