

Género y Salud: perspectiva para la igualdad entre mujeres y hombres

Proceso de producción de conocimiento: Aplicaciones profesionales

GT 19- Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población

Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez*

Resumen:

Se expone la importancia de trabajar la igualdad de género en salud para avanzar hacia la igualdad sustantiva y el respeto del derecho a protección de la salud considerando las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las desigualdades sociales derivadas del sistema tradicional de género. Se presenta un análisis epidemiológico con perspectiva de género como base para exponer los criterios básicos y lineamientos para la incorporación de esta perspectiva en programas de salud, que publicó el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud de México, en 2010. El objetivo es brindar elementos conceptuales y técnicos para la atención a la salud desde esta perspectiva y está dirigida al personal de salud.

Palabras clave: género, salud, igualdad

I. A manera de introducción

Este trabajo tiene el objetivo de exponer la importancia de trabajar para la igualdad entre mujeres y hombres en el campo de la salud a través de la incorporación de la perspectiva de género en los programas de salud, iniciando con algunos criterios básicos útiles para avanzar en esa tarea.

Para iniciar es necesario recordar que el género es un conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales, asignados socialmente al ser hombre o ser mujer que establecen roles y estereotipos de la mujer y del hombre, y a partir de los cuales las personas construyen sus identidades en determinados contextos. Se trata de formas de comportamientos, actividades a realizar y diferencias en el ejercicio del poder que socialmente son jerarquizados y mandados para ser cumplidos de manera diferencial por las mujeres y los hombres.

El sistema de género establece una serie de mandatos tradicionales asignados y legitimados socialmente para la mujer y otros para el hombre, de tal manera que cada persona es interpelada por dichos mandatos y responde en la conformación de identidades en contextos determinados social, económica, política y culturalmente. Estos mandatos tradicionales de género afectan la manera en que las mujeres y los hombres viven el proceso de salud-enfermedad en tanto influyen en su manera de percibir los riesgos y la vulnerabilidad, percibir los síntomas y malestares, buscar atención médica, recibir un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, y lograr la adherencia al tratamiento indicado así como el autocuidado de su salud y el cuidado para la salud de otras personas.

Las diferencias en salud entre mujeres y hombres también pueden tener relación con las diferencias derivadas de su sexo. Vale reiterar que se trata de las diferencias biológicas determinadas fundamentalmente por el sexo, que se han documentado a partir de evidencias científicas sobre diferencias en moléculas, células, anatomía, fisiología y funcionamiento metabólico. Por ejemplo, existen evidencias científicas de que las niñas recién nacidas están protegidas por características determinadas biológicamente por su cariotipo sexual. En cambio mueren más niños que niñas menores

* Directora de Género y Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México.
yuriria.rodriguez@salud.gob.mx

de 5 años de edad, debido a ciertas condiciones relacionadas con su aparato respiratorio (Sen y Östlin, 2007).

Por otro lado, diversos estudios han revelado que el gen recesivo de hemofilia está en el cromosomas X de los hombres por lo que hay mas casos de este padecimiento en ellos que en mujeres. Las mujeres pueden ser portadoras pero ellas tienen dos cromosomas XX por lo que el gen recesivo no se expresa (Sen y Östlin, 2007). Otro ejemplo es el relativo a los cambios hormonales en el sexo femenino que impactan en mayor medida la composición ósea y el metabolismo generando una mayor cantidad de osteoporosis y dislipidemias. Además, en cuanto al sexo debemos considerar que la composición anatómica y fisiológica de los genitales femeninos es la condición biológica que facilita más la infección de virus de papiloma humano o del virus de inmunodeficiencia adquirida, colocando en mayor riesgo de adquirir estas infecciones a las mujeres. El sexo también determina la diferencia anatómica para la aparición de cáncer cérvico-uterino y de ovarios de manera exclusiva en las mujeres y de cáncer de próstata exclusivamente en los hombres.

También se ha documentado una mayor sensibilidad a la exposición química en seres humanos con sexo femenino lo que deriva en mayor absorción del alcohol, y menor excreción de sustancias solubles en grasa (Sen y Östlin, 2007), resultando mayor riesgo de que tengan problemas de sobrepeso y obesidad. Este aspecto metabólico también tiene un impacto en los problemas de adicciones en las mujeres dado que el consumo es diferente si consideramos que el tejido adiposo del cuerpo de la mujer tiene efectos en la absorción y acumulación de drogas solubles en grasa como el alcohol y las benzodicepinas, el tetra-hidro-canabinol, lo que produce que con las mismas o menores cantidades las mujeres se intoxica más que los hombres; esto favorece que el abuso en el consumo de drogas se desarrolle más rápidamente en ellas, junto con las consecuencias en todos los ámbitos de su vida no sólo el fisiológico (CNEGSR, 2006).¹ En el caso de los hombres, la menor sensibilidad a la exposición química y por tanto, una menor absorción de alcohol debido al sexo también influye en su mayor resistencia física ante el consumo de alcohol que se conjuga con su respuesta sometida ante las demandas sociales de género que apuntan hacia la demostración de dicha resistencia como evidencia de su masculinidad.

