

GOBIERNO
FEDERAL



SALUD

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA

GOBIERNO
FEDERAL



Vivir Mejor

SALUD

Género y Salud
**Una introducción para
tomadores de decisiones**

www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx



Vivir Mejor



Género y Salud
**Una introducción para
tomadores de decisiones**

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones

Tercera Edición 2008.

D.R. © Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud
Homero 213, 7° Piso
Colonia Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo
11570, México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Se imprimieron 10,000 ejemplares
Se terminó de imprimir en agosto de 2008

ISBN 970-721-233-0

El presente material fue elaborado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en colaboración con el Centro Nacional de Estudios de la Mujer y la Familia (CEMyF).

La coordinación y revisión de contenidos estuvo a cargo de Laura A. Pedrosa Islas. Autor: Eduardo Liendo Zignoni. Consejo Editorial, Presidenta, Dra. Patricia Uribe Zúñiga, Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Directora Ejecutiva, Dra. Aurora del Río Zolezzi, Directora General Adjunta de Equidad de Género. Lic. Ulises Pego Pratt, Coordinador de Publicaciones PNUD.

Directorio

DR. JOSÉ ÁNGEL CÓRDOVA VILLALOBOS

Secretario de Salud

DR. MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

DRA. MAKI ESTHER ORTÍZ DOMÍNGUEZ

Subsecretaria de Innovación y Calidad

LIC. MARÍA EUGENIA DE LEÓN-MAY

Subsecretaria de Administración y Finanzas

DR. JULIO SOTELO MORALES

Comisionado Coordinador de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

LIC. JORGE CAMARENA GARCÍA

Titular del Órgano Interno de Control

LIC. BERNARDO FERNÁNDEZ DEL CASTILLO SÁNCHEZ

Director General de Asuntos Jurídicos

LIC. CARLOS OLMOS TOMASINI

Director General de Comunicación Social

DRA. PATRICIA URIBE ZUÑIGA

Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

DRA. PATRICIA URIBE ZUÑIGA

Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

DRA. AURORA DEL RÍO ZOLEZZI

Directora General Adjunta de Equidad de Género

DRA. PRUDENCIA CERÓN MIRELES

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

DR. CUITLÁHUAC RUIZ MATUS

Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal

Dirección General Adjunta de Equidad de Género

DRA. AURORA DEL RÍO ZOLEZZI
Directora General Adjunta de Equidad de Género

DRA. YURIRIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Directora de Género y Salud

DR. ADALBERTO JAVIER SANTAELLA SOLÍS
Director de Violencia Intrafamiliar

Dirección de Género y Salud

DRA. YURIRIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Directora de Género y Salud

LIC. CECILIA ROBLEDO VERA
Subdirectora de Documentación de Inequidades

DR. LUIS BOTELLO LONNGI
Subdirector de Sensibilización

Consejo Editorial

LIC. PATRICIA VELOZ ÁVILA

LIC. ULICES PEGO PRATT

LIC. LETICIA MARTÍNEZ OSORIO

LIC. ROSARIO GONZÁLEZ GALLARDO

Contenido

Introducción	7
¿Qué es el género?...más allá de la moda.	8
¿Cómo aprendemos a ser hombres y mujeres?	10
¿Cómo se relacionan el género y la salud?	15
¿Cómo se manifiestan las diferencias de género en la salud?	18
¿Qué impacto tiene incorporar el género a las políticas de salud?	33
¿Qué ganan las mujeres y los hombres con la perspectiva de género?	38
Bibliografía consultada	41
Referencias	43

Introducción

Este folleto ha sido diseñado para apoyar la incorporación de la perspectiva de género en la implantación de políticas y programas de salud y como una manera de enriquecer la atención de las problemáticas de salud desde un enfoque que favorezca la equidad entre hombres y mujeres. Es una forma relativamente nueva de ver la salud a partir de las diferencias en las relaciones entre los géneros, es una herramienta de análisis que nos apoya para distinguir en la población las distintas problemáticas del proceso salud-enfermedad-atención que enfrentan hombres y mujeres y las que se derivan de su convivencia en la vida cotidiana.

Su objetivo es introducirnos a la comprensión del concepto de género y su vínculo con los aspectos relacionados con la salud y está dirigido a funcionarios y funcionarias de las diferentes áreas de la Secretaría de Salud, con el propósito de apoyar la reflexión y el debate sobre cómo analizar, desde una perspectiva de género, las diversas problemáticas que enfrentan diariamente, así como esclarecer qué tipo de acciones de prevención y atención son necesarias para tener una mejor efectividad en los programas y servicios de salud dirigidos a hombres y mujeres en sus diferentes etapas del ciclo de vida.

Aquí encontrarás la forma en cómo se relacionan el género y la salud, y cómo las diferencias de género impactan la salud de hombres y mujeres a través de ejemplos comparativos de morbilidad y mortalidad, y de su participación en los servicios de salud; además de los riesgos y vulnerabilidades que enfrentan en la vida.

Además, se incluyen algunos aspectos del impacto del género en las políticas públicas de salud como las relacionadas con la diversidad étnica, la transversalidad y los presupuestos sensibles al género.

¿Qué es el género? ..más allá de la moda

El concepto de género y la perspectiva de análisis que de él se deriva, surgen entre los años 60 y los 70 del siglo XX, con los hallazgos en los estudios sobre sexualidad humana y los aportes de las ciencias sociales, sumados a los llamados de atención del movimiento amplio de mujeres en la reivindicación de sus derechos.

Históricamente se han considerado “naturales” muchas de las diferencias culturales entre hombres y mujeres, visión de la realidad que ha colocado a las mujeres en un lugar de subordinación y a los hombres en posiciones de privilegio en la sociedad. Esta supuesta naturalidad se ha sustentado a través de explicaciones que apelan a diferencias biológicas o al peso de las costumbres y de las tradiciones de cada cultura y grupo social. Ello ha afectado profundamente la forma en la que nos identificamos, actuamos y relacionamos como seres humanos.

Durante mucho tiempo se ha mantenido la visión de los hombres como proveedores y jefes de familia, mientras que a las mujeres se les ha considerado como madres y cuidadoras de otros; sin embargo, esto ha ido cambiando y en las últimas décadas han ocurrido modificaciones importantes que nos llaman a observar la realidad con otros ojos.

Desde un principio el concepto de género se centró en diferenciar al sexo del género, definiéndolos:

- **Sexo:** las diferencias entre hombres y mujeres dadas por su condición biológica y fisiológica. Estas diferencias tienen que ver principalmente con características cromosómicas, hormonales, genitales y reproductivas, además de las llamadas características sexuales secundarias definidas a partir de la pubertad.
- **Género:** es el conjunto de atributos sociales que se le asignan a las personas (formas de comportarse, valores, normas, actividades a realizar, recompensas, su lugar en el mundo), según haya sido identificado como hombre o como mujer. Dichos atributos son socialmente construidos, por lo que cada cultura, según la época y el grupo social, le da un sentido diferente a lo que significa ser hombre y ser mujer.

Generalmente se identifica a las mujeres con lo considerado femenino y a los hombres con lo considerado masculino; sin embargo, en México y en la mayoría de las sociedades, se establece una relación de jerarquía e inequidad entre ambas realidades, principalmente en relación con el acceso a los recursos, la toma de decisiones, la autodeterminación y de manera no menos importante, en lo relacionado con la división del trabajo en la vida cotidiana.

El motor que ha movilizado el desarrollo del concepto de género ha sido justamente el interés por distinguir lo biológico de lo social en las diferencias entre hombres y mujeres, y cómo estas diferencias reproducen desigualdades, jerarquías y discriminaciones.

En el campo de la salud, el concepto y la perspectiva de género pueden ayudarnos a escuchar y comprender las diferentes necesidades y expectativas de hombres y mujeres frente al cuidado de la salud y la enfermedad al acudir a un centro de salud; además, condicionan la respuesta al tratamiento y el apego a la terapéutica.

