

El Concepto Género en Documentos Gubernamentales Sobre Salud y Nutrición en México

Gender Concept in Mexican Government Documents On Health and Nutrition

Monserrat Salas-Valenzuela¹
María del Pilar Torre Medina-Mora²

¹Investigadora en Ciencias Médicas del Departamento de Estudios Experimentales y Rurales del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Delegación Tlalpan México, D.F. monsesalas@gmail.com

²Profesora Investigadora Titular del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. Delegación Coyoacán, México, D.F. ptorre@correo.xoc.uam.mx

RESUMEN Se revisa la inclusión del término género en siete documentos gubernamentales sobre salud y nutrición en México. Se interpreta la *racionalidad* subyacente a su uso, para concluir que se asiste a un complejo y desigual proceso de sensibilización de funcionarios/as e investigadores/as respecto al tema. Se hace un llamado a revisar cuidadosamente su aplicación, para identificar si se utiliza como sinónimo de mujeres, como comparativo entre mujeres y hombres o como herramienta para el análisis relacional de las jerarquías que establecen diferenciales sociales entre los sexos. Se documentan los casos en que se utiliza erróneamente como sustitución del término sexo, ya que mientras éste es una categoría descriptiva de los componentes biológicos, fisiológicos, genéticos y hormonales (datos mensurables), aquella es una categoría analítica que da cuenta de la subordinación, de las diferencias en el ejercicio del poder y su efecto en las condiciones de salud de las personas (categoría analítica relacional); es decir, permite analizar la dialéctica de las relaciones entre la biología y la sociedad.

PALABRAS CLAVE Identidad de Género; Salud; Nutrición; Sector de Atención de Salud; México.

ABSTRACT *The inclusion and use of the gender concept is reviewed in seven mexican government documents on health and nutrition. The subjacent rationality is interpreted in order to conclude that there is a complex and iniqual process of sensibilization in government staff and researchers about this topic. The attention is drawn to a careful review of its application in order to clarify if the concept is used as a synonymous of women, as a comparison between women and men, or as a tool for the relational analysis of the hierarchy that establishes social differences between sexes. The cases where the concept is wrongly used as a substitution of sex are documented, because sex is a descriptive category of biological, fisiological, genetical and hormonal components (mensurables data) and gender is an analitical category that explains the subordination, the differences in the empowerment and its effects in people's health condition (relational analitical category); thus, the dialectical relationship between biology and society can be analyzed.*

KEY WORDS Gender Identity; Health; Nutrition; Health Care Sector; Mexico.

ANTECEDENTES

Quienes coinciden que el pasado puede ser denominado el *siglo de las mujeres* lo hacen reconociendo que el feminismo constituye un movimiento social que ha logrado el propósito de visibilizar las distintas formas de subordinación de las mujeres, ganando espacios en las dimensiones micro y macro de la vida social, y que rompe los límites del sistema donde ocurre la acción (1). Sin embargo, su acción colectiva (2) no ha sido unívoca ni exenta de discrepancias y permanece en construcción a partir de las autoidentidades de las involucradas (3) que han multiplicado sus espacios y formas de actuación. Las feministas ya no sólo están "en las calles, en los colectivos de auto-reflexión autónomos, en los talleres de educación popular, etc. (...) hoy se encuentran además en una amplia gama de terrenos culturales, sociales y políticos: en los pasillos de la ONU, en la academia, en las instituciones públicas, en los medios de comunicación, en los organismos no gubernamentales especializados y profesionalizados, en el cyberspacio, etc." (4 p.41). Esta presencia múltiple desborda al movimiento feminista y se entrecruza con la práctica de mujeres identificadas con otras demandas sociales, políticas y económicas, en acciones que se presentan de manera simultánea, a veces articulada y a veces no, con el pensamiento feminista.

En este complejo desenvolvimiento, se retoma y resignifica el concepto género para enfatizar los aspectos sociales de la subordinación. Quienes primero utilizaron el término fueron las feministas de habla inglesa, con propósitos académicos y políticos (5). Cuando estos textos se empezaron a traducir al español, a principios de los años ochenta, las autoras de habla hispana reconocieron las dificultades de la traducción del término. Lamas (6) en un texto clave para entender las bases conceptuales del término, señala que fue acuñado en la década de los sesenta por la psicología clínica, que se refiere a las atribuciones que la sociedad establece para hombres y mujeres mediante la asignación de género (al momento de nacer de acuerdo a la apariencia externa de los genitales); la identidad de género (con la adquisición del lenguaje, hacia los 2 o 3 años de edad y que dura toda la vida) y

el rol de género (normas y prescripciones sobre actividades y comportamientos femenino o masculino); el feminismo lo retoma para nombrar un sistema de poder en torno a ciertas capacidades y potencialidades de los cuerpos humanos: la sexualidad y la reproducción (7).

De Barbieri encuentra que las razones para resignificar la categoría género fueron:

- a) una categoría teórica ordenadora de los hallazgos empíricos, ya que por décadas, los estudios se dedicaron a documentar evidencia de la subordinación femenina analizándola descriptiva y limitadamente;
- b) deslinde con pensamiento esencialista, que colocaba en la biología las causas de la subordinación; y
- c) como parte de la polémica entre el accionar político de las feministas versus el debate epistemológico, teórico y metodológico, ya que se trata de un traslape entre militancia y academia, "dos amos que tienen entre sí lógicas muy distintas" (5).