Podemos afirmar que la salud de las mujeres y los hombres puede tener diferencias derivadas de su conformación biológica por sexo aunque también tiene circunstancias socioculturales derivadas del género que les coloca y expone de manera diferencial a riesgos y a condiciones de vulnerabilidad específica para su salud. De acuerdo con las investigaciones algunas condiciones de salud de las mujeres y los hombres están determinadas por las diferencias biológicas sexuales, pero generalmente el estado de salud de mujeres y hombres está determinado a partir de una combinación de diferencias biológicas sexuales y diferencias sociales derivadas del sistema tradicional de género. “Mientras que los individuos pueden tener diferentes exposiciones biológicas y sociales a riesgos para la salud y las condiciones dependen tanto de su sexo como de su posición social, su vulnerabilidad ante riesgos contra la salud y sus condiciones están determinadas socialmente, no biológicamente” (Sen y Östlin, 2007: 45)

Para atender las necesidades específicas de salud de las mujeres y los hombres se requiere reconocerlas no sólo a partir de las diferencias biológicas sino también a partir de la identificación de las diferencias en las condiciones y necesidades de salud derivadas de la exposición a riesgos y de la vulnerabilidad por género.

Las condiciones de vulnerabilidad afecta la capacidad de las personas para evitar, responder, hacer frente ó recuperarse de las exposiciones a los riesgos para la salud. La vulnerabilidad ante los riesgos contra la salud está relacionada con el género y el impacto nocivo que tienen los roles y estereotipos de género así como las relaciones desiguales de poder entre las mujeres y los hombres. Para avanzar hacia la igualdad de género en salud es necesario diferenciar entre la exposición, biológica y social, y la vulnerabilidad, que está socialmente determinada y tiene mayor importancia para muchos problemas de

salud de las mujeres y los hombres y que se relaciona con ejes de desigualdad social como por ejemplo la clase, la etnia, la raza.

II. Perspectiva de género en el análisis de algunos datos epidemiológicos desagregados por sexo

Para empezar a identificar diferencias en el estado de salud de las mujeres y hombres es necesario desagregar las cifras epidemiológicas por sexo. Por ejemplo, si tenemos una gráfica sobre las 10 principales causas de muerte en México (Anexo1) no podemos observar diferencias epidemiológicas para mujeres y hombres si no desagregamos la información por sexo. Según el Anexo 1, las principales causas de mortalidad en México serían la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovascular y la cirrosis y otras enfermedades del hígado. Aunque haría falta hacer gráficas con información estandarizada por otras variables como la edad, de entrada el panorama que brinda esta gráfica daría elementos para plantear la importancia de realizar programas y estrategias para prevenir estas enfermedades y atender a quienes ya las padecen. De alguna manera, la información sobre principales causas de muerte es una fuente importante para la toma de decisiones en cuanto a las prioridades de salud pública en México. Sin embargo, ¿qué pasa si desagregamos esa misma información por sexo? ¿Qué diferencias se develan y qué explicaciones se pueden dar ante tales diferencias por sexo en las principales causas de muerte en nuestro país?

Con los datos de las 10 principales causas de muerte desagregados por sexo podemos empezar a ubicar los diferentes padecimientos y el lugar de importancia que ocuparían para su atención (Anexo 2). Ahí se observa claramente la diferencia en cuanto a las 10 principales causas de muerte de mujeres y de hombres y en cuanto al lugar que ocupan estas para ambos. Como se puede ver, la primera y segunda causa de muerte para mujeres y hombres son la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón. Sin embargo, para las mujeres hay un diferencial en la tasa de muerte en comparación con los hombres; en cambio en la segunda, el diferencial con mayor tasa es para los hombres. Esto es un primer indicio que nos lleva a preguntar qué diferencias de sexo y género están contribuyendo a esos diferenciales y a que cada vez haya en México más mujeres que mueren por diabetes mellitus, y más hombres por enfermedades isquémicas del corazón. Responder a esta pregunta contribuiría a atender las necesidades diferenciales para mujeres y hombres en cuanto a estos dos padecimientos.

Por otro lado, el anexo 2 nos muestra que la tercera causa de muerte para los hombres en 2008 fue la cirrosis y otras enfermedades del hígado mientras que para las mujeres fue la enfermedad cerebrovascular. En mujeres, la cirrosis y otras enfermedades del hígado ocupan el octavo lugar. En quinto lugar de causa de muerte para los hombres encontramos los accidentes de vehículo motor y en sexto lugar los homicidios, mientras que para las mujeres la primera es la treceava causa de muerte y los homicidios no aparecen dentro de las primeras 20 causas de muerte.¹

En otro escrito hemos llamado la atención sobre la importancia de analizar con perspectiva de género los datos referentes a la cirrosis y otras enfermedades del hígado como una de las primeras causas de muerte en los hombres (Rodríguez y del Río, 2010). Desde 2005 este padecimiento ha

¹ Desde principios de los años 90 se ha incrementado la relevancia de analizar desde el enfoque de género, el tema de los homicidios contra mujeres en México debido al incremento de este tipo de sucesos con características de feminicidio. Si bien en el presente trabajo no abordaremos esta grave causa de muerte de mujeres es necesario enfatizar que aun cuando epidemiológicamente no se expresa como una de las primeras veinte causas de muerte de mujeres en México, la tasa estandarizada por edad de muerte de mujeres por homicidio de 2.6 por 100 mil habitantes debería analizarse en el contexto del incremento de los feminicidios en este país y en el mundo. Actualmente diversos autores y autoras han evidenciado que el feminicidio “parece expresar la necesidad de eliminar la capacidad de las mujeres de convertirse en sujetos... pretende más bien lo imposible: restaurar los resquebrajados valores y normas que sustentan las relaciones entre las mujeres y los hombres... El objetivo del feminicidio es cuestionar el orden social emergente que anuncia el continuo declive de la tradicional posición de dominio y de poder de los hombres frente a las mujeres” (Arteaga y Valdés, 2010: 7).

