



Salud Pública de México
ISSN: 0036-3634
spm@insp.mx
Instituto Nacional de Salud Pública
México

Arenas-Monreal, Luz; Piña-Pozas, Maricela; Gómez-Dantés, Héctor
Aportes y desafíos del enfoque de género en el estudio de las enfermedades transmitidas por vector
Salud Pública de México, vol. 57, núm. 1, enero-febrero, 2015, pp. 66-75
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10636865009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ENSAYO

Aportes y desafíos del enfoque de género en el estudio de las enfermedades transmitidas por vector

Luz Arenas-Monreal, MC, M en SP, D en Antrop,⁽¹⁾ Maricela Piña-Pozas, D en Bibliotecología, Héctor Gómez-Dantés, MC, M en C.⁽¹⁾

Arenas-Monreal L, Piña-Pozas M, Gómez-Dantés H.
Aportes y desafíos del enfoque de género en el estudio
de las enfermedades transmitidas por vector.
Salud Publica Mex 2015;57:66-75.

Resumen

Los determinantes sociales y el enfoque de género son un imperativo para comprender la vulnerabilidad de las poblaciones, sus riesgos de exposición, las condicionantes de su atención, y su organización y participación en la prevención y control de las enfermedades. El enfoque ecosistémico incorpora el estudio de los determinantes sociales y la perspectiva de género, debido a que la emergencia de las enfermedades transmitidas por vector está ligada a la urbanización, a la infraestructura sanitaria y a las condiciones materiales de las viviendas (domicilio). El género emerge como un elemento explicativo de los roles que hombres y mujeres desempeñan en los diferentes ámbitos (doméstico, comunitario y social), y que moldean los riesgos de exposición a los vectores y abren perspectivas de éxito a las estrategias de prevención, control y atención de la enfermedad. El objetivo es contribuir a la reflexión sobre el enfoque de género en el análisis de los riesgos a través de un modelo y marco conceptual propio.

Palabras clave: género y salud; vectores de enfermedades; determinantes sociales de la salud; malaria; enfermedad de Chagas; dengue

Arenas-Monreal L, Piña-Pozas M, Gómez-Dantés H.
Challenges and inputs of the gender perspective
to the study of vector borne diseases.
Salud Publica Mex 2015;57:66-75.

Abstract

The analysis of social determinants and gender within the health-disease-care process is an imperative to understand the variables that define the vulnerability of populations, their exposure risks, the determinants of their care, and the organization and participation in prevention and control programs. Ecohealth incorporates the study of the social determinants and gender perspectives because the emergency of dengue, malaria and Chagas disease are bound to unplanned urbanization, deficient sanitary infrastructure, and poor housing conditions. Gender emerges as an explanatory element of the roles played by men and women in the different scenarios (domestic, communitarian and social) that shape exposure risks to vectors and offer a better perspective of success for the prevention, control and care strategies. The objective is to contribute to the understanding on the gender perspective in the analysis of health risks through a conceptual framework.

Key words: gender and health; vector-borne diseases; social determinants; malaria; dengue; Chagas disease

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Centro de Información para Decisiones en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 8 de mayo de 2014 • **Fecha de aceptado:** 25 de agosto de 2014

Autor de correspondencia: Dr. Héctor Gómez Dantés. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: hector.gomez@insp.mx

Las enfermedades transmitidas por vector (ETV) más importantes en América –dengue, paludismo y enfermedad de Chagas– son un grupo de patologías históricamente abordadas como problemas vinculados con un insecto vector. Este encuadre entomológico perpetúa la idea de que dichas enfermedades pueden ser eliminadas con la implementación de estrategias que se concentran en el ataque exclusivo e intensivo al vector y sus criaderos,¹ sin mayor consideración o comprensión de las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales que moldean el nicho ecológico donde se desarrollan tales enfermedades, y que persisten en las poblaciones vulnerables y en riesgo. Pretender eliminar o controlar a un microorganismo o vector considerando sólo las variables del entorno biológico es asumir una visión restringida y, por lo mismo, de impacto limitado. La experiencia ha demostrado que ese marco conceptual es fallido: las epidemias de dengue en ascenso, las áreas refractarias al control de la malaria y las zonas urbanas donde prolifera el vector de la enfermedad de Chagas ponen en evidencia lo poco efectivo de esta visión hegemónica.

Entre los factores que influyen en la emergencia de las ETV destaca la falta de entendimiento de los determinantes sociales que definen la extensión y magnitud del problema, la intensidad de la exposición a los factores de riesgo y la dinámica de transmisión de las diferentes ETV. La necesidad de integrar el análisis de los determinantes sociales dentro del proceso salud-enfermedad-atención es un imperativo; la inclusión del enfoque o perspectiva de género destaca como un elemento central para comprender muchas de las condiciones que definen la vulnerabilidad de las poblaciones, sus riesgos de exposición, los condicionantes de su atención, y la organización, aceptación y participación en los programas de prevención y control.² El enfoque de ecosalud surge como respuesta a esta demanda ya que los principios que lo rigen se basan en el abordaje transdisciplinario, es decir, en el análisis de los determinantes sociales, que incluye la equidad social y de género, y la participación social y comunitaria como elementos clave en el diseño e implementación de intervenciones, además de la influencia en programas y políticas públicas en salud.^{3,4}

Para el control efectivo de las ETV, es indispensable incorporar el enfoque ecosistémico, el estudio de los determinantes sociales y la perspectiva de género, ya que la presencia y emergencia del dengue, el paludismo y la enfermedad de Chagas están íntimamente ligadas tanto a los aspectos sociales, culturales, económicos y a las condiciones de la infraestructura sanitaria de las localidades (rurales o urbanas), como a las condiciones materiales de las viviendas. Además, el enfoque de género emerge como un elemento explicativo de la

división sexual del trabajo* y de los roles que hombres y mujeres juegan en los diferentes ámbitos (doméstico, comunitario y social) que definen de forma diferencial los riesgos de exposición a los insectos vectores y ofrecen mejores perspectivas de éxito a las estrategias de prevención, control y atención de la enfermedad, sobre todo cuando promueven o se sustentan en la participación comunitaria y social.