El camino histórico del feminismo, que se desenvuelve simultánea aunque no homogéneamente entre el desarrollo teórico y el activismo político, no ha sido sincrónico ni lineal; en esta trayectoria, el concepto se va modificando y profundizando en sus contenidos para potenciar su capacidad explicativa: en un estadio contribuye a visibilizar la situación de las mujeres y entonces género se iguala a mujeres; en otro, permite documentar la diferencia, es decir, qué sucede con las mujeres y qué sucede con los hombres en circunstancias similares; en el más crítico, se utiliza la categoría género para interpretar lo que sucede con unas y otros en una relación jerárquica, que establece el diferencial social de las condiciones de nutrición, de salud y de vida para cada uno de los sexos (8).

GÉNERO Y SALUD EN EL FEMINISMO

La salud se convirtió tempranamente en campo de investigación y acción del feminismo, por ser los cuerpos territorio de expresión y control de la sexualidad y de la reproducción. En el

desarrollismo de los años setenta y ochenta, se identificó el origen de la subordinación de las mujeres no sólo en el ámbito de la familia sino también en las relaciones entre hombres y mujeres en el mercado. Desde esta perspectiva, mientras mejor fuera el estado de salud de las mujeres, de mejor forma enfrentarían la reproducción biológica y también su participación comunitaria y social. En ambos casos, las mujeres son vistas como "insumo" para la salud de la población y para el propio desarrollo sectorial; escasa o ninguna consideración se manifiesta por los efectos del desarrollo en la discriminación y desigualdad por sexo, sobre sus propias condiciones de salud (9). Este *enfoque en construcción* formulado por investigadoras de la Organización Panamericana de la Salud, propone entonces cambiar desde un enfoque de mujer en el desarrollo, a uno de *género en el desarrollo*, pensado más en el sentido de las necesidades humanas fundamentales.

Actualmente, parece haber consenso en el pensamiento feminista en torno a que el concepto género permite *explicar* las evidencias empíricas: mientras sexo se constituye como una categoría descriptiva que refiere a los componentes estrictamente biológicos, fisiológicos, incluso genéticos y hormonales (datos mensurables de los individuos, los grupos, la población), género es una categoría analítica que permite dar cuenta de la subordinación, de las diferencias en el ejercicio del poder, de las desigualdades y su efecto en las condiciones de vida y de salud de las personas (categoría analítica relacional); es decir, permite analizar la dialéctica de las relaciones entre la biología y la sociedad, *politizando* la naturaleza (10).

El feminismo en México también utiliza el concepto género para evidenciar la subordinación de las mujeres por razones que no se encuentran en su biología sino en la organización de la sociedad, lo cual le imprime un sello militante y de activismo político. "Desde diferentes perspectivas ideológicas, desde marxistas hasta cristianos se fueron constituyendo muchos grupos que asumían el feminismo como su eje articulador, y que desde sus particulares posiciones políticas han buscado irrumpir en el escenario público" (1). En la década de los ochenta, muchos de estos grupos crearon organismos no gubernamentales, algunos se volcaron a trabajar

con mujeres de sectores populares y un número importante de ellos dedicaron sus esfuerzos a lograr que en los documentos y en los programas oficiales se expresaran demandas específicas fundamentadas en la perspectiva de género. La academia también participó en este proceso, institucionalizando la formación de recursos en la educación superior (11).

EL GÉNERO EN DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS GUBERNAMENTALES SOBRE SALUD Y NUTRICIÓN

La salud reproductiva se constituyó en problemática central de los estudios de género en las últimas décadas del *siglo de las mujeres*. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo convocada por las Naciones Unidas en El Cairo, en 1994, aprobó por consenso el Programa de Acción para orientar la actividad de los gobiernos y la cooperación internacional en materia de población y desarrollo durante los siguientes veinte años. Este Plan constituye un parteaguas, pues se arriba a un nuevo paradigma de la salud sexual y reproductiva con una dimensión teórico-conceptual y otra instrumental-operativa, además de contar con recursos específicos para su puesta en marcha.

Arribar a este nuevo paradigma no constituyó un proceso terso, por el contrario, sectores conservadores y fundamentalistas presentaron una oposición férrea al Programa de Acción, especialmente en los temas de sexualidad y género. Por ello, los consensos logrados resultaron significativos (12) y más aún, al ser refrendados en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995.

Un año después de la Conferencia de El Cairo, el concepto género se incluyó por primera vez en algunos documentos programáticos de salud reproductiva y planificación familiar en México, aunque se tiene conocimiento de que los "Talleres de introducción de la perspectiva de género en el sector salud" impartidos por integrantes de organismos no gubernamentales al personal de salud, se remontan a mediados de los años ochenta.