estado entre las primeras tres causas de muerte de los hombres lo que sugiere la importancia de indagar más la relación de la masculinidad y el género como un determinante social. El análisis epidemiológico y las acciones propuestas para combatirlo, tendría que considerar la capacidad biológica diferenciada del sexo masculino de una menor sensibilidad a la exposición a químicos y la lenta metabolización del alcohol; además, de las circunstancias que conllevan la demanda social constante para los hombres de demostrar su masculinidad y su 'hombria' bebiendo alcohol sin medida alguna y sin importar las consecuencias por su intoxicación.

Por otra parte, los accidentes de vehículo motor siguen siendo una de las primeras 5 causas de muertes de hombres en México. En México, mueren tres veces más hombres que mujeres por accidente de vehículo motor como se puede ver en el anexo 3. Para 2003, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes de México reportaba que de los conductores involucrados en accidentes, por género, 68.6% eran hombres y 4.7% eran mujeres. De ahí el énfasis de hacer análisis epidemiológico con perspectiva de género en esta problemática y proponer intervenciones preventivas de accidentes y muertes en hombres, principalmente en jóvenes (Rodríguez y del Río, 2010).

A su vez el tema de los homicidios que ha pasado de ser la octava causa de muerte de hombres en 2007 a sexta en 2008. Y por edad, para los hombres de 15 a 19 años de edad fue la segunda causa de muerte en 2007 con una tasa de 18.8 por 100 mil habitantes. Estas cifras llevan a pensar en la violencia como determinante de la salud de los hombres y como un factor de riesgo en cuanto a que favorece la ocurrencia de agresiones y homicidios (Rodríguez y del Río, 2010).

En las últimas dos décadas muchos estudios realizados en América Latina han demostrado las diversas maneras en que los hombres latinos viven la masculinidad (Mirandé, 1997); la relación entre mortalidad de hombres y estereotipos masculinos (Bonino, 1989); y también la relación entre la masculinidad y los problemas de salud en los hombres (de Keijzer, 1994). Específicamente, en el caso de México, los estudios se han desarrollado en mayor grado, en vinculación con el tema de la salud, la sexualidad y la reproducción (Lerner, 1998) por lo que, dadas las cifras epidemiológicas, es necesario abrir el campo de estas investigaciones hacia las temáticas de salud no necesariamente involucradas con la sexualidad y la reproducción.

Como ya apuntaba Mirandé (1997), los hombres no conforman un conglomerado homogéneo e invariable, y no se actúan en automático siguiendo un único modo masculino; sino que a partir de los mandatos sociales se presenta una variedad de modalidades de masculinidad que además de ser diferentes en muchos casos, llegan a ser contradictorias. Por ello, desde la perspectiva de género y para lograr la igualdad de género en salud, es muy importante avanzar en los análisis sobre las masculinidades y su influencia en los problemas de salud de los hombres para comprender cómo los viven e identificar elementos de base para su abordaje que puedan ser incorporados a las líneas de acción de la salud pública.

En cuanto a las principales causas de muerte de las mujeres la gráfica 2 muestra que en México en 2008 las enfermedades crónico-degenerativas ocupan el primer lugar, evidenciando la importancia de considerar la perspectiva de género para el análisis epidemiológico y la formulación de propuestas para los programas de salud de estas enfermedades. Habría que considerar por ejemplo, la influencia del género en el cuidado de la salud hace que las mujeres difícilmente pongan en práctica para sí mismas los cuidados que realizan para la salud de otras personas.

El caso paradigmático de lo que ocurre con el cáncer de mama y cérvico-uterino nos puede mostrar las múltiples maneras en que el sistema tradicional de género influye de manera negativa en el cuidado de la salud de las mujeres. De inicio, podemos afirmar que la falta de atención hacia su salud o hacia posibles síntomas indicadores de la aparición de estos problemas de salud, se observa cuando se constata que muchas mujeres con cáncer de mama o cérvico-uterino postergaron la búsqueda de pruebas diagnósticas. Además, las razones por las cuales postergan ir al médico a hacerse un Papanicolaou o una mastografía son variadas y algunas de ellas tienen que ver con su condición y rol de género. Por ejemplo, no van por falta de tiempo para hacerlo, dado que su tiempo está ocupado en

atender a los demás miembros de la familia, realizar las labores domésticas, ayudar a otros en sus problemas de salud, etc. También sucede que no cuentan con dinero para asistir a los centros de salud u hospitales, dado que no tienen una remuneración por su trabajo doméstico y muchas veces tampoco tienen un trabajo remunerado fuera de casa que les permita tener autonomía económica para decidir en qué gastar su dinero, aunado a su falta de empoderamiento para tomar decisiones en su familia en beneficio de su propia salud.

