

Igualdad y Equidad de Género en Políticas de Salud

Por Evangelina García Prince

Capítulo de la obra "Salud Pública. Enfoque bioético"

Editor Hernán Málaga. Editorial Desinlimed, C.A. Caracas, 2005.

I Mujeres y Políticas de Desarrollo

La presencia de las mujeres en las políticas de desarrollo ha estado signada por nuestra exclusión de las referencias, metodologías y contenidos de los paradigmas y estrategias que lo han orientado, lo cual es un indicador incuestionable de la desvalorización humana que se nos brindó en el contexto del proceso.

La incorporación de nuestras necesidades en la atención de los gobiernos y de los organismos internacionales ha sido progresiva. La ONU¹ ha señalado que en esa evolución se pueden distinguir varias fases. En un primer periodo, 1945 a 1962, cuando se creó la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (Commission for the status of woman) y se adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el interés se centró en el señalamiento de las desigualdades, en la determinación de los obstáculos para el logro de la Igualdad y se recomendaron acciones orientadas al logro de la Igualdad Jurídica, casi exclusivamente.

Entre 1963 a 1975 los Estados comenzaron a responder positivamente a las demandas de Igualdad Jurídica, impulsados en gran medida por la aprobación de la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Por esas fechas apareció el documento "Estrategia de Desarrollo Internacional para la Segunda Década (1971-1980)", donde se menciona muy brevemente y por primera vez a las mujeres en el desarrollo: se hablaba de la necesidad de la "plena integración de las mujeres al esfuerzo total del desarrollo". Fueron años de ensayos sobre la formulación de políticas dirigidas a las mujeres, cambios de actitudes y compromisos políticos en relación con la población femenina, así como de creación de estructuras institucionales muy preliminares. En este período se celebró la Primera Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, en México en 1975, bajo el lema de Igualdad, Desarrollo y Paz. En ella se definió el derecho de las mujeres a disfrutar de los beneficios del desarrollo y a ser integradas al proceso como una condición para el logro de sus metas y la obtención de una paz duradera. Fue un período muy dinámico y bastante disparejo en la evolución de la consideración de la situación de las mujeres,

¹

The United Nations. Department of Public Information: "The United Nations and the advancement of Woman. 1945 - 1995. United Nations. New York. 1995

especialmente las de los países subdesarrollados que estuvieron en el foco de interés de aquella etapa.

Durante la tercera fase, en los años que van de 1976 a 1985, que correspondió a la llamada Primera Década de ONU hacia la Mujer, se produjo un importante cambio en la conciencia internacional acerca del impacto que tiene la situación de la población femenina en el desarrollo, especialmente a través de fenómenos generalizados como la pobreza, la superpoblación, el analfabetismo, la desnutrición y otros semejantes. Estos hallazgos fundamentaron la adopción de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, (CEDAW), en 1979, configurada como carta fundamental de los derechos humanos de las mujeres. La Tercera Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Nairobi representó el momento culminante de esta tercera etapa. Ya en la Segunda Conferencia reunida en Copenhague, en 1980, la mujer había sido declarada "agente y beneficiaria del proceso de desarrollo en todos los sectores y todos los niveles".

La cuarta fase iniciada en 1986, se extiende hasta 1995. En ella hubo un avance significativo en la comprensión de las necesidades de la población femenina como un importante *issue* en las políticas públicas, en gran medida impulsado por la aparición del enfoque de género, como referencia para entender, significar y proponer cambios que eliminasen los factores estructurantes de la desigualdad, de la exclusión y de la subordinación de las mujeres. Esta época culminó con la IV Conferencia Mundial de la Mujer, en Beijing.

Actualmente muchas y muchos especialistas y estudiosos hablan del tiempo presente como una fase distinta a la cual están denominando Etapa Post Beijing² y que estaría caracterizada por la emergencia de importantes categorías de análisis y aplicación en las políticas públicas, tales como las que suponen la Igualdad de Oportunidades, el Género en el Mainstream, los criterios de Derechos Humanos y la resignificación de la Ciudadanía de las mujeres, como importantes dimensiones comprensivas.