Cuadro I.	
Sexo	Género
Mujer / Hombre	Femenino / Masculino
Condicionamiento biológico heredado	Condicionamiento socio-cultural aprendido
Diferencias	Relaciones desiguales
Anatómicas-fisiológicas	Recursos-decisiones-desarrollo
Permanente	Cambiante
Continuidad témporo-espacial	Histórico-contexto-grupo



¿Cómo aprendemos a ser hombres y mujeres?

Socialización de género.- Aprendemos a ser hombres y mujeres de acuerdo con el espacio físico, social y cultural en el que nos desarrollamos y convivimos. Es un proceso de aprendizaje complejo y dinámico, en el cual se adquiere una base importante en los primeros años de vida, pero que se refuerza y cambia constantemente a lo largo de todo el ciclo de vida; a este proceso se le llama socialización de género.

Los factores que participan en la socialización de género son múltiples y si bien las mujeres están más del doble de horas semanales que los hombres al cuidado de los hijos y de las hijas, las formas de ser hombre o mujer que llegamos a desarrollar, no dependen solamente de ellas, sino de un conjunto de factores en los que intervienen diversas figuras-modelos como son: la madre, el padre, la familia, el grupo social de pertenencia, los pares; así como diversas instituciones: la escuela, los medios de comunicación, la cosmovisión de cada cultura, los servicios de salud, las Iglesias y el Estado.

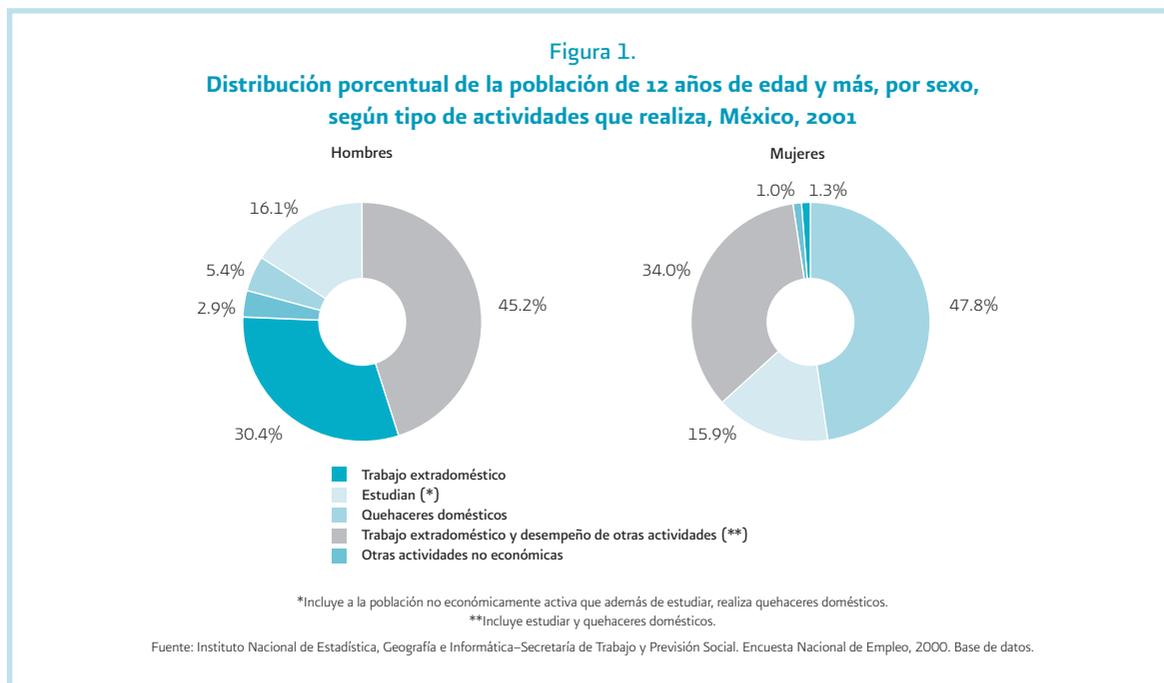
Identidad de género.- El resultado de este aprendizaje va respondiendo a la pregunta de ¿quién soy?, incorporando un conjunto de valoraciones, potencialidades, limitaciones, imagen, estima, obligaciones y sanciones marcadas por el entorno social y cultural, todo lo cual configura la percepción del propio sexo como masculino, femenino o también ambiguo. A esto se le denomina identidad de género y está íntimamente ligado con la manera en que nos relacionamos con nuestro propio cuerpo y su salud.

Roles o papeles de género.- Hombres y mujeres aprendemos a relacionarnos a partir de determinadas

actividades asignadas y esperadas socialmente, según nuestro sexo biológico. Son los llamados roles o papeles de género, que son ciertos guiones a representar en la familia y en la vida pública, ya sea que vivamos en una pequeña comunidad o en una gran ciudad. Un ejemplo muy extendido, es el rol de “ama de casa” que se asigna socialmente a las mujeres para responsabilizarlas del trabajo doméstico; mientras que a los hombres se les asigna mayoritariamente el rol de “proveedor”, responsabilizándolos del trabajo asalariado y de la generación de ingresos fuera del hogar.

Algunas cifras confirman estas asignaciones, pero también señalan importantes cambios:





Un importante sector de la población sigue desempeñando los roles tradicionales; 30.4% de los hombres de 12 años de edad y más desempeña un rol de proveedor, dedicándose exclusivamente al trabajo extradoméstico; mientras 47.8% de las mujeres únicamente se dedica al trabajo doméstico no remunerado en su hogar. Sin embargo, se muestran cambios importantes en la población que combina diferentes roles en tanto 45.2% de los hombres y 34% de las mujeres participan en actividades económicas relacionadas con el mercado y con la generación de ingresos; además, lleva a cabo actividades relacionadas con el estudio y el trabajo doméstico en su hogar.¹

Sin embargo, las condiciones sociales para cumplir simultáneamente diversos roles muchas veces traen un

balance generador de tensiones y contradicciones, tanto en espacios públicos como en privados.

Un ejemplo de ello es la tensión que provoca en algunas mujeres el cumplir con el rol de encargada del trabajo doméstico y el rol creciente de trabajar también fuera del hogar, lo que constituye una doble jornada. El ejemplo en espejo, relacionado con los hombres, es la contradicción de la asignación de su papel en el espacio público y su involucramiento creciente en la crianza de sus hijos e hijas dentro del hogar, derivado generalmente por el hecho de que las mujeres se dedican ya menos de forma exclusiva al trabajo doméstico.

La mirada de género implica un proceso complejo y personal de acuerdo con la historia de vida que hemos recorrido, la cual influye de manera importante en la relación que establecemos con los demás hombres y mujeres en nuestras familias, dentro de la institución y con la población usuaria de nuestros servicios de salud.

