



Revista Facultad Nacional de Salud Pública
ISSN: 0120-386X
revistasaludpublica@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
Colombia

Estrada M., John Harold
Género y salud: articulación necesaria, desafío inaplazable
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 23, núm. 1, enero-junio, 2005, pp. 71-77
Universidad de Antioquia
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023107>

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

R e v i s i ó n

John Harold Estrada M.¹

Género y salud: articulación necesaria, desafío inaplazable

Resumen

Se presenta en este artículo la perspectiva de género para el análisis de la situación de la salud, así como la necesaria articulación de las categorías género y salud para entender los diferenciales de la salud de la mujer respecto del varón. Se plantea la inminencia de utilizar indicadores de salud con perspectiva de género, entendidos como la construcción teórica que, aplicada a unidades de análisis de una población, arroja una cifra, absoluta o relativa, que refleja diferencias entre mujeres y hombres en relación con la salud, atribuidas, fundamentalmente, a características o variables socioculturales. Al estudiar la información epidemiológica de morbilidad y mortalidad disponible para hombres y mujeres, se encuentra que esta enmascara una gran parte de los problemas de mayor prevalencia e incidencia en ambos sexos, como por ejemplo, que las mujeres están expuestas a condiciones extremas de privación de recursos para desempeñar su doble o triple jornada diaria en muchas sociedades y que los hombres expresan una so-

bremortalidad por accidentes y violencia visible a lo largo de toda la vida, que está asociada estrechamente con actitudes y conductas estereotípicamente masculinas, tales como agresividad, intrepidez, osadía e ingestión excesiva de alcohol. Se recomienda prestar atención específica a aquellos procesos que subyacen a la mala salud de hombres y mujeres que trascienden el individualismo biomédico y a estudiar las fuerzas sociales e históricas que generan desventajas en el disfrute de la salud por razones de género, pasando del ámbito individual al ámbito colectivo.

Palabras clave

Perspectiva de género, salud de las mujeres, salud de los hombres, indicadores de salud, identidad de género

1 Odontólogo, magíster en educación comunitaria de la Pontificia Universidad Javeriana; magíster en salud pública de la Universidad Nacional de Colombia; estudiante del programa de doctorado en salud pública de la Universidad Nacional de Colombia; profesor asociado de la Facultad de Odontología y de la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia. E-mail: estradamontoya@hotmail.com

Recibido: 13 de septiembre de 2004 Aceptado: 11 de abril de 2005

Gender and health: a necessary articulation, an undefeatable challenge

Abstract

The gender perspective is presented throughout this article as a means of analysis of health situation as well as the necessary articulation between gender and health categories in order to understand the differentials in women's health with respect to that of men. The imminence of utilizing health status indicators through gender perspective is proposed. This is conceived as a theoretical construction that shows absolute or relative figures that reflect differences in terms of health between women and men due mainly to socio-cultural characteristics or variables when they are applied to units of analysis in a certain population. When the epidemiological information of morbidity and mortality for men and women which is available to examination is studied, an enclosed huge percentage of problems of great prevalence and incidence on both sexes is found. Thus, for instance, that women are exposed to extreme conditions of lack of resources for their double or treble day's work in many societies, and that men show an over mortality due to accidents and violence, all of this visible along their lives, strongly associated with stereotyped male attitudes and behaviors such as aggressiveness, bravery, audacity and an excessive ingestion of alcohol. It is recommended to give special attention to those processes underlying the unhealthy lives of women and men which transcend the biomedical individualism, as well as to study the social and historical forces that generate disadvantages when enjoying good health because of gender reasons, going from individual to collective boundaries.

72

Key words

Gender perspective, women's health, men's health, health status indicators, gender identity

Introducción

En muchos países la articulación de las categorías género y salud se ha reducido al conocimiento de la salud materno-infantil, al estudio de indicadores de morbilidad y mortalidad de la mujer y, en el mejor de los casos, a la descripción de diferenciales de la salud de la mujer respecto del varón. La perspectiva de género en el análisis de la situación de la salud permite desarrollar acciones diferenciadas para cada sexo, de acuerdo con sus problemas y necesidades, y por lo tanto, desarrollar conocimientos concretos sobre la situación de las mujeres con respecto a la de los hombres en el mundo, lo que refleja la existencia de opresión e injusticia en la organización genérica de las sociedades, a favor fundamentalmente del sexo masculino.¹

