

EQUIDAD, GENERO Y SALUD

Elsa Gómez Gómez

Marzo 2001

El objetivo de este documento es presentar los fundamentos éticos y empíricos del mandato OPS de **“incorporación de la perspectiva de género en las políticas y estrategias de salud”**¹. Dicho mandato apunta a la identificación y corrección de las inequidades de género que vulneran el ejercicio ciudadano del derecho a la salud por parte de mujeres y hombres.

El acento en género no es de ninguna manera, reduccionista. Por el contrario, esta visión parte del reconocimiento esencial de que las desigualdades de género se articulan y potencian con otras desigualdades de poder. Lo que se pretende resaltar es, precisamente, que un análisis de la salud que no integre la dimensión de género no puede dar cuenta cabal de la realidad, Y, más aún, que desde una perspectiva de justicia social, no es de ninguna manera suficiente ni coherente enfrentar las desigualdades entre grupos económicos o étnicos, sin que paralelamente se aborden dentro de tales grupos, las desigualdades injustas entre hombres y mujeres.

Comenzaré, entonces, por precisar los ejes conceptuales del marco referencial de OPS en este ámbito y me referiré luego a las dimensiones básicas de inequidad de género en salud que estamos pretendiendo rectificar. Quisiera sí hacer hincapié en el hecho de que no pretendo ilustrar sobre el tema de género y salud a una audiencia con tanta trayectoria en esta área. Simplemente, compartiré con ustedes la visión de la OPS frente al examen y tratamiento de las inequidades de género en el ámbito de la salud y el desarrollo humano .

I. LOS CONCEPTOS

Para la mayoría de los aquí presentes, los conceptos de equidad y género se sitúan en un terreno por demás conocido. Sin embargo, considerando, tanto la variedad de interpretaciones que rodea estos conceptos como, también, la carga emocional que con ellos se asocia, quisiera empezar precisando los significados particulares de equidad y género que orientan la cooperación técnica de OPS.

1. Equidad

Equidad no es lo mismo que igualdad; paralelamente, no toda desigualdad es considerada como inequidad. La noción de inequidad adoptada por OMS /OPS es la de **“desigualdades innecesarias y evitables y, además, injustas”**².

¹ OPS, Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002, 25a. Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., septiembre 1998. CSP25/8, p.29

² Whitehead, M., *The concepts and principles of equity and health*. Document EUR/ICP/RPD/414., WHO Office for Europe, Copenhagen, 1990

Así, mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad representa un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos.

En términos operacionales, **la equidad en salud** se traduciría, por tanto, en **la minimización de disparidades evitables en la salud --y sus determinantes-- entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social**

Y al hablar de equidad en **salud**, conviene distinguir entre estado de salud y atención de la salud. El *estado de salud* tiene que ver con el bienestar físico, psíquico, y social de las personas, mientras que la *atención de la salud* es solo uno de los múltiples determinantes del estado de salud. La atención se refiere a aspectos centrales de los servicios de salud, como son la accesibilidad, la utilización, la calidad, la asignación de recursos, y el financiamiento.

En consecuencia,

La equidad en el *estado de salud* apunta al logro por parte de *todas las personas* del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos.

La equidad en la *atención de la salud* implicaría que:

- los **recursos** se asignen según la **necesidad**,
- los **servicios** se reciban de acuerdo con la **necesidad**, y
- el **pago** por servicios se haga según **capacidad** económica

Es importante destacar que la noción de **necesidad** está en la base del concepto de equidad distributiva. Tal noción apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo **igualitario** o de cuotas idénticas entre individuos o grupos, sino de asignación **diferencial** de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos.

2. Género

Existen dos confusiones bastante generalizadas con respecto al concepto de género. La primera, es que género es igual a sexo; la segunda, que género equivale a mujer.

- En cuanto a la supuesta equivalencia entre sexo y género, cabe recalcar que mientras “*sexo*” alude a la diferencia biológica entre hombre y mujer, “*género*” se refiere al significado social atribuido a esa diferencia biológica, y que se deriva fundamentalmente de la división del trabajo por sexo.
- Respecto a la idea de que género equivale a mujer, quisiera enfatizar que género es un concepto *relacional*. Su objeto de interés no es la mujer o el hombre; son las *relaciones de desigualdad* entre mujeres y hombres –o entre los ámbitos “masculinos” y “femeninos”-- en torno a la distribución del poder.