El objetivo de este trabajo es contribuir a la reflexión sobre el enfoque de género en el análisis de los riesgos y sus aportaciones para la prevención y el control de las ETV en América, mediante la propuesta de un modelo de análisis y un marco conceptual.

Modelo para el análisis del género como determinante de salud

La determinación social de la salud está condicionada por procesos estructurales (macro) que emanan de las actividades económicas, políticas, sociales, culturales y educativas, que le dan forma a la sociedad y a las relaciones que sus miembros establecen entre sí. Estos procesos macroestructurales definen la posición socioeconómica de las poblaciones a partir de la ocupación, clase social, ingreso, nivel educativo, etnia, religión, etc., que a su vez interactúan con los determinantes intermedios que moldean las circunstancias materiales de vida, entre los que destacan las condiciones de la vivienda, infraestructura sanitaria (suministro de agua, drenaje, recolección de desechos, etc.) y el acceso a los servicios de salud (figura 1).⁵

El sistema social se organiza a partir de normas, leyes, valores, tradiciones, prácticas, costumbres y creencias, que en conjunto otorgan un mayor peso y relevancia a las actividades y espacios que ocupan los hombres con respecto a las mujeres, lo que se expresa en relaciones de poder y subordinación que son jerárquicas y, por lo mismo, dispares e injustas (figura 1, apartado A). Las dinámicas y relaciones de género se adecúan a los contextos históricos, socioculturales y ambientales específicos de cada sociedad y época. La forma como el sistema social dictamina que se establezcan estas relaciones conduce a un acceso asimétrico, diferenciado e inequitativo a la alimentación, educación, ocupación,

* La división sexual del trabajo es la división del trabajo con base en el género. En la evolución histórica de la humanidad posterior a la etapa primitiva, a las mujeres, por su capacidad de gestación biológica de la vida, se les delegó la reproducción, crianza, cuidado de los integrantes del grupo social, trabajo doméstico no remunerado y se las confinó al espacio privado. Los hombres fueron encargados del espacio público, productivo (trabajo remunerado), del estudio y de la política.

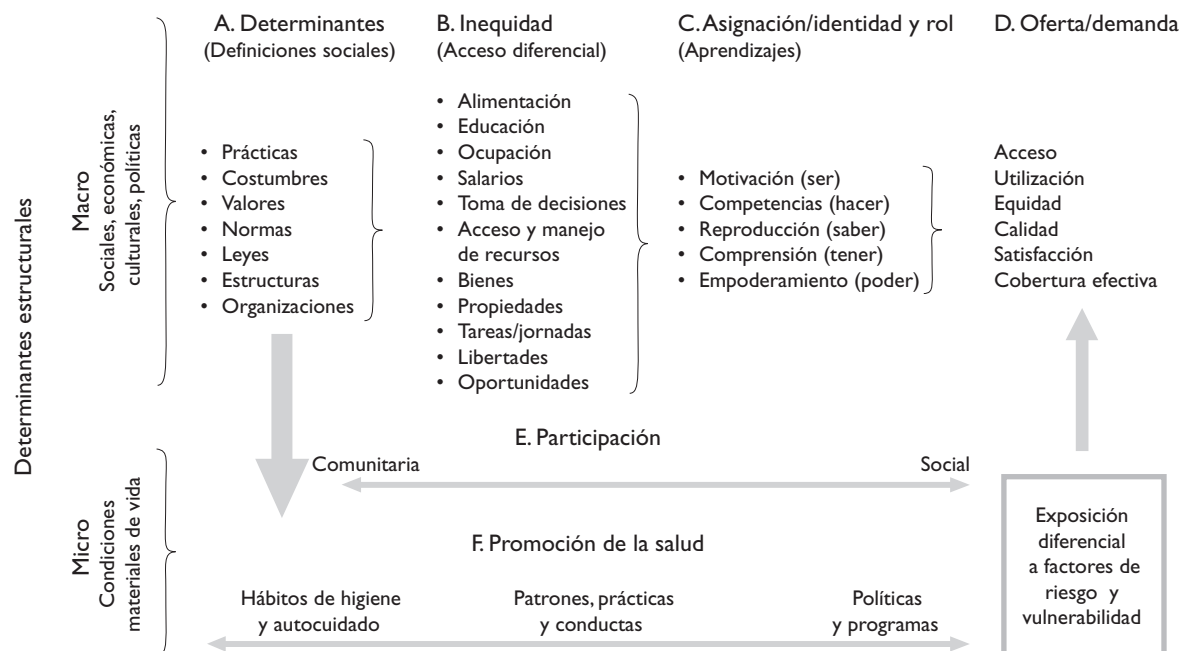


FIGURA 1. MODELO PARA EL ANÁLISIS DEL GÉNERO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD

ingreso, toma de decisiones, manejo de recursos dentro y fuera de la casa, acceso a bienes y propiedades, intensidad de las jornadas de trabajo, uso del tiempo, y libertades y oportunidades para el desarrollo personal y profesional (figura 1, apartado B).⁶

