

Equidad, género y salud: retos para la acción¹

Elsa Gómez Gómez²

El objetivo de este artículo es delinear los fundamentos éticos y empíricos del mandato dirigido a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por los Cuerpos Directivos para que se incorpore la perspectiva de género en las políticas y estrategias de salud (1). El mandato señala la necesidad de reconocer y corregir las inequidades de género que vulneran el ejercicio del derecho a la salud entre los habitantes de los Estados Miembros.

El énfasis en incorporar una visión de género dentro de la cooperación técnica de la OPS parte de haber reconocido, primero, que un análisis de salud que no integre la dimensión del género no puede dar cuenta cabal de la realidad y, segundo, que desde la perspectiva de la justicia social, no es de ninguna manera suficiente ni coherente enfrentar las desigualdades entre grupos económicos o étnicos sin abordar paralelamente las desigualdades injustas entre hombres y mujeres que existen en esos grupos.

En este trabajo se precisarán, por lo tanto, los conceptos que orientan el enfoque de la equidad de género en la salud. Se identificarán asimismo las dimensiones de la inequidad de género que la OPS intenta visibilizar y corregir.

El mandato de integrar la perspectiva de género en la cooperación técnica de la OPS se apoya en tres pilares conceptuales fundamentales: *equidad, género y participación democrática*. Dada la multiplicidad de significados que se asocia con estos conceptos, resulta esencial esclarecer el sentido específico que cada uno de ellos adquiere para la OPS.

CONCEPTOS GENERALES

La equidad

Equidad no es lo mismo que igualdad. Paralelamente, no toda desigualdad se considera inequidad. La noción de inequidad adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS se reserva para las desigualdades que son "innecesarias, evitables e injustas" (2). Así, mientras que la igualdad es un concepto empírico, la equidad constituye un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y de derechos humanos.

Desde el punto de vista operativo, la equidad en salud comprendería eliminar las disparidades evitables en la salud y sus determinantes entre gru-

Palabras clave: equidad, género, salud de la mujer.

¹ Adaptado del trabajo presentado por la autora en el seminario Género y Cuentas Nacionales de Salud, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud en Santiago, Chile, en noviembre de 2001.

² Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. Dirección postal: 525 Twenty-third St., N.W., Washington, D.C. 20037, Estados Unidos de América.

pos humanos con diferentes grados de privilegio social (3). Es preciso subrayar que el problema no es que existan desigualdades, sino que las desigualdades pongan sistemáticamente en desventaja a un grupo.

El género

Género no es sinónimo de sexo. *Sexo* alude a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, mientras que *género* se refiere al significado social construido alrededor de esa diferencia, basado fundamentalmente en la división, según el sexo, de los roles y el poder.

Género tampoco equivale a mujer. El concepto de género no se aplica a la mujer en sí misma —ni tampoco al hombre—, sino a las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres (o entre los ámbitos masculinos y femeninos) en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder.

Más allá de su importancia en la formación de la identidad subjetiva, la categoría del género constituye uno de los ejes primarios alrededor de los cuales se organiza la vida social. El género ocupa un lugar central —junto con la clase social y la raza— en el nivel macroeconómico de asignación y distribución de recursos dentro de una sociedad jerárquica. Su relevancia en ese nivel estriba en su función de articular dos dimensiones complementarias de la economía: por un lado, logra la existencia de una esfera no remunerada donde la fuerza de trabajo se reproduce y entra en circulación (trabajo *reproductivo*) y, por el otro, condiciona las alternativas en el mercado de trabajo remunerado (trabajo *productivo*).

La representación desproporcionada de las mujeres en los sectores pobres tiene sus raíces en dos pautas culturales. La primera es la preeminencia que le asigna la sociedad al papel reproductivo que desempeña la mujer, pauta que limita sus oportunidades de participar en el mercado laboral remunerado. La segunda pauta —tal vez más importante— es la desvalorización social del trabajo “femenino” tanto en el hogar como en el mercado.

La participación democrática

La participación social desempeña un papel crucial en el logro efectivo y sostenible de los objetivos amplios de equidad y, en particular, de la equidad de género. Esta participación se concibe como el ejercicio del derecho de las personas a influir en los procesos que afectan a la salud, tanto la individual como la colectiva.