Más allá de su importancia en la formación de la subjetividad, la categoría género ha empezado a alcanzar reconocimiento en las ciencias sociales como uno de los ejes primarios alrededor de los cuales se organiza la vida social. Género ocupa un lugar central –junto con clase y raza--en el nivel macro de asignación y distribución de recursos dentro de una sociedad jerárquica.

La relevancia de género en el nivel macro radica en su función articuladora de dos dimensiones complementarias de la economía: por un lado, asegurando la existencia de una esfera no remunerada donde la fuerza de trabajo se reproduce y es puesta en circulación (**trabajo reproductivo**); y, por el otro, condicionando las alternativas en el ámbito del trabajo remunerado (**trabajo productivo**).

La representación desproporcionada de las mujeres en los sectores de pobreza tiene sus raíces, **primero**, en la preeminencia que la sociedad da al rol reproductivo en la vida de las mujeres, preeminencia que limita las oportunidades de las mujeres para participar en la esfera productiva. Y, **segundo** (más importante aún), en la desvalorización social del trabajo “femenino” tanto en el hogar como en el mercado laboral.

3. Participación

La participación social desempeña un papel crucial en el logro efectivo y sostenible de los objetivos de la equidad en un sentido amplio, y de género en particular. Esta participación se concibe, no como un instrumento para abaratar costos sino, como el ejercicio del derecho ciudadano a incidir sobre los procesos que afectan el propio bienestar.

Estamos convencidos de que la efectiva consideración de las necesidades particulares de los distintos grupos sociales en tales políticas, así como la rendición de cuentas por parte de sus ejecutores—Estado o Sector Privado-- no es posible sin la existencia de una cultura cívica que las demande. Hacemos hincapié, por tanto, en la participación activa de la sociedad civil, particularmente de las organizaciones de mujeres, y no simplemente en la implementación de acciones prescritas por otros, sino en la formulación misma de las políticas públicas y en su vigilancia. Ponemos énfasis en las mujeres con el fin de subrayar la urgencia de eliminar el enfoque instrumentalista que ha predominado con respecto a la participación femenina en el sistema de salud en aras de una mayor equidad en la distribución de las responsabilidades y el poder en la producción de la salud.

II. LAS DIMENSIONES DE INEQUIDAD DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Adoptar la perspectiva de género en salud implica vincular la división por sexo del trabajo y del poder dentro de una población, con los perfiles epidemiológicos, y con las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud de esa población.

En consecuencia, al hablar de inequidades de género en salud estaremos refiriéndonos a una o más de las siguientes dimensiones:

- Estado de salud y sus determinantes
- Acceso efectivo a atención de acuerdo con necesidad
- Financiamiento de la atención según capacidad de pago
- Balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud.

1. Situación y determinantes de la salud

Con frecuencia al hablar de equidad de género en salud, se nos hace la pregunta: *¿Por qué el énfasis en las mujeres cuando son los hombres los que primero mueren?*

Ciertamente, las mujeres sobreviven a los hombres, y esta ventaja de sobrevivencia ha sido asociada parcialmente con factores genéticos. Es un hecho que la mortalidad masculina tiende a exceder la mortalidad femenina a cualquier edad, incluso en útero, siendo este excedente particularmente pronunciado durante la etapa perinatal. Sin embargo, es importante señalar que:

- **La ventaja de sobrevivencia no equivale necesariamente a una mejor salud.** Por el contrario, la evidencia empírica indica que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que el varón a lo largo del ciclo vital, morbilidad que se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos, en mayores prevalencias de enfermedades crónicas no mortales, y en niveles más altos de discapacidad en el corto y en el largo plazo³.
- **Las causas de enfermedad y muerte prematura y, por ende, la evitabilidad de estos eventos, son distintas para las mujeres y los hombres.** Así, aunque parezca inconcebible en esta época, continúan muriendo mujeres en el proceso no patológico de reproducir la especie: las complicaciones del embarazo y el parto siguen siendo una de las primeras causas de mortalidad femenina durante las edades reproductivas en la región. Por su evitabilidad e injusticia, la mortalidad materna ha sido calificada por la OPS como el reflejo más claro de la discriminación y el bajo status social de las mujeres.