Estereotipos de género.- Existen normas invisibles que rigen los comportamientos de hombres y mujeres; éstas corresponden a las creencias, expectativas y atributos sobre cómo deben ser y comportarse hombres y mujeres de acuerdo con cada contexto cultural; esto es conocido como los este-

reotipos de género, que son ideas preconcebidas y prejuicios compartidos en un grupo sobre el significado de lo femenino y lo masculino en general. “Los estereotipos de género no necesariamente se cumplen, pero sirven de patrón de medida que influye en el juicio y valoración social y en la propia imagen y autoestima, pues limitan las potencialidades de las personas al estimular unos comportamientos y reprimir otros, en función de su sexo”.²

Cuadro II. Estereotipos de género

Mujer	Hombre
Suave	Fuerte
Madre	Trabajador
Sensible	Serio
Cariñosa	Distante
Dependiente	Independiente
Insegura	Seguro
Coqueta	Potente
Cuidadosa	Descuidado
Cautelosa	Arriesgado
Reproductora	Productor

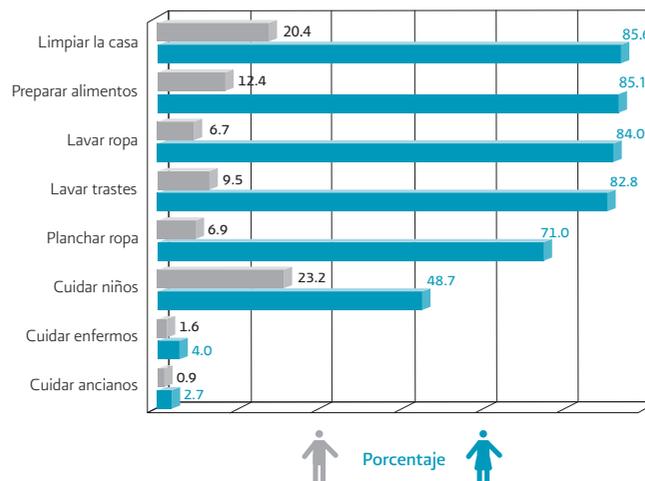
Estos estereotipos son constantemente reforzados por los medios de comunicación, las instituciones, las Iglesias y las familias. En la práctica hombres y mujeres tenemos una diversidad muchísimo más amplia y rica de formas de ser y actuar en la vida diaria.

División sexual del trabajo.- Un aspecto importante de la manera en como nos relacionamos los seres humanos está condicionada por la división sexual del trabajo, la cual se refiere a la distribución diferencial que se hace convencionalmente de capacidades y destrezas, así como a la diferente valoración de las tareas y responsabilidades en la vida social. La división sexual del

trabajo se encuentra detrás de la distribución de los espacios de desarrollo social, por ejemplo, dando mayor peso a la mujer en el trabajo doméstico-privado y mayor peso al hombre en el trabajo público.

Los datos de la distribución de las actividades domésticas son elocuentes de acuerdo con la forma en que se distribuyen las responsabilidades en el hogar y en el peso que recae sobre las mujeres para hacer posible la reproducción de la vida cotidiana; en tanto para una mayoría de hombres, son actividades que aún les son ajenas, aunque utilizan y disfrutan de sus resultados.

Figura 2.
Porcentaje de la población de 20 años y más que realiza actividades domésticas por sexo, 1996



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1996. trabajo, aportaciones y uso del tiempo.

Las desigualdades de poder.- Otro aspecto muy importante es que la perspectiva de género, además de distinguir entre los aspectos biológicos y sociales atribuidos a cada sexo y de hacer visible la forma como se construyen las identidades y se organizan los roles de género, destaca en el centro de su análisis: **cómo las diferencias atribuidas a hombres y mujeres se transforman en relaciones desiguales de poder.**

La desigualdad de poder en las relaciones de género condiciona la capacidad de autonomía de las personas y sus posibilidades de desarrollo y crecimiento en un ambiente

que favorezca su salud y bienestar, lo cual afecta de manera importante a la salud, principalmente la de las mujeres, aunque cada vez más se hacen visibles los costos y efectos en la salud física y mental de los hombres.

La desigualdad de poder entre los géneros se expresa, en diversos grados y formas de violencia que atraviesan gran parte de su vida cotidiana y no sólo como un hecho aislado o una problemática particular.

Actualmente existe consenso en reconocer a la violencia de género como un grave problema de salud pú-

En México los estudios arrojan una grave situación:

- Una de cada cinco mujeres vive en situación de violencia con la pareja actual.
- Una de cada tres mujeres ha sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida.
- Dos de cada tres mujeres han sufrido de violencia alguna vez en la vida.

Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2003.

blica y de derechos humanos de las mujeres. Los más importantes estudios han documentado las consecuencias de la violencia contra la mujer en su estado de salud física y mental, relacionando numerosos padecimientos a la vivencia de la violencia doméstica y con altos costos para los servicios de atención a la salud.³

En contraparte, los costos de la violencia de género para los hombres se manifiestan en aislamiento, dificultad para expresar sus emociones y negociar sus necesidades, al mismo tiempo que la violencia entre hombres se encuentra dentro de las principales causas de mortalidad.

Para muchos hombres en México, parte de la adquisición de la masculinidad dominante está relacionada con la exposición corporal a riesgos, como una manera de reforzar, ante otros y ante sí mismo, su hombría. Esto se expresa de manera notoria a partir de la adolescencia y la adultez temprana donde se duplican y hasta triplican las muertes de hombres, sobre todo por causas violentas y de alto riesgo, como son los accidentes, los suicidios y los homicidios.⁴

En cambio, para muchas mujeres, parte de la adquisición de una cierta feminidad se relaciona con procurar

cuidados y atención para otras y otros, descuidando muchas veces su propio bienestar corporal, lo cual se expresa de manera dramática, entre otras cosas, en altos índices de cánceres mamario y cérvico uterino detectados sólo hasta etapas avanzadas de la enfermedad o también soportando los malestares

¿Cómo se relacionan el género y la salud?

Las asignaciones de género y la manera como hombres y mujeres nos relacionamos a partir de ellas, están íntimamente vinculadas con las diferentes situaciones de salud en las que se encuentran, considerando sus condiciones étnicas, socioeconómicas y la etapa del ciclo de vida en la que se encuentran. A partir de las diferencias de género podemos dimensionar diversas problemáticas de salud y su forma de atención, con una óptica que distinga las inequidades y su repercusión en los procesos de salud-enfermedad de hombres y mujeres.

Si recordamos la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “la salud es el estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades”, también podemos darnos cuenta de cómo el enfoque de género en salud implica necesariamente identificar y reconocer de qué manera el derecho a la salud es vulnerado y limitado por pertenecer a uno u otro sexo.

La salud muestra, en varios ámbitos, las consecuencias de la desigualdad para las mujeres y, a la vez, sirve como ventana privilegiada para observar

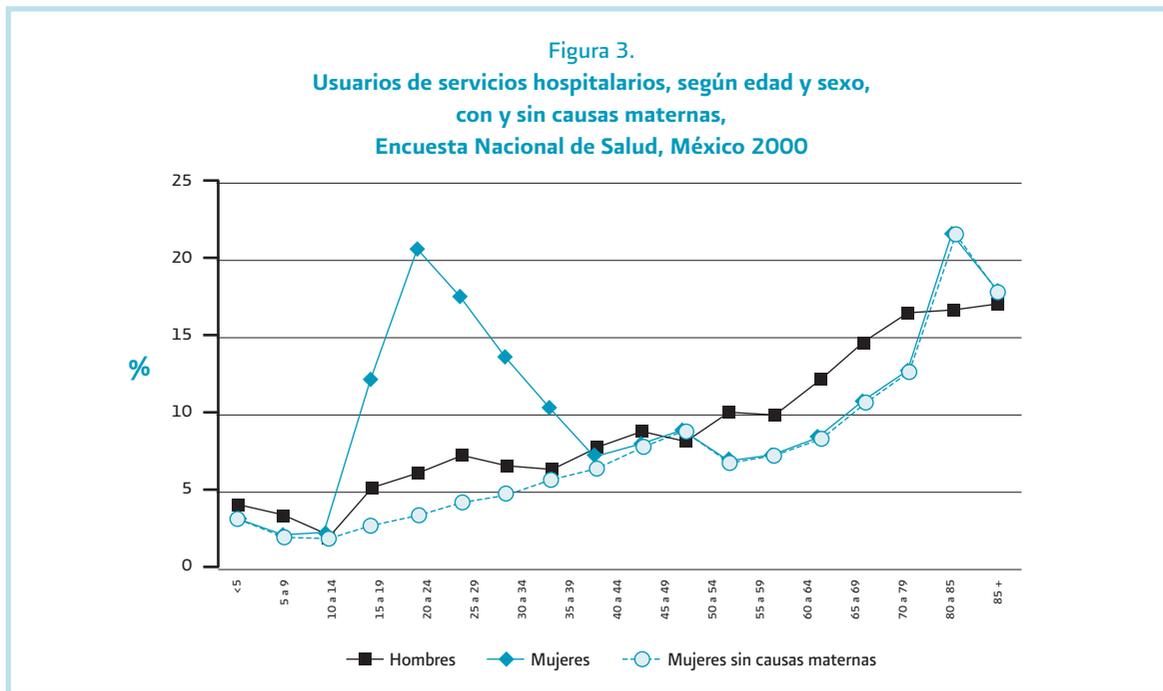
de la violencia en silencio y pasividad ante sus agresores y ante el personal de salud.

varios costos de la socialización masculina que tienen que pagar los hombres.⁵

En este sentido, las diferentes causas de morbilidad y mortalidad, así como las expectativas de vida de hombres y mujeres, responden en gran medida a las inequidades de género, las cuales se articulan con desigualdades de clase, étnicas y de edad.