En la mayoría de las sociedades, sobre todo en el medio rural o indígena, la mujer tiende a conservar el rol social de sumisión frente al hombre, restringida en la toma de decisiones, manejo de recursos y oportunidades de desarrollo personal (fuera del espacio doméstico), con énfasis en su rol de cuidadora de la salud familiar y con frecuencia confinada al entorno doméstico. El trabajo masculino se ubica en la esfera pública (mayor visibilidad) dentro del trabajo productivo, el cual es mejor remunerado y más valorado; por el contrario, a la mujer se le enclaustra en la esfera privada y en el trabajo reproductivo vinculado con todas las actividades que la mujer realiza dentro del hogar (preparación de alimentos, limpieza de la vivienda, cuidado de los niños, ancianos y enfermos). La sociedad no compensa de manera monetaria estas labores realizadas por mujeres; más aún, les confiere menos valor que a las actividades laborales remuneradas, aunque todo el trabajo reproductivo sea central para sostener el sistema social y la dinámica familiar.⁶ Un ejemplo de este tipo de relaciones se presenta cuando las mujeres no tienen autonomía para trasladarse y buscar atención médica y

tratamiento durante cualquier padecimiento suyo o de sus hijos; es la figura masculina la que tiende a tener el control y el poder, lo que deja a la mujer subordinada y bajo su tutela (figura 1, apartados C y D).^{7,8}

La perspectiva de género trata de dar cuenta de las relaciones dispares que se establecen en las sociedades para buscar y definir medidas que reviertan dicha inequidad.^{9,10} Hartigan plantea que la salud pública debe considerar la perspectiva de género dentro del “acceso y control de los recursos necesarios para proteger la salud”.¹⁰ Este planteamiento surge toda vez que las sociedades asignan valores diferentes a las actividades y funciones que efectúan hombres y mujeres con respecto al cuidado y atención de su salud y, por lo tanto, producen un acceso y control diferenciales de los recursos que tienen unos y otros.^{10,11}

A partir de los procesos de socialización que se inician desde temprano en la vida de las personas, hombres y mujeres incorporan expectativas sociales, valores, maneras de interpretar el mundo y, sobre todo, prácticas específicas de la vida cotidiana que repercuten en la forma como se construyen las identidades femenina y masculina expresadas en una serie de conductas, hábitos y roles sociales que impactan en todas las esferas del comportamiento¹² y, en particular, en el proceso salud-enfermedad-atención.¹³ En la construcción social de la identidad masculina, se asume y acepta que los hombres

establezcan relaciones de poder, promuevan su imagen como individuos fuertes (“machos” y “bravos”), que busquen riesgos (fumar, consumir bebidas alcohólicas) y realicen actividades extremas, además de visualizar su cuerpo como un instrumento de trabajo y de atractivo sexual. Estos aspectos, en conjunto, contribuyen a que los hombres tengan dificultad para incorporar prácticas de autocuidado en su vida cotidiana o participen en actividades de control y prevención adjudicadas preferencialmente y de forma sesgada a la mujer. En el caso de la identidad femenina, una característica fundamental que la sociedad le ha asignado a la mujer es la sumisión frente al hombre. Se promueve una imagen de pasividad, fragilidad y vulnerabilidad, con limitaciones para realizar ciertas actividades físicas; donde predomina el rol de acompañante pero no de protagonista y se manifiesta la fidelidad incondicional. En cuanto al cuerpo, a diferencia del masculino, el femenino es visto sólo desde la perspectiva reproductiva. A estas imágenes se suma el descrédito al trabajo remunerado y a la doble jornada de la mujer, mientras se destaca el rol social de ésta como cuidadora de los otros –pero no de ella– tanto en la familia nuclear como en la extendida.¹⁴⁻¹⁷ Para hombres y mujeres, los roles asignados y la identidad de género transmiten ciertas competencias, mandatos y conocimientos que, al ser aprendidos, motivan a unos y otras a ser y comportarse de cierta forma frente a sí mismos y frente al mundo que los rodea. En el caso de las mujeres, estos aprendizajes limitan su motivación y sus oportunidades de tener y obtener capacidad para la toma de decisiones, autonomía y empoderamiento en sus interacciones sociales. En el caso de los hombres, su rol e identidad va en el sentido de detentar el poder al crear relaciones asimétricas, en especial con las mujeres (figura 1, apartados C y D).

El rol femenino en las comunidades también afecta la libertad de las mujeres para participar en actividades de promoción de la salud, a pesar de que estos programas están enfocados a ellas. Los aprendizajes de género pueden promover o inhibir los niveles de participación de las mujeres en el terreno individual, comunitario y social, y son los que promueven y fundamentan los hábitos de higiene y autocuidado a nivel familiar, en la medida en que se reproducen patrones, prácticas y conductas expresadas a nivel comunitario, que finalmente acaban por ser integrados y adoptados como formas o modos de vida que pueden ser o no saludables (figura 1, apartados E y F). Por ejemplo, la desaprobación masculina tradicional sobre el hecho de que las mujeres –solteras o no– utilicen anticonceptivos promueve los embarazos e influye negativamente en la búsqueda y utilización de atención médica y, por consecuencia, de acceso a tratamientos oportunos.¹⁸ Las mujeres sufren más rechazo

que los hombres cuando se enferman de una infección de transmisión sexual o son atendidas con menor calidad si sufren de patologías “propias” de los hombres, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares.¹⁹

Promoción de la salud y género

La identidad de género en las mujeres está vinculada con el rol social de cuidadoras de la salud de los otros, por lo tanto, mantienen un contacto estrecho con los servicios de salud formales e informales. Debido a este rol social de cuidadoras, las mujeres tienen prácticas de autocuidado en dos sentidos: a) en el caso de las mujeres de clases sociales bajas, ellas disminuyen o limitan sus prácticas de autocuidado por el tiempo, recursos y energía que destinan para cuidar de los otros; en este sentido, las mujeres priorizan la salud y la atención para los otros, descuidando lo que pueden o deben hacer para sí mismas;²⁰ b) las mujeres de clase media y alta continúan teniendo el rol social de cuidadoras de los otros, aunque con menor detrimento de su autocuidado debido a que cuentan con más recursos y diversos apoyos, además de con una mayor autonomía relativa, pues tienen mayores oportunidades de tener una ocupación remunerada.