Al mismo tiempo, resultaría absurdo ignorar los factores de género imbricados en la desventaja de supervivencia masculina. Las mayores diferencias por sexo en la mortalidad se concentran alrededor de causas cuya evitabilidad está ligada a comportamientos de riesgo culturalmente considerados masculinos, particularmente en ciertos grupos sociales. Esta sobremortalidad masculina alcanza proporciones dramáticas (5 a 50 veces mayores) en relación con accidentes, violencias, suicidios y conflictos armados, y es también notable con respecto a cáncer del pulmón, cirrosis hepática y SIDA.

Valga, entonces, destacar que—aún con manifestaciones diferentes según el sexo--la relación desigual de poder entre hombres y mujeres y las exigencias sociales

3

4

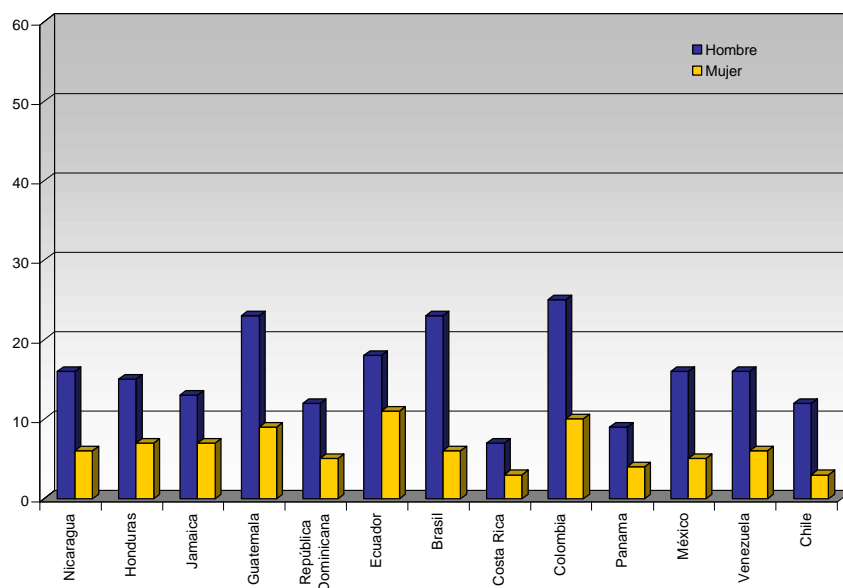
asociadas con el ejercicio del poder (ínter e intra-género) tienen efectos claramente negativos sobre la integridad física no solo de las mujeres sino también, de los hombres.

- **La pobreza ejerce un efecto más negativo sobre la salud y la supervivencia de las mujeres, que sobre la de los hombres.** En efecto, la mayor esperanza de vida femenina, característica hoy de los países industrializados, no ha sido ni es siempre la regla en los países pobres ni en los grupos de menores ingresos. Las condiciones sociales pueden disminuir e, incluso, anular la ventaja de supervivencia femenina. Por ejemplo, cifras recientes para 13 países de LAC (Figura 1) indican que, en los grupos de mayores ingresos, el riesgo de muerte prematura es claramente más alto para los hombres que para las mujeres. Sin embargo, entre los grupos pobres, este diferencial por sexo se reduce considerablemente e, incluso, desaparece. Esto en razón de que (Figura 2), mientras la pobreza multiplica por **2** y hasta por **5** el riesgo de muerte prematura entre los varones, entre las mujeres lo multiplica por **4** y hasta por **12**

