

Género

Salud-Enfermedad

Elementos

para entender

su relación

Soc. Cecilia Robledo Vera*
Dra. María Ivonne Rojas Bravo**

* Cecilia Robledo Vera.
Lic. en Sociología por la UNAM,
Especialista en Estudios de la Mujer por El Colegio de México.
Dirección General de Equidad de Género,
Secretaría de Salud.

** María Ivonne Rojas Bravo.
Lic. en Medicina por la UAM,
con Maestría en Medicina Social por la UAM.
Dirección General de Equidad de Género,
Secretaría de Salud.

*Gender and
Health-illness.
Elements to
understand their
relationship*

Resumen:

En este texto se explican de manera introductoria los elementos conceptuales básicos comprendidos en la perspectiva de género, su relación con la salud-enfermedad de mujeres y hombres, y con el sistema de salud. Se pretende ilustrar su potencialidad de análisis y aplicación en el área de la salud.

Summary:

In this article we explain the basic theoretical elements related to gender perspective and its relationship with women's and men's health – illness process as well as with the health system. The purpose of this document is to show its potential for the analysis and use in the health area.

Palabras clave: Género y Salud; salud-enfermedad y género; equidad de género y salud-enfermedad.

Orígenes sociales de la perspectiva de género

El *género* tiene una historia reciente, data de finales del siglo XX, con importantes raíces académicas, a su vez nacidas de un amplio y profundo movimiento internacional de las mujeres contra el sexismo, hermanado con otros movimientos sociales trascendentales, como las luchas contra el racismo, contra las guerras, las desigualdades socioeconómicas y contra cualquier tipo de discriminación humana.

De la interacción de esos diferentes movimientos sociales se propició una dinámica de confrontación de valores y de reinterpretaciones de nuestro mundo social y emocional, con una visión de emancipación y de igualdad entre los seres humanos, dejando su huella en países, gobiernos y en las vidas particulares de muchas personas.

En el caso de las mujeres, la toma de conciencia de la desigualdad histórica entre sus experiencias y las de los hombres –a favor de éstos–, ha inspira-

do tanto sus demandas concretas en busca de la igualdad, como su reflexión y el estudio desde diferentes disciplinas de sus situaciones reales en todos los contextos de la vida.

Las mujeres, por encima de clases y razas, han planteado demandas en común: el uso íntegro de sus derechos de ciudadanas, mayores y mejores oportunidades de educación, empleo, desarrollo personal, servicios de apoyo, etc.

De acuerdo con Evans (1), que las mujeres se percibirían como seres humanos con derecho a desarrollar todas sus potencialidades sexuales, afectivas, morales, políticas, intelectuales, sin aceptar las limitaciones impuestas por la cultura predominante fue una concepción revolucionaria, la cual, expresada en un marco social cambiante produjo resultados trascendentales:

1) El desarrollo de diversos métodos anticonceptivos, en tanto permitieron a las mujeres separar sexualidad de procreación, lo que derivó no sólo en cambios en el ejercicio de su sexualidad, sino en el aumento de sus probabilidades de desarrollar otras actividades fuera del ámbito doméstico. Así mismo, posibilitó a las parejas planear sus vidas de otras maneras.

2) La protección del cuerpo de las mujeres y de su derecho a decidir sobre él, lo que ha llevado a discusiones en todo el mundo sobre los órdenes morales vigentes y ha propiciado cambios en la legislación de algunos países sobre temas como el aborto, la violencia de pareja y familiar, y el castigo por violaciones sexuales.

3) La lucha contra la invisibilidad económica y la exigencia de considerar al trabajo doméstico como un trabajo con valor económico productivo y no sólo reproductivo.

4) El interés de mujeres académicas por explicar el origen de las desigualdades que dio lugar al uso del concepto *patriarcado* (dominación ejercida por los hombres maduros en los ámbitos público y privado) para analizar el poder social, económico y político ejercido por los varones y, más tarde, al desarrollo del concepto *género* que analiza las diferencias, desigualdades y relaciones entre las mujeres y los hombres como producto de cada cultura.