La identidad de género, en el caso de los hombres, les imprime características específicas que se reflejan en el autocuidado y prácticas de promoción de la salud: a) rol tradicional de proveedor económico; b) establecen relaciones de control y dominio en sus interacciones personales, laborales y sociales; c) asumen riesgos para reforzar la imagen de masculinidad; d) el cuerpo es visto más como instrumento de trabajo que para prodigarle cuidados; e) restricción para manifestar emociones y sentimientos, en especial aquéllos relacionadas con el miedo, la tristeza, la ternura y el amor. Estas características, en conjunto, dificultan que se provean pautas de autocuidado, lo que deriva en prácticas nocivas como el consumo de bebidas alcohólicas, falta de respeto a las normas de vialidad, práctica de deportes riesgosos y actividad sexual no protegida, entre otras acciones. La menor práctica de autocuidado, aunado esto a la predisposición social de los hombres,²¹ se traduce en altas tasas de homicidios, accidentes de tráfico y cirrosis hepática.^{22,23,24} Debido a su rol de proveedor económico, los hombres están involucrados en accidentes ocupacionales y sufren más riesgos en los sitios de trabajo.^{11,25}

Los programas y mensajes de promoción de la salud van dirigidos, en general, a las mujeres, lo que les provoca una sobrecarga de trabajo porque, además de efectuar todas las tareas domésticas y del cuidado de los integrantes del núcleo familiar, realizan actividades comunitarias relacionadas con el fomento de prácti-

cas saludables. Los hombres tienden a mantenerse al margen de estas prácticas y conductas de salud a nivel comunitario.

En la vida cotidiana, tanto a nivel individual (autocuidado) como comunitario (prácticas, conductas), el género muestra particularidades específicas que se reflejan en riesgos y vulnerabilidades diferenciales para hombres y mujeres, sin embargo, existe poca información de los beneficios que se obtienen cuando se incorpora la perspectiva de género en los programas y políticas de promoción de la salud.²⁶

Participación y género

A partir de la Conferencia de Alma Ata, a finales de los años setenta, el sector salud impulsó la participación de la población desde la planificación, organización y funcionamiento de la atención primaria de salud.²⁷ Diversos autores señalan que la participación en salud más frecuente se da en forma pasiva o de colaboración, por ejemplo, respondiendo a acciones concretas que solicita el personal de salud. Lo menos común es que la población participe activamente en la planificación, organización, funcionamiento y evaluación de todos los asuntos relacionados con la salud.^{28,29,30}

De la participación pasiva a la activa también existen diferencias en el tipo de inserción de hombres y mujeres en la promoción de la salud. Las mujeres han sido las receptoras tradicionales de los programas de salud para incorporarlos a la planificación familiar, la detección temprana de cáncer cervicouterino, el cuidado de los diversos integrantes del núcleo familiar como el niño sano, la nutrición, la prevención y manejo de diarreas e infecciones respiratorias agudas, el cuidado de los ancianos, los enfermos crónicos y el entorno y mejoramientos de la vivienda en el caso de las enfermedades transmitidas por vector. En general, las mujeres son quienes participan en las diversas actividades comunitarias ya sea por cuestiones religiosas, escolares o de salud; sin embargo, su participación es más de colaboración, mediante tareas específicas, que de toma de decisiones.

Además de los programas de los servicios de salud enfocados en la mujer, también se encuentran los programas gubernamentales que, a partir de los años noventa, tienen como beneficiarias a las mujeres. Tanto en los programas de los servicios de salud como en los gubernamentales, la participación de la mujer es marginal, reducida al espacio doméstico-privado; más aún, debido a las tareas del hogar y a las comunitarias que le imponen estos programas, la mujer se sobrecarga de actividades, lo que además limita su inserción en la esfera laboral. Esta modalidad de “impulsar” la partici-

pación de la mujer refuerza los roles tradicionales de la división sexual del trabajo y contribuye a la inequidad de género.³¹ Para estimular la participación ciudadana más efectiva de las mujeres se requiere transitar de la condición de beneficiarias o receptoras de programas gubernamentales a protagonistas, con un papel activo que las convierta en ciudadanas sujetas de derecho.³²

El hombre, por el contrario, se ubica de manera “natural”, sobre todo en los procesos de participación social y en la toma de decisiones; se mueve en los espacios públicos, ya sea en instituciones del Estado o en organismos privados, y concentra los puestos directivos. En algunos países latinoamericanos se han tomado medidas para que existan leyes de cuota de género para contrarrestar las dificultades que enfrentan las mujeres para ocupar cargos públicos. No obstante, para el año 2035, apenas se llegaría a un tercio de la representación femenina en estos cargos.³³

Enfoque de género en las ETV

Rubin y Denman presentan una propuesta para analizar la salud, el ambiente y el género a través de diversos elementos, entre los cuales señalan el concepto “modos de vida”, que integra aspectos materiales, relaciones sociales, clase social, valores y prácticas de la vida cotidiana de hombres y mujeres, que incluyen el acceso y control de los recursos.⁹

Los grupos sociales que ostentan el poder político y económico determinan las relaciones que los seres humanos establecen con el ambiente; las personas de la clase social baja tienen limitaciones individuales para hacer modificaciones en el mismo. Retomando el concepto “modos de vida” y con base en la perspectiva de género, se aborda el tema del dengue, el paludismo y la enfermedad de Chagas, analizando la forma diferencial en la que se enfrentan estos padecimientos entre hombres y mujeres, la cual es particularmente relevante por muchas razones.