A principios del año 2000, estaban

sentadas las bases para que los programas gubernamentales recuperaran las propuestas de las mujeres, autoidentificadas como feministas o no: una correlación de fuerzas favorable a sus demandas; la presencia de muchas organizaciones no gubernamentales con vasta experiencia, profesionalizadas en diversos campos; la vinculación entre éstas y sectores académicos; recursos disponibles a nivel federal, local y de la cooperación internacional. Cuando el presidente Fox se comprometió a gobernar "con perspectiva de género" en su discurso de toma de posesión, la ciudadanía confiaba en que *el cambio* de gobierno pudiera traducirse en una verdadera democratización del Estado.

Sin embargo, en esta voluntad de *generizar* (13) los programas gubernamentales, el hecho de incluir el término no alcanza a significar lo que las mujeres colocaron en la *agenda* de la salud. Veamos algunos ejemplos.

→**Programa Nacional de Salud 2001-2006** (14).

Es el documento rector de la política gubernamental en salud, constituye su eje normativo y el resto de los documentos oficiales deben mostrar congruencia con sus planteamientos. Se presenta en cuatro capítulos:

1. ¿En dónde estamos? La salud y los servicios de salud en México que constituye el análisis actualizado de las condiciones de salud y de los servicios en el país, exponiendo tres retos: equidad, calidad y protección financiera. Se presentan evidencias empíricas de enfermedades concretas (tabaquismo, abuso en el consumo de alcohol, obesidad, etc.) que pueden afectar tanto a hombres y mujeres; pero sólo cuando la afectación muestra diferencias importantes, las cifras se separan para ambos sexos, lo cual constituye una decisión adecuada y pertinente. Asimismo, se reconoce que el sistema de información en salud presenta problemas para distinguir la situación de salud/enfermedad/atención según sexo y se establece el compromiso de mejorarlo.
2. ¿A dónde queremos llegar? El sistema de salud que México merece, constituye el capítulo de visión a futuro.
3. ¿Qué camino seguir? Es el capítulo que presenta los objetivos, las estrategias y las líneas de

acción de todo el Programa Nacional; aquí aparece por primera vez el concepto *género* en la Línea de acción 1.3: Promover la perspectiva de género en el sector salud (14 p.84), para dar entrada al Programa Mujer y Salud (PROMUSA) "para así dar respuesta a las necesidades de la mujer como usuaria de los servicios de salud y como prestadora de estos servicios en el ámbito institucional, comunitario y del hogar". Se esboza que se trata de un programa multisectorial de definición y diseño de políticas, pero sin funciones operativas; se apunta la propuesta del Consorcio Nacional Mujer y Salud y se estipulan los cuatro objetivos del programa: i) crear conciencia sobre las necesidades especiales de salud de las mujeres; ii) reducir las inequidades entre hombres y mujeres en el terrero de la salud; iii) mejorar la calidad de la atención a las necesidades de salud de las mujeres; y iv) fortalecer la protección financiera de las mujeres en materia de salud. Sin duda, lo que se estipula en el Programa Nacional de Salud es breve, pero constituye la plataforma a partir de la cual se desglosó posteriormente el PROMUSA.

4. ¿Cómo medimos los avances? En este capítulo no se vuelve a utilizar el concepto.

Lo que se observa en el Programa Nacional, es un importante esfuerzo para hacer palpables las evidencias empíricas de la situación de las mujeres, con datos comparativos entre hombres y mujeres, adecuadamente presentados "según sexo", estableciendo una plataforma para el análisis de la desigualdad. El término *género*, se encuentra adecuadamente posicionado como *línea de acción*, aunque se limita a ésta. El valor mayor de esta inclusión, es que aparezca en un documento rector del resto de los programas del sector. La limitación mayor, sin embargo, es más estructural: al interesarse prioritariamente en la visibilización de la situación de las mujeres, tal vez no deliberadamente las separa –como a los indígenas y la pobreza– asignándole un carácter de *minoría* cuando es precisamente la articulación de estas condiciones sociales la que contribuye a explicar los rezagos y la desigualdad.

→**Programa de Acción Mujer y Salud. 2002** (15).

En su versión final, el Programa de Acción

Mujer y Salud (PROMSA) constituye un esfuerzo sin precedentes de participación de diversos sectores de la sociedad, siendo la primera vez que un programa que pretende institucionalizar la perspectiva de género en el sector salud, encuentra lugar y cuenta con financiamiento específico para sus acciones. Uno de los mecanismos para que en el documento final se recogieran las propuestas diversas de la sociedad civil, lo constituye el seminario Género y Política de Salud, llevado a cabo en marzo de 2001 organizado por la Secretaría de Salud y UNIFEM (16).

El PROMSA desarrolla y profundiza lo establecido en el Programa Nacional de Salud con una definición de género que permea congruentemente a todo el documento. Modifica su denominación de Programa Mujer y Salud a Programa de Acción Mujer y Salud. La justificación del Programa radica en que las diferencias sociales entre hombres y mujeres repercuten en la salud de ambos y son fuente de inequidad y desventaja para ellas, y que estas diferencias deben ser tomadas en cuenta en el diseño de políticas de salud eficientes.

Centrando la atención en la problemática de las mujeres a través del concepto "binomio mujer y salud" este programa aborda la situación desde tres perspectivas: la salud de las mujeres; su papel como proveedoras de cuidados a la salud doméstica y comunitaria; y las condiciones laborales de las trabajadoras de la salud.