Se torna imposible tener en cuenta las necesidades particulares de los distintos grupos sociales

y darles una respuesta institucional apropiada, así como exigir que rindan cuentas los ejecutores de las políticas —ya sean del Estado o del sector privado— a no ser que exista una cultura cívica que lo exija. Por ello se hace hincapié en la participación activa de la sociedad civil —en especial de las organizaciones de mujeres—, no simplemente para que ejecuten las acciones prescritas por otros o sirvan como instrumento para reducir los costos de la provisión de servicios, sino para formular y vigilar las políticas públicas. El énfasis en las mujeres —particularmente en las mujeres pobres— responde a la urgencia de lograr una mayor equidad en la distribución de las responsabilidades y el poder en la producción de la salud, con objeto de eliminar el enfoque instrumentalista de la participación femenina que ha impregnado hasta ahora el sistema de salud.

La equidad de género en el ámbito de la salud debe entenderse, entonces, como la eliminación de aquellas disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres que se asocian con desventajas sistemáticas en el contexto socioeconómico.

- En *el estado de salud*, la equidad de género encausa el logro, por parte de mujeres y hombres, de niveles comparables de bienestar físico, psicológico y social.
- En *la atención de la salud* —que es uno de los muchos factores determinantes del estado de salud— la equidad de género implica que: a) los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres; b) los servicios se reciban según las necesidades particulares de cada sexo; y c) el financiamiento y pago de los servicios se ajusten a la capacidad económica y no a los riesgos propios de cada sexo o a sus necesidades.
- En *la participación para la producción de la salud*, la equidad de género exige que se distribuyan con equilibrio y justicia entre los sexos las responsabilidades de trabajo, los beneficios del desarrollo y el poder de decisión.

DIMENSIONES DE LA INEQUIDAD DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Adoptar la perspectiva de género en el campo de la salud implica vincular la división por sexos del trabajo y el poder con los perfiles epidemiológicos de una población y con las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud. La OPS se interesa en abordar las cuatro dimensiones de la inequidad de género que se mencionan a continuación:

- el estado de salud y sus determinantes socioeconómicos,

- la asignación de recursos y el acceso efectivo a la atención de acuerdo con la necesidad,
- el financiamiento de la atención según la capacidad de pago, y
- la distribución del poder y la carga de responsabilidades en el cuidado de la salud.

El estado de salud

Al hablar de equidad de género en el estado de salud, con frecuencia se pone en tela de juicio el énfasis en las mujeres, considerando que los hombres viven menos años y experimentan mayor mortalidad que ellas en todas las edades. Ciertamente, las mujeres sobreviven a los hombres y la mortalidad masculina tiende a superar a la femenina a cualquier edad, incluso *in utero*, y la diferencia es especialmente pronunciada durante la etapa perinatal. La ventaja de la supervivencia femenina se asocia parcialmente con factores genéticos, sobre todo durante las primeras etapas de la vida. Es importante subrayar, sin embargo, que la equidad de género en la situación de salud no significa tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos. Se refiere más bien a la eliminación de diferencias evitables entre hombres y mujeres en cuanto a sus oportunidades de obtener y mantener la salud, y a las probabilidades de enfermar, sufrir discapacidad o morir prematuramente por causas prevenibles. En este contexto, es importante resaltar dos factores:

- *La ventaja de supervivencia no equivale necesariamente a una mejor salud.*

Por el contrario, las observaciones empíricas indican que las mujeres tienden a experimentar mayor morbilidad que los hombres a lo largo del ciclo vital. Esta se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos, una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales, y niveles más altos de discapacidad en el corto y largo plazo (4).

- *Las causas evitables de enfermedad y muerte son diferentes en mujeres y hombres.*

Un ejemplo crítico de un daño evitable que afecta exclusivamente a las mujeres es el de las complicaciones del embarazo y el parto, las cuales continúan figurando en la Región entre las primeras causas de mortalidad de las mujeres en edad reproductiva. Por su carácter prevenible e injusto, la OPS ha calificado la mortalidad materna como el reflejo más claro de la discriminación y de cómo su baja categoría social perjudica a las mujeres.