La malaria, el dengue y la enfermedad de Chagas son infecciones que se transmiten en el espacio doméstico, aunque muchos de sus determinantes se generan en el peridomicilio, así como en la vecindad/barrio y en la comunidad. En cada uno de esos espacios (hogar, peridomicilio, barrio y comunidad) existen roles específicos de control del espacio y de comportamiento que distinguen a los hombres de las mujeres. Estos roles actúan como factores determinantes en el riesgo de transmisión y favorecen u obstaculizan las acciones de prevención, control y tratamiento de las ETV. La perspectiva de género en el análisis de las enfermedades tropicales proporciona herramientas específicas que permiten una mejor comprensión e identificación

de factores de riesgo, exposición, detección, atención y cuidados de la enfermedad, acceso y utilización de los servicios de salud e impacto en la dinámica familiar, alrededor de los procesos de atención y prevención que se ejercen de manera diferencial en hombres y mujeres, articulada con otros aspectos como su estatus y edad.⁸

En esencia, los roles de género definen quién hace qué dentro y fuera de la casa, con qué lo hace, cuándo y cómo lo hace y con quién lo puede hacer. Por ejemplo, la mujer ocupa ciertos espacios (cocina, patio, lavaderos) y realiza ciertas funciones (limpieza, alimentación, cuidados de la familia, control de animales) dentro del hogar, que la exponen por más tiempo o durante los horarios de mayor riesgo de transmisión de diferentes ETV. Los cuidados del espacio doméstico también están divididos por género y ello repercute en las diversas acciones para mejorar la vivienda y protegerse de los insectos vectores, sea por medio del repellado de paredes, del uso de mosquiteros en puertas y ventanas o de la limpieza del patio, entre otras actividades (cuadro I).³⁴

En el diseño, ejecución y evaluación de los programas o iniciativas de salud ambiental y enfermedades tropicales,^{10,35} las relaciones de género imponen restricciones a las mujeres dentro de sus viviendas pues existen culturas donde es socialmente sancionado que un hombre (en este caso, personal de control de ETV) entre a una vivienda cuando no está el hombre de la casa. De la misma forma, los programas de control no promueven la incorporación de mujeres a las brigadas de vigilancia entomológica para facilitar el acceso y la comunicación con las mujeres dentro de las viviendas. En el caso del dengue y la estrategia de “patio limpio” deben distinguirse las áreas a las que se hace referencia pues no todo el patio (y los objetos que lo componen) es un espacio que esté bajo el control de la mujer.

Para el análisis de las ETV con enfoque de género se plantean tres ejes que contribuyen a su comprensión: el acceso y control de los recursos, la división sexual del trabajo y los procesos de atención (cuadro I).

Acceso y control de recursos

Históricamente, en diversas sociedades el acceso, control y toma de decisiones sobre los recursos disponibles en el hogar o el trabajo han sido ejercidos por el hombre y esto se refleja en todas las dimensiones de la vida familiar –dentro y fuera de la casa–, por lo que la mujer se encuentra en una relación asimétrica con respecto al ejercicio del poder. Esta visión ha surcado los rumbos de la historia bajo la premisa de que el hombre es el miembro productivo en la familia y la mujer es la receptiva de los productos del trabajo. Esta visión tan arraigada impide visualizar a la mujer como un actor social vital para la

economía familiar, comunal, nacional y global, lo que mantiene a las mujeres alejadas de los espacios decisivos y confinadas en sus capacidades para administrar y decidir sobre el destino de los recursos generados en su entorno más cercano.

En el campo de la salud, se dice con frecuencia que las mujeres no tienen autonomía suficiente para decidir cuándo acudir a los servicios de salud o cómo utilizar recursos del gasto familiar para actividades curativas y preventivas de la salud de los miembros de la familia. Esto tiene consecuencias directas en el control de las ETV porque las responsabilidades del entorno doméstico recaen en la mujer, aunque es el hombre quien tiene el control sobre los recursos y las decisiones para el mejoramiento de la vivienda.

En diversos países, el sexo también influye en la desigualdad en el acceso y la distribución de los alimentos y la asistencia a la escuela, lo que incide sobre las enfermedades tropicales (por ejemplo, mujeres adolescentes, pobres y anémicas tienen un mayor riesgo de morbilidad por malaria). En Bolivia, las madres con un menor nivel de escolaridad presentaron un mayor riesgo de transmisión congénita para la enfermedad de Chagas.³⁶ Un estudio en Ecuador informó que el hecho de que la mujer en el área rural busque atención médica para los integrantes de la familia fuera del hogar puede significar que pierda el control de su familia y se cuestione su rol social de cuidadora.¹⁹ Si las mujeres tuvieran mayor control sobre los recursos del hogar se tendría un mayor impacto en la salud y bienestar de la familia (cuadro I).⁸

División sexual del trabajo

La división sexual del trabajo genera condiciones de riesgo diferenciado vinculadas con la identidad masculina y femenina debido a los espacios donde se realiza y a las funciones que se desempeñan en las distintas ocupaciones. La división sexual del trabajo coloca a los hombres como dominadores de la esfera pública (trabajo remunerado) y a las mujeres las confina a la esfera privada (trabajo reproductivo no remunerado), lo que conlleva a diferencias en la intensidad, variedad y magnitud de la exposición a diferentes factores de riesgo que se manifiestan en la incidencia y prevalencia de algunas enfermedades tropicales.¹⁸ La división sexual del trabajo también afecta los conocimientos y el acceso a la información; divide las responsabilidades de realizar medidas preventivas y moldea la habilidad de hombres y mujeres para buscar tratamiento para ellos y sus familias.⁹

Esta división sexual del trabajo delega en las mujeres la responsabilidad de la limpieza de la vivienda y el cuidado de los niños y provoca que estén en contacto