Se define el género como categoría que da cuenta de las relaciones de poder entre hombres y mujeres que varían de acuerdo con los diferentes grupos socioeconómicos y culturales. Para conocer el impacto que estas relaciones tienen en la salud, es necesario analizarlas más allá del contexto de las condiciones socioeconómicas de las mujeres e incluir los comportamientos y la manera en que tanto ellas como los hombres viven e interpretan las relaciones entre ellos y la forma en que la organización y funcionamiento de los servicios de salud está matizada por estos significados sociales (15 p.18).

Propone la promoción, difusión e institucionalización del concepto género al interior del sector en todos los niveles, que implica desarrollar políticas de equidad en todas las actividades de las

instituciones públicas del sector salud; se entiende como "transformar los métodos de interpretación y análisis de los problemas de salud, la cultura organizacional, así como las estructuras organizativas y procedimientos operativos en los ámbitos de los gobiernos federal, estatal y municipal ya que se trata de incorporar sistemática y regularmente la dimensión de género en todas las prácticas y actividades de las instituciones de salud del estado mexicano" (15 p.39).

Avanza en la propuesta del Consorcio Nacional Mujer y Salud que se beneficia de los aportes de las instituciones públicas del sector salud y especializadas en los asuntos de la mujer así como de organizaciones no gubernamentales de índole técnica.

Por primera vez aparece el concepto de *acumulación de inequidades* (15 p.30), aunque ejemplificado sólo con población indígena y reclusas. Propone el enfoque de ciclo vital, que resulta más amplio que el de salud reproductiva. Reconoce a las mujeres como recurso de salud, estableciendo alternativas institucionales que permitan distribuir el trabajo y las responsabilidades familiares.

Se modifica la mirada desde la simple visibilización del fenómeno, hasta una visión comparativa y relacional a distintos niveles (biológicos, de trato, acceso, fuentes de enfermedad e inequidad), estableciendo las razones por las cuales se presentan esas diferencias. Constituye un muestra de cómo analizar un fenómeno con perspectiva de género en las políticas públicas.

→**Programa de la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud** (17). Es el programa específico destinado a la salud reproductiva, como concepto modernizador que integra lo que antes era "salud materno-infantil" con "planificación familiar". El período gubernamental actual, arranca en el año 2000 con esta estructura, y desde allí se establecen sus objetivos: disminuir las diferencias en los indicadores de salud reproductiva entre las diversas regiones del país con especial énfasis en las áreas rurales y los municipios de alto riesgo; incrementar la educación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población como indígenas y

adolescentes y con perspectiva de género; favorecer el acceso a los servicios de salud reproductiva de los grupos vulnerables (adolescentes, indígenas y la población de áreas rurales, considerando aspectos culturales, geográficos y de género); incrementar la calidad de los servicios de salud reproductiva incorporando tecnología apropiada a las necesidades de los diferentes grupos de población; promover el desarrollo humano en el personal de salud, poniendo énfasis en la vocación de servicio, competencia técnica y compromiso institucional.

Este Programa se organiza en tres componentes fundamentales: planificación familiar, salud perinatal y salud en la mujer. Este último se encarga del estudio de: servicios integrados de atención a la mujer; prevención, diagnóstico, control y vigilancia epidemiológica de los cánceres cérvico uterino y mamario; estudio y manejo del climaterio y la menopausia, perspectiva de género en la salud reproductiva.

Esta Dirección recupera –como lo indica el Programa Nacional de Salud– la perspectiva de género como línea de acción para uno de sus tres componentes fundamentales: salud de la mujer. De manera similar que en el Programa Nacional, se coloca el tema del género en el área específica de acciones destinadas a las mujeres.

→**Programa del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva** (18). En septiembre del 2003, el Programa de Acción Mujer y Salud y la Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR) se integraron en dicho Centro, quedando bajo su responsabilidad todos los programas que las instancias anteriores venían desarrollando. Esta modificación en la estructura gubernamental implicó una breve vida del PROMSA como programa autónomo y de la DGSR como instancia especializada del sector. Entre las seis atribuciones del Centro se encuentran dos en las que se menciona el término género:

–Proponer políticas nacionales en materia de salud reproductiva incluyendo planificación familiar, cáncer cérvico-uterino y mamario, de atención materno-infantil, de salud perinatal, de equidad de género, y de prevención y

atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres como un problema de salud pública, y evaluar su impacto. Asimismo, proponer modificaciones al marco jurídico con el propósito de eliminar toda forma de discriminación por razones de género, así como combatir la violencia familiar, sexual y contra las mujeres y garantizar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

–Definir, con la colaboración de las demás unidades administrativas de la Secretaría, la instrumentación de acciones que permitan incorporar la perspectiva de género en todas las actividades públicas del Sistema Nacional de Salud, incluidas la planeación, programación, presupuestación y prestación integral de servicios de salud.

El nuevo Centro dispone de autonomía financiera y jurídica y se instituye para "fortalecer los programas dirigidos a mujeres". Reúne propuestas sobre tres ejes fundamentales: salud reproductiva, equidad de género y salud materna y perinatal, cada una de las cuales se constituye en una Dirección General Adjunta.