Esta perspectiva, aplicada al análisis de la salud de la mujer, dirige la atención hacia la dialéctica de las relaciones entre la biología y el medio social, que se plasma en situaciones de desventaja o ventaja de las mujeres frente a los hombres; desigualdad esta que se entiende en términos de las probabilidades de gozar de salud, de enfermar o de morir. Algunos aspectos que ilustran el efecto diferenciador de los factores de género sobre la salud de los individuos son:

- La sobremortalidad masculina por accidentes y violencia, visible a lo largo de toda la vida, está asociada estrechamente con actitudes y conductas estereotípicamente masculinas, tales como agresividad, intrepidez, osadía e ingestión excesiva de alcohol.²
- La prevalencia de depresión es dos y tres veces más alta entre las mujeres que entre los hombres y está menos relacionada con factores hormonales que con estilos de personalidad y experiencias ligadas al tipo de socialización-cultura y a oportunidades diferenciales por género.³

El hecho de que en América latina, más de 80% de las personas hagan recaer sobre la mujer la responsabilidad de regulación de la fecundidad y, junto con ello, el padecimiento de los efectos colaterales nocivos de la tecnología anticonceptiva habla

sobre las desventajas de la mujer en este aspecto. Las mujeres con múltiples roles terminan con más deberes y más presiones de tiempo y estrés, lo cual aumenta sus posibilidades de presentar problemas de salud agudos y crónicos y disminuir las posibilidades de buscar atención para solucionarlos.⁴

Este fenómeno no tiene igual comportamiento en las diferentes regiones del mundo, lo cual está dado por los múltiples factores de índole social, cultural y económica que inciden en él, de manera que es de vital importancia la identificación de los factores que conforman las diferencias de género en cada región para poder actuar de forma apropiada sobre ellos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1995 en el *Programa de mujer, salud y desarrollo* consideró que la condición de género da lugar a tres tipos de actividades que son: las productivas, las reproductivas y las de gestión comunitaria, en las que se reconocen los tres tipos de roles de género que hay que tener en cuenta cuando pretendemos situarnos en el análisis del proceso salud-enfermedad desde esta perspectiva. El rol reproductivo se refiere a la reproducción biológica y a las actividades que garantizan el bienestar y supervivencia de los individuos que componen el hogar, como la crianza, la educación, la atención y el cuidado de los miembros, además de la organización y mantenimiento del hogar. El rol productivo se refiere a las actividades que proveen ingresos personales y para el hogar, bien sea en dinero o en especie. El rol de gestión comunitaria se refiere a todas las actividades que se realizan para aportar al desarrollo o a la organización política de la comunidad y puede tomar la forma de participación voluntaria en la promoción y el manejo de actividades comunales. El desempeño de estos tres roles es diferente para mujeres y para hombres, con las primeras más ligadas a los roles reproductivos, de servicio y de gestión comunitaria, lo que en el caso de la salud se asocia fundamentalmente a las de agentes promotoras de la salud comunitaria; y en los hombres, es más frecuente la realización de los roles productivos y de gestión comunitaria, en este último, principalmente desde la posición de toma de decisiones.⁵

Indicadores de salud: una alternativa para el análisis de la salud desde la perspectiva de género

Un indicador de salud con perspectiva de género se define como “la construcción teórica que aplicada a unidades de análisis de una población, arroja una cifra, absoluta o relativa, que refleja diferencias entre mujeres y hombres, en relación con la salud, atribuidas, fundamentalmente, a características o variables socioculturales”⁵. En un intento por avanzar en la construcción de este tipo de indicadores, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señaló en 1997 que para la definición de los problemas que fueran a estudiarse desde una perspectiva de género se deberían considerar los siguientes criterios:⁵

1. Impacto global sobre la supervivencia y calidad de vida de las personas. Esto reflejará la importancia del problema en función de sus consecuencias, frecuencia de ocurrencia, costos y el interés público que este posea.
2. Potencial como demarcador de especificidad, diferencia e inequidad. La especificidad se refiere a lo que se manifiesta solo en un sexo; la diferencia expresa las manifestaciones que se dan entre los sexos, que emergen como marcadores no salvables, como por ejemplo, las relacionadas con el preparto y el posparto; y por inequidad se entienden las diferencias socioculturales, que resultan injustas y, por tanto, evitables.
3. Susceptibilidad de modificación a través de intervenciones. Consiste en seleccionar los problemas de salud y considerar el posible efecto sobre ellos de acciones encaminadas a su solución, control o disminución.
4. Valor informativo sobre aspectos de salud más amplios que el directamente medido. Se refiere al aporte teórico y metodológico de los posibles resultados del estudio.
5. Disponibilidad de la información para el diagnóstico y el tratamiento.