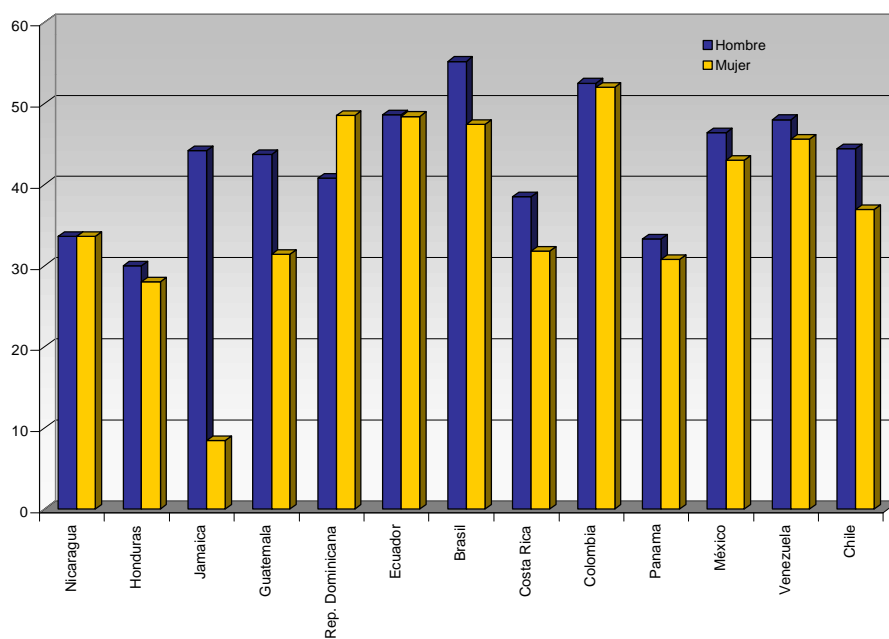
Corolario 1: La equidad en la situación de salud no implica la existencia de tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino la eliminación de diferencias remediabiles entre unas y otros en las oportunidades de disfrutar de salud, y de no enfermar, discapacitarse o morir prematuramente por causas prevenibles.

Figura 1: Probabilidad de morir (por 100) entre 15 y 59 años de edad, según sexo y condición de pobreza

A. No pobres

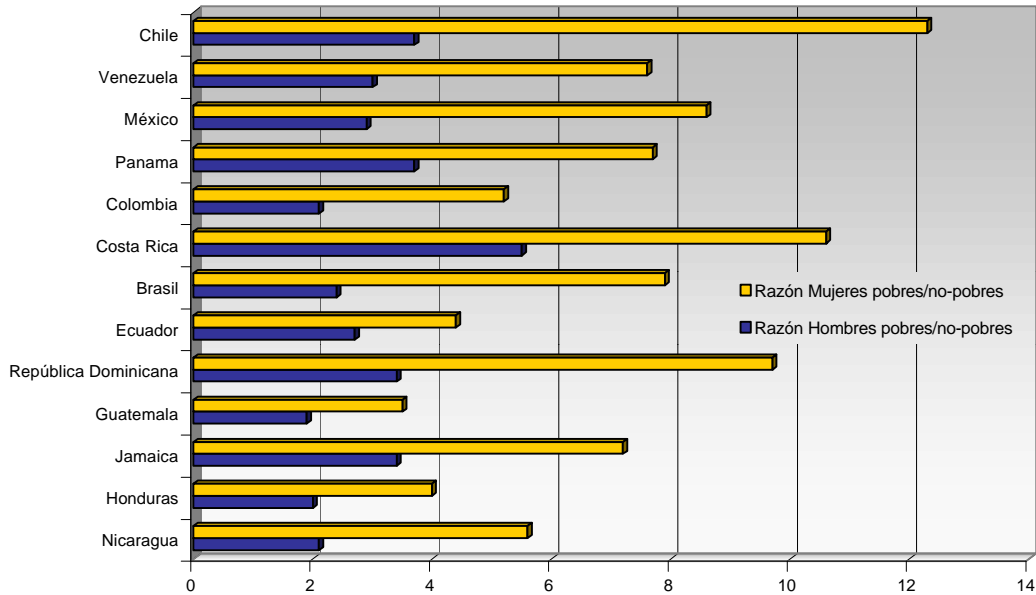


B. Pobres



Preparado por HDW/HDP/OPS con datos de la OMS - The World Health Report 1999

Figura 2: Razón entre pobres/no-pobres en la probabilidad de morir para hombres y mujeres (por 100) entre 15 y 59 años