El documento programático del Centro es –por así llamarlo– de segunda generación, pues suma partes de los programas anteriores, ya que el texto del PROMSA pasa a formar parte del Centro como *uno* de sus ejes fundamentales de acciones destinadas a las mujeres. En la actualidad, PROMSA es la Dirección Adjunta de Equidad de Género, que de ser un programa dirigido a permear transversalmente todas las instancias del sector, en el marco del Programa Nacional de Salud, pasa a ser uno de los tres ejes del nuevo Centro, y pierde jerarquía en la estructura orgánica del sector.

→**Encuesta Nacional de Nutrición 1999** (ENN-99) (19). Aunque no se trata de un documento programático gubernamental, entre sus objetivos se encuentra formular propuestas de políticas y puede ser una base de comparación de avances y resultados de acciones gubernamentales en materia de nutrición. La encuesta se llevó a cabo por la principal institución de investigación en salud pública que forma parte del Sector Salud, con presupuesto federal y apoyos privados.

A lo largo del primer informe de la Encuesta, no se utiliza el concepto género, siempre se usa el término sexo de manera adecuada, ya que en él se da cuenta de las mediciones realizadas en individuos que integran una muestra representativa nacional. Sin embargo, con datos de la encuesta se han producido otras publicaciones. Una de ellas aparece en el marco de la consulta del PROMSA (20); se inicia con la afirmación "el contexto de género se ha estudiado en diferentes disciplinas y ámbitos sociales y culturales, incluida el área de nutrición. La salud y estado de nutrición de la mujer es un asunto que atañe a su persona, pero que trasciende a su descendencia" (20 p.117). Todas las tablas presentadas: desmedro, bajo peso, emaciación, etc. se intitulan "por género" y en los textos descriptivos de éstas, se hace referencia a la "mala nutrición por género", o "desagregamos información por género". Se considera que el empleo del término es equivocado, ya que la información se refiere a las características corporales de los individuos que fueron sometidos a las mediciones. Lo mismo sucede cuando se señala que "no hay diferencias importantes por género, aunque las niñas tienen ligeramente menos desmedro que los niños" (20 p.24) y cuando indica: "la importancia de la información de la ENN-99 nos indica que, aun cuando no haya diferencias por género, los problemas de desnutrición son alarmantes" (20 p.129). Un análisis con perspectiva de género se preguntaría ¿por qué sucede así?, ¿en qué momento de la vida comienzan a ser significativas estas diferencias, si las hay?, entre otros cuestionamientos.

Se reconoce el esfuerzo de poner en práctica el mandato programático de "enfoque de género" sustituyendo la palabra sexo por la palabra género; sin embargo, mediante esta sustitución no se aporta nada distinto de lo que ya se describía en el primer informe de la encuesta. El esfuerzo analítico queda pendiente.

→**Encuesta urbana de alimentación y nutrición en la zona metropolitana de la ciudad de México, 2002 (ENURBAL 2002)** (21). Es el documento más reciente sobre el estado de nutrición del estrato socioeconómico bajo de la Ciudad de México; fue realizado por dos de las más prestigiosas instituciones de investigación

del Sector Salud, con presupuesto federal; aunque no constituye un documento programático gubernamental, por la información que presenta puede sustentar recomendaciones de política pública y convertirse en base de comparación de avances de programas gubernamentales de nutrición.

En todo el texto, la palabra género aparece sólo en dos ocasiones: en el Cuadro 1, "Distribución de la población según género y grupos etáreos" y en la redacción que explica ese cuadro (21 p.39). No vuelve a aparecer en el resto del texto.

Descontando estas dos citas, el texto utiliza adecuadamente el concepto sexo, que da cuenta de datos cuantificables tanto de hombres como de mujeres a quienes se les realizaron mediciones. Estos datos constituyen un buen insumo para un posterior análisis de género que permita relacionar y en algunas ocasiones interpretar dichas diferencias, por ejemplo en personas adultas, ya que esta encuesta –a diferencia de la ENN-99– cuenta con información para ambos sexos.

→**Prácticas de alimentación, estado de nutrición y cuidados a la salud en niños menores de 2 años en México. Atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social** (22). El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) constituye la institución de salud pública que atiende al mayor porcentaje de población del país: en 2003 se estimó que fue de 46,8 millones (un poco menos de la mitad de la población total de país). Como integrante del sector salud, sus documentos y acciones deben ser congruentes con lo establecido en el Programa Nacional de Salud. La encuesta nacional llevada a cabo por el IMSS contó con financiamiento federal y recursos privados. Con la información obtenida en esta encuesta, diversos autores escriben capítulos sobre temáticas específicas, los cuales se presentan en tres apartados: el niño recién nacido, el niño menor de dos años y las implicaciones para la toma de decisiones políticas.

El término mayoritariamente utilizado en los artículos, para referirse a la población infantil es "niños", que incluye tanto a niñas

como a niños. En ocasiones, los autores explicitan que el término incorpora a ambos, pero cuando necesitan hacer la distinción por sexo, utilizan uno y otro término, pero como "niños" puede tener un elemento confusor, deciden poner entre paréntesis que se trata de sexo masculino o de sexo femenino (22 p.155,257, por ejemplo).