Con esto en mente y, al estudiar la información epidemiológica disponible de morbilidad y mortalidad

para hombres y mujeres, se encuentra que enmascara una gran parte de los problemas de mayor prevalencia e incidencia en los dos sexos, como por ejemplo, que las mujeres están expuestas a condiciones extremas de privación de recursos económicos para desempeñar su doble o triple jornada diaria en muchas sociedades.⁶

La práctica doméstica depende casi totalmente del trabajo femenino; la mujer padece de subvaloración en el empleo y de discriminación sistemática en el campo de la alimentación (la desnutrición femenina es mayor que la masculina) y de la recreación, así como en la formación y el acceso a educación formal y no formal; recibe además menor remuneración por trabajo equivalente al de los hombres; está sometida a formas de vida cotidianas bajo patrones de dominación patriarcal y a subordinación; son víctimas de maltrato intrafamiliar; tienen menor acceso a servicios públicos —en particular, de salud—; y todo esto con una mínima cuota de poder de participación en la conducción de la vida social y política, según queda demostrado en la baja tasa de participación femenina en los órganos de dirección gubernamentales de las principales democracias occidentales.⁷

Frente a los datos cuantitativos internacionales comparables que introducen la categoría de género —disponibles en los informes anuales de salud-enfermedad de la población, como también en el informe mundial de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{2, 8} o los informes de desarrollo humano—⁹ se aprecia que son muy limitados y que se reducen a dos, así: 1) *el índice de desarrollo de género*, que considera variables relacionadas con la educación, el ingreso y otros aspectos económicos, así como la participación social de hombres y mujeres, y 2) *el índice de potenciación de género*, que evalúa aspectos relacionados con las brechas en la toma de decisiones y el acceso al poder.⁵

A pesar del avance que la inclusión de estos índices ha significado para disminuir la brecha de inequidad y desigualdad entre hombres y mujeres, aún estamos lejos de contar con herramientas sensibles a las diferencias de género que permitan mejorar la comprensión del proceso salud-enferme-

dad de hombres y mujeres y, por ende, introducir políticas públicas en salud diferenciadas y adecuadas a las necesidades, expectativas e intereses de hombres y mujeres, con lecturas de edad, clase social, color de piel, opción sexual, política o religiosa, por mencionar solo algunas.

La inclusión de los indicadores con perspectiva de género resulta de utilidad para constatar las diferencias entre mujeres y hombres por medio de la lectura desde esta propuesta teórica, lo que puede devenir en una alternativa atractiva a los enfoques tradicionalmente utilizados.

Género: salud y cotidianidad

Las diferencias de género en las condiciones de salud-enfermedad pueden reflejarse a través de un grupo de aspectos biológicos con implicaciones sociales, como por ejemplo la edad, que en términos de salud cobra mayor importancia porque las etapas del proceso vital traen aparejados cambios en los niveles biológico, sicológico y sociocultural. En la edad reproductiva, de 15 a 49 años, la mujer está en condiciones de tener y criar a los hijos y de enfrentar el trabajo en el hogar y fuera de él, lo que hace que esté expuesta a una mayor carga de enfermedad y que, por ende, el costo de mantener o recuperar la salud (en términos de la unidad de pago por capitación (UPC) para el caso de Colombia, por ejemplo) sea el más elevado de todos los subgrupos de edad y sexo, mientras que los hombres de la misma edad están en la plenitud de su vida laboral, actividad que realizan en muchas ocasiones casi de forma exclusiva, lo que hace que entre ambos existan diferencias en las formas de vivir, enfermar y morir.¹⁰