También podemos mencionar otros datos de la salud de las mujeres en México que nos hablan de su exposición a riesgos contra la salud, su condición de vulnerabilidad por el género y la situación económica. Por ejemplo, en 2009 hubo 1,218 muertes maternas en México y más del 80% eran evitables. La muerte materna sigue siendo la punta del *iceberg* de la desigualdad social entre mujeres y hombres dado que ellas mueren por causas evitables durante el embarazo, el parto y el puerperio, etapas que, paradójicamente, son sobrevaloradas en el sistema tradicional de género que coloca a la reproducción y maternidad como la función social más valorada de una mujer. En el caso de México la muerte materna es un problema derivado principalmente por la falta de calidad de la atención de la emergencia obstétrica. Sin embargo, también se ha venido desarrollando una reflexión seria en torno a la violencia institucional ejercida durante la atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.² En este sentido y considerando que la perspectiva de género considera y cuestiona la construcción social-histórica-cultural del ser mujer y ser hombre y la relación entre tales, y promover cambios para generar relaciones más democráticas entre mujeres y hombres, es muy recomendable realizar más estudios y análisis sobre el impacto de dicha violencia institucional en la salud materna o en su caso, en la muerte materna dado que el sustento de dicha violencia está soportado por la desvalorización de la mujer y su capacidad de vivir la sexualidad en nuestra sociedad.

Recordemos, basándonos en Butler (1993), que los mandatos sociales de sexualidad se hallan principalmente centrados en la heterosexualidad pero se entrelazan con el género, legitimando una sexualidad para los hombres y otra para las mujeres. La conformación de los individuos en sujetos de placer está enmarcada en el cruce de las demandas sociales de los discursos hegemónicos de la sexualidad y del género. Estos mandatos sociales para una sexualidad de género interpelan a los sujetos normando las prácticas sexuales y su deber ser, ubicando a la sexualidad femenina como una práctica para la reproducción independientemente del componente placentero que pueda o no tener. Sin embargo, aún a las mujeres embarazadas se les puede recriminar o criticar por haber tenido una práctica sexual a través de la cual tuvo como resultado el embarazo.

En los artículos de Villanueva (2010), Hernández et. al (2010) y Mino (2012) se aborda de alguna manera esta problemática de maltrato hacia la mujer a manera de cuestionamiento irónico o burlón sobre su vida sexual, emitido durante los momentos en que está a la espera de parir con dolores y malestares propios de ese proceso. Sin embargo, cabe preguntarse si otro tipo de maltratos o de “no tratos” apropiados y con calidad técnica estarían encubriendo los prejuicios médicos en relación a la vida sexual femenina y los estereotipos y roles tradicionales de género femenino. Esta es una veta de investigación fundamental que desde la perspectiva de género contribuiría para profundizar sobre las causas por las cuales la falta de calidad en la atención de una emergencia obstétrica o de un parto o cesárea puede derivar en una muerte materna, aun cuando el personal médico haya recibido en diferentes momentos y por parte de diferentes expertas y expertos, capacitación en esta materia.

Otra problemática de salud actual que requiere mayor análisis y propuestas de intervención desde la perspectiva de género es el VIH/SIDA. Actualmente hay un caso nuevo de VIH/SIDA en mujeres por cada 3 hombres. Cada vez es mayor el incremento de casos de mujeres con esta enfermedad en

² Véase Villanueva, Luis, “El maltrato en las salas de parto. Reflexiones de un gineco-obstetra” en revista *Género y Salud en Cifras*, vol. 8 núm. 3, septiembre-diciembre de 2010, pp. 21-26; García, Hernán, Almaguer, Alejandro y Vargas Vicente “La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud” en revista *Género y Salud en Cifras*, vol. 8 núm. 3, septiembre-diciembre de 2010, pp. 3-12; Mino, Fernando “Parir con dolor. La violencia obstétrica en los servicios de salud” en *Letra S, Salud, Sexualidad y Sida*, suplemento mensual de la Jornada, no. 189, jueves 5 de abril de 2012

México. Los datos del Sistema Nacional de Información en Salud revela que entre 2001 y 2006 la tasa de mortalidad entre mujeres por esta causa tuvo un incremento de un 11.7%. En 2009, 99.5% de las mujeres y 97.1% de los hombres de más de 30 años, diagnosticados con SIDA, lo adquirieron por vía sexual; 49.4% de ellos y 99.5 de ellas dijeron tener relaciones heterosexuales; 26.4% de los hombres declararon ser homosexuales y 21.3% bisexuales (Torres, 2010: 23). Como lo muestran los datos del Registro Nacional de Casos de SIDA, “la progresión de casos de SIDA entre las mujeres adultas muestra un crecimiento de la epidemia, tanto absoluto respecto de las cifras que se presentaron en las décadas de los ochenta y noventa, como relativo frente a los hombres. La vía de transmisión heterosexual es la responsable de este cambio”. (Magis, et. Al, 2010: 37). La información epidemiológica sobre VIH/SIDA también da luces de la necesidad e importancia de analizar los datos con un enfoque de género considerando las condiciones en las cuales las mujeres y los hombres tienen o no prácticas de prevención, ó se infectan con VIH, se enferman de SIDA, o en su caso, tienen o no acceso a servicios de salud, medicamentos antiretrovirales, etc.