Cuadro I

DENGUE, MALARIA Y ENFERMEDAD DE CHAGAS: MODOS DE VIDA Y SITUACIONES POR GÉNERO EN EL MUNDO

Modos de vida	Padecimiento	Situaciones de riesgo	
		Hombre	Mujer
División sexual del trabajo	Paludismo	<ul style="list-style-type: none"> • Por cuestiones laborales está más expuesto a la picadura del mosquito.³⁵ • En la época de calor, en la India, los hombres y los muchachos de 10 años en adelante duermen fuera de casa sin protector, lo que los expone al piquete del mosquito.⁸ • Ocupación de hombres en la agricultura, minería y actividades que los hacen permanecer fuera en las horas pico los exponen al riesgo.³⁵ • Los hombres enfermos se resisten a acudir a los centros de atención primaria de salud, ya que los consideran adecuados sólo para las mujeres y los niños.¹⁰ • En temporada de calor, los hombres llevan poca ropa en las noches, por lo que muestran mayor incidencia y lesiones más generalizadas por su exposición a los mosquitos.⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres con paludismo padecen abortos.^{18,35} • Mujeres que cosechan maíz antes del anochecer para llevarlo a vender al mercado se exponen a la picadura del mosquito en las horas pico.¹⁹ • Cuando una mujer está enferma recibe ayuda de otra mujer (familiar o vecina), sin embargo, sus tareas nunca son totalmente cumplidas.¹⁸ • Las mujeres que tienen negocios para apoyar la economía familiar, gastan sus pequeñas ganancias en medicinas durante las necesidades de salud.¹⁸ • Durante el embarazo es una causa importante de mortalidad materna, aborto espontáneo y muerte intrauterina. En la mujer gestante contribuye significativamente al desarrollo de anemia crónica.¹⁰ • La búsqueda de tratamiento tiende a ser más tardía en las mujeres que en los hombres afectados, ya sea por falta de tiempo o por la imposibilidad de dejar a sus hijos en otras manos.¹⁰
	Dengue	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupación del hombre en grandes almacenamientos de agua lo colocan en el riesgo de exposición al vector.³⁷ • Ocupaciones en las que los hombres viajan a sitios endémicos incrementa el riesgo a la exposición (soldados, actividades turísticas etc.).³⁷ • Los hombres consideran que el dengue es un problema serio porque afecta la salud individual.³⁷ • Actividades consideradas propias de los hombres para el control del dengue: manejo de llantas de carro, lavado de carros.³⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • Más mujeres que hombres se preocupan por la insuficiente recolección de basura y disposición de aguas residuales.³⁷ • Las mujeres consideraban importante el dengue por su impacto económico y emocional, y porque afecta a la población.³⁷ • Los mujeres con dengue perciben más debilitamiento físico que el hombre, lo que se refleja en tasas altas de demanda de servicios y reporte de síntomas.³⁸ • La mujer tiene una alta exposición a la enfermedad por sus responsabilidades domésticas como almacenamiento de agua, lavar, limpiar y revisar los depósitos de agua en la vivienda.^{37,41}
	Enfermedad de Chagas	<ul style="list-style-type: none"> • En las mejoras de vivienda, los hombres y los niños acarrear el barro y la arena.³⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga laboral y situación emocional por la muerte o discapacidad de sus parejas por la enfermedad.³⁵ • La permanencia de la mujer en la vivienda y en el espacio cercano alrededor de la misma la expone al vector.⁸ • Las mujeres con bajo nivel de escolaridad tienen un riesgo mayor de transmisión congénita.³⁶ • En las mejoras de vivienda, las mujeres son quienes aplican el barro a las paredes y tienen un papel importante en la mejora de las viviendas, pero no toman decisiones para la compra de materiales.³⁴
Manejo y control de recursos	Los tres padecimientos	<ul style="list-style-type: none"> • El hombre tiene el control de los recursos económicos de la familia.¹¹ • Los hombres, al momento de priorizar los gastos de la familia, deciden gastar menos en actividades relacionadas con la salud.⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres utilizan con más frecuencia los recursos económicos de la familia para actividades curativas, preventivas y de promoción de la salud que los hombres.⁸ • Aunque las mujeres tienen mayor predisposición para utilizar los recursos económicos de la familia en atención médica y preventiva, se encuentran con dificultades debido a que dependen de la pareja para decidir sobre el uso de los recursos.⁸ • La enfermedad de otros miembros de la familia tiene repercusiones económicas para las mujeres, cuya jornada laboral se alarga cuando un miembro del hogar está enfermo.⁸ • Hay un vínculo entre la malnutrición y el riesgo o exacerbación de las enfermedades infecciosas. Las mujeres son las últimas en comer y, cuando lo hacen, sus raciones y las de sus hijas son mucho más pequeñas que las de los hombres de la familia.¹⁰ • Darle a las mujeres un mayor control sobre los recursos del hogar tendría un impacto positivo directo en la salud y bienestar de los miembros de la familia.⁸
	Proceso de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando los hombres buscan tratamiento, lo hacen con mayor frecuencia en los servicios formales.³⁸ • Los hombres pueden negarse a admitir la enfermedad si con ello se hacen dependientes de aquellos miembros de su familia a quienes deben cuidar y alimentar.¹⁰ • Los hombres son menos propicios a seguir órdenes de los médicos porque sienten que de alguna manera están cediendo el control.¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres, con mayor frecuencia, se automedican o usan alternativas terapéuticas para no utilizar recursos de la familia en la búsqueda de atención médica.³⁸ • Debido a su rol social de cuidadoras, las mujeres tardan más en buscar atención para sí misma y eso las pone en riesgo. Acuden hasta que la enfermedad interfiere con sus actividades diarias.^{18,38} • El cuidado de las mujeres durante la enfermedad es menos comprensivo que para los hombres.¹⁸

con el agua por cuestiones domésticas. Para los hombres, esa relación se da dentro del contexto de las actividades económicas, por ejemplo, la pesca, agricultura, lavado de autos, manejo de llantas, recolección de piedras y arena; por lo tanto, el hombre tiene contacto con el vector dentro de una ocupación remunerada y la mujer está expuesta por su condición de madre, esposa y cuidadora.^{9,37} En la India, por ejemplo, se observa que en las épocas de calor, los hombres y los niños mayores de 10 años duermen fuera de la casa sin protección, lo que los expone a la picadura del vector de la malaria (cuadro I).³⁵