La reflexión anterior confirma que la mención de las mujeres en las estrategias de desarrollo y en las políticas públicas es relativamente reciente, si se compara con los orígenes temporales de las propuestas. El interés sistemático y amplio³ comenzó con la reflexión que suscitó la aplicación del análisis de género, el cual reveló que hasta los años

² Ana Isabel García: Conquista, compromiso y cambios de políticas públicas para la equidad de género en la era Post Beijing. Documento de Trabajo. Fundación GESO. San José de Costa Rica. 1998

³ Antes de los años 80 el único estudio crítico que se conoce sobre las mujeres en las políticas públicas es el de Jorge Graciarena, publicado como documento de la primera Conferencia de la Mujer de México CEPAL: La participación de la Mujer en el Desarrollo de América latina. Documento E/CONF.66/BP/8/Add.1. 13 de mayo de 1975.

80 los enfoques empleados habían mantenido relativamente enmascarado el hecho de que todos consagraban la asimetría de los géneros, los patrones de subordinación de las mujeres y habían logrado perpetuarse con apoyo de los gobiernos y las organizaciones cooperantes, en la medida que eran menos desafiantes de tal asimetría y mantenían a las mujeres fuertemente articuladas a sus roles reproductivos.

Últimamente se ha puesto al descubierto que la situación de las mujeres nunca fue parte de los referentes esenciales empleados en el discurso político planificador que ha definido el rumbo oficial de nuestras sociedades. Las iniciativas dedicadas a la mujer tuvieron, durante muchas décadas y aun tienen en muchos países, un carácter no sólo secundario y tangencial en las propuestas oficiales, sino además fragmentario.

Ha corrido mucho agua bajo los puentes desde que Esther Boserup denunció en su obra de 1970, "El papel de las mujeres en el desarrollo económico", que las estrategias de desarrollo habían incrementado las desventajas en favor de una mayor competitividad económica de los hombres sin mayores beneficios para las mujeres. Esta denuncia revolucionó en alguna medida el ambiente de la cooperación internacional para el desarrollo y reveló el carácter crítico de las tareas femeninas en la subsistencia del grupo familiar, pese a que se las había excluido de las oportunidades económicas y su situación general había desmejorado ante sus comunidades. Fue una advertencia para que las y los planificadores consideraran y reconocieran el papel de las mujeres, sin lo cual el desarrollo de los países no sería posible.

Fueron años en los cuales se dieron iniciativas desarticuladas por parte de los gobiernos, así como de gran crecimiento de la crítica y de la ciencia feminista. En ese momento las mujeres aparecieron como un actor social nuevo y diferente con crecientes niveles de organización, lo cual legitimó la introducción de sus necesidades e intereses en la agenda pública, lo que a la larga colocó a las mujeres, explícita o implícitamente, en las propuestas de desarrollo. A medida que el concepto de desarrollo ha pasado a ser global e inclusivo mas allá del simple crecimiento económico, han aumentado las exigencias de comprensión e interpretación de los roles de las mujeres. Muchas discusiones se han producido y muchos esfuerzos se han invertido desde que pasaron, de ser consideradas como auténticos obstáculos al desarrollo, como implícitamente se las significaba en las interpretaciones de los años sesenta, hasta vérselas como sujetos del proceso con toda la legitimidad que sólo disfrutaban los varones.

La evidencia empírica de su situación en áreas sustantivas del bienestar y la ciudadanía sirvió como marco demostrativo de las insuficiencias de las estrategias y planes, para

satisfacer las necesidades y demandas de la población y sembró dudas e inquietudes sobre el tipo de referencia y valores sobre los cuales se formulaban las políticas. Los estudios e investigaciones han conducido a reconocer que los logros son insuficientes y están lejos de satisfacer las necesidades e intereses de la masa de mujeres de América Latina y El Caribe.

La irrupción reciente del enfoque de Género en el Desarrollo precipitó consideraciones novedosas, con vectores sectoriales de la mayor importancia como los que tienen que ver con la educación, la capacitación laboral y la división del trabajo, el acceso a recursos y beneficios, la salud, la erradicación de la violencia de género, la educación, la toma de decisiones, la ciudadanía, la población y el ambiente, entre otros.

Y pese a que la práctica política y administrativa de los Estados nacionales, aun está fuertemente impregnada de las ideologías economicistas y por lo que se refiere a los géneros, recoge básicamente propuestas androcéntricas, no hay duda que los hechos demuestran que resulta insostenible pretender el desarrollo de las sociedades con único soporte en el cálculo del comportamiento de variables económicas.

II. La salud en las Conferencias Mundiales sobre la Mujer

En las cuatro Conferencias celebradas desde 1975, el tema de la salud ha sido un componente permanente con una clara evolución hacia su completa comprensión como un derecho humano que exige respeto a las diferencias de género y tratamiento equivalente para hombres y mujeres.