Aún cuando el *género* fue producto de la lucha y la reflexión de las mujeres, actualmente se asume que tanto las mujeres como los hombres somos producto de nuestra cultura que, si bien la historia muestra que las mujeres hemos vivido con desventajas frente a los hombres, ellos también han vivido perjuicios derivados de las exigencias de la masculinidad. Así pues, el *género* reivindica tanto a las mujeres como a los hombres. La búsqueda de eliminar con justicia las desigualdades ha llevado a las ciencias humanas, sociales y más

recientemente, a las ciencias médicas, a examinarlas con espíritu crítico y proveer desde cada una de ellas, elementos para hacer mejor la vida para todos los seres humanos.

¿Cómo debe entenderse el género?

Lo primero que hay que subrayar, en consonancia con lo anteriormente expuesto, es que *género* no es sinónimo de "sexo", ni de "mujer".

La palabra sexo viene del latín *sexus* que significa condición orgánica que distingue la hembra del macho, lo femenino de lo masculino, basada sobre todo en el sistema reproductivo (exceptuando casos intermedios como los hermafroditas que conjugan características de ambos sexos). Esta distinción se encuentra a nivel genético, gonadal, genital y hormonal.

Aunque históricamente la comunidad científica había asumido que más allá del sistema reproductivo, las diferencias entre mujeres y hombres no existían o no eran relevantes, desde la década pasada, nuevos descubrimientos en biología básica humana han venido mostrando que muchas funciones fisiológicas y, en muchos casos funciones patológicas, están influenciadas directa o indirectamente por diferencias biológicas basadas en el sexo (2). Cada día se desarrolla más evidencia científica de la importancia de las diferencias sexuales a lo largo de la vida.

El sexo es la base sobre la que se inscriben las características del *género*, entendido como el conjunto de ideas, creencias y representaciones sobre las mujeres y los hombres en las diversas culturas, así como los papeles, las prácticas y las relaciones sociales generalmente desiguales y jerárquicas, establecidas entre mujeres y hombres a través de:

Las instituciones sociales: familia, Estado e Iglesia

Los sistemas simbólicos: lenguaje, costumbres y ritos

Los sistemas de normas y valores: jurídicos, científicos y políticos

Las identidades subjetivas: formas de pensar, sentir y relacionarse

Por ejemplo, los hombres generalmente son considerados los jefes de la familia y las mujeres, las cuidadoras de los otros por excelencia, lo cual se asume así por el Estado en la concepción de sus programas de atención social, y por la Iglesia en el mandato de obediencia de la mujer hacia el hombre.

En el lenguaje podemos observar que para insultar a un hombre se le dice "marica" o "hasta pareces mujer". Así mismo, las costumbres sociales dictan que la masculinidad hay que ganársela y probarla constantemente mediante actos decididos, a veces riesgosos, que pueden llevar a la agresión y a la violencia; se sanciona la expresión considerada como de debilidad afectiva, se tiene que probar la virilidad y no se permiten tener fallas en la relación sexual.

En el terreno jurídico basta mencionar la discusión actual en torno al castigo legal por la violencia familiar -antes considerada como normal- y la violación sexual. Por otro lado, la composición mayoritariamente masculina de los cuadros científicos y políticos, da cuenta de que aún con el incremento de la participación femenina en estos ámbitos, todavía son considerados masculinos.

En los espacios de las identidades se muestra más claramente la reproducción de valores y papeles atribuidos a mujeres y a hombres.

Mucho se ha discutido si las mujeres somos las principales reproductoras del orden de *género*, desde nuestro punto de vista, somos ambas partes quienes reproducimos dicho orden, cada quien en su terreno, y somos ambas partes quienes debemos cambiarlo para beneficio mutuo sobre la base del principio de equidad.

Género como categoría analítica:

Para aplicar mejor el *género* como categoría analítica, es importante entender que (3):

Es **relacional**: se refiere a las relaciones que se construyen socialmente entre mujeres y hombres; entre mujeres y mujeres, y entre hombres y hombres.

Es jerárquico: las diferencias que establece entre hombres y mujeres tienden a atribuir mayor importancia y valor a las características y actividades asociadas a lo masculino y a producir relaciones desiguales de poder, aún cuando las mujeres no están exentas de ejercerlo por distintas vías.