Las causas de mayor mortalidad masculina, particularmente en la población adulta joven, se

relacionan con accidentes, violencias, suicidios y conflictos armados. En estas categorías, las tasas de mortalidad de los varones llegan a ser de 5 a 20 veces más altas³ que las de las mujeres. Son causas, evitables también, que reflejan comportamientos de riesgo abiertamente asociados con la división social de roles según sexo y las correspondientes expectativas culturales de “hombría”. En la misma línea de mortalidad masculina ligada a comportamientos de riesgo tolerados y estimulados mayormente entre los hombres, aparecen causas tales como el cáncer de pulmón, la cirrosis hepática y el sida.

Cabe hacer hincapié en que, aun con manifestaciones diferentes según el sexo, la rigidez en la separación de roles, las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, y las exigencias sociales asociadas con el ejercicio del poder —inter e intragéneros—, ejercen efectos claramente negativos sobre la integridad física, psicológica y social no solo de las mujeres sino también de los hombres.

- *La pobreza afecta desproporcionadamente a la salud y supervivencia de las mujeres.*

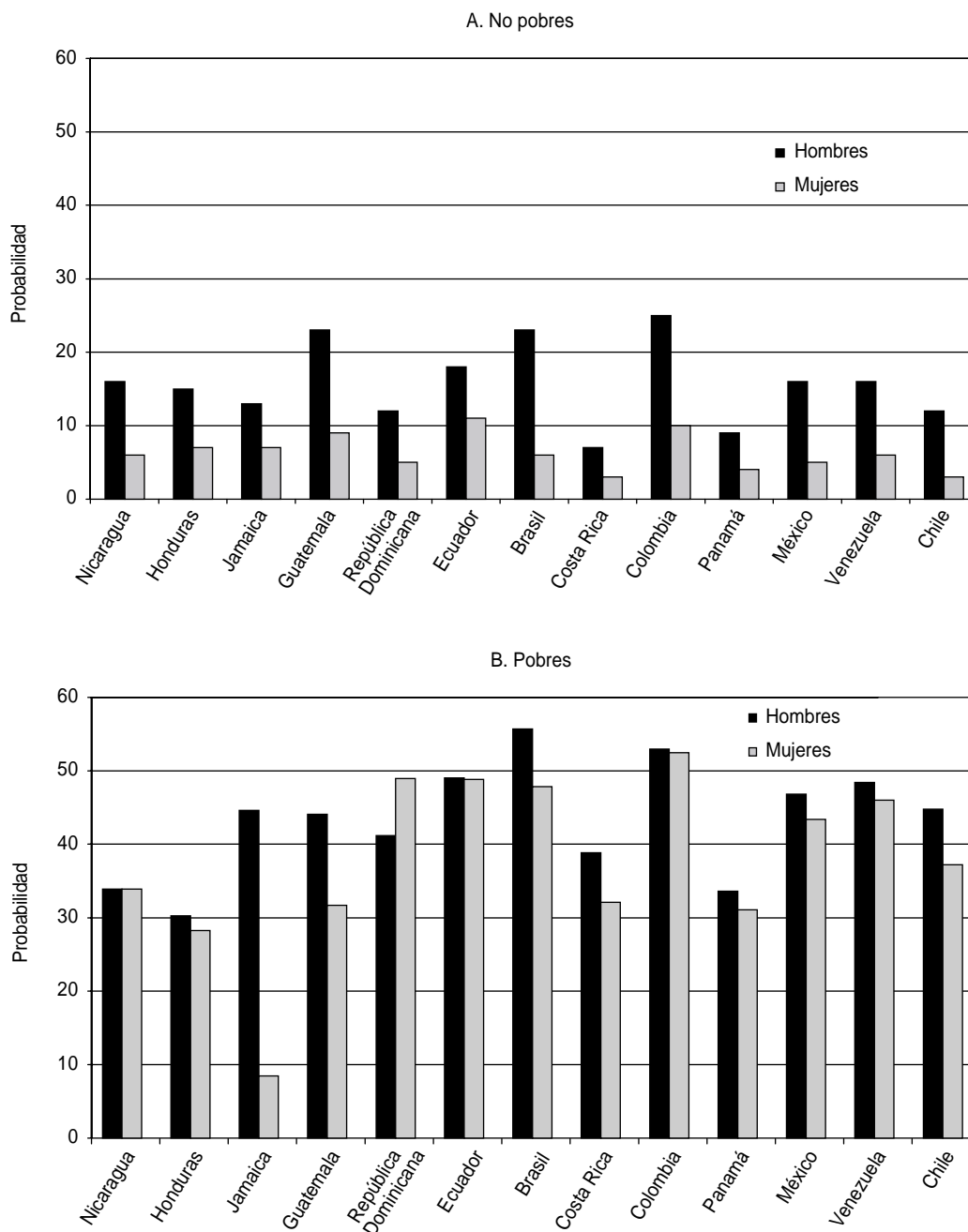
En efecto, la mayor esperanza de vida de la mujer, característica de los países industrializados, no ha sido ni es hoy siempre la regla en los países pobres y en los grupos de menores ingresos. Las condiciones sociales pueden disminuir e incluso anular la ventaja de la mayor supervivencia femenina. Así, por ejemplo, según cifras recientes para 13 países de América Latina y el Caribe (figura 1), el riesgo de muerte prematura de los hombres es claramente más alto que el de las mujeres en los grupos de mayores ingresos. Dentro de los grupos pobres, esa diferencia por sexo se reduce considerablemente y llega incluso a desaparecer. Las razones de las tasas de mortalidad de la población pobre a las de la población que no es pobre, según sexo, revela que la pobreza conlleva un riesgo de muerte prematura que es 2 a 5 veces mayor entre los varones y de 4 a 12 veces mayor entre las mujeres (figura 2).