Ya en México (1975)⁴ la salud fue calificada como un derecho humano en cuyo ejercicio las mujeres tenían desventaja frente a los hombres. La Conferencia consideró a las mujeres de ciertos grupos como “vulnerables” en salud y el énfasis giró alrededor de los siguientes ejes: a) la importancia de la nutrición para el disfrute de una salud satisfactoria física y mental y consecuentemente para garantizar una adecuada incorporación de las mujeres a las actividades del desarrollo, al fortalecimiento de la familia y en el logro de una vida igualitaria; b) atención a las necesidades de las mujeres rurales; c) énfasis a las necesidades de salud vinculadas a la esfera reproductiva de las mujeres y la salud de la prole; d) atención al aprovechamiento de las mujeres como agentes activas de atención a la salud familiar y comunitaria; e) atención a las capacidades productivas de las mujeres, en materia de alimentos. En síntesis puede decirse que en México el tratamiento que se dio a las mujeres en salud fue instrumental y muy cercano a la visión mujerista de sus

⁴ U.N. Documento: E/CONF.66/34 (76.IV.1),1976

necesidades y capacidades lo cual dio lugar al conocido enfoque Mujeres en el Desarrollo (MED).

La Conferencia de Copenhague (1980) insistió en la conveniencia de acelerar los procesos gubernamentales iniciados desde la primera Conferencia. Gran parte de las reflexiones se volcaron al fortalecimiento de los aspectos institucionales de las políticas dirigidas a las mujeres. En salud hubo recomendaciones concretas referidas a la necesidad de examinar las necesidades en la perspectiva del ciclo de vida de las mujeres con políticas adecuadamente formuladas en todos los niveles de las administraciones nacionales y locales, soportadas en adecuadas investigaciones y estadísticas epidemiológicas. Apareció el tema de la violencia contra las mujeres en todas sus formas como un asunto de salud pública, así como la necesidad de dar atención a las mujeres trabajadoras y los riesgos asociados a la actividad laboral. En el señalamiento de las prioridades aun cuando se seguía dando énfasis a la atención a la reproducción y la salud familiar, se advirtió que no eran estas las únicas áreas que competían a la salud de las mujeres.

En 1985, en la Conferencia de Nairobi colocó el tema como una de las prioridades fundamentales del desarrollo al cual dedicó considerable atención. La agenda tocó temas tan diversos como la necesidad de integrar mujeres a la toma de decisiones en salud, educación para el cuidado en salud para todas y todos los miembros de la familia, ampliar las campañas de vacunación infantil y maternal, lucha contra las drogas, servicios adecuados de planificación familiar e intensificación de los servicios de atención pre y post natal, responsabilidad compartida de hombres y mujeres en la fertilidad y tamaño de la familia, embarazo entre adolescentes, salud ocupacional y participación de las ONG en las actividades de salud. Dentro del estilo ya conocido de las famosas "Estrategias de Nairobi" la consideración del tema se situó principalmente en la perspectiva de los países más pobres que atravesaban en ese momento las consecuencias más duras de la crisis del sistema financiero internacional y se enfrentaban a la necesidad de hacer severos ajustes estructurales.

Pero fue, sin duda en la Cuarta Conferencia de la Mujer celebrada en Beijing en 1995, donde el tema recibió un tratamiento más sistemático e igualmente más amplio. Beijing en su conjunto tuvo la virtud de legitimar el enfoque de género y consolidar algunos criterios novedosos, algunos de los cuales se habían anunciado en Conferencias anteriores como la de El Cairo sobre Población celebrada un año antes y la Cumbre de Desarrollo Social de marzo del 95. La Plataforma de Acción aprobada en materia de salud recogió y sistematizó las enseñanzas de las reuniones anteriores, examinó los obstáculos y propuso un enfoque estratégico al tema. Los grandes objetivos estratégicos en salud estaban centrados en:

fomentar el acceso de las mujeres a servicios de buena calidad y a la información pertinente; fortalecer la prevención con adecuada educación e información; empleo del enfoque de género y atención a la salud social y reproductiva con especial consideración del VIH/SIDA; promover la investigación y la difusión de la información; y aumentar los recursos y hacer seguimiento efectivo a la salud de las mujeres. El resultado del esfuerzo de Beijing en materia de salud fue casi un centenar de recomendaciones a los gobiernos con diversos niveles de complejidad en sus contenidos, que convierten a este capítulo de la plataforma en la de mayor alcance en la materia en todas las conferencias.