Hasta aquí, algunas reflexiones para un análisis con perspectiva de género de algunos datos epidemiológicos desagregados por sexo. Los problemas de salud con mayor brecha deben ser analizados tomando en cuenta esta perspectiva. Sin embargo, aunque la brecha no sea tan evidente, el enfoque de género puede contribuir a la comprensión de la forma en que mujeres y hombres viven el proceso salud enfermedad, dando luces para la creación de estrategias y acciones específicas que de manera más efectivas coadyuven a la prevención, al fortalecimiento del cuidado y autocuidado de la salud, así como a una mejor y mayor adherencia al tratamiento para mujeres y/u hombres ante una enfermedad diagnosticada.

III. Algunos criterios básicos y lineamientos para la incorporación de la perspectiva de género en los programas de salud

Desde 2002 y a partir de la resolución del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas del 14 de julio de 1997, la Organización de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció su Política en materia de Género: integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS (OMS, 2002) con la meta de contribuir a la mejora de la salud tanto de hombres como de mujeres, mediante investigaciones, políticas y programas de salud que presten la debida atención a las cuestiones de género y promuevan la equidad y la igualdad entre el hombre y la mujer.

La OMS a través de la Comisión de Determinantes Sociales³ reconoció al género como un determinante social de la salud y los sistemas de salud deben considerarla y promover mayor equidad; identificar y atender necesidades diferenciales de salud desde la planeación y el otorgamiento de servicios; reconocer y revalorar que la fuerza de trabajo mayoritaria son mujeres; y trabajar en coordinación intersectorial (Sen y Östlin, 2007).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) también estableció la Política de Igualdad de Género 2009-2014 con la meta de contribuir al logro de la igualdad de género en el estado de la salud y el desarrollo sanitario, mediante investigación, políticas y programas que presten la atención debida a las diferencias de género en la salud y a sus factores determinantes y promuevan activamente la igualdad entre mujeres y hombres. Para ello, creó el Plan de acción para la implementación de la política de igualdad de género en la OPS (2009) que se orienta a partir de 4 ejes de trabajo: 1) la creación de base de datos probatorios sobre el género y la salud; 2) la creación de herramientas y fortalecimiento de capacidades en la secretaría y los Estados Miembros de la OPS; 3) el aumento y fortalecimiento de la participación de la sociedad civil, con hincapié en grupos de mujeres y defensores

³ Véase http://www.who.int/entity/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf [visitado el 11 de enero de 2012)

de la igualdad de género; 4) la institucionalización de políticas sensibles a las cuestiones de género, y mecanismos de vigilancia y seguimiento.

Desde la OMS y la OPS se han integrado documentos y evidencias que sustentan evidencias y líneas de trabajo para la aplicación del análisis con perspectiva de género y la correspondiente incorporación de esta perspectiva en políticas, programas y proyectos de atención a la salud (OMS, 2011; OPS, s/f).⁴ Con base en evidencias sólidas la OMS y la OPS recomiendan la toma de decisiones para la atención de asuntos prioritarios en el sector de la salud para la igualdad de género. En particular, existen evidencias sobre las múltiples maneras en que el género impacta negativamente en la salud de las mujeres y las hay en menor cantidad en cuanto a la salud de los hombres aunque es muy importante documentar más el impacto negativo que también tiene el género sobre su salud.

Por otra parte, es indispensable considerar que, “La falta de evidencias no significa que no podamos corregir y aliviar las inequidades de salud debidas a las normas y la desigualdad de género. No necesitamos más evidencias para saber que la desigualdad, los roles y las normas de género son importantes determinantes sociales de la salud. Lo que sí necesitamos es continuar fortaleciendo las evidencias sobre las formas en que opera el género como factor de riesgo o de protección para la salud tanto de las mujeres, como de los hombres de todas las edades y realizar evaluaciones rigurosas de las ventajas de la incorporación de la perspectiva de género en el sector de la salud” (OPS, s/f).

Desde ese marco institucional internacional, podemos afirmar que es necesario analizar la ocurrencia de enfermedades y los datos epidemiológicos desde la perspectiva de género para identificar diferencias entre mujeres y hombres en:

- Los riesgos establecidos por tipo de actividad y patrones de comportamiento asignados socialmente a cada sexo
- La percepción de los síntomas de enfermedad y el momento de la búsqueda de atención médica
- Las condiciones de posibilidad de acceso a servicios de salud
- La adherencia al tratamiento y la manera en que se asume el papel de enfermo(a) y de cuidador(a)
- Las necesidades específicas de atención y la evaluación de la calidad de la atención
- El autocuidado y los apoyos que se tienen para el cuidado de la salud y el seguimiento y adherencia al tratamiento indicado

Identificar estas diferencias es el punto de partida para proponer alternativas que desde la perspectiva de género, contribuyan de manera más efectiva al cuidado de la salud y el bienestar de las personas. Al mismo tiempo, el análisis desde este enfoque debería realizarse para los servicios de salud y su personal en lo que se refiere a:

- La identificación de prioridades en gastos e inversión
- Las acciones necesarias para fomentar y contribuir a la eliminación de roles y estereotipos de género adversos a la salud
- La promoción de la salud tomando en cuenta la condición de género de las personas y evitando reproducir o reforzar los estereotipos y roles tradicionales de género
- La generación de información para la prevención de enfermedades considerando diferencias de género

⁴ Además de las guías de OMS y OPS, organizaciones de la sociedad civil y/o algunos gobiernos han publicado algunas guías y recomendaciones para la aplicación de la perspectiva de género en programas de salud. Un ejemplo de esto es el documento de Sara Velasco Arias, *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud* del Observatorio de la Salud de la Mujer y la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud de la Secretaría General de Sanidad y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España en 2008 en Madrid.