Acceso a la atención de salud

Frecuentemente se arguye también que, en materia de equidad en el acceso a los servicios, las mujeres están en mejor posición que los hombres ya que son ellas quienes utilizan los servicios con mayor frecuencia. Es verdad que, en promedio, las mujeres tienden a utilizar los servicios de salud más frecuentemente que los hombres, pero esa tendencia no implica necesariamente una ventaja. La equi-

³ Sistema de Información Técnica sobre Mortalidad, OPS/SHA, 2002.

FIGURA 1. Probabilidad (por mil) de morir entre las edades de 15 y 59 años en 13 países^a de América Latina y el Caribe, según situación de pobreza y sexo



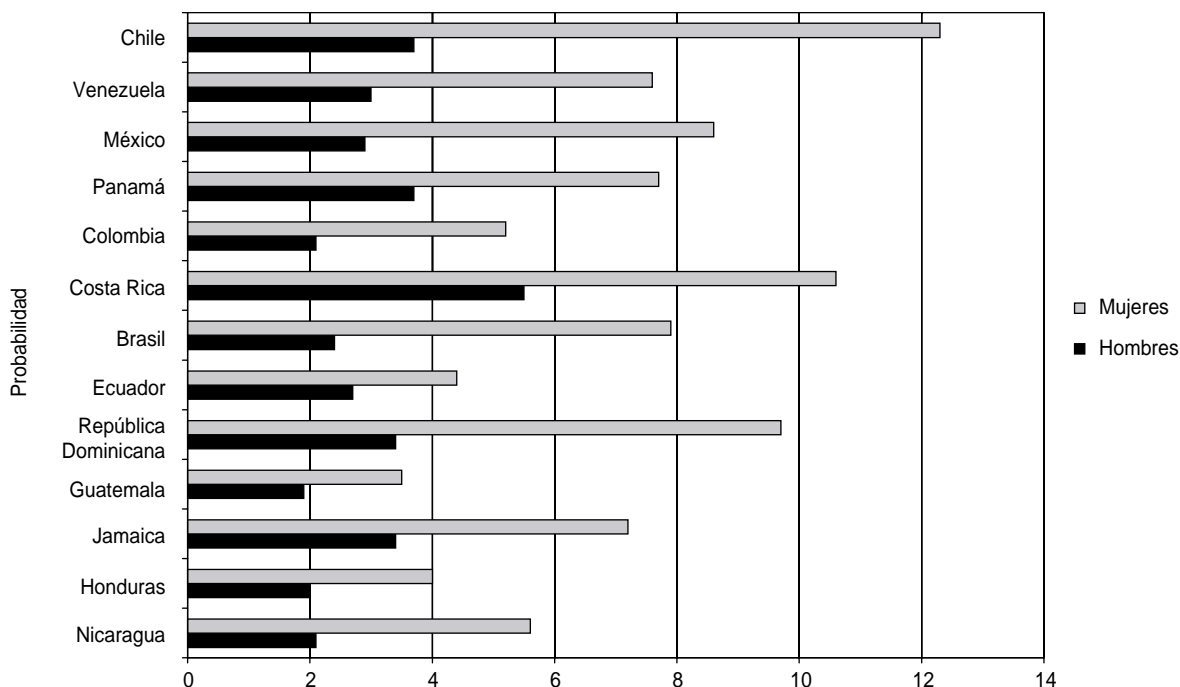
Fuente: Cifras contenidas en la referencia.