III. La adopción del enfoque de género en políticas de Igualdad en Salud.

La experiencia que hemos reseñado brevemente, pone de manifiesto que a lo largo de las últimas décadas del siglo XX se desarrollaron dos enfoques en materia de salud de las mujeres,⁵ conocidos como:

Enfoque de las necesidades de salud de las mujeres, interesado principalmente en las implicaciones que para las mujeres tienen las diferencias en sus perfiles epidemiológicos respecto a los masculinos. En esta línea se ha dado relevancia a las necesidades específicas relacionadas con los aspectos biológicos de la reproducción en niñas y mujeres.

El enfoque de la igualdad de géneros, orientado a examinar el papel que desempeñan las relaciones de género en la vulnerabilidad a la enfermedad, en la existencia de desventajas en los sistemas de atención y especialmente, las condiciones que promueven la desigualdad entre hombres y mujeres en el acceso y uso a los servicios.

El segundo, plenamente aceptado como el que corresponde a una visión más humana y ética de los servicios, ha dado lugar a las iniciativas de institucionalización del enfoque de género en las políticas públicas. Los propósitos generales que animan la puesta en marcha de un proceso semejante son, en forma sintética los siguientes:⁶

El propósito fundamental, de carácter doctrinario, se concreta en lograr una contribución efectiva al logro de la igualdad de los géneros en la organización social y en el marco cultural que define la estructura de las relaciones sociales de todo tipo; con esto se persigue incidir en el cambio de las relaciones del poder de

⁵ Oxaal, Zoe and Cook, Sarah: *Health and Poverty Gender Analysis*. BRIDGE. Report 46. Oct. 1998. Institute of development studies. University of Sussex. Brighton. England

⁶ García Prince, Evangelina: *Hacia la institucionalización del enfoque de género en políticas públicas*. Fundación Friedrich Ebert. Caracas, enero 2003.

dominio y control por un paradigma de poder compartido, que legitime plenamente la igualdad o equivalencia que, en el plano ético, es reconocible para los seres humanos hombres o mujeres.

Se busca también, movilizar la conciencia, el interés y la acción de la sociedad para superar las causas profundas y estructurales de la desigualdad, así como integrar la referencia de género en el mainstream de las políticas de desarrollo en todas sus fases, a través de formas suficientes y legítimas de representación e incorporación y garantizar un tratamiento equivalente y adecuado a la especificidad de los intereses y necesidades de ambos géneros.

Estos son propósitos particularmente importantes en una redefinición de los servicios de salud de las mujeres en América Latina y El Caribe, ya que es se sabe que en la región la situación está fuertemente influida por condiciones estructurales de insuficiencia y límites en la calidad, oferta y acceso en los servicios disponibles y por la concepción discriminatoria que impregna abierta o implícitamente las políticas de salud tanto en sus instrumentos de expresión, como en las organizaciones y programas a que éstos dan lugar. Ello es consecuencia en gran medida, de la concepción patriarcal tradicional que anima sus supuestos fundamentales de todo orden y que son parte de la cultura general de nuestras sociedades y que, en este caso, excluye y/o subordina lo femenino.

El enfoque de género en salud se orienta a crear políticas de igualdad y equidad en la materia tras el propósito de dar solución y respuestas a hechos ampliamente comprobados por el análisis de género aplicado a los diagnósticos de los sistema de salud de la región, entre los cuales sobresalen:

- a) Desigualdad entre hombres y mujeres en las probabilidades de gozar de buena salud, de enfermar o de morir
- b) Las asimetrías institucionalmente estructuradas que existen en el acceso a los recursos y beneficios de las instituciones y organismos públicos de salud.
- c) Las situaciones de ventaja o desventaja de las mujeres frente a los hombres en:
 - c1) su posición y la consideración de sus intereses, necesidades y derechos en materia de salud en las estructuras y organizaciones a cargo de los servicios de salud y en la normativa y legislación que regula tales servicios,
 - c2) las prácticas cotidianas de los servicios de salud y los ordenamientos que las regulan,
 - c3) la distribución y presencia desigual de las y los actores, en las instituciones y organizaciones a cargo de la salud.

d) La desigualdad entre hombres y mujeres en las probabilidades de acceder en términos equivalentes a los bienes y servicios públicos que garantizan el ejercicio de los derechos de la salud en todos los órdenes.