Con relación al costo de mantener la salud en este período, el valor para los hombres es la tercera parte del de las mujeres, lo cual determina un factor de inequidad adicional a los ya comentados. En las edades entre 49 y 54 años aparecen los cambios climatéricos más evidentes, muchas veces agravados por situaciones no biológicas, y en la llamada tercera edad, la mayoría de las personas concurren al período del retiro que provoca cambios en las actividades y el poder frente a los recursos económicos, generando diferencias entre sexos en los

problemas de salud crónicos y degenerativos. Si a esto le sumamos que las mujeres tienen expectativas de vida más prolongadas que los hombres, es decir, que mueren más tarde que los varones, encontramos que estarán mayor tiempo expuestas a enfermedades y que deberán destinar mayor cantidad de recursos para atender estos eventos, recursos que seguramente para este período de la vida estarán bastante menguados por efectos del desempleo, subempleo, una pensión precaria y responsabilidades familiares adicionales.¹¹

En todas las edades la percepción de salud de las mujeres es peor que la de los hombres y se intensifica con la edad, factor que no se traduce en mayor demanda de servicios de salud, pues las mujeres consultan en promedio mucho más tarde que los hombres de su misma edad,¹⁰ quedando postergada la posibilidad de prevención y atención temprana de la mayoría de enfermedades, con la consecuente carga de enfermedad mayor para ellas que para ellos.¹² Las enfermedades más frecuentes en la mujer son los dolores óseos y articulares y las relacionadas con los problemas de la presión sanguínea y trastornos del sueño. En las mujeres, los accidentes en el hogar aparecen con mayor frecuencia a causa de que ellas permanecen más tiempo allí, con la responsabilidad del trabajo doméstico. Para muchas mujeres de las áreas rurales de África, Asia y América latina, el buscar agua en lugares lejanos al hogar las expone a ciertas enfermedades trasmisibles (como la esquistosomiasis) y al cocinar con leña se exponen a padecimientos pulmonares con mayor frecuencia que los hombres.⁹

Por otro lado, se considera que mujeres y hombres no solicitan atención médica por los mismos motivos y que la demanda es también diferente por especialidad. Las mujeres consumen de tres a cuatro veces más analgésicos que los hombres, utilizan en mayor medida los tranquilizantes e hipnóticos y se automedican con mayor frecuencia para tratar de aliviar los malestares de la cotidianidad; de igual manera tienden a utilizar más hipotensores y medicamentos para procesos reumáticos. Si la enfermedad ha requerido de hospitalización, al darse de alta las mujeres tienen menor acceso a medicamentos, exámenes especializados y a consultas de seguimiento.

miento que los hombres, lo cual deteriora aún más su salud y los ingresos del núcleo familiar.¹²

A manera de epílogo

Los patrones de construcción de la masculinidad y la feminidad (socialización diferencial) son importantes para cada uno de los sexos porque influyen en gran medida en la autovaloración y la imagen que tienen hombres y mujeres de sí. La subjetividad diferente para unos y otras condiciona que los patrones autoevaluativos sean diferentes, toda vez que los hombres se realizan generalmente en función de ellos mismos, pendientes de su rendimiento y realización social y sexual, mientras las mujeres lo hacen en dependencia de lo que son capaces de dar a los otros.¹³ Esto puede conducir a que muchas mujeres tengan una imagen autovalorativa negativa de sí mismas, lo cual se refleja en:^{11, 13}

- Insatisfacción con su vida.
- Tolerancia a las descalificaciones, faltas de respeto, maltratos de distinto tipo (físicos, sicológicos, afectivos, laborales, económicos y legales).
- Descuidos significativos de sí misma, de su salud, de su imagen corporal y de su bienestar.
- Olvidos o postergaciones, a veces para siempre, de necesidades, fantasías o proyectos propios.
- Las inhibiciones de todo tipo, sostenidas por la idea de “no voy a poder”.
- Idealización de otras personas.
- Descalificación de sí misma.
- Intensidad en su autocrítica.
- La dificultad para aceptar elogios, reconocimientos o regalos.
- Ubicación en la familia y fuera de ella como la “última de la lista”.

Como se ha resaltado en la presentación, en la mayoría de las publicaciones del sector salud, el tema de la salud de la mujer se ha relacionado en gran medida y, en ocasiones exclusivamente, con la

salud reproductiva, con miradas reduccionistas que solo implican lo biológico.^{14, 15} Es importante tener en cuenta en los programas sensibles al género, además de las variables relacionadas con el sexo, aquellas que se relacionan con el proceso vital, la existencia o no de pareja, lo relacionado con la planificación familiar, la escolaridad, la ubicación geográfica, la clase social y las implicaciones que el ejercicio libre de la reproducción tiene sobre la disposición del tiempo y la salud mental de la mujer.