Preparado por HDW/HDP/OPS con datos de la OMS - The World Health Report 1999

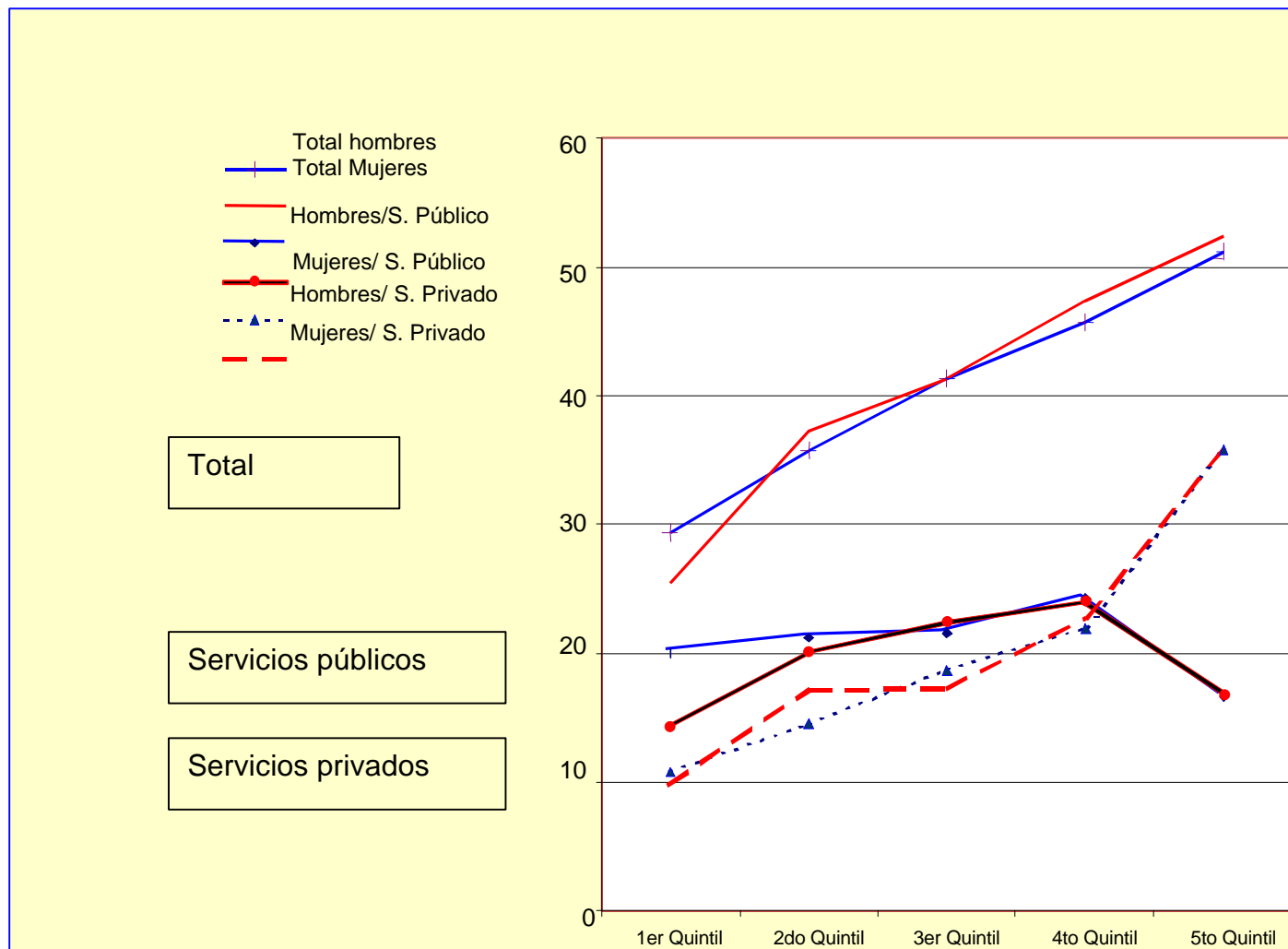
2. Acceso a atención

Frecuentemente se arguye, también, que en materia de equidad en el acceso a servicios, las mujeres son quienes llevan la mejor parte ya que son ellas quienes más frecuentemente utilizan los servicios.