Si bien las mujeres tienen una esperanza de vida al nacimiento mayor que los varones, de 77.9 años para las mujeres y 73.4 para los hombres, ellas experimentan una mayor morbilidad en casi todas las etapas de su vida debido al menor acceso a cuidados y a la utilización y pago de servicios de salud. De manera importante se presentan en las mujeres diversos problemas de salud relacionados con hechos reproductivos.

Esto se puede apreciar claramente en la frecuencia en que hombres y mujeres utilizan los servicios hospitalarios.



La diferencia expresada, responde en parte a que muchos hombres no alcanzan a llegar a los servicios del primer nivel de atención, teniendo una menor cultura del cuidado y la prevención, aspectos considerados socialmente como atributos femeninos.

Género y atención en salud

Cuando enfocamos la salud desde la óptica del género, podemos observar cómo diversas problemáticas que hasta ahora se habían analizado y tratado de forma aislada como propias de hombres o mujeres, encuentran explicación en factores culturales relacionados con

creencias, valores y asignaciones de género profundamente arraigadas.

Un ejemplo al respecto es el temor de muchos hombres a acudir a los servicios de salud al tener molestias que pueden corresponder a un cáncer de próstata, permitiendo el desarrollo de tumores malignos que en muchas ocasiones les cuesta la vida, problemática relacionada en gran parte con temores respecto a la sexualidad masculina.⁵

En una vertiente diferente, el género nos da herramientas para comprender de mejor manera la dinámica de la

relación entre los servicios de salud y quienes los utilizan (conocida como relación “médico-paciente”) a partir del sexo de los proveedores de servicios y de quienes los utilizan.

En la relación “médico-paciente”, se suelen reforzar y repetir los estereotipos de género, como por ejemplo, al asignarle a las mujeres las tareas de cuidado de menores de edad y de pacientes, como si fuera algo natural a su condición. En tales circunstancias se está sobrecargando en ellas una responsabilidad que debiera estar compartida, dejando generalmente fuera de este compromiso a los hombres.

Igualmente, en esta relación es de vital importancia la escucha, sobre todo si se quiere atender a las necesidades socioculturales y emocionales de las mujeres y hombres y no sólo los aspectos biomédicos técnicos frente a un padecimiento, ambos íntimamente relacionados en una atención integral desde una perspectiva humanista y de género.

El personal proveedor de servicios de salud también está influenciado por el género en las relaciones que entre mujeres y hombres se establecen cotidianamente en su trabajo: 80% de la fuerza laboral entre el personal de salud y las principales gestoras y proveedoras de atención dentro de la familia y la comunidad, son mujeres. Los hombres constituyen 20% de la fuerza laboral en salud y tienden a ocupar en su mayoría los puestos directivos.⁶ Las jerarquías, la elección de especialidades profesionales e incluso la violencia en el espacio laboral, como por ejemplo el acoso sexual, están determinadas fuertemente por las relaciones de poder entre hombres y mujeres en profesiones del campo de la salud.

En definitiva, el género, articulado con los efectos de las desigualdades generadas por la pobreza, las diferencias étnicas, de clase y generacionales, se vuelve un enfoque explicativo de las diferentes trayectorias de salud y de los factores que influyen en la morbilidad y mortalidad de hombres y mujeres. Asimismo, ayuda a analizar de qué manera estas diferencias influyen en la forma como se distribuyen los servicios y los recursos para la salud.



¿Cómo se manifiestan las diferencias de género en la salud?

La perspectiva de género es una manera de mirar el proceso salud-enfermedad-atención. Diversas situaciones pueden parecer más evidentes y otras han recibido mayor atención desde este enfoque.

Preguntarnos por lo específico del género en salud, aunado a la condición social que enfrentan hombres y mujeres, puede ayudarnos a comprender mejor los orígenes de ciertos padecimientos, la forma como son enfrentados por quienes los tienen, la manera de ser tratados en los servicios de salud, el proceso de curación y las estrategias de prevención.

La noción de inequidad en salud adoptada por la Organización Panamericana de la Salud, OPS, es la de “desigualdades innecesarias, evitables y además, injustas”. Por tanto y en consecuencia, “la equidad en el estado de salud apunta al logro, por parte de todas las personas, al bienestar más alto alcanzable en contextos específicos”.⁷ Las inequidades tienen repercusiones directas sobre las condiciones y el acceso a la salud: la diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas y femeninas origina condiciones de vulnerabilidad distinta y específica para la salud de hombres y mujeres a lo largo de su ciclo vital.⁸

Infancia

Las disparidades de género se empiezan a perfilar desde antes del nacimiento; en todas las sociedades existe una mortalidad mayor en los hombres que en las mujeres (por diferencias cromosómicas y por la maduración pulmonar que es más lenta en los niños); y esta situación se presenta sobre todo en el periodo perinatal, durante el cual la mortalidad de los niños es superior a la de las niñas. No obstante, hoy en día, es todavía muy común una preferencia por los recién nacidos varones, lo cual en algunas sociedades puede llevar a revertir este fenómeno. Esta diferenciación debida a causa biológica, es revertida por razones de género en sociedades de alta inequidad, y así, la preferencia por los recién nacidos varones lleva al infanticidio femenino.

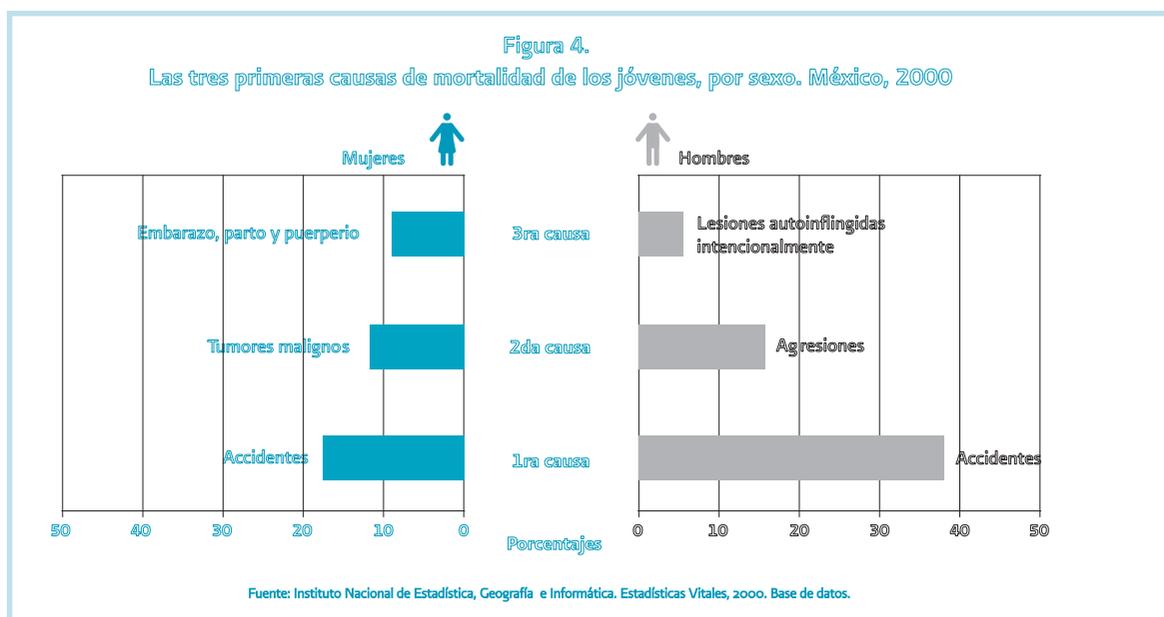
En México 82.6% de defunciones registradas para menores de cinco años de edad, corresponden a menores de un año de edad. Las condiciones de pobreza tienen una influencia determinante: la brecha entre áreas rurales y urbanas es de 48 frente a 26, por cada mil nacidos vivos.⁹