Procesos de búsqueda de atención

Este eje está vinculado con la toma de decisiones para la búsqueda de atención preventiva y curativa. Si los hombres, en general, acuden con menos frecuencia a los servicios de salud, en el caso de las enfermedades tropicales se reporta que asisten más hombres que mujeres para atenderse, aunque también que éstos tienen más dificultades para seguir las ordenes médicas.¹⁰ Asimismo, existen diferencias en la atención médica recibida según el género. En la relación médico-paciente se observa que los hombres reciben más explicaciones técnicas de sus padecimientos y pronósticos más optimistas que las mujeres.³⁵ Los hombres buscan tratamiento con mayor frecuencia en los servicios formales de salud y, por el contrario, las mujeres se automedican o usan alternativas terapéuticas,³⁸ y se demoran mucho más en buscar atención para no gastar los recursos familiares en sí mismas. Además, las mujeres cuentan con menos apoyos familiares y comunitarios durante la enfermedad que los hombres,¹⁸ aunque ellas informen más sintomatología durante la atención médica.³⁹

Un hecho relevante es que las mujeres tienen varios roles en el cuidado y atención relacionados con las ETV; por ejemplo, en general son las encargadas de los puestos de venta de medicamentos (farmacias), son participantes en las redes de colaboradores voluntarios, son líderes comunitarias y parteras empíricas, o se desempeñan como personal informal dentro de los equipos de salud, lo cual le reditúa a los programas gran parte del éxito que pregonan.⁴⁰ Las mujeres son blanco o elementos sustantivos de las campañas de limpieza ("patio limpio"), recolectoras y responsables del cuidado del agua y forman parte de las brigadas de descacharrización en el control del dengue; son quienes toman muestras, dan tratamiento presuntivo (colaboradores voluntarios en malaria), colocan y mantienen los mosquiteros impregnados en el caso de la malaria, y son quienes mantienen la limpieza de la casa para dejar los domicilios libres de triatominos. Las mujeres

son las transmisoras del conocimiento en las escuelas (maestras) y pueden transmitir el rol de género a sus alumnas si no modifican su visión de mujeres sumisas y responsables de la limpieza, así como del cuidado de los enfermos.⁴¹ Los hombres son los que, por cuestiones laborales, se exponen más a la infección por malaria en los campos agrícolas, pero también contribuyen al riesgo de transmisión por no eliminar criaderos sobre los que las mujeres no tienen control (neumáticos, grandes recipientes, lavado de cisternas, tinacos, herramienta agrícola, etc.) (cuadro I).

Conclusiones

La literatura médica sobre el dengue, la malaria y la enfermedad de Chagas incorpora poco la perspectiva de género al análisis de estos tres padecimientos, aunque los espacios en los que hombres y mujeres desarrollan las actividades cotidianas, así como el rol social que desempeñan, son decisivos para la transmisión, presentación, prevención y manejo de estas enfermedades.

Los abordajes tradicionales de control y prevención de las ETV desde una visión eminentemente biológica y enfocada en el mosquito vector han demostrado ser muy limitadas, costosas, poco sostenibles y de un impacto limitado. Los enfoques basados en un uso más racional de los insecticidas, la incorporación de medidas físicas y biológicas de control, que incluyen a la comunidad como un actor importante de los programas de control e incorporan a la promoción y la prevención como banderas distintivas han sido insuficientes para contrarrestar el impacto de las ETV en los países endémicos. Esta insuficiencia se debe a que los programas de control siguen siendo operados desde la perspectiva de los servicios de salud (autoritaria o paternalista) con un enfoque técnico dirigido al vector, sin considerar los determinantes socioambientales que influyen sobre la dinámica de transmisión de las ETV y sin incorporar una perspectiva de género en el análisis de las determinantes sociales y en el diseño de las intervenciones de promoción, prevención y control. Esta perspectiva nos permite entender los roles que hombres y mujeres mantienen en los diferentes contextos sociales (hogar, comunidad, sociedad), los cuales modifican el riesgo de transmisión, sus conductas preventivas y de control, y las perspectivas de éxito de las campañas de promoción y educación para la salud.

La división sexual del trabajo, el acceso y el control de los recursos, y el proceso de atención se integran como tres componentes que brindan elementos para identificar las diferencias entre hombres y mujeres para la exposición, prevención, diagnóstico y manejo en estos padecimientos. Si bien se presentan algunos estudios

que dan muestra de cómo influye el género en la percepción, la exposición, la detección y el tratamiento de las ETV, es indispensable profundizar en el estudio de esta dimensión y su influencia en el control y la prevención de estas enfermedades. Esto es muy relevante debido a que hay roles diferenciados y espacios definidos en el hogar, en el barrio o en la comunidad que deben identificarse para que las iniciativas de control tengan mayor impacto y posibilidad de disminuir la inequidad entre hombres y mujeres.

El enfoque de ecosalud incluye la perspectiva de género como un elemento central para el análisis de las ETV y de cualquier otro problema de salud, ya que se considera un determinante social muy importante pero que ha sido relegado y poco estudiado, y es indispensable para plantear estrategias de promoción, prevención y control acorde con las realidades y contextos sociales donde estas enfermedades se transmiten.