El término género aparece en varias ocasiones a lo largo del texto. En la página 38 (22), si bien en cuadros y gráficas utiliza adecuadamente la distinción "por sexo", en la descripción de los mismos señala equivocadamente que "la escasez de nacimientos en las semanas 28 a 34 no permitió el análisis del peso al nacer por regiones y por género", cuando sexo sería la palabra adecuada. De manera similar, se utiliza el término "Género (%) de niños" (22 p.64,67,106), donde también lo pertinente es la palabra sexo.

En el resto de los capítulos en que se presenta información desglosada por sexo, se enuncia así, lo que resulta adecuado.

Cuando se analizan ciertos datos, por ejemplo, "la exploración del grupo que no inició amamantamiento, tanto por parte de la madre como del niño, tiene características sociodemográficas y clínicas que ayudan a explicar este fenómeno. En este grupo, y en ambos regímenes, son menos las madres que viven con una pareja estable y mayor el número de niños que nacen por cesárea, particularmente en IS (IMSS Solidaridad) donde casi se duplica. Igualmente, para ambos regímenes, es notable el aumento del porcentaje de niños con bajo peso y prematuridad, factores maternos y del niño, que ayudan a explicar por qué no iniciaron amamantamiento. El aumento de los valores en cuanto a los que no inician amamantamiento, infiere la falta de equidad por género"(22 p.69). Se omiten otros datos en los que se pueda basar esta inferencia, porque con los datos presentados, sólo se hace evidente la diferencia por sexo.

Una reflexión interesante, que puede constituirse posteriormente en un análisis de género, aparece en el capítulo sobre el desarrollo psicomotor infantil, cuando se señala: "los resultados menos predecibles del presente estudio, son los que se refieren a la igualdad de promedios y porcentajes entre sexos en cada una de

nuestras mediciones. No tenemos evidencia para decir que las niñas se desarrollan mejor que los niños antes de los dos años de edad. Aunque es una observación cultural común en las familias el encontrar que las niñas presentan más tempranamente logros en su desarrollo (caminar, hablar) que los niños de las mismas familias, y muchos instrumentos sicométricos incluyen parámetros diferenciados para niños y niñas, nuestros resultados sugieren que los reactivos de la prueba están escogidos para poderse aplicar a ambos sexos sin necesidad de establecer parámetros o aplicaciones diferenciadas" (22 p.210).

REFLEXIONES

El presente análisis contiene limitaciones de diversa índole: se basa sólo en textos, no pretende analizar ni evaluar acciones, lo que puede constituirse en motivo de crítica para quienes consideren que lo importante es lo que un gobierno hace, no lo que dice; se trata de una *interpretación* de los elementos subyacentes en el uso del término, por lo que desde otras miradas, pueden surgir otras interpretaciones; se refiere exclusivamente al ámbito de la salud y la nutrición, lo que deja fuera otros tantos programas gubernamentales en los que se utiliza el término; finalmente, la selección de los textos es arbitraria tomando en cuenta su relevancia informativa y su posicionamiento en dichos temas.

Aclarado lo anterior, se puede señalar que el impacto social de situar la palabra género en ciertos documentos gubernamentales es muy significativo, pero es conveniente reconocer que para llegar a este momento, la sociedad ganó espacios para intervenir en el diseño y seguimiento de las políticas públicas, a través de personajes clave como son organizaciones y movimientos diversos (civiles, sociales, no gubernamentales) que producen y resignifican las propuestas del pensamiento feminista en el ámbito de la salud.

En esta revisión de los textos se observa que algunos de ellos no utilizan el término género, como la ENN-99, lo cual constituye una decisión acertada, ya que en dicha encuesta se describen suficientemente las características de la población mediante el término sexo.

Cuando el término género sí aparece, observamos que se trata de programas focalizados prioritariamente hacia las mujeres y principalmente, en el ámbito de la salud reproductiva. Este acercamiento no es negativo *per se*, al contrario, todos los esfuerzos por mejorar la condición de las mujeres no sólo son bienvenidos sino imperiosos de acuerdo a la estrategia de las acciones afirmativas. La *racionalidad* que subyace en su uso responde, entonces, a hacer visibles a las mujeres en las dimensiones cruciales de la sexualidad y la reproducción.

Otros textos, interesados en evidenciar la situación de mujeres y hombres, utilizan adecuadamente sexo en lugar de género, sentando las bases empíricas para un análisis posterior que responda a una *racionalidad* comparativa, que explique la diferencia.

De los documentos seleccionados para este análisis, sólo el de PROMSA explicita elementos relacionales y de análisis de las inequidades basadas en la jerarquía de lo masculino sobre lo femenino, es decir, responde a una *racionalidad* crítica.

Sin embargo, lo que es un error grave, es que en ciertos documentos se utilice la palabra género como simple sustitución de la palabra sexo. La *racionalidad* que subyace en estos textos consiste en que el sólo cambio de palabras le imprime al dato "lo social".