Las causas de morbilidad y mortalidad infantil no muestran grandes variaciones por sexo, aunque sí están asociadas en gran medida a condiciones socio-económicas, pues son afecciones, principalmente relacionadas con el aparato respiratorio y el digestivo, vinculadas a situaciones de pobreza.

Adolescencia

Es en la adolescencia, cuando las diferencias por sexo asociadas a aprendizajes de género cobran mayor importancia en relación con los riesgos para la salud que presentan las y los jóvenes. Es a partir de esta etapa

de la vida cuando se presenta una sobremortalidad masculina, especialmente en el grupo de 15 a 29 años de edad, el cual, en 2000, registró 268 defunciones de hombres por cada 100 defunciones de mujeres.¹⁰



Las muertes masculinas provocadas por accidentes de tráfico y por hechos violentos están relacionadas con modelos de masculinidad cuyos valores centrales son el control, la competencia, la agresividad, el desafío a la muerte, el consumo excesivo de alcohol. En las adolescentes prevalecen los desórdenes alimentarios (bulimia y anorexia) y el inicio de complicaciones del

embarazo, parto, puerperio y aborto, situaciones todas derivadas de los valores centrales de lo femenino identificados con la belleza física y la maternidad.

Entre otras causas importantes de morbilidad y mortalidad a partir de esta edad, se encuentran las asociadas con el inicio de la práctica sexual: en las

mujeres se relacionan con la reproducción y en los varones con las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS);¹¹ además de considerar que 16% de los nacimientos ocurren en mujeres menores de 20 años de edad.

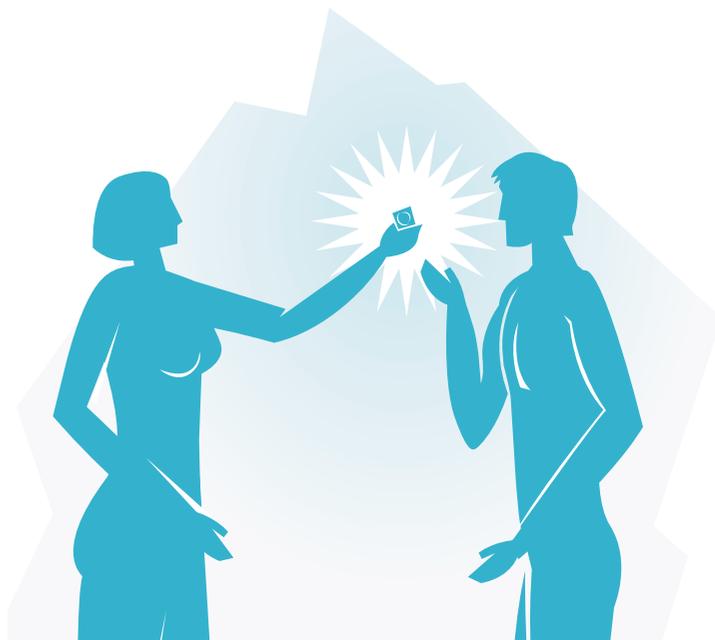
Es también en la adolescencia cuando se refuerzan los factores de género que contribuyen a la falta de poder de decisión en el ámbito de la sexualidad. En nuestra sociedad no se devalúa a los varones que inician precozmente su vida sexual, tienen múltiples parejas sexuales y poco compromiso con algunas consecuencias inesperadas de riesgo, como pueden ser un embarazo no deseado o las ITS. En cambio, de las mujeres se espera que asuman una actitud pasiva, sean fieles y preserven su virginidad y su cuerpo para la maternidad.

Estos valores dificultan que se hable de manera abierta de la sexualidad no dirigida a la reproducción, de la satisfacción y el placer y que se realicen negociaciones sobre el uso de anticonceptivos.⁸ En muchas culturas, incluida la nuestra, la falta de poder de las mujeres para decidir sobre cuándo y cómo tener relaciones sexuales, usar anticonceptivos o incluso para ir al médico, suele tener consecuencias graves sobre su salud sexual y reproductiva. Generalmente, las decisiones sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres son tomadas por otras personas.

Un ejemplo de ello es la infección por el VIH en la cual se marca una diferencia importante: una mujer por cada cinco hombres infectados; sin embargo las mujeres más afectadas son las de menores ingresos y escolaridad, que viven en zonas rurales o marginadas y que reportan escasas parejas sexuales a lo largo de su vida y una relación monógama en el momento de la infección.¹²

Otra ITS que está creciendo es la producida por el Virus del Papiloma Humano, VPH, que destaca con 13.7% de las ITS y se encuentra entre los principales precursores del cáncer cérvico uterino, de graves consecuencias para la salud de la mujer adulta.

Lo anterior plantea importantes desafíos de género si asumimos la relación entre salud y sexualidad como se propuso en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, en El Cairo en 1994, donde se definió que la salud sexual va más allá de la atención en materia de reproducción y de ITS y está encaminada al desarrollo de la vida, de las relaciones personales y del disfrute de la sexualidad segura.



Anticoncepción y reproducción

Junto con la actividad sexual iniciada en la adolescencia, las diferencias de género en la anticoncepción afectan de manera crucial la salud de las mujeres. El patrón de uso de métodos anticonceptivos expresa nítidamente las inequidades de género: el uso de la gran mayoría de anticonceptivos es responsabilidad femenina y las mujeres indígenas recurren en mayor porcentaje a la esterilización como primera opción anticonceptiva (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997, citada por Welti).¹³

Destaca el alto porcentaje de uso de la operación femenina, en comparación con el bajo uso de la operación masculina, a pesar de estar disponible la vasectomía sin bisturí en una buena parte de los centros de salud del país. Igualmente destaca el bajo porcentaje de uso de preservativos, en comparación con el uso del dispositivo intrauterino (DIU) o las pastillas.

Cuadro III. Distribución porcentual de las usuarias de métodos anticonceptivos, por tipo de método, según grupos de edad, México, 1997

Tipo de método	Grupos de edad		
	15-49	15-29	30-49
Total	100.0	100.0	100.0
Operación femenina	44.7	15.8	60.4
Operación masculina	1.8	1.0	2.2
Pastillas	10.0	15.2	7.3
Inyecciones	4.6	8.0	2.8
DIU	20.8	36.5	12.3
Preservativos	5.5	8.1	4.0
Espermaticidas	0.2	0.1	0.2
Ritmo	7.4	8.0	7.0
Retiro	4.8	7.0	3.7
Otro	0.2	0.3	0.1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997^o

Un claro indicador es el acceso diferenciado a los métodos de control de la fecundidad, que se ve particularmente limitado por las concepciones sobre el ejercicio de la sexualidad, relacionadas en algunos casos con el temor de los hombres al uso de los llamados métodos masculinos. En México, el uso de métodos anticonceptivos es de 70% en mujeres unidas en edad fértil (15 a 49 años de edad), inferior a 60% en cinco entidades federativas y se centra en más de 90% en los métodos utilizados por las mujeres.¹

En la etapa adulta se acrecientan los efectos de la construcción de la identidad femenina, centrada en la maternidad, sumada a la dependencia, el control de su sexualidad y el cuidado de la vida de otros, como expectativa y fuente de reconocimiento social, todo lo cual propicia que ellas retrasen el cuidado de su propia salud. Como consecuencia, las principales causas de morbilidad de las mujeres están directamente relacionadas con estos atributos de género, principalmente los asociados a la reproducción.