^a Los países están en orden ascendente de izquierda a derecha según su producto nacional bruto, ajustado por la capacidad adquisitiva de la moneda nacional.

dad de género en la atención de la salud no significa que hombres y mujeres reciban cuotas iguales de recursos y servicios. Significa, más bien, que los recursos se asignen y se reciban diferentemente de acuerdo con las necesidades de cada sexo y el contexto socioeconómico individual. La noción de *nece-*

sidad que fundamenta el concepto de equidad distributiva conduce hacia la asignación dispar de recursos de acuerdo con los requerimientos particulares de grupos e individuos. A este respecto, es importante llamar la atención a los siguientes hechos:

FIGURA 2. Razón de pobres a no pobres en la probabilidad (por mil) de morir entre las edades de 15 y 59 años en 13 países^a de América Latina y el Caribe, según sexo



Fuente: Cifras contenidas en la referencia.

^a Los países están en orden ascendente de arriba a abajo según su producto nacional bruto, ajustado por la capacidad adquisitiva de la moneda nacional.

- Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud que los hombres, debido principalmente a su rol biológico en la reproducción, pero también a su más alta morbilidad y mayor longevidad.
- La pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Si se ajusta por necesidad, la utilización de servicios —públicos o privados— en los sectores de bajos ingresos no es mayor entre las mujeres que entre los hombres (figura 3).