Estas jerarquías también pueden establecerse entre personas del mismo género, de acuerdo a elementos tales como la edad o la clase socioeconómica.

Es **cambiante**: los papeles y las relaciones se modifican a lo largo del tiempo y, por ende, son susceptibles a cambios por medio de intervenciones.

Es **contextualmente específico**: las relaciones de género varían de acuerdo a los diferentes contextos determinados por la edad, la etnia, la clase, la cultura, la religión, etc.

Es **institucionalmente estructurado**: las relaciones entre mujeres y hombres a nivel personal y privado, así como el sistema social, se apoyan en valores, legislación, religión, etc.

Perspectiva de género

De acuerdo con lo anterior, se adopta una **visión, enfoque o perspectiva de género** cuando se observa y analiza cualquier realidad social específica y se generan acciones que tomen en consideración que: en ella participan seres humanos de sexos femenino y masculino con características *genéricas* predominantes, en permanente interacción, con atribuciones y papeles diferenciados, con poder desigual, sustentados en instituciones sociales y que experimentan modificaciones continuas basadas en los cambios sociales más amplios.

Equidad de género

La constatación de las desigualdades de *género* históricas y transculturales ha llevado al reconocimiento internacional de la necesidad de buscar la igualdad entre las mujeres y los hombres.

La tendencia actual es asumir que si bien diferentes biológicamente, en términos de potencialidad creativa, inteligencia y capacidades, mujeres y hombres somos similares; a la vez, no hay una justa distribución (con mayores desventajas para las mujeres) en lo relativo al trabajo, los recursos, al control de ellos, a las obligaciones y los derechos humanos y, en general, a las condiciones sociales



(en el sentido más amplio) y debemos buscar equipararnos.

Es por ello que se defiende el principio de equidad, en tanto está vinculado al ámbito de justicia, entendida como la cualidad por la que ninguna de las partes es favorecida de manera injusta en perjuicio de la otra, lo que implica dar más a quienes menos tienen.

Así, buscar la *equidad de género* significa trabajar para que las mujeres y los hombres puedan modificar su posición dentro de la sociedad hacia relaciones más equilibradas.

Género y Salud-Enfermedad

En las últimas dos décadas se han creado internacionalmente, en el ámbito institucional programas y áreas de trabajo que incorporan en sus principios de pensamiento y acción la *perspectiva de género* con el fin, en primera instancia, de mejorar la situación de las mujeres en vías a la igualdad de condiciones respecto a la población masculina, cuyas características peculiares también se interesa mucho en conocer.

El sector salud no es la excepción y actualmente se plantea la incorporación de la perspectiva de género en la concepción de sus políticas y en la ejecución de sus acciones.

Durante los primeros años de aplicación del *género* en el sector salud se tendía a usarlo como sustitución del término sexo, o bien, en lugar de mujer (aún a veces, erróneamente, se usa con esas acepciones), posteriormente, se intentó determinar las diferencias en la morbilidad y mortalidad femenina y masculina, ello trajo a la luz que la producción de estadísticas desagregadas por sexo no han sido una práctica regular, excepto las referentes, por razones obvias, al embarazo, parto y puerperio, o bien al cáncer de próstata. A partir de ello, surgió la inquietud de replantearse qué tantas diferencias hay entre la morbilidad y la mortalidad de las mujeres y de los hombres fuera de su biología reproductiva. Actualmente se reconoce que problemas de salud más generales pueden experimentarse de manera muy diferente por las mujeres y los hombres y tener diversas implicaciones para sus vidas (4).

Al mismo tiempo, sobre todo en el terreno de la salud pública, se asume cada vez más que el *género* implica las determinaciones sociales del ser y actuar como hombre y como mujer y se enfocan los elementos socioculturales que actúan sobre la condición específica de salud-enfermedad de las mujeres y de los hombres. También se está dando mayor peso a las diferencias derivadas de las etapas del ciclo vital de ambos *géneros*.