Estamos asistiendo a un proceso complejo y desigual de sensibilización de funcionarios/as e investigadores/as en relación a la perspectiva de género; es loable que la epidemiología, la nutrición y la salud pública actualicen sus discursos, incorporando conceptos acuñados en ámbitos disciplinarios diversos, pero es conveniente también repasar críticamente su aplicación, por ello, se hace un llamado a que su uso se sustente explícitamente, ya que la responsabilidad que implica recomendar y diseñar políticas públicas obliga a preguntarse si se está aportando o no a la construcción de un nuevo proyecto simbólico y cultural, que imprima un significado y una orientación diferente a la acción social para cambiar la vida de las personas.

En conclusión, si se pretende establecer una diferencia biológica, la categoría a utilizar es sexo, que describe suficientemente las características orgánicas de los individuos. Si se

pretende evidenciar cómo éstas se significan socialmente, entonces, la categoría a utilizar es género, que permite una indagación relacional de cómo esa diferencia biológica se constituye en desigualdad social.

Aunque el presente artículo analiza solamente el texto de los documentos programáticos, resulta ineludible emitir un juicio preliminar respecto a la aplicación de los mismos. El gobierno federal *institucionalizó* el enfoque de género mediante el decreto ley de 2001 que crea el Instituto Nacional de las Mujeres, Inmujeres, que estableció los lineamientos sexenales de trabajo mediante el "Programa Nacional de Igualdad de Oportunidades y no Discriminación 2001-2006" (23) como eje rector de la política nacional en la materia. El Inmujeres es un organismo público, descentralizado y con patrimonio propio conformado con recursos del presupuesto público específicos para la operación de instancias y programas articulados con diversas secretarías de Estado. Uno de los propósitos del Inmujeres consiste en que los presupuestos públicos se asignen con perspectiva de género y se destinen específicamente a las mujeres con el objetivo de "compensar situaciones de injusticia preexistentes, inducidas socialmente" (23 p.19). En este aspecto, aún con limitaciones, se han mostrado avances significativos.

La rectoría del Instituto alcanza también al sector salud, con un objetivo específico referido a la salud integral de las mujeres y con lineamientos de acción relativos –entre otros– al presupuesto, a la capacitación, al establecimiento de indicadores con perspectiva de género y mejoramiento en la atención (23 p.46,47). En algunas de estas acciones, se ha avanzado en el logro de las metas, especialmente en las que se establecen en el Programa de Acción de Salud Reproductiva (derivado del PROMSA, que se comentó con anterioridad), tales como acciones de capacitación a personal de salud, talleres o acciones encaminadas específicamente a jóvenes, la Cartilla de Salud de la Mujer, incorporación de la anticoncepción de emergencia en la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar, el Programa de Acción para el Control y la Prevención del VIH SIDA e ITS 2001-06, el desaparecido Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas, el Programa de Acción para la Prevención y el

Control del Cáncer Mamario, materiales informativos de amplia distribución sobre anticoncepción y salud reproductiva, estrategias para el mejoramiento de la salud reproductiva en algunas comunidades indígenas, entre las acciones más relevantes (24). Aún con limitaciones, el desarrollo de estas acciones resulta significativo.

Probablemente, el mayor logro consiste en que el tema de la falta de equidad genérica se ha colocado en la agenda pública, lo cual permite sentar bases para que los distintos actores sociales modifiquen la racionalidad del diseño de las políticas de salud con perspectiva de género. Sin embargo, el nuevo proyecto simbólico y cultural de la equidad requiere tiempo para consolidarse, ya que la coyuntura política hace vulnerables y frágiles (25) los *dispositivos institucionales de género*, especialmente de cara a la contienda presidencial del 2006.

En el marco de los encuentros propiciados por la nueva institucionalidad, el elenco social logra entendimientos, especialmente en las demandas más urgentes de las mujeres, como es el caso de la violencia en su contra; sin embargo, el alcance de dichos entendimientos ha sido limitado e insuficiente, como por ejemplo en relación a los feminicidios en Ciudad Juárez. Otros asuntos cruciales del pensamiento feminista no constituyen espacio de entendimiento, parecen deliberadamente no abordados, ni a nivel de discurso ni en acciones, como la discusión en torno a la interrupción voluntaria del embarazo o el ejercicio diverso de la sexualidad.

La mayor parte de las acciones actuales en salud concebidas con perspectiva de género son para las mujeres y focalizadas o sobre todo en el ámbito de la salud reproductiva. Desconocemos si las acciones hacia las mujeres constituyen un momento de acciones afirmativas (temporales, por tanto) o bien la puesta en práctica de la racionalidad subyacente en la ecuación género = mujer.

Así como en los textos revisados encontramos que frecuentemente género se iguala a mujeres, también en las acciones subyace esta *racionalidad*, sumada a la falta de un lenguaje común, no sólo de las palabras utilizadas, sino de la comprensión de las mismas. Decir lo mismo no quiere decir entender lo mismo, por ello, parafraseando a Ugalde (25) "haría falta fortalecer la capacidad de interpretación de las inequidades de género en los agentes involucrados en el logro de la equidad" en salud y en todas las dimensiones de la vida social.