El financiamiento de la atención

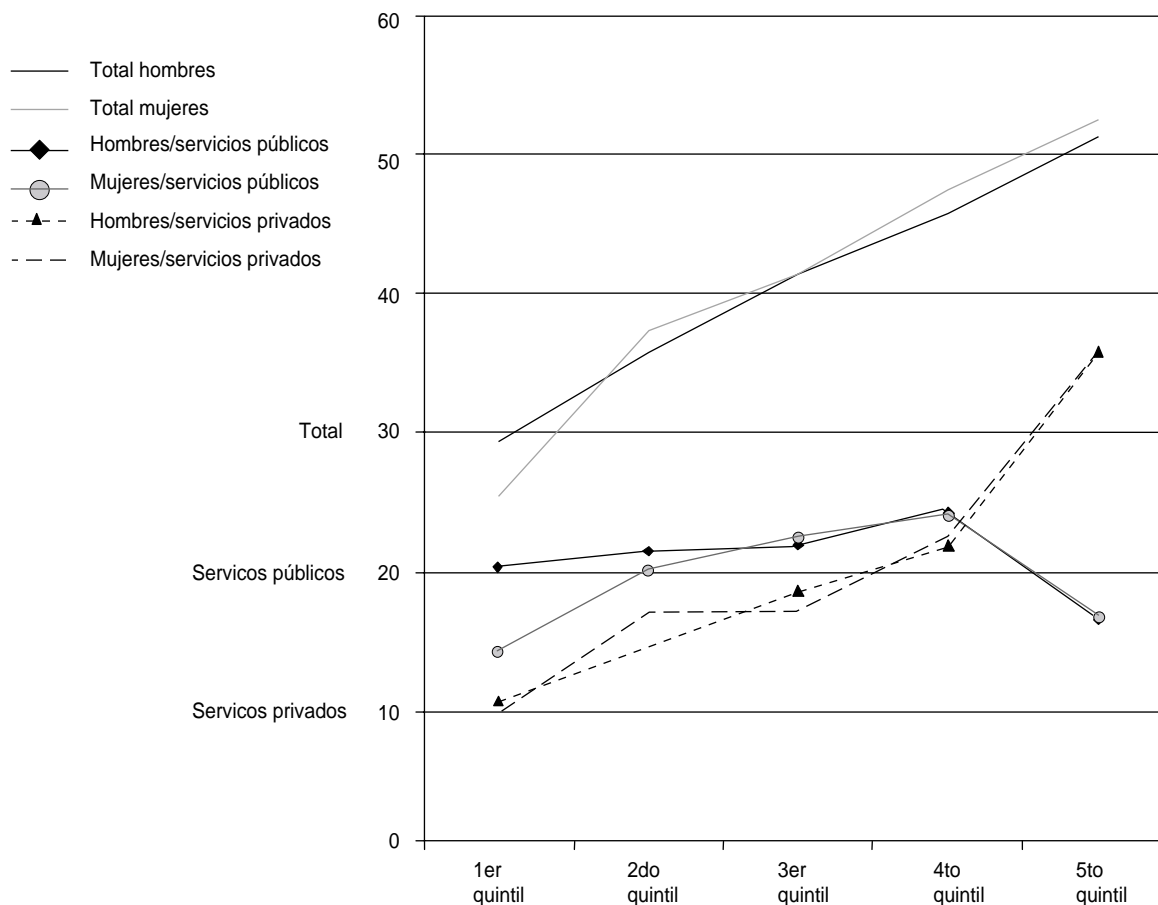
El principio de equidad financiera por el cual los servicios se pagan según la capacidad económica de las personas se viola con doble frecuencia en lo que respecta a las mujeres. En sistemas de financiamiento no solidario, debido a las necesidades impuestas por su función reproductiva y mayor morbilidad, las mujeres pagan más que los hombres por mantener su salud. Esta desigualdad absoluta se agudiza proporcionalmente, teniendo en cuenta la menor capacidad económica de las mujeres, como grupo, en todos los países. Los siguientes ejemplos ilustran esa doble inequidad.

El gasto en la atención de salud. En los Estados Unidos de América, el gasto de bolsillo para fines de salud durante la edad reproductiva fue 68% más alto para las mujeres que para los hombres en 1987. Esta cifra, publicada en 1994, sirvió de base para presentar, a fines de la década del noventa, un proyecto de ley dirigido a corregir dicha inequidad en el gasto mediante el aseguramiento de los servicios de salud reproductiva (5). En Chile, la prima del seguro médico privado durante la edad reproductiva fue dos veces más alta para las mujeres que para los hombres en 2001, hecho que ha sido resaltado durante el debate sobre la reforma que se está produciendo en dicho país (6). Asimismo, en cuatro países de América Latina y el Caribe para los cuales se cuenta con información obtenida de encuestas de hogares, se ha registrado un gasto de bolsillo por motivos de salud que es de 16 a 40% más alto entre las mujeres que entre los hombres.⁴

La capacidad de pago. Por su predominio entre los trabajadores sin remuneración y su inserción des-

⁴ Encuestas de medición de las condiciones de vida (Living Standards Measurement Surveys, LSMS) 1996–1997 de Brasil, Paraguay y Perú; y Encuesta de demografía y salud (Demographic and Health Survey, DHS) 1996, de la República Dominicana.