En el marco de interpretación derivado del *género* se ha venido asimilando el por qué y cómo es relevante para la salud. Se ha señalado que las diferencias de *género* en las responsabilidades y en los papeles de mujeres y hombres, así como las inequidades en el acceso a los recursos, información y poder, se reflejan en las diferencias y desigualdades de *género* en:

- la vulnerabilidad a enfermedades y exposición a riesgos y accidentes
- el estado de salud y la percepción sobre sus necesidades de salud
- el diferente grado de acceso y de control sobre los recursos
- la calidad de la atención
- la distinta prioridad en la asignación de recursos públicos.

En cuanto a la vulnerabilidad y exposición a riesgos, al revisar las causas principales de demanda de servicios de atención médica según sexo es posible ver claramente la relación entre el *género* y salud.



MUJERES

- Embarazo, parto y puerperio
- Cáncer cérvico-uterino y mamario
- Lesiones por violencia sexual y familiar
- Depresión

HOMBRES

- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades y lesiones relacionadas con el consumo de alcohol
- Lesiones causadas por accidentes de trabajo, de tránsito y riñas
- Cáncer de próstata y pulmonar

En lo referente a ciertos hábitos que afectan la salud, el consumo de alcohol y de tabaco ha aumentado en las últimas décadas, sobre todo por las mujeres; ya son bastante conocidos los terribles efectos de ambos en la salud del binomio madre-hijo, durante y después del embarazo. Las mujeres son mucho más lábiles a la intoxicación y daño hepático que produce el alcohol (5) y las fumadoras son más vulnerables a la osteoporosis y fracturas de cadera, además de las enfermedades cardiovasculares y pulmonares que afectan a cualquier fumador (6).

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (7) confirma el papel preponderante que la violencia tiene entre los principales problemas de salud pública a ser atendidos de manera integral en la sociedad mexicana. Se evidenció que el 21.5% de las mujeres con pareja sufrió algún tipo de violencia en los últimos 12 meses y el 60% de las mujeres encuestadas refirió haber sido objeto de violencia ejercida por alguna persona por lo menos una vez en su vida. Si bien las lesiones más frecuentes son los moretones (8.3%) y en orden descendente, los rasguños, mordeduras, torceduras, heridas y fracturas (estas últimas constituyen menos del 1%), llama la atención, por la severidad del daño, que el 3.8% de los casos ha requerido hospitalización o cirugía para atender las lesiones.

En el rubro de la demanda de atención, los registros muestran que las mujeres recurren en mayor número a los servicios médicos (8), las diferencias se perciben a partir de los 10 años de edad, haciéndose mucho más notables en los grupos de edad reproductiva a expensas de la atención del embarazo y el parto. En el IMSS (9) la utilización de servicios hospitalarios entre mujeres (18%) y hombres (6%) encontró su máximo diferencial en el grupo de 20 a 29 años. Si eliminamos la atención motivada por el control natal y la relacionada con el embarazo, parto y puerperio, las diferencias en el uso de los servicios por mujeres y por hombres se atenúan notoriamente. Este hecho cuestiona el supuesto

de que las mujeres son las principales beneficiarias del sistema de salud. Valdría la pena incorporar en la colectividad la idea de que la salud reproductiva y su atención es un asunto que beneficia a las parejas y a las familias en su conjunto.

Por otra parte, se ha observado que tanto las experiencias de las mujeres y de los hombres sobre los niveles de dolor o incomodidad, como los papeles sociales que desempeñan llevan a diferencias de género en la aceptación de sus enfermedades y en la búsqueda de atención. Hay algunas evidencias de que las mujeres esperan más que los hombres para buscar atención a su enfermedad, debido a su dedicación a "los otros" y su deseo de no interrumpir el funcionamiento del hogar sino hasta que están incapacitadas. Sin embargo, en el caso de los hombres, la fortaleza que se les exige socialmente y el cumplimiento de su función de proveedores, también puede presionarlos a no aceptar el papel de enfermo y a retrasar su atención médica.