Agradecimientos

Los autores desean manifestar el agradecimiento al International Development Research Centre (IDRC) de Canadá por su apoyo a través de la iniciativa de Liderazgo en Ecosalud y Enfermedades Transmitidas por Vector (ETV) para América Latina y el Caribe.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Soper FL. The elimination of urban yellow fever in the Americas through the eradication of *Aedes aegypti*. *Am J Public Health* 1963;53:7-16
2. Gómez-Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Publica* 2002;11(5/6):454-461.
3. Lebel J. Salud. Un enfoque ecosistémico. Bogotá: Alfaomega Colombiana SA, 2005.
4. Charron FD. Ecohealth research in practice. Innovative applications of an ecosystem approach to health. Ottawa: IDRC/Springer, 2012.
5. OMS. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Ginebra: OMS, 2008.
6. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género". En: Lamas M (comp.). El género: La construcción cultural de la diferencia sexual. México: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial/PUEG, 1996:327-366.
7. Rathgeber EM, Vlassoff C. Gender and tropical disease: a new research focus. *Soc Sci Med* 1993;37(4):513-520.
8. Allotey P, Gyapong M. The gender agenda in the control of tropical disease: a review of current evidence. Switzerland: World Health Organization, 2005.
9. Rubin-Kurtzman JR, Denman-Champion CA. Género, salud y ambiente en América Latina: una propuesta de análisis y su pertinencia para la red. Los Angeles, California: California Center for Population Research, 2006.
10. Hartigan P. Género, ambiente y salud. Incorporación de un enfoque de género en el trabajo de salud ambiental. Washington DC: OPS/OMS, 1998.
11. Doyal L. Sex and gender: the challenges for epidemiologists. *Int J Health Serv* 2003;33(3):569-579.
12. Lagarde Marcela. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: UNAM/CIIH, 2006.
13. De Keijzer B. Los hombres ante la salud sexual reproductiva: una relación contradictoria. En: Bronfman M, Denman C, ed. Salud reproductiva. Cuernavaca, Morelos: INSP, 2004:59-81.
14. De Keijzer B. Salud y Género AC. El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En: Tuñón E (coord.). Género y salud en el Sureste de México. Villahermosa: Ecosur, UJAD, 1997:67-81.
15. De Keizer B. Salud y Género AC. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En: La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2001:137-152.
16. Szasz I. Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. En: Bronfman M, Castro R, coord. Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina. México: Edamex/INSP, 1999:109-121.
17. Valdés T, Olavarría J. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Chile: Flasco, 1998.
18. Vlassoff C, Bonilla E. Gender-related differences in the impact of tropical disease on women: what do we know? *J Biosoc Sci* 1994;26:37-53.
19. Vlassoff C, Manderson L. Incorporating gender in the anthropology of infection disease. *Trop Med Int Health* 1998;3(12):1011-1019.
20. Hernández-Tezoquipa I, Arenas-Monreal L, Valdez-Santiago R. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev Saúde Pública* 2001;35:443-450.
21. Owens IPF. Sex differences in mortality rate. *Science* 2002;297:2008-2009.
22. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: 2007. Washington DC: OPS, 2007.
23. Gómez-Dantés H, Casto MV, Franco-Marina F, Bedregal P, Rodríguez-García J, Espinoza A, et al. La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2:S72-S77.
24. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Franco-Marina F, et al. La carga de la enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Publica Mex* 2013;55:580-594.
25. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, Moen BE, Benavides FG. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *International Journal for Equity in Health* [Serie en internet] 2013;12-57 [consultado el 25 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.equity-healthj.com/content/12/1/57>
26. Pirooska O, Eckermann E, Mishra US, Nkowane M, Wallstam E. Gender and health promotion: a multisectorial policy approach. *Health Promot Intern* 2007;21:25-35.
27. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre atención primaria de la salud. Alma Ata: OMS, 1979.
28. Hersch-Martínez P. Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso. *Salud Publica Mex* 1992;34:678-688.
29. De Roux G. Participación y cogestión de la salud. *Educ Med Salud* 1993;27(1):50-60.
30. Bronfman M, Gleizer M. Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cad Saúde Públ* 1994;10(1):111-122.
31. Vizcarra-Bordi I. Entre las desigualdades de género: un lugar para las mujeres pobres en la seguridad alimentaria y el combate al hambre. *Nueva Época* 2008;21(57):141-169.
32. Centro de estudios y publicaciones Alforja/ Instituto de derechos humanos Pedro Arrupe. Sistematización de experiencias de participación ciudadana en Costa Rica y empoderamiento de mujeres. Costa Rica: Alforja, 2006.
33. Milosavljevic V. Estadísticas para la equidad de género. Magnitudes y tendencias en América Latina. Santiago de Chile: Cepal/Unifem, 2007.

34. Monroy C, Bustamante DM, Pineda S, Rodas A, Castro X, Ayala V, et al. House improvements and community participation in the control of *Triatoma dimidiata* re-infestation in Jutiapa, Guatemala. *Cad Saúde Pública* 2009;25:S168-S178.
35. Pinto-Dias JC. Las enfermedades tropicales y el enfoque de género. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996;121(3):260-281.
36. Azogue-Esperanza C. La mujer y la enfermedad de Chagas congénito en Santa Cruz, Bolivia: Aspectos epidemiológicos y socio culturales. En: Wijeyaratne P, Rathgeber EM, St-Onge E, eds. *Women and tropical diseases*. Ottawa: IDRC, 1992:194-209.
37. Pérez-Guerra CL, Zielinski-Gutierrez E, Vargas-Torres D, Clack GG. Beliefs and practices about dengue in Puerto Rico. *Rev Panam Salud Publica* 2009;25(3):218-226.
38. Vlassoff C. Gender differences in determinants and consequences of health and illness. *J Health Popul Nutr* 2007;25(1):47-61.
39. Cobra C, Rigau-Pérez JG, Kuno G, Vorndam V. Symptoms of dengue fever in relation to host immunologic response and virus serotype, Puerto Rico, 1990-1991. *Am J Epidemiol* 1995;142(11):1204-1211.
40. World Health Organization. Scaling up Home-Based management of malaria. From Research to implementation. Geneva:WHO/Unicef/UNDP/World Bank, 2004.
41. Gómez-Dantés H. Documenting outputs, outcomes and learning from ecohealth projects: dengue, final report, 2007 IDRC, Ottawa, Canada. [Consultado en agosto de 2013]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10625/36178>.