Lo anterior, significa que en la mayoría de los casos es necesario crear nueva institucionalidad capaz de dar sostenibilidad al propósito de las políticas de igualdad que deberían formar parte de las agendas públicas de salud, sustituir progresivamente la orientación androcéntrica del marco institucional y transformar el papel de las mujeres en dichas políticas, a fin de producir una progresiva des-intitucionalización de los privilegios masculinos, abiertos u ocultos en las iniciativas de atención a la salud.

IV. ¿Realmente influye el género en la salud institucionalmente considerada?

La visión tradicional de la salud de las mujeres como casi exclusivamente referida a sus funciones reproductivas ha potenciado los sesgos de género que se encuentran comúnmente en los servicios de salud. Una comprensión ampliada del tema conduce inevitablemente a considerar los condicionantes derivados de los roles y relaciones de género en la producción de salud tanto en el interior de los hogares como en las instituciones competentes. Esta perspectiva pone de manifiesto la importancia de factores socio culturales, económicos y políticos como determinantes de la situación de la salud y del cuidado que a ella se le dispensa, tanto en hombres como mujeres. La investigación ha venido generando evidencias cada vez mas contundentes sobre las consecuencias negativas que las desigualdades y la exclusión tienen en la producción de enfermedades. Una de las pioneras este tipo de trabajo, Naila Kabeer, interesada principalmente en investigar la situación de desigualdad al interior de los hogares pobres, lo ha demostrado ampliamente.⁷

El enfoque de la igualdad de género en salud, tal como se ha señalado, trata de detectar como las relaciones de género producen vulnerabilidad y crean brechas en la atención. En este sentido parece claro que existen dos mecanismos privilegiados a través de los cuales el género se hace presente en la salud: a) a través de la socialización o aculturación sobre salud, y b) en el control institucional sobre los servicios.

a) En la socialización o aculturación sobre salud, el género influye a través, entre otros, de los siguientes hechos concretos:

⁷ Kabeer, Naila: *Reversed Realities: Gender Hierarchies in development thought*. Edit. Verso. London. 1994

a1) Los paradigmas de salud y enfermedad de cada género: Éstos actúan, en varones y mujeres, como referencias básicas para determinar la percepción sobre la propia situación de salud. Tales paradigmas son construcciones culturales diferentes para unas y otros, sobre lo que significa, por ejemplo, ser o no ser saludable, tener o no tener bienestar. Gran parte de estos paradigmas están influidos por las creencias, nociones, ideas e imaginarios sobre la salud, los cuales están presentes en todas las sociedades.

a2) Los patrones comúnmente compartidos y los que son específicos para cada género en materia de necesidades de salud. De hecho tanto la enfermedad como los patrones de riesgo de salud por género, han sido ampliamente estudiados, sobre todo en conexión con la posición socio económica. Por otra parte las concepciones mismas de riesgo y bienestar no son realmente comunes a hombres y mujeres; sin embargo en los sistemas de cuidado en salud prevalece una concepción que sólo considera las diferencias de género, en lo que tienen que ver con la maternidad.

a3) Los roles de género en salud. Esto incluye la responsabilidades de cada género respecto a la salud personal y de otros, es decir, los comportamientos que se consideran apropiados en cada género para la salud propia y la de otras personas, patrones en los cuales hay claras diferencias en lo que corresponde a hombres y mujeres. En las mujeres han sido ampliamente investigados, sobre todo por el contraste que ofrecen sus intervenciones en los espacios domésticos, donde son proveedoras de salud, respecto de lo que ocurre en los espacios públicos institucionales.

a4) Las relaciones de poder entre los género. No sólo son consideradas en sus expresiones en el ámbito privado/doméstico, sino en lo público ya que desde ambos espacios tienen diversas incidencias en relación con los alcances y limitaciones de lo que hoy se consideran derechos a la salud.

a5) Los riesgos de salud. Sean reales o reconocidos y concientes, hay evidencia y está ampliamente demostrado que las tareas determinadas por la división de trabajo por género implican riesgos específicos derivados en muchos casos del ambiente y de las condiciones de trabajo y son causas diversas de mortalidad y morbilidad entre las mujeres. Esto ha sido ampliamente documentado sobre todo entre las mujeres pertenecientes a sectores de menores ingresos. Por ejemplo, la exposición de las mujeres a los riesgos de contraer ciertas enfermedades

tropicales es diferente y mayor que el de los hombres como consecuencia de su vínculo en las tareas domésticas que se asignan a su rol, en las cuales el uso del agua, su participación en la agricultura y las tareas domésticas las pone en riesgo de contraer enfermedades como scistosomiasis, malaria, filariasis, leishmaniasis, mal de Chagas y dengue, entre otras.⁸ Por otra parte y entre mujeres de sectores de bajos ingresos se señalan como factores de género con impactos negativos en salud, la sobrecarga de trabajo, la desnutrición mayor de las mujeres en comparación con otros miembros de la familia, la vulnerabilidad a la violencia y la estigmatización social que se hace de la mala salud de las mujeres especialmente cuando están en pareja o tienen hijos.