- La difusión y promoción de medidas de prevención o tratamiento facilitando la adherencia tomando en cuenta las condiciones de género
- Las medidas para facilitar el acceso a servicios de salud para las mujeres y los hombres, incluyendo acciones afirmativas o medidas temporales
- La implantación de estrategias de evaluación de la calidad con perspectiva de género
- La generación de un ambiente y condiciones laborales de igualdad para las mujeres y los hombres que trabajan en las oficinas y servicios de salud, incluyendo la tolerancia cero al hostigamiento y el acoso sexual.

Para avanzar hacia la igualdad de género en salud es fundamental aplicar la perspectiva de género a partir de criterios básicos como los que se plantean en la *Guía para incorporar la perspectiva de género en programas de salud* (2011). Se trata de una herramienta que establece una propuesta de lineamientos básicos que pueden derivar en acciones específicas para que se trabaje la promoción de la salud, la prevención y la atención de la salud desde la perspectiva de género contribuyendo al establecimiento de condiciones para la igualdad de género en salud. Los lineamientos básicos serían:

- ✓ Desagregar por sexo todos los datos epidemiológicos y aquellos que se recolectan a través de los sistemas de información en salud sobre la morbi-mortalidad, discapacidad, gasto en salud, y realizar análisis epidemiológico con perspectiva de género.
- ✓ Utilizar comunicación incluyente, no sexista en todos los mensajes, documentos, productos comunicativos, internos y externos de la institución de salud.
- ✓ No reproducir o fomentar la discriminación por sexo o género con las acciones de promoción de la salud, prevención y atención a la salud.
- ✓ Tener en cuenta que se trabaja con mujeres y hombres con una historia, y no con objetos para números y metas.
- ✓ Fomentar que el cuidado de personas enfermas lo realicen todas/os los integrantes de la familia (no sólo mujeres).

Como parte de avanzar en la elaboración y puesta en marcha de propuestas para incorporar la perspectiva de género en programas de salud, y en particular, en las acciones de promoción de la salud, la prevención y la atención en servicios de salud, esta Guía también expone algunos lineamientos prácticos y específicos para avanzar en ese sentido. Por citar algunos ejemplos, se propone:

Para las acciones de promoción de la salud y prevención, utilizar un lenguaje incluyente, no sexista y no discriminatorio en los mensajes promocionales y productos comunicativos de todo tipo, así como evitar reproducir los estereotipos y roles de género tradicionales en las imágenes que se utilizan en dichos productos comunicativos. A manera de ejemplo, esto se tendría que ver traducido en mensajes sobre el cuidado de la salud como un fin en sí mismo y no como un medio para beneficiar la salud de otras personas, como cuando se promueve que la mujer deje de fumar. Otro ejemplo podría ser que se generen y promuevan estrategias para prevenir riesgos que suelen asumir los hombres por razones de género y que repercuten en su estado de salud, tales como los accidentes, las adicciones, el VIH/SIDA. Y finalmente, otro ejemplo sería que se aliente a los hombres de cualquier edad a participar en las actividades de salud comunitaria que tradicionalmente por cuestiones de género se han delegado a las mujeres.

Por otro lado, para aplicar la perspectiva de género en la atención en los servicios de salud a causa de alguna enfermedad, se propone que el personal de salud trate a las usuarias con amabilidad y como personas respetables, incluso llamándolas por su nombre y no con términos en diminutivo que denotan un trato hacia ellas como seres inferiores que requieren de una protección en particular. Otra propuesta es establecer tanto horarios de atención en los servicios preventivos adecuados a los horarios de trabajo de los hombres, como espacios y horarios de servicios de atención adecuados para las mujeres, en

particular para la atención en aquellos programas generalmente dirigidos a la atención de los hombres como es el caso de las adicciones y el VIH/SIDA. Otra propuesta es que los servicios de salud incluyan el servicio de cuidado de las y los hijos de las usuarias mientras éstas reciben la atención médica que requieren. Finalmente, una propuesta es que el consentimiento informado sea un eje central en la prestación de servicios, en especial, en la atención de la salud reproductiva de las mujeres.

IV. Consideraciones finales

En esta ponencia he presentado algunos datos, reflexiones y argumentos sobre la igualdad de género en salud como un reto importante y necesario para ser asumido en las instituciones de salud pública. Las ideas y cuestiones aquí planteadas se ha producido en el intercambio colaborativo y constructivo que hemos tenido en el desarrollo del Programa de Acción Específico Igualdad de Género en Salud 2007-2012. No pretenden ser soluciones y propuestas acabadas, sino ideas reflexivas para motivar mayor análisis y generación de nuevas propuestas y compartirlas en este documento es una manera de buscar enriquecer estos planteamientos con las consideraciones de quienes las lean y pongan en práctica. Sabemos que aún quedan varios caminos por andar hacia la construcción de condiciones para la igualdad entre mujeres y hombres en el respeto a su derecho a la salud y la disminución y eliminación de inequidades en salud causadas o reforzadas por el sistema tradicional de género. Hacer realidad el derecho a la igualdad entre la mujer y el hombre establecido en la Constitución Mexicana y en la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, también en el ámbito de la salud, es un reto inaplazable y en el que todas las personas que trabajamos en las instituciones de salud debemos trabajar por el bien de toda la población que vive y transita por México.