El *género* también tiene implicaciones sobre el diferente grado de acceso y de control sobre los recursos tales como:

- Materiales/económicos: trabajo, dinero, prestaciones sociales
- Políticos: espacios de opinión, liderazgo
- Información/educación: escolaridad, insumos para tomar decisiones
- Tiempo: horas del día disponibles
- Recursos internos: autoestima, capacidad para expresar intereses, confianza en sí

En el caso de las mujeres la utilización de los servicios de salud puede obstaculizarse por falta de acceso y control sobre los recursos, por ejemplo, para reconocer que tienen un problema ginecológico requieren de información/educación y aún cuando reconozcan que tienen dicho problema, pueden sentir timidez para plantearlo al médico. El grado de desarrollo de sus recursos internos les dará la confianza necesaria para actuar. La decisión de ir o no al médico puede estar sujeta a la aprobación de otra persona, la disponibilidad de recursos económicos para el transporte y los servicios, así como el apoyo de alguien que la sustituya en el cuidado de la familia. De ahí que sea necesario el control de la mujer sobre los recursos políticos y económicos. El horario de atención de los servicios, el tiempo de espera y de traslado, pueden ser otros obstáculos para la mujer que no tiene control de esos recursos.

En lo que toca a los hombres la utilización de los servicios de salud también puede obstaculizarse, por ejemplo, por no tener acceso a la información sobre los programas de detección de cáncer de próstata, o bien, aunque estén informados, pueden decidir no hacerse la revisión médica adecuada, por temor o por vergüenza.

El hombre puede tener control sobre las relaciones sexuales, pero su conocimiento sobre la sexualidad y reproducción, puede ser deficiente y erróneo, por no tener acceso a la información adecuada y realizar prácticas sexuales

riesgosas, tanto para el hombre como para la mujer.

Aunque tengan recursos económicos, los hombres pueden no atenderse oportunamente, porque no disponen de tiempo debido a sus horarios laborales.

En cuanto a la calidad de la atención se ha observado un trato desigual en los servicios de salud en desventaja para las mujeres. Ante un padecimiento similar, los tiempos de espera son mayores para las mujeres con el supuesto de que ellas cuentan con mayor tiempo para estos menesteres. La forma de dirigirse a las usuarias por parte de los prestadores de servicios de salud las minimiza al llamarles "mijita," o "madrecita", esta misma situación no ocurre con los varones, a quienes se les llama por su nombre anteponiendo el "señor" (10).

Por otra parte, la asignación de recursos públicos con perspectiva de género tiene que ver con la necesidad de elaborar mecanismos y procesos para introducir esta perspectiva en las políticas y programas gubernamentales, en los proyectos o estrategias (conceptualización, diseño, presupuestación, instrumentación y evaluación) con el fin de lograr la equidad en salud entre mujeres y hombres.

En otros niveles, la influencia del *género* se manifiesta en la propia organización de los sistemas de salud, en el número predominante de mujeres trabajadoras y en la relación existente entre los usuarios y los prestadores de los servicios.

Finalmente, vale la pena subrayar que las diferencias y desigualdades de *género* corresponden a momentos, lugares y situaciones sociales, culturales, económicas y políti-

cas específicas. En cualquier lugar se combinan con los efectos de otras formas de división social tales como clase, etnia o religión, no todas las mujeres ni todos los hombres experimentan problemas de salud en el mismo sentido, así, el *género* afecta la equidad en la salud y en la atención a la salud. Una manera de enfocar la equidad en salud busca reducir la injusticia o desventaja, evitable o innecesaria, en salud y en la prestación de servicios de salud.

Conclusiones

El *género* es un campo de conocimiento en continua construcción, el avance logrado hasta el momento cuestiona ideas, creencias, conductas y prácticas culturales troqueladas y transmitidas por generaciones y contribuye a la concepción y creación de nuevos órdenes sociales más equitativos, sobre la base de la autorreflexión y de la reflexión conjunta.

Es innegable que el uso de la *perspectiva de género* permite dilucidar las especificidades tanto de mujeres como de hombres, así como asumir las características y situaciones que les son comunes. Su aplicación en el campo de la salud ayuda a percibir la situación de salud-enfermedad individual y grupal integralmente, a concebir y desarrollar con mayor precisión las acciones a emprender tanto en el nivel institucional, como en los ámbitos doméstico y comunitario con el fin último de lograr *equidad de género en salud*.