Riesgos de salud de las mujeres vinculados con sus tareas de género

Problema de salud	Causa específica de género con la cual se relaciona
Quemaduras	Responsabilidad en la preparación de los alimentos sobre hornillas abiertas o al fuego directo
Fatiga y dolores en piernas, caderas, brazos,	Acarreo de objetos pesados: agua, combustible
Prolapso uterino, aborto, mortalidad del feto	Acarreo de cargas pesadas: agua, combustible, etc.
Exposición a la polución de humo, disnea, tos, anormalidades respiratorias, efecto negativo en el crecimiento del feto	Cocinar en sitios con escasa ventilación mientras se usan combustibles de hidrocarburos
Dolor de espalda y problemas en las piernas, ambos crónicos	Trabajo en agricultura de subsistencia en pequeñas parcelas: preparación del terreno, siembra, transplante de brotes, cosecha.
Exposición a pesticidas tóxicos con efectos en nacimiento de infantes sin cerebro o mortalidad neonatal	Trabajo en cultivos comerciales: prolongada exposición sin protección adecuada (vestidos, guantes, etc.), en labores manuales: desyerbar y mejorar el cultivo que ha sido expuestos a pesticidas y tóxicos.
Varios riesgos a la salud y seguridad: exposición a carcinógenos, ácidos, solventes, gases	Trabajo en producción en línea: ensamblajes de período prolongado, ensamblaje rápido, trabajos monótonos, repetitivos o intensivo
Problemas pulmonares (byssinosis)	Trabajo en las industrias del vestido
Problemas y deterioro de la vista	Trabajo en líneas de ensamblaje electrónico

Fuente: Paolisso and Leslie, 1995. Citados por Oxaal, Zoe and Cook, Sarah
Traducción libre de la autora de este ensayo

A6) El acceso a recursos de salud. Es uno de los aspectos donde hay mayores evidencias aportadas por la investigación respecto a las desigualdades entre hombres y mujeres y que operan por diversas vías claramente relacionadas con los roles, las identidades y las posiciones de cada género.

⁸ Oxaal, Zoe and Cook, Sarah, op. cit.

b) La investigación ha demostrado que la influencia del género se hace evidente también, en el control institucional sobre los servicios, principalmente en los siguientes aspectos:

- b1) Los paradigmas que las instituciones desarrollan y mantienen respecto a la concepción de salud de cada género y en términos de los cuales hacen su oferta y configuran sus servicios.
- b2) Los sistemas de vigilancia y prevención que ponen en práctica para el cumplimiento de las expectativas referidas a los estereotipos de género en la materia
- b3) Mediante la aplicación de sanciones positivas o negativas al acatamiento o desviación de los estereotipos de salud de cada género.
- b4) Mediante facilidades u obstáculos que, de acuerdo al sexo, mantienen en el acceso a los recursos de salud.
- b5) A través de la retribución diferencial de beneficios de salud entre hombres y mujeres en la investigación, la prevención, la atención y otros renglones vinculados.

La Oficina Panamericana de la Salud⁹, ha determinado la existencia de diferenciales empíricos en atención a hombres y mujeres, que revelan una realidad discriminatoria en los servicios y que es ciega a las necesidades específicas de atención que requieren hombres y mujeres, ya que la ausencia de criterios sensibles a esas diferencias no sólo afecta negativamente la salud de las mujeres sino también la de los hombres. Las categorías analíticas cuya investigación ha puesto de manifiesto la ausencia de igualdad y equidad en las políticas y servicios de ellas derivados, así como en el contexto general de la realidad que envuelve la situación de la salud de hombres y mujeres, son en criterio de la OPS, las siguientes:

- a) Necesidades especiales de atención, aun en condiciones que afectan a ambos sexos
- b) Riesgos específicos ligados a condiciones, tareas o actividades definidas como femeninas o masculinas
- c) Percepción de salud y enfermedad y sensibilidad a los ciclos vitales de cada género
- d) Conductas de búsqueda o demanda de atención

⁹ OPS: Género, Mujer y Salud en Las Américas. Washington. 1993

- e) Grado de acceso y control ejercido sobre los recursos básicos para proteger la salud personal, familiar y pública. (alimentos, información, trabajo remunerado, atención médica, seguridad social)
- f) A escala macro-social: prioridades en la distribución de recursos públicos destinados a medios, cuidados para la salud, investigación de problemas que afectan a uno u otro sexo.