De cierta manera, esto se expresa claramente en las causas de morbilidad por sexo que requieren ingreso hospitalario.

La reproducción, y las condiciones sociales, económicas y médicas en las que ésta ocurre, representan para las mujeres adultas un factor importante de riesgo para su salud que requiere una atención especializada. Mientras que para los hombres adultos los riesgos en la morbilidad están asociados principalmente a traumatismos, envenenamientos y fracturas, vinculados con su modo de vida, además de enfermedades del aparato circulatorio.

Los hombres también enfrentan consecuencias específicas de las construcciones de género y de la división sexual del trabajo; de ellos se espera que se hagan cargo económicamente de la familia con empleo asalariado, lo que la mayoría de las veces los aleja del ámbito doméstico y especialmente de la posibilidad de mantener relaciones familiares afectivas.

También de ellos se espera que lleven las armas y defiendan su honor⁸ y asuman riesgos asociados a la violencia y accidentes; así como un papel activo en las relaciones sexuales.



Cuadro IV. Las 10 principales causas de morbilidad por egreso hospitalario según sexo, México, 2001

Causas	Hombres	Mujeres	Mujeres(*)
Embarazo, parto, puerperio	na	1 400 718	na
Las demás afecciones obstétricas directas	na	573 060	na
Parto único espontáneo	na	514 994	na
Aborto	na	126 461	na
Traumatismos y envenenamientos	196 082	110 621	110 621
Enfermedades del sistema circulatorio	101 999	106 526	106 526
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	102 075	81 555	81 555
Enfermedades del sistema urinario	82 916	93 503	93 503
Fracturas	85 964	52 042	52 042
Factores que influyen en la salud y contacto con los servicios de salud	38 770	84 175	84 175
Total general	607 806	3 143 655	528 422

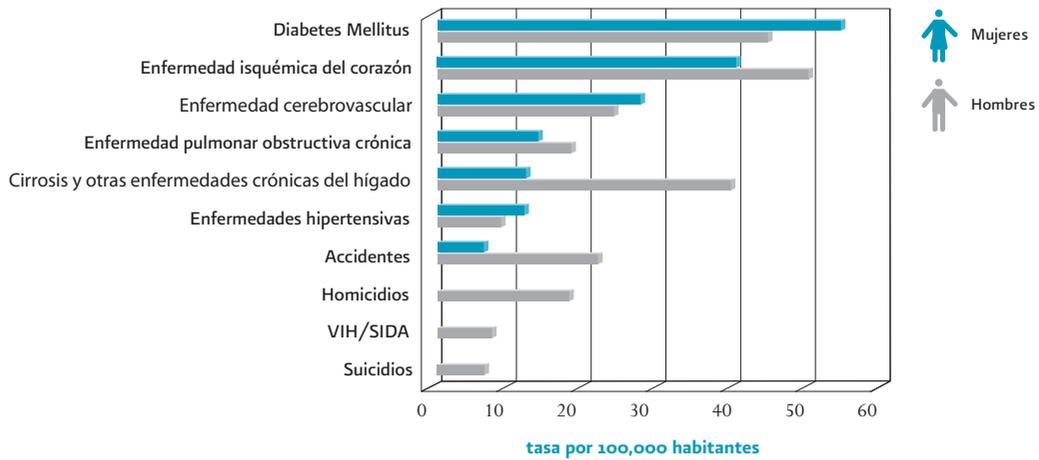
(*) Mujeres sin causas relacionadas con la reproducción.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Instituto Nacional de las Mujeres. Mujeres y Hombres en México, 2004. 8ª Edición.

Mortalidad

Las causas de muerte expresan de muchas maneras las formas de vida y se relacionan con los riesgos y expectativas de género que hombres y mujeres han aprendido y enfrentan en su desarrollo.

Figura 5.
Causas seleccionadas de mortalidad, según sexo, México 2001



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud. Selección con base en primeras 20 causas de mortalidad general.

Edad adulta

En la edad adulta prevalecen los accidentes como una de las tres primeras causas de muerte entre los hombres, junto con padecimientos del hígado muy relacionados con el alcoholismo, además de enfermedades del corazón; cabe resaltar que tanto los homicidios, como el VIH/SIDA y los suicidios se presentan como causas de mortalidad principalmente de hombres. Entre tanto, en las mujeres las principales causas de muerte se dan por enfermedades crónico degenerativas y relacionadas con el sistema circulatorio, sin detección oportuna, muchas veces derivadas de las condiciones de violencia y sumisión de género.

Adicionalmente, la mortalidad materna es un indicador claro de la relación entre salud y roles de género. Si bien cada embarazo implica un riesgo para la salud de las mujeres, en determinadas circunstancias de pobreza, subordinación, falta de poder de decisión sobre su cuerpo, el peligro de muerte por embarazo y parto se eleva significativamente.

La tasa de mortalidad materna (ajustada) en 2002 es de 6.3 por 10,000 nacidos vivos registrados. Las principales causas: eclampsia 33%, hemorragia 21%, complicaciones del aborto 7%, sepsis puerperal 4%, otras causas obstétricas directas 23%. A lo que se agrega que el porcentaje de cesáreas en México (37.80%) es dos veces mayor al recomendado como límite por la OMS (15%).

Aborto

La tercera causa de muerte materna es atribuible al aborto producido en condiciones de inseguridad; y aunque se han intensificado los servicios de atención postaborto, no se ha resuelto el problema subyacente de los embarazos no deseados. El acceso a los programas de planificación familiar no es suficiente para resolverlo; es importante modificar los roles de género que permitan que las mujeres accedan a relaciones sexuales no deseadas e inseguras y que los hombres no asuman la responsabilidad de sus demandas sexuales.

La causal de aborto por violación no es considerada un delito en ninguna de las 32 entidades federativas de nuestro país; en dichos casos, como en otras causas legales, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones adecuadas y oportunas. Igualmente, deberían ofrecerse con prontitud programas de educación sexual y asesoramiento postaborto que ayuden a evitar la repetición de los mismos y fomenten el respeto a las decisiones y autonomía de las mujeres.

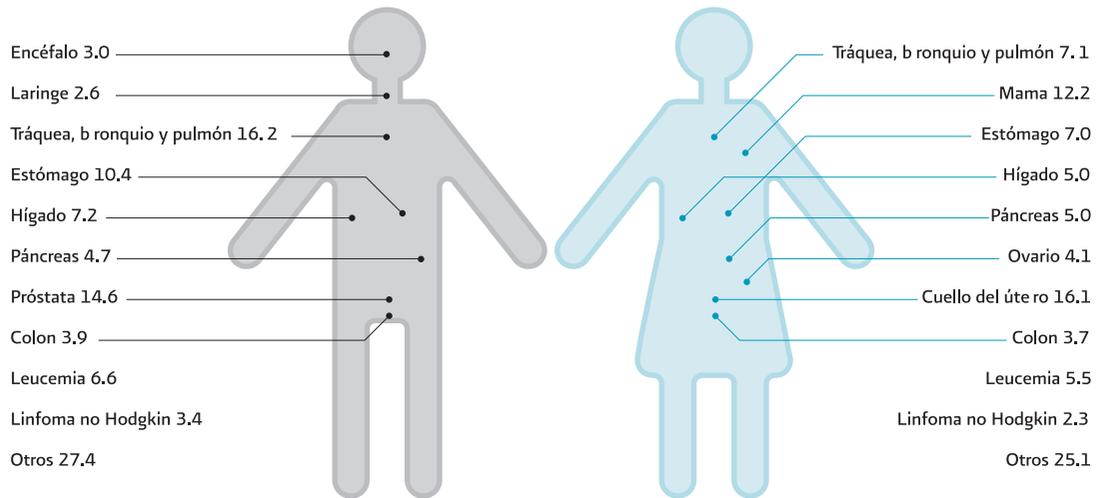


Cáncer

Otra causa significativa de muerte que nos proporciona elementos importantes de diferenciación de género, es el cáncer. Al respecto, el Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) y el CaMa son las neoplasias que más muertes producen en las mujeres mexicanas y están entre las diez principales causas de fallecimiento. Asimismo, la probabilidad de morir por CaCu es 30% mayor en el área rural que en el área urbana. Por otra parte, a diferencia del CaCu, cuya tasa se redujo, la tasa del CaMa se ha incrementado en la última década (17.74 por 100,000 -tasa estandarizada-).¹⁰