Referencias bibliográficas.

Arteaga, N. y Valdés, J., “Contextos socioculturales de los feminicidios en el Estado de México: nuevas subjetividades femeninas”. En *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 72, núm. 1, enero-marzo, 2010, UNAM, pp. 5-35

Bonino, L., *Mortalidad en la adolescencia y estereotipos masculinos*. Conferencia presentada en las Terceras Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, Argentina; 1989.

Buvinic, M., Médicini, A., Fernández, E. y Torres, A.C. “Gender Differentials in Health”. En Jamison, D.T., Breman, J.G., Measham, A.R., Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D.V. et al, editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2a ed. Washington DC: Oxford University Press and The World Bank; 2006; pp 195-210.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), *Guía mujeres y hombres ante las adicciones: el papel del personal médico en su detección temprana y derivación a tratamiento*. Secretaría de Salud, México. 2006

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), *Guía para la incorporación de la perspectiva de género en programas de salud*. Secretaría de Salud, 2ª edición, México, 2011

Corsi, Jorge, *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Paidós, Buenos Aires, 1995.

de Keijzer, Benno, *La enfermedad y la muerte en los hombres: masculinidad y salud*. México: Fundación MacArthur; 1994.

García, Hernán, Almaguer, Alejandro y Vargas Vicente “La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud” en revista *Género y Salud en Cifras*, vol. 8 núm. 3, septiembre-diciembre de 2010, pp. 3-12

Lerner, Susana, edit., *Varones, sexualidad y reproducción*. México: El Colegio de México; 1998.

Magis, C., De Luca, M., Martz T., Bravo E. y Volkow, P., “Panorama epidemiológico” en Torres Pereda (edit.), *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA*. Ángulos del SIDA, CENSIDA/INMUJERES/Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2010, pp. 32-51.

Mino, Fernando “Parir con dolor. La violencia obstétrica en los servicios de salud” en Letra S, Salud, Sexualidad y Sida, suplemento mensual de la Jornada, no. 189, jueves 5 de abril de 2012

Mirandé, A., “Los hombres latinos y la masculinidad: un panorama general”. En revista *La Ventana* 1997; (8): 8-45.

Nazar, A. y Salvatierra B., “Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género”, en *Perfiles de Población No. 64*, abril/junio 2010, CIEAP/UAEM, pp. 67-92

Olaiz, G., Rosalba, M., Aguilar, C., Rauda, J., Villalpando, S., “Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000”, en *Salud Pública de México*, vol.49, suplemento 3 de 2007, pp. s331-s337.

Organización Mundial de la Salud (OMS), *Declaración introductoria de la Directora General sobre la política de la OMS en materia de género: integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. Véase en <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf> [visitada el 23 de febrero de 2012]

Organización Mundial de la Salud (OMS), Department of Gender, Women and Health, *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*, Ginebra, 2011. Véase en http://www.who.int/gender/documents/health_managers_guide/en/index.html [visitada el 21 de enero de 2012]

Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Incorporación de la perspectiva de género en los Programas Prioritarios de Salud: el Caso de prevención y Control de la Diabetes Mellitus en México*. Mejores prácticas en género, etnia y salud. OPS Washington, D.C. 2008

Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Género y Salud: una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud*. Adaptado de *Gender Mainstreaming for Health Managers: a practical approach* de OMS. s/f. Véase en <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf> [visitada el 20 de abril de 2012]

Ortiz, Luz M. y Herrera, Martha R., “¡No soy una enfermedad!... Soy una persona que padece diabetes”. En Peña, Florencia y Barragán Anabella (coords.), *Antropología física. Diversidad biosocial contemporánea*. Prompet-ENAH-Eón sociales, México, 2011

Rodríguez, Y. y del Rio, A., “Masculinidad y perspectiva de género en problemas de salud actuales en México. Realidades y retos.” En Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Masculinidades, género y derechos humanos*. Primera Visitaduría General de la CNDH, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Familia, la Niñez, Personas Adultas Mayores y Discapacidad, México, 2010

Sen, G. and Östlin, P., *Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Women and Gender Equity Knowledge Network. Karolinska Institutet; 2007. Véase en http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf [visitada el 11 de enero de 2012]