Aunque, efectivamente, en promedio, las mujeres tienden a utilizar los servicios de salud más frecuentemente que los hombres, tal tendencia no conlleva necesariamente una ventaja ya que:

- **Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud** que los hombres, derivada particularmente de su rol biológico en la reproducción, pero también de su más alta morbilidad y su mayor longevidad. En términos de percepción de necesidad de atención, la mayor brecha por sexo se observa también, en los sectores más pobres.
- **La pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a los servicios de salud.** Cuando se controla por necesidad, la utilización de servicios aparece en ocasiones más baja entre las mujeres que entre los hombres de los sectores de bajos ingresos, tanto en el sector público como en el privado. Paradójicamente esta menor utilización se da en aquellas circunstancias donde la necesidad de servicios es comparativamente la más alta en relación con los hombres.

Figura 3: Porcentaje de personas que buscaron atención de salud por sexo, quintiles de consumo familiar y tipo de servicios



Fuente: Encuestas LSMS Bolivia, Colombia, Ecuador, Nicaragua, Venezuela, 1994-1996

Corolario 2: Abogar por la equidad de género en salud no significa luchar para que hombres y mujeres reciban cuotas iguales de recursos y servicios. Significa, por el contrario, abogar para **que los recursos se asignen y se reciban diferencialmente** de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y cada contexto socio económico.

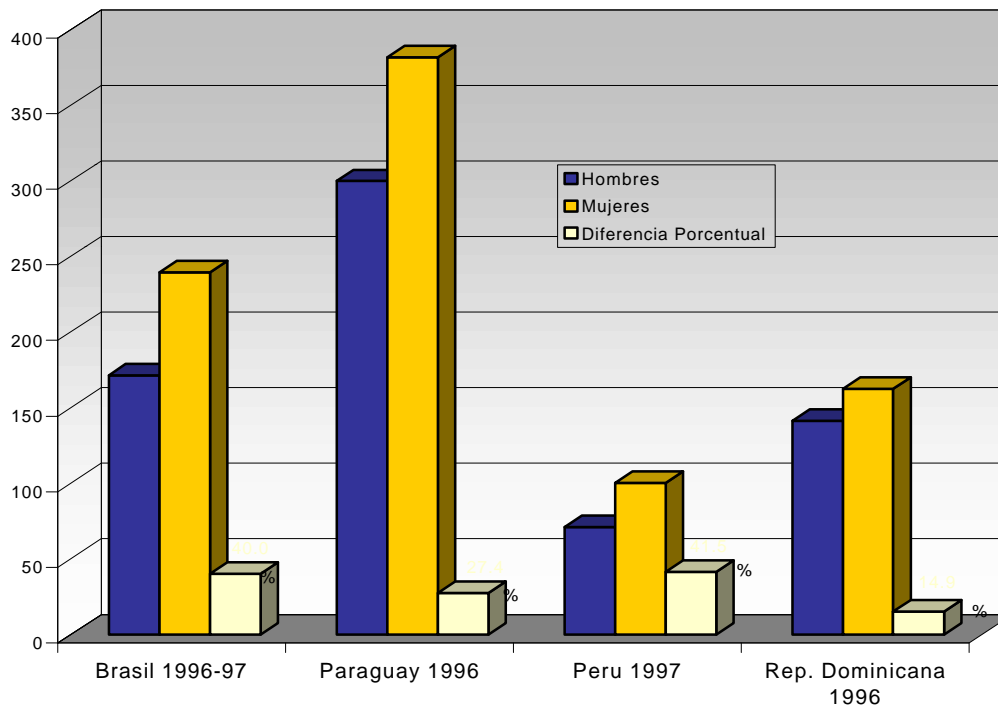
3. Financiamiento de la atención

El principio de equidad por el cual el pago por la atención se haría según capacidad económica, es vulnerado doblemente para las mujeres dentro de los sistemas de financiamiento no solidarios. Por las necesidades particulares que les impone su función reproductiva y su mayor morbilidad, las mujeres terminan pagando más que los hombres por mantener su salud. Y esta desigualdad absoluta se agudiza en términos proporcionales, al tomar en cuenta la menor capacidad económica que, como grupo, tienen las mujeres.