FIGURA 3. Porcentaje de hombres y mujeres que buscaron atención de salud en seis países de América Latina, según quintiles de consumo familiar y tipo de servicio buscado



Fuente: Encuestas de Medición de Condiciones de Vida en Bolivia, Colombia, Ecuador, Nicaragua y Venezuela, 1994–1996.

ventajosa en el mercado de trabajo remunerado, las mujeres tienen menor acceso a los recursos que requieren para pagar directamente los servicios de salud o planes de seguro médico. El patrón de trabajo de las mujeres se distingue por los siguientes rasgos: a) menor participación en la fuerza de trabajo remunerada (7); b) mayor desempleo (7); c) concentración en ocupaciones de baja remuneración: el ingreso por remuneración de las mujeres representa 70% del ingreso masculino en la Región (8); d) sobrerrepresentación en ocupaciones no cubiertas por la seguridad social, como los empleos de tiempo parcial y las ocupaciones del sector informal (7); y e) discontinuidad de la historia de trabajo, ocasionada por la gestación y la crianza de los hijos, que limita el acceso a beneficios de seguridad de la salud en el largo plazo.

Un corolario central de la equidad de género en el financiamiento de la atención de salud es que el costo de la reproducción no debe recaer exclusivamente sobre las mujeres, sino distribuirse solida-

riamente en la sociedad. Además, dada la forma como se dividen por sexo el trabajo y la remuneración en la sociedad, está claro que mientras la seguridad social y los planes de seguro médico dependan de la situación de empleo, las mujeres seguirán en desventaja con respecto al acceso directo a la atención de salud.

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

La participación en la producción social de la salud tiene una doble dimensión: la distribución de la carga de trabajo, por un lado, y la distribución de los beneficios, el reconocimiento y el poder, por el otro.

En función de la distribución de las responsabilidades y el trabajo, las mujeres representan una porción mayoritaria de la fuerza laboral en el área de salud y en el voluntariado comunitario. 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, la mayor parte de la atención de salud para fines de detección y tratamiento temprano de las enfermedades se presta fuera de los servicios y la proveen gratuitamente las mujeres en el hogar y la comunidad. Cabe resaltar, adicionalmente, la importancia del papel de las mujeres en el cuidado de los ancianos, los niños, las personas con enfermedades crónicas y las personas sanas.

Sin embargo, a la hora de distribuir los beneficios, las mujeres se encuentran en una posición de desventaja sistemática dentro del sistema de salud. Son la mayoría en los niveles más bajos de remuneración y prestigio dentro del sector formal de la salud. Están subrepresentadas en las estructuras de poder locales y nacionales que definen las prioridades y asignan recursos para la salud. Además, desempeñan sin remuneración los trabajos informales de promoción y atención de la salud en la familia y la comunidad.

El que no se reconozca la contribución económica que representa el trabajo no remunerado que realizan predominantemente las mujeres en el cuidado de la salud constituye una forma encubierta de discriminación. Así, las formulaciones de políticas aparentemente neutrales como la “reducción de costos”, “reducción del aparato del estado” y “descentralización” con frecuencia esconden profundos sesgos de género porque implican transferencias de costos de la economía remunerada a la economía que se asienta en el trabajo no pagado de las mujeres.

La premisa que sustenta algunas medidas de ajuste y de reforma es que el gobierno puede reducir gastos recortando los servicios —por ejemplo, reduciendo las estadías hospitalarias, el cuidado institucional de los ancianos y la atención de los enfermos mentales— porque las familias pueden proveer esos servicios. Tales medidas se basan en el supuesto de la elasticidad infinita y gratuidad del tiempo de las mujeres y en la expectativa de que ellas estén siempre disponibles, dispuestas y moralmente obligadas a proveer su asistencia en el hogar a los dependientes, los enfermos, los ancianos y los discapacitados. En esas políticas no se suele considerar el 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. Tampoco se suele considerar ninguna estructura de apoyo que pueda facilitar la provisión de atención en el hogar. Más aún, falta considerar seriamente la eficiencia y la sostenibilidad de ese tipo de arreglos en el largo plazo.