A estos criterios hay que agregar otros, que también representan áreas en las cuales la discriminación, las inequidades y desigualdades de género aparecen sistemáticamente:

- La filosofía, ética y doctrina que subyace en las concepciones epidemiológicas respecto a asuntos como el derecho a la salud para hombres y mujeres.
- El grado de sensibilidad al género de las definiciones de oferta, acceso, control y calidad de los servicios de salud así como de los indicadores que se emplean.
- Las culturas y actitudes institucionales y profesionales de atención a la salud frente a las diferencias de género.
- Las características del marco legal que ampara los sistemas de salud.
- La sensibilidad a las diferencias de género en la formación del personal, médico, paramédico y de otro tipo que labora en los servicios y en la administración de los sistemas de salud.

V. Efecto diferenciador de los factores de género.

La pertinencia de las categorías analíticas señaladas anteriormente, está plenamente demostrada por el examen de los resultados de los estudios sobre la salud de hombres y mujeres y la conexión que tal situación tiene con los patrones de género. Algunos ejemplos que ilustran el efecto diferenciador de los factores de género son:

1. La existencia de una persistente sobre-mortalidad masculina por accidentes y conductas caracterizadas por la violencia, incluso desde el primer año de vida, la cual está estrechamente asociada con actitudes y conductas masculinas estereotipadas: agresividad, intrepidez, osadía, ingestión excesiva de alcohol y semejantes.
2. Mayores niveles de desnutrición entre las niñas en comparación con niños, en numerosos países de la Región, y atribuida a una distribución desigual de los recursos alimentarios familiares escasos que favorece al varón en detrimento de la mujer, lo cual es producto de las desigualdades y relaciones de poder entre los géneros al interior de los hogares.
3. Presencia de estados depresivos, dos y tres veces más frecuentes entre mujeres

que entre hombres y, además, menos relacionada con factores físicos, que con factores de identidad de géneros y con experiencias ligadas a los tipos de socialización y a oportunidades diferenciales por género para lograr desarrollos personales en todas las áreas.

4. Prevalencia entre las mujeres, sobre todo jóvenes, de desórdenes alimentarios asociados con paradigmas de belleza en peso e imagen corporal, y con el papel de la belleza física en la valoración social de la mujer.

5. Las complicaciones vinculadas al embarazo, parto y puerperio figuran en casi todos los países de la Región entre las cinco primeras causas de mortalidad en edades reproductivas, pese a la naturaleza fisiológica y no patológica de este proceso y pese, también, al carácter eminentemente prevenible de estas definiciones.

6. Sobre-mortalidad femenina por cáncer durante la edad adulta, menos asociada con mayor letalidad de los cánceres propios de la mujer que con la accesibilidad limitada a la tecnología médica de detección temprana y de tratamiento en las etapas iniciales.

7. En América Latina en más del 80% de los casos la responsabilidad de regular la fecundidad recae enteramente sobre la mujer y, asociada a ella, los efectos laterales nocivos de la tecnología anticonceptiva.

8. Reducida asignación de recursos para investigación sobre anticoncepción, en particular para la tecnología anticonceptiva para el hombre.

9. Esterilizaciones masculinas/femeninas en proporción de 1 en 300, en algunos países de la Región, pese a que la vasectomía es una intervención más sencilla y económica y menos invasora que la esterilización femenina.

10. Abuso de la tecnología médico-quirúrgica específicamente dirigida a la mujer, por ejemplo la cesárea y la histerectomía.

11. Desgaste mayor de energía de la mujer asalariada, en comparación con el hombre, por las múltiples jornadas de trabajo: la laboral, doméstica, comunitaria, estudio y desarrollo personal, política, etc.

12. Desestimación y/o nula atención a los riesgos de salud de las mujeres vinculados con las tareas domésticas, de atención y cuidado a las necesidades familiares primarias.