- En sistemas de financiamiento no solidarios, **las mujeres pagan más por la atención de salud que los hombres**
 - ❑ En estados Unidos las mujeres en edad reproductiva pagan en gastos de bolsillo 68% más que los hombres.⁴
 - ❑ En Chile, la prima de aseguramiento privado durante las edades reproductivas, es 2.5 veces más alta para las mujeres que para los hombres.
 - ❑ En 4 países de LAC para los cuales se cuenta con información de encuestas de hogares, (Fig.4) el gasto de bolsillo en salud es 16- 40% más alto para mujeres que para hombres
- **Las mujeres tienen menor capacidad de pago que los hombres** porque:
 - ❑ constituyen la mayoría dentro de los pobres
 - ❑ debido a su predominio entre los trabajadores sin remuneración y a su inserción desventajosa en el mercado de trabajo remunerado, tienen menor acceso a recursos para pagar directamente por servicios o acceder a planes de aseguramiento. Así, el patrón de trabajo de las mujeres se distingue por los siguientes rasgos:
 - Menor participación en la fuerza de trabajo remunerada
 - Mayor desempleo
 - Concentración en ocupaciones de baja remuneración (El ingreso por remuneración de las mujeres representa el 70% del ingreso masculino en la región)
 - Sobre- representación en ocupaciones no cubiertas por seguridad social, tales como empleo de tiempo parcial y en sector informal
 - Discontinuidad de historia de trabajo, ocasionada por la gestación y crianza de los hijos, que limita el acceso a beneficios de seguridad de la salud en el largo plazo.

4

Figura 4: Gastos de bolsillo en salud para hombres y mujeres en países seleccionados de América Latina y el Caribe (en US\$)



Fuente: Encuestas LSMS para Brasil, Paraguay y Peru. Encuestas DHS para Rep. Dominicana

Corolario 3: La equidad en el *financiamiento de la atención* exigiría que tanto mujeres como hombres contribuyeran de acuerdo con su capacidad económica, y no de acuerdo con sus necesidades. Implicaría, particularmente, que el costo de la reproducción no recayera exclusivamente sobre las mujeres sino que se distribuyera solidariamente en la sociedad.

Dada la forma como se distribuyen por sexo el trabajo y la remuneración en la sociedad, mientras la seguridad social y los planes de aseguramiento dependan del empleo, las mujeres van a permanecer en desventaja sistemática respecto al acceso directo a atención.

4. Distribución de las responsabilidades y el poder en la producción de la salud

Las mujeres representan el 80% de la fuerza laboral en salud. Y lo que es tal vez más importante y menos valorado, es que las mujeres son las **principales gestoras y proveedoras de atención** dentro de la familia y la comunidad. En efecto, más del 85% de la atención de la salud ocurre fuera de los servicios y esta atención es provista mayoritariamente por mujeres en el hogar y en la comunidad de manera gratuita. (campañas de vacunación, detección y tratamiento

temprano de enfermedades, atención de los ancianos, de los niños, de los enfermos, de los sanos)

Pese a esta contribución crítica a la producción de la salud, las mujeres permanecen en una **posición de desventaja dentro del sistema de salud**, dado que :

- a) predominan en los escaños de más baja remuneración y prestigio dentro del sector formal de la salud
- b) permanecen sub-representadas en las estructuras de poder local y nacional que definen prioridades y asignan recursos para la salud
- c) desempeñan sin remuneración el trabajo informal de promoción y atención de la salud en la familia y la comunidad.

Las formulaciones de política aparentemente neutras como "reducción de costos", "eficiencia", "descentralización", generalmente esconden profundos sesgos de género porque implican transferencias de costos de la economía remunerada a la economía que se asienta en el trabajo no pago de las mujeres.