Las luchas de las mujeres por una sociedad incluyente y equitativa, merecen un mejor destino que convertirse en palabras que simulan un logro social pero que no contribuyen a la deconstrucción de la inequidad. Resulta lamentable aquietar las buenas conciencias con una supuesta *modernidad* intelectual carente de significado. El verdadero impacto de las políticas de salud con perspectiva de género, se mostraría en un mejoramiento en la calidad de vida de las personas y en la disminución de las inequidades sociales que determinan sus carencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuéllar A. Feminismo y credibilidad política. En: Molina S, coordinador. Credibilidad política, globalización, sociedad y medios masivos. México: Ed. Fundación Manuel Buendía; 2000.
2. Tarrés ML. Perspectivas analíticas en la sociología de la acción colectiva. *Estudios Sociológicos*. 1992;X(30):735-757
3. Ríos M, Godoy L, Guerrero E. ¿Un nuevo silencio feminista? La transformación de un movimiento social en el Chile posdictadura. Chile: Centro de Estudios de la Mujer / Editorial Cuarto Propio; 2003.
4. Alvarez S. Los feminismos latinoamericanos se globalizan en los noventa: retos para un nuevo milenio. En: Tarrés ML, coordinadora. Género y cultura en América Latina. Cultura y participación política. México: El Colegio de México; 1998. vol 1 p. 89-133.
5. De Barbieri T. Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género. En: *Estudios Básicos sobre Derechos Humanos IV*. San José de Costa Rica: IIDH; 1995. p. 47-84.
6. Lamas M. La antropología feminista y la categoría género. *Nueva Antropología*. 1986;8(30):173-198.

7. De Barbieri T. Género y políticas de población. [Mimeo] México: IISUNAM; 1993. p. 2-3.
8. Asakura H. ¿Ya superamos el género? Orden simbólico e identidad femenina. *Estudios Sociológicos*. 2004;XXII(3):719-743.
9. De los Ríos R. Género, Salud y Desarrollo: un enfoque en construcción. En: Gómez E, editora. *Género, mujer y salud en las Américas*. Publicación Científica 541. Washington: OPS; 1993. p. 3-18.
10. Lamas M. Comentarios a Género y Salud. En: López P, Rico B, Langer A, Espinosa G, compiladoras. *Género y política en Salud*. México: Secretaría de Salud; 2003. p. 31-40.
11. Cardaci D. Salud, género y programas de estudios de la mujer en México. México: PUEG/UNAM, UAM, OPS, OMS; 2004.
12. Bunch Ch, Hinojosa C, Reilly N, editoras. *Los derechos de las mujeres son derechos humanos. Crónica de una movilización mundial*. México: RUTGERS/EDAMEX; 2000.
13. Staudt K. Mujeres en la política: México en una perspectiva global. En: Tarrés ML, coordinadora. *Género y Cultura en América Latina. Cultura y participación política*. México: El Colegio de México; 1998. vol1 p. 61-68.
14. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: Secretaría de Salud; 2001.
15. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Mujer y Salud PROMSA. México: Secretaría de Salud; 2002.
16. López P, Rico B, Langer A, Espinosa G, compiladoras. *Género y política en Salud*. México: Secretaría de Salud; 2003.
17. Secretaría de Salud. Programa de la Dirección General de Salud Reproductiva [en línea] 1 de Junio de 2001 [fecha de acceso 14 de septiembre de 2005]. URL disponible en: <http://www.salud.gob.mx/dgsr/>
18. Secretaría de Salud. Programa del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [en línea] [fecha de acceso 14 de septiembre de 2005]. URL disponible en <http://www.generoy saludreproductiva.gob.mx/>
19. Rivera Dommarco J, Shamah Levy T, Villalpando Hernandez S, González de Cossio T, Hernández Prado B, Sepúlveda J, editores. *Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2001.
20. De Cossio T, Neufeld L, Rivera M. Algunos aspectos de la salud durante la infancia y la niñez con enfoque de género. En: López P, Rico B, Langer A, Espinosa G, compiladoras. *Género y política en Salud*. México: Secretaría de Salud; 2003. p.117-132.
21. Avila A, Shamah T, Chávez A, Galindo C. *Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México 2002*. México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
22. Flores S, Martínez H, editores. *Prácticas de alimentación infantil, estado de nutrición y cuidados a la salud en niños menores de 2 años en México*. Atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F: IMSS/GERBER; 2004. p. 119-152.
23. Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2000-2006: PROEQUIDAD. México: Instituto Nacional de las Mujeres; 2002.
24. Informe de México. Procedente de la XXXI Asamblea de Delegadas, Comisión Interamericana de Mujeres; 29-31 de octubre de 2002; Punta Cana, República Dominicana. OEA; 2002.
25. Ugalde Y. La incorporación de la perspectiva de género en el Estado: apuntes para una discusión. [en línea] *Imagina un mundo sin violencia*. México: Centro de Apoyo a la Mujer Griselda Alvarez A.C.; junio-diciembre 2004. vol 9 [fecha de acceso 2 febrero 2006] URL disponible en: www.modemmujer.org/docs/11.237.htm

Recibido el 14 de septiembre de 2005

Versión final presentada el 26 de diciembre de 2005

Aprobado el 16 de enero de 2006