Casi un tercio de las defunciones por tumores malignos que afectan a las mujeres son del cuello del útero y de mama; mientras que en los hombres se registra un número importante de enfermedades de las vías respiratorias, relacionadas en buena parte con el tabaquismo. También, el cáncer de próstata está alcanzando niveles altos como puede verse en la gráfica anterior; sin embargo, hay un rezago en los servicios de salud para establecer medidas preventivas al respecto.

Figura 6.
Distribución porcentual de las defunciones por tumores malignos según sexo, México 2000



Nota: la distribución es para cada sexo.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas Vitales, 2000. Base de datos

Salud mental

En cuanto a la salud mental, sus manifestaciones demuestran en buena medida las formas de vida y sus consecuencias diferenciadas para hombres y mujeres. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (ENEP), en general el 28.6% de la población presentó algún trastorno mental en su vida; en tanto que los hombres presentan prevalencias globales más altas, en comparación con las mujeres, para cualquier trastorno mental alguna vez en la vida.

Los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por el uso de sustancias lo son más para los hombres. De hecho, entre los hombres adultos la dependencia al alcohol es el problema más común, en tanto que entre las mujeres adultas es la depresión. Esta encuesta reporta que 12.4% de los hombres refirieron ser consumidores frecuentes de alcohol, comparados con 0.7% de las mujeres.¹⁴ Sin embargo, se espera que las mujeres beban menos o no lo hagan, y cuando desarrollan problemas de alcoholismo sufren rechazo y estigma social lo que provoca que escondan su adicción y que se haga más difícil su detección y tratamiento oportunos.

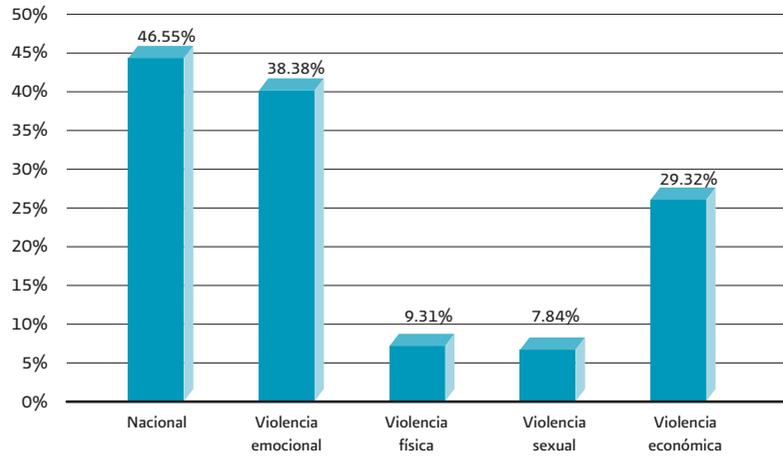
Violencia

Un aspecto que atraviesa todas las relaciones de género y afecta de manera vital la salud de mujeres y hombres, es el vinculado con las diferencias de poder y con la violencia. Esta tiene importantes repercusiones en la vida cotidiana y en la salud física y mental principalmente de las mujeres, ya que muchas de las consultas que ellas realizan a los servicios de salud, tienen como causa profunda el vivir una situación de violencia de manera puntual, recurrente o crónica.

La violencia puede ser física, sexual, emocional o económica y produce graves consecuencias en las personas violentadas, tales como lesiones físicas en diversos grados, daños psicológicos: depresión, temor, estrés, ansiedad o incluso el suicidio. En la mayoría de los casos la violencia de pareja señala a los hombres como los agresores, por lo que ellos también sufren consecuencias legales (multas, cárcel, divorcio), así como consecuencias emocionales (separación de la pareja y las o los hijos, aislamiento y represión emocional).

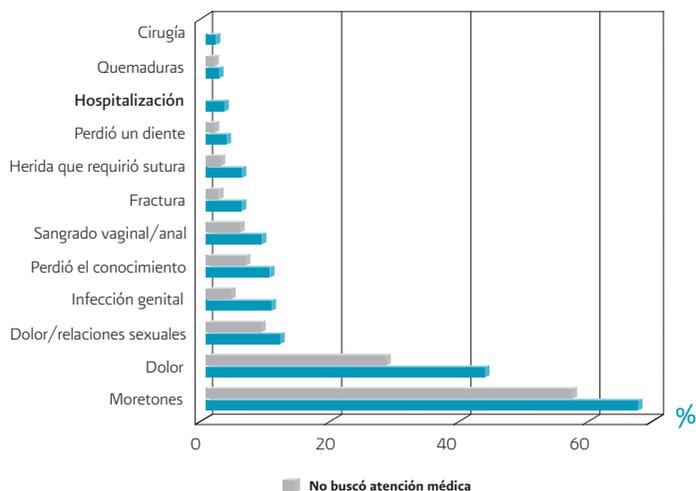


Figura 7.
Porcentaje de mujeres con al menos un incidente según tipo de violencia en los últimos 12 meses



Fuente: Encuesta Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. ENDIREH2

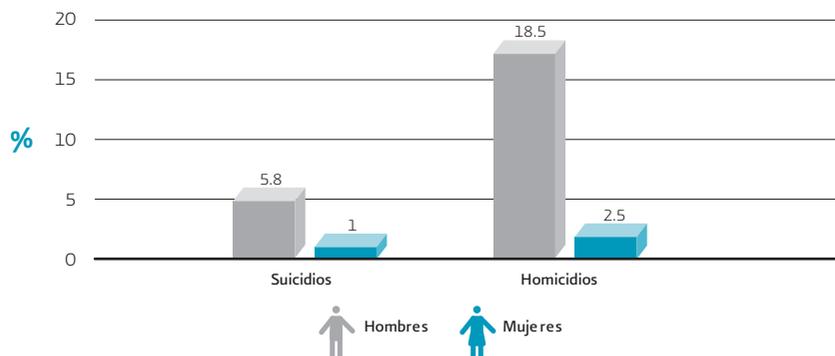
Figura 8.
Consecuencias inmediatas en la salud de la violencia actual de pareja,
según búsqueda de atención



Fuente: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. ENVIM. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud

Una de las consecuencias de esta violencia en la mujer es la prevalencia de la depresión (5.8% en las mujeres de 18 años y más, en comparación con 2.5% de los hombres de la misma edad) y de los intentos de suicidio (59.7% en mujeres, en comparación con 40.3% en hombres); sin embargo, 80% de los hombres se suicidan, mientras que sólo el 18% de las mujeres lo hacen.¹⁵

Figura 9.
Tasa de mortalidad por suicidios y homicidios, según sexo, México, 2001



Nota: la tasa se refiere al número de muertes por cada 100,000 habitantes
 Fuente: Secretaría de Salud. Salud: México 2001. Información para la rendición de cuentas.

Además, la violencia hacia otros u otras y hacia sí mismo, cobra gran cantidad de víctimas entre los hombres, siendo una de las principales causas de muertes entre hombres adultos.