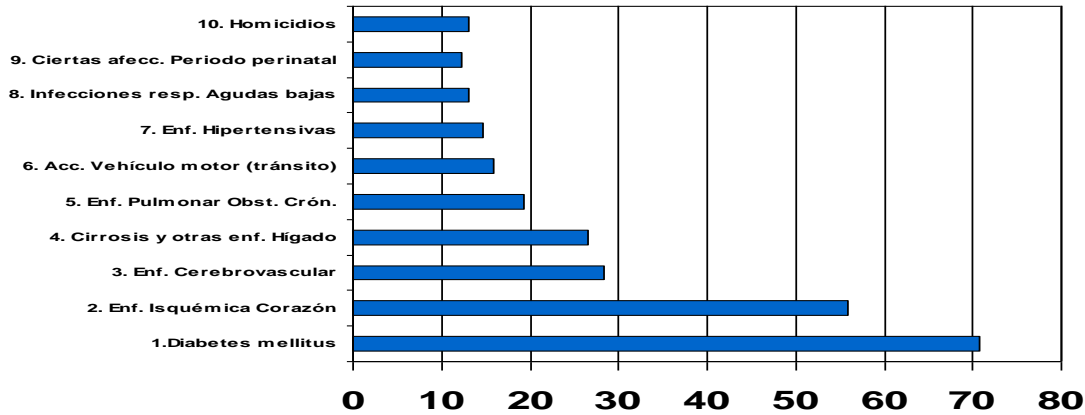
Torres Pereda (edit.), *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA*. Ángulos del SIDA, CENSIDA/INMUJERES/Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2010.

Secretaría de Comunicaciones y Transportes, *Anuario Estadístico de Accidentes en Carreteras Federales*, México, 2003.

Villanueva, Luis, “El maltrato en las salas de parto. Reflexiones de un gineco-obstetra” en revista *Género y Salud en Cifras*, vol. 8 núm. 3, septiembre-diciembre de 2010, pp. 21-26

Anexo 1

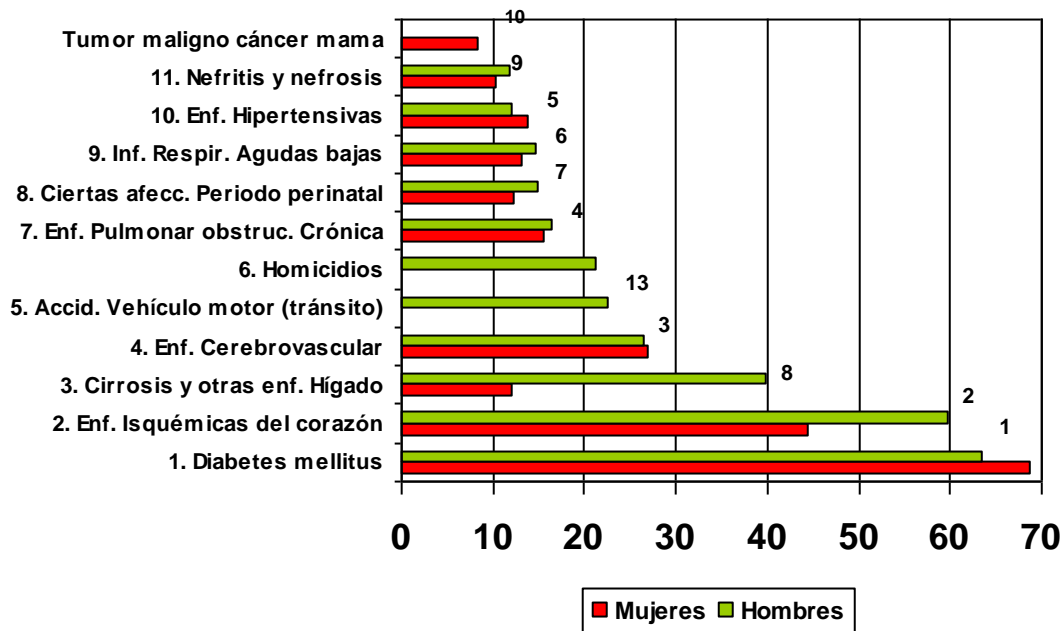
Gráfica 1: ¿Cuáles fueron las 10 principales causas de muerte en México en 2008?



Fuente: SINAIS, SSA, 2008- Tasa por 100,000 habitantes.

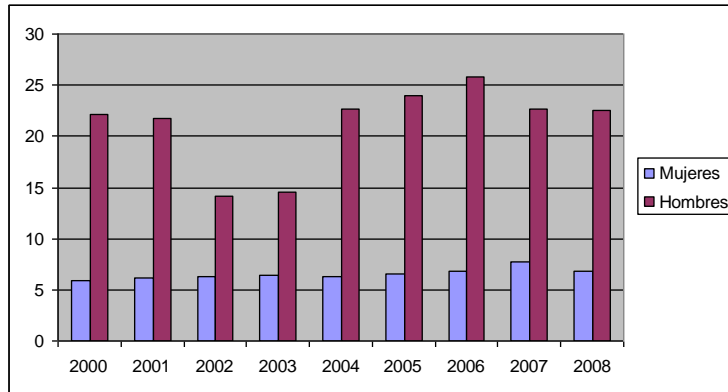
Anexo 2

Gráfica 2: ¿Cuáles fueron las 10 principales causas de muerte de mujeres y de hombres en México en 2008?



Fuente: SINAIS, SSA, 2008- Tasa por 100,000 habitantes.

Nota: El número antepuesto al nombre es el lugar que ocupa el padecimiento en la lista de principales causas de muerte para hombres en 2008, y el número al final de las barras es el lugar que ocupa entre la lista de principales causas de muerte para mujeres en el mismo año.

Anexo 3**Tasa de Muertes por Accidente de Vehículo de Motor 2000-2008**

Fuente: Dirección General de Información en Salud/Secretaría de Salud, 2008.