Así, la premisa que está sustentando algunas medidas de ajuste y de reforma es la de que el gobierno puede reducir gastos recortando servicios--por ejemplo, reduciendo estadías hospitalarias, cuidado de ancianos, atención de enfermos mentales—bajo el supuesto de que dichos servicios pueden ser provistos por las familias. Tales medidas se basan en el supuesto de elasticidad infinita y gratuidad del tiempo de las mujeres, y en la expectativa de que ellas estén siempre disponibles, dispuestas, y moralmente obligadas para proveer su asistencia en el hogar a los dependientes, los enfermos, los ancianos, y los discapacitados. Ausente de estas políticas está cualquier consideración relativa al impacto que las expectativas de disponibilidad, obligación y gratuidad de su tiempo ejercen sobre la situación de empleo y remuneración, y sobre el desgaste físico y emocional de las mujeres. Ausente, está también la consideración de estructuras de apoyo para la provisión de atención en el hogar. Y ausente, más aún, está una consideración seria a la eficiencia y la sostenibilidad en el largo plazo de este tipo de arreglo.

Corolario 4: La equidad de género en gestión de la salud, va más allá de garantizar igual salario por igual trabajo en el sector formal de la salud. Exige fundamentalmente, que el costo real de la provisión de atención, sea explícitamente confrontado y justamente distribuido entre **hombres y mujeres**, y entre la **familia**, la comunidad, el **estado**, y el **mercado**⁵.

Requiere, además, una participación igualitaria de mujeres y hombres, particularmente de los sectores de menores recursos, en la **toma de decisiones** sobre definición de prioridades y asignación de recursos--públicos y privados-- necesarios para asegurar la salud

⁵ UNDP, *Human Development Report*, 1999, New York, Oxford University Press p. 82-83.

III. CONSIDERACIONES FINALES

La base de la relación entre género y desarrollo de la salud es la visión de una sociedad más equitativa, con una *distribución más justa de los recursos y beneficios* de ese desarrollo y con una mayor *participación* de las mujeres—especialmente las de los sectores menos privilegiados—en las decisiones que afectan el bienestar común.

Recapitulando lo discutido hasta ahora, diríamos que las inequidades que existen en la división por sexo del trabajo y del poder en la sociedad se reflejan en desigualdades injustas e innecesarias entre hombres y mujeres en, por lo menos, cuatro ámbitos de la salud: (1) El estado de salud. (2) El acceso a atención de acuerdo con necesidad. (3) El financiamiento de la atención de acuerdo con capacidad de pago. (4) La distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder en la gestión de la salud.

Frente a esta realidad, nos vemos en la necesidad de pasar del discurso a la acción y aterrizar propuestas de cambio. Este paso incluye tres componentes fundamentales⁶:

- Generación de información sobre la situación y los determinantes de las inequidades de género en el ámbito de la salud
- Traducción de esta información a un lenguaje comprensible por políticos, planificadores y activistas
- Movilización política en apoyo de prioridades de acción conducentes a una mayor equidad en salud
- Definición de mecanismos institucionales a través de los cuales estas prioridades puedan incorporarse de manera democrática y sostenible dentro del proceso de gestión de políticas.

“...más allá del examen de la situación de ventaja o desventaja de las mujeres o los hombres, es necesario analizar el contraste entre 1) los esfuerzos y los sacrificios hechos por mujeres y hombres, y 2) las compensaciones y los beneficios que unas y otros obtienen. Establecer este contraste es importante para una mejor comprensión de la injusticia de género en el mundo contemporáneo. La naturaleza altamente demandante de los esfuerzos y las contribuciones de las mujeres, sin recompensas proporcionales, es un tema particularmente importante de identificar y explorar⁷”.

⁶ Standing, Hilary, Reflections on Gender and Health Reforms in the Context of Severe Health Inequalities. Trabajo presentado en la reunión del Grupo Consultivo sobre Equidad de Género y Reforma, Washington, D.C., OPS/HDW, Octubre, 1998.

⁷ Anand, Sudhir y Sen, Amartya, Gender inequality in human development: Theories and Measurement. New York, Human Development Report Office, Occasional Papers, No. 19, 1995, p.2 .