Un programa de salud sensible y transformador de relaciones de género debe explorar la relación entre salud y sexualidad de las mujeres y, por tanto, incluir como mínimo los siguientes componentes:

1. Análisis de las limitaciones en la sexualidad: las dificultades que enfrentan las mujeres para acceder al *ejercicio pleno de su sexualidad** y la forma en que estas influyen en su calidad de vida y, por ende, en su salud.

2. Mitos y tabúes relacionados con el ciclo vital femenino: las condiciones de vida y algunas circunstancias vinculadas más al proceso vital y cultural que a enfermedades específicas repercuten en la posibilidad de asumir y vivir plenamente la sexualidad y la maternidad.

3. La invisibilización de la sexualidad femenina: el lugar que se asigna a la sexualidad en los programas de salud y las bases ideológicas ocultas que estos imponen a las mujeres en los servicios de salud.

Las necesidades de hombres y mujeres derivan de la interacción entre lo biológico, lo subjetivo y lo sociocultural, y por lo tanto hay que tomar esta triple determinación para responder de manera equitativa a necesidades diferenciales. Se debe obtener información sobre los grupos que, según los patrones de género, se encuentran en desventaja relativa e incluirlos en los índices que miden riesgo y vulnerabilidad para la salud.¹⁶

Finalmente, invitamos a los lectores y a las lectoras a prestar atención específica a aquellos pro-

* Este concepto tan complejo tiene que ver, entre otros aspectos, con la comprensión de los imaginarios que acompañan la iniciación sexual de las niñas, la sexualidad adolescente, la materialización del deseo, la opción sexual, la riqueza en el disfrute de la sexualidad, la opción de la maternidad, los cambios y la madurez que permite el arribo a la menopausia.

cesos que subyacen a la mala salud, que trascienden el individualismo biomédico y a estudiar las fuerzas sociales e históricas que generan las desventajas por razones de género, pasando del ámbito individual al ámbito colectivo.

Referencias

1. Bourdieu P. La dominación masculina. 2^a ed. Barcelona: Anagrama; 2000.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2004: cambiamos el rumbo de la historia. Ginebra: OMS; 2004.
3. Castañeda I, Astrain ME, Martínez V, Sarduy C, Alfonso AC. Algunas reflexiones sobre el género. Rev Cubana Salud Pública 1999; 25(2): 129-142.
4. Viveros M. Género y salud en Colombia. En: Franco S. (ed.). La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 481-494.
5. Castañeda I, Bayarre HD. Indicadores de salud: una alternativa para el análisis de la salud desde la perspectiva de género. En: Sarduy C, Alfonso AC (eds.). Género: salud y cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.
6. Profamilia, Fondo de Población para las Naciones Unidas. La salud reproductiva de las adolescentes de 15 a 19 años en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: Profamilia, UNFPA; 2002.
7. Scott J. La querelle de las mujeres a finales del siglo xx. New Left Review 2000; 3 (julio-agosto): 97-116.
8. World Health Organization. The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
9. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 2003. Los objetivos de desarrollo del milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza. Madrid: PNUD; 2003.
10. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia: cinco años de la puesta en marcha de la Ley 100. 4^a ed. Bogotá: Fescol, Fundación Corona; 1999.
11. Artiles L. Políticas de salud con perspectiva de género a las puertas del tercer milenio. En: Sarduy C, Alfonso AC. Género: salud y cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.
12. Céspedes JE, Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C, et al. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. Rev Salud Pública 2000; 2(2):145-164.
13. Costa AM, Merchán-Hamann E, Tajer D. Saúde, equidade e gênero. Um desafio para as políticas públicas. Brasília: Universidade de Brasília; 2000.
14. Castro A. Determinantes socio-políticos de la infección por VIH: violencia estructural y culpabilización de la víctima. Conferencia 2º Foro Latinoamericano de VIH/sida. La Habana, 10 de abril de 2003.
15. García JM, Walker N, Cuchi P, Lazzari S, Ghys PD, Zacarias F. Status of the HIV/AIDS epidemic and methods to monitor it in the Latin America and Caribbean region. AIDS 2002;16(suppl 3): S3-S12.
16. Artiles L. Crítica desde la perspectiva de género al índice *equidad de la contribución financiera* del informe de la OMS 2000. En: Seminario Internacional el Derecho a la Salud y la Equidad en los Servicios de Salud. ¿Equidad? El problema de la equidad financiera en la salud. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; 2001.