13. Definición legal de "trabajo" como requisito de acceso a seguridad social, que aparenta neutralidad genérica pero que en la práctica excluye más a las mujeres que a los hombres de tales beneficios, por no considerar como trabajo la labor doméstica no remunerada en el hogar ni las ocupaciones del sector informal, que aglutinan una proporción comparativamente mayor de la fuerza laboral femenina que de la masculina.
14. Desprotección general y de salud durante la vejez, que afecta a la mujer en mayor grado que al hombre, debido a menores tasas de empleo femenino en el sector formal de la economía, discontinuidad de la participación laboral asociada a la maternidad, y menor remuneración laboral percibida por la mujer.
15. Tolerancia, legitimación social y, en algunos casos, legalización de la Violencia contra la mujer, particularmente la ejercida por la pareja.
16. Retardo del sector salud en reconocer la violencia contra la mujer como un problema de salud pública e incorporarla a la agenda de sus políticas.
17. Baja prioridad asignada a la investigación de enfermedades y tratamientos que afectan exclusiva o preferentemente a las Mujeres.
18. Conducta discriminatoria de la investigación médica y farmacéutica que obedece criterios facilistas o paternalistas y excluye a las mujeres de los estudios clínicos sobre enfermedades que afectan a ambos sexos; consecuentemente, las terapias derivadas de dichos estudios se basan en información de dudosa e, incluso, riesgosa aplicabilidad para la población femenina.
19. Estándares de calidad de los servicios que obedecen a criterios masculinos.
20. Invisibilización y desestimación de los obstáculos institucionales que enfrentan las mujeres para acceder a los servicios de salud.
21. Existencia, en algunos espacios, de prácticas de violencia institucionalizadas en procesos de atención a la salud de las mujeres, más allá de la exclusión y se revelan en procedimientos administrativos y de práctica médica, que encierran violaciones de derechos humanos elementales en materia de salud y son parte de la cultura profesional, organizacional e institucional que enmarca muchas pautas de atención a la salud de las mujeres.

22. Concepciones androcéntricas en las prácticas médicas, en la formación profesional para la salud, en la dirección institucional.
23. Prácticas de discriminación de género en las profesiones y ocupaciones vinculadas a la salud que limita el punto de vista de las mujeres en la formulación y ejecución de las políticas.
24. Dominio de criterios masculinos o aparentemente neutrales en las cuentas nacionales que reflejan la situación de la salud e indican la acción de los servicios.

VI Algunas claves para lograr una meta de igualdad y equidad de género en salud.

La adopción de políticas de Igualdad y Equidad de géneros en materia de salud, exige transformaciones que van desde cambiar el enfoque mismo del tema de la salud de hombres y mujeres, hasta el diseño de estrategias diferentes de atención. Ello pasa por redefinir la forma en la cual se conciben los problemas de salud de hombres y mujeres, replantear los objetivos de las políticas y los servicios, concebir las soluciones y metas y fijar los alcances éticos de lo que significa el derecho humano a la salud. La equivalencia humana de hombres y mujeres es la clave de esta interpretación de la igualdad, que no pretende linealmente tratar a las mujeres como hombres, sin respetar o considerar el peso humano de las identidades diferenciales y de lo que supone la especificidad de género en los marcos culturales e históricos existentes.

Lograr este propósito supone, no sólo buscar la igualdad en el ejercicio del derecho a la salud. (Acceso, beneficios, calidad de servicios, recursos, participación en la toma de decisiones), a través de reducir asimetrías y des-balances de poder en la atención en salud, sino también desarrollar opciones de investigación, prevención y atención en salud que respondan a las exigencias que suponen las diferencias de género. Ello exige que las instituciones responsables se abran a la consideración de renglones no tradicionalmente incluidos en la materia de salud y que por razones de género la afectan en forma sustantiva en hombres y mujeres. Estos logros no serían completos si no se llega a desarrollar en las mujeres la conciencia y la actitud adecuadas, acerca de que es sujeto de derechos en materia de salud y que por tanto debe luchar por el pleno ejercicio de sus capacidades ciudadanas en la demanda y uso de los servicios de salud. Hay que hacer a las mujeres conscientes de que es necesario que decidan en forma autónoma sobre su cuerpo y poner a su alcance la información que le permita lograr que la sociedad reconozca que la salud de las mujeres no puede ser considerada exclusivamente en

términos de sus funciones reproductivas. Lo que aspiramos las mujeres no es sólo que se nos garantice una maternidad saludable, sino una feminidad sana y completa, equivalente en lo humano a la masculinidad de los varones.

EGP/egp