Referencia Bibliográficas

- (1) Evans M. Introducción al Pensamiento Feminista Contemporáneo. Madrid: Minerva Ediciones; 1997.
- (2) Institute of Medicine. Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does sex matter? Página Web: www.iom.edu 2001.
- (3) Organización Panamericana de la Salud, Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo. Taller sobre Género, Salud y Desarrollo. Guía de Facilitadores. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1997.
- (4) Doyal, L. Sex, Gender, and Health: Need for New Approach. *BMJ* 2001; 323:1061-1063.
- (5) Romero M y Medina ME. Las mujeres y el consumo del alcohol. *Género y Salud en Cifras* mayo-agosto 2003;1(2): 20-22.
- (6) Del Río A. El tabaco y la salud de las mujeres: el caso de México. *Género y Salud en Cifras* mayo-agosto 2003;1(2): 23-27.
- (7) Oláiz, G, Rico B y Del Río A, coordinadores generales. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003, México. Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
- (8) Oláiz G, Rojas R, Valdespino JL, Sepúlveda J. Diferencias en la utilización de los servicios de salud entre hombres y mujeres. *Género y Salud en Cifras* mayo-agosto 2003;1(2): 16-19.
- (9) Gómez H, Fernández S, Celis G, Vázquez JL. ¿Cuáles servicios de salud demandan las mujeres derechohabientes del IMSS? *Género y Salud en Cifras* mayo-agosto 2003;1(2): 9-15.
- (10) Reyes H, Cuevas L, Robledo C, Tolbert K. Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género. Population Council, Documento de Trabajo núm. 29. 1999.

Lecturas recomendadas sobre género y salud-enfermedad

1. Doyal L. Gender Equity in Health: Debates and Dilemmas. *Social Science and Medicine* 2000;51(6):931-939.
2. Doyal L. Sex, Gender and the 10/90 Gap in Health Research: a briefing document and resource guide s/d.
3. Gender and Health Group, Liverpool School of Tropical Medicine. Guidelines for the Analysis of Gender and Health. Liverpool School of Tropical Medicine and Department of International Development; 1998.
4. Hofbauer H, Sánchez-Hidalgo D, Zebadúa V. Presupuestos sensibles al género: conceptos y elementos básicos, México: Secretaría de Salud; 2002.
5. Lamas M, compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM y Miguel Ángel Porrúa Ed; 1996.
6. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género". *La Ventana. Revista de estudios de género*, No. 1 Universidad de Guadalajara; 1995.
7. Michel A. *Le féminisme*, Sexta edición corregida. Vendome: Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je?; 1998.
8. Organización Panamericana de la Salud, Taller sobre Género, Salud y Desarrollo: Guía de Facilitadores, Washington, DC:OPS; 1997.
9. Pérez Nuria, Primera edición del Congreso Mujeres y Hombres: Salud, Ciencia y Tecnología. Crónica.
10. Página Web: <http://www.imim.es/quark/num27/027009.htm>; 2003
11. Rohlf, Izabella, Género y salud: diferencias y desigualdades. Participación en el Congreso "Mujeres y Hombres: Salud, Ciencia y Tecnología en Barcelona, España",
12. Página Web: <http://www.imim.es/quark/num27/027036.htm>; 2003
13. Sabo, D. Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género. Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies, Publicación Ocasional No. 4; 2000.
14. Society for Women's Health Research, Institute of Medicine Study Finds That "Sex Matters" in Medical Research – From Womb to Tomb. <http://www.womens-health.org/Ojascripts/dropinnav.htm?/sbb/iom.htm>; s/f
15. Society for Women's Health Research, Importance of Including Women in Medical Research.
16. <http://www.womens-health.org/understanding/importance.htm>; s/f
17. Society for Women's Health Research
18. <http://www.womens-health.org/Ojascripts/dropinnav.htm?/about/start.htm>
19. Sullerot E. ¿Qué es ser mujer? Barcelona: Ed. Argos Vergara, 1979.

Si desea colaborar con la Revista CONAMED enviando un artículo,
consulte las instrucciones para los autores al 5420-7032
o a los correos electrónicos:
lhernandez@conamed.gob.mx o revista@conamed.gob.mx