Por ende, la equidad de género en la gestión de la salud va más allá de garantizar igual salario por igual trabajo en el sector formal de la salud. Requiere el reconocimiento y la contabilización del aporte económico que representa el trabajo no remunerado de la mujer en el cuidado de la salud. Exige, por lo tanto, que el costo real de la provisión de atención sea explícitamente confrontado y justamente distribuido entre hombres y mujeres, así como entre la familia, la comunidad, el estado y el mercado (9). Requiere, además, una participación igualitaria de mujeres y hombres, en particular de los sectores de menores recursos, en la toma de decisiones para definir prioridades y asignar los recursos —públicos y privados— necesarios para asegurar la salud.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La división por sexo del trabajo y el poder en la sociedad se refleja en desigualdades injustas e innecesarias entre hombres y mujeres que repercuten en el estado de salud y sus determinantes, el acceso a la atención apropiada y la participación en la producción de la salud.

La base de la relación entre el género y el desarrollo de la salud es la visión de una sociedad más equitativa, con una distribución por sexo 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 al bienestar común.

En consecuencia, los retos que plantea el logro de la equidad de género en el ámbito de la salud son, esencialmente, los siguientes:

- Eliminar las diferencias evitables entre hombres y mujeres en el estado de salud y sus factores determinantes.
- Asignar recursos para la atención de salud y utilizarlos de acuerdo con las necesidades particulares de mujeres y hombres, no según su capacidad económica.
- Establecer el pago de la atención de salud según la capacidad económica, no según la necesidad, y distribuir de forma solidaria el costo financiero de la reproducción.
- Reconocer las contribuciones —remuneradas o no— que aportan mujeres y hombres a la producción de la salud.
- Equilibrar de forma justa la distribución del trabajo y el poder de decisión, no solo entre mujeres y hombres, sino también entre el estado, la comunidad, la familia y el mercado.

“... Más allá de las ventajas y privaciones respectivas de mujeres y hombres, es muy necesario examinar el contraste entre 1) los esfuerzos y sacrificios que hace cada quien, y 2) las compensaciones y beneficios que devengan unas y otros. Este contraste es importante para comprender mejor la injusticia de género en el mundo contemporáneo.

La intensidad de los esfuerzos y contribuciones que hacen las mujeres, sin ser recompensadas en igual medida, es un tema particularmente importante que debe identificarse y explorarse” (10).⁵

⁵ “... aside from looking at the state of advantages and deprivations that women and men respectively have, there is an important need to look at the contrast between (1) the efforts and sacrifices made by each, and (2) the rewards and benefits respectively enjoyed. This contrast is important for a better understanding of gender injustice in the contemporary world.

The exacting nature of women’s efforts and contributions, without commensurate rewards, is a particularly important subject to identify and explore (10).”

SYNOPSIS

Equity, gender, and health: challenges for action

The Governing Bodies of the Pan American Health Organization (PAHO) have mandated that the Organization apply a gender perspective in all aspects of the Organization’s activities and its technical cooperation in the area of health with the PAHO Member States. This article points out the need to eradicate unjust gender differences that affect the right and access to health care that is appropriate for women. The piece explains the differences between equity and equality and between gender and sex, and how gender equity should come about in the state of health, in health care, and in all people’s efforts to engender health. It is hoped the piece will contribute to a better understanding of the situation, thus helping to eliminate inequities that are due to sex, socioeconomic factors, and the distribution of power.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y programáticas, 1999–2002. Washington, D.C.: OPS; 1998. (Documento CSP25/8).
2. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization; 1990. (Documento EUR/ICP/RPD/414).
3. Braveman P. Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 1998. (Documento WHO/CSH/HSS/98.12).
4. Verbrugge LM. Pathways in health and death. En: Apple R, ed. Women, health and medicine in America. New York: Garland Publishing; 1990.
5. Women’s Research and Education Institute. Women’s health care costs and experiences. Washington, DC: WREI; 1994.
6. Vega J, et al. Equidad de género y acceso a atención en Chile: informe de investigación. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001. (Documento OPS/HDW/HDR).
7. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina, 1999–2000. Santiago, Chile: CEPAL; 2000.
8. World Bank. Workers in an integrating world—world development indicators. En: World Bank. World Development Report, 1995. Washington, D.C.: WB; 1995.
9. United Nations Development Program. Human development report, 1999. New York: Oxford University Press; 2000.
10. Anand S, Sen A. Gender inequality in human development: theories and measurement. New York: Human Development Report Office; 1995. (Occasional Papers No. 19).