Uno de los aspectos más importantes de la atención en salud desde un enfoque de género, es atender de manera integral a las mujeres que sufren las

consecuencias de la desigualdad de género, expresadas en diferentes malestares y síntomas psico-somáticos, con diversos grados de gravedad y recurrencia. Se ha identificado que detrás de algunos padecimientos como obesidad grave, trastornos gastrointestinales, malestares difusos, fobias, adicciones, depresión y otros, subyace como causa una historia de violencia o abuso sexual.

Enfermedades transmisibles

La influencia del género en la salud también queda de manifiesto en las enfermedades transmisibles pues el riesgo de contraer una infección o enfermedad, dependerá, sobre todo, del acceso a una detección y atención adecuadas, de la capacidad de las personas para controlar los recursos necesarios con el fin de proteger su salud y de la evaluación sobre si su propia salud merece o no la inversión de tiempo y de dinero.

Por ejemplo, en el caso de la tuberculosis, ésta impide a la mujer llevar a cabo sus tareas y responsabilidades asignadas por el sistema de género y favorece el riesgo de abandono de su pareja masculina a favor de otra compañía femenina más sana, lo cual produce un efecto psicológico destructor adicional a su estado de salud. Lo mismo ocurre con las mujeres que viven con el VIH/SIDA, con el cáncer de mama y cérvico uterino y con los trastornos mentales. En el mismo sentido, diversas investigaciones destacan la importancia del vínculo entre la malnutrición y el riesgo o exacerbación de algunas enfermedades infecciosas, incluida la tuberculosis. En enfermedades como la tuberculosis, en las cuales el tratamiento es prolongado, los hombres suelen cumplir menos las indicaciones si éstas implican reducir la ingesta de alcohol.¹⁶

La mayor prevalencia de *dengue* en el país entre las mujeres se asocia a su rol de género, pues al ocuparse de tareas como la limpieza del patio, se incrementa la exposición al contacto con el vector en aquellas entidades en donde el *dengue* es un problema endémico.

Trabajo

Otro aspecto a considerar, que influye fuertemente en la salud, está relacionado con los cambios en las condiciones socio económicas y que han afectado fuertemente las relaciones de género en las últimas tres décadas. A partir de los años 70 la participación de la mujer en el mercado laboral aumentó considerablemente, sobre todo para el grupo de mujeres entre los 20 y 50 años de edad; sin embargo, también aumentó el número de hogares pobres.

El aumento de las mujeres en la actividad económica laboral en las tres últimas décadas ha sido notable, en comparación con los cambios que han realizado los hombres en este mismo período, aunque esto no necesariamente hizo disminuir las cargas de trabajo doméstico para las mujeres, y no ofreció opciones de cuidado alternativo para los hijos y las hijas. Al contrario, han aumentado la intensidad de su trabajo y los riesgos para la salud derivados de la actividad laboral, contribuyendo también a la reducción de la lactancia materna.

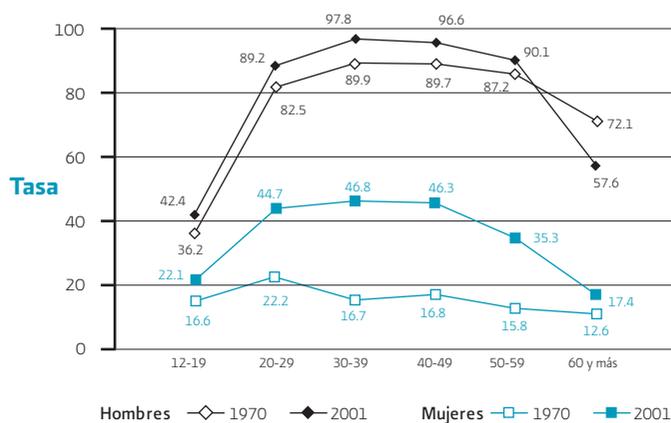
Por ejemplo, entre las mujeres trabajadoras afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social, los grupos de edad más afectados por los riesgos de trabajo son precisamente los de las mujeres en edad reproductiva: de 20 a 24 años de edad (19%), seguidas por el de las de 25 a 29 años (17%) y el de las de 30 a 34 años (15.2%).¹⁷

La poca valoración de las tareas reproductivas (trabajo doméstico, cuidado de los hijos, cuidado de enfermos,

etcétera), tradicionalmente asociadas con lo femenino, y la limitación en la participación económica y política que esto implica, genera las condiciones para que se dé una baja estima en las mujeres; por otra parte, aquellas que acceden al trabajo productivo lo hacen en condiciones más desfavorables que los hombres, con bajos salarios y con las responsabilidades domésticas que se suman a las laborales (doble jornada).

Los hombres, en cambio, ven afectada su salud, al verse mayoritariamente expuestos a accidentes laborales, relacionados con conductas temerarias y consumo de alcohol. También las condiciones de explotación y la dedicación compulsiva al trabajo, provocan en muchos hombres niveles peligrosos de estrés, los cuales se relacionan a diversos padecimientos, principalmente circulatorios.

Figura 10.
Tasa de participación en el trabajo extradoméstico por sexo y grupos de edad, 1970 y 2001¹



1. La comparabilidad entre el censo de 1970 y la serie de encuestas de empleo utilizadas de 1995 a 2001 no es estricta, sin embargo, es un antecedente que permite dar cuenta de los cambios en la actividad económica de las mujeres y los hombres. Fuente: DGE. IX Censo General de Población, 1970. INEGI-STPS. Encuesta Nacional de Empleo, 2001. Base de datos.

¿Qué impacto tiene incorporar el género a las políticas en salud?

Incluir el género en las políticas de salud implica un desafío en materia de voluntad y disposición de las autoridades, capacidad técnica, capacitación del personal, sistematización de información y disposición de recursos, entre otros aspectos. Además, las relaciones de género se ven afectadas por las políticas públicas, ya que éstas pueden contribuir a mantener y profundizar las desigualdades o, por el contrario, promover un desarrollo económico, social y de salud más justo y equitativo en términos de género.

Las reformas en el sector salud promovidas desde la década de los 80 responden a programas de ajuste estructural que afectan de diversas formas a la población. Por un lado, la mayor parte del presupuesto sanitario (hasta 80%) se destina a los salarios; así los servicios, el mantenimiento, el equipamiento y las instalaciones son los aspectos más afectados por este ajuste estructural. Por otro lado, estos recortes afectan especialmente a las mujeres, ya que como reproductoras biológicas, cualquier deterioro de la provisión de servicios de salud reproductiva influye en ellas de manera directa. También las mujeres llevan el peso de las tareas de reproducción social: cuidado de los menores de edad y familiares, así como la atención de cualquier miembro enfermo de la familia; por tanto, las reducciones de gastos del sector salud tienen un

importante efecto en la economía de asistencia informal proporcionada diariamente por las mujeres.

A partir de la década de los 90 fue cuando los miembros de la Organización de las Naciones Unidas subrayaron el papel crítico de las políticas de población para aminorar la pobreza, detener el deterioro ambiental, mejorar la salud y la educación y empoderar a las mujeres para que participen plenamente en sus sociedades. El debate sobre población y salud, se desplaza de la cuestión demográfica hacia el campo de los derechos humanos, reconociendo que la producción de la pobreza está en modelos de desarrollo excluyentes que no pueden ser corregidos con la simple reducción de la población pobre.

Se definió como base de los programas de población y desarrollo la promoción de la equidad y de la igualdad entre sexos, y la promoción de los derechos de las mujeres, así como la eliminación de todo tipo de violencia contra ellas, como condición imprescindible del desarrollo sostenible.¹⁸

El **empoderamiento** se definió como “promover cambios en la posición de las mujeres dentro de la sociedad, de forma que tomen conciencia sobre cómo las relaciones de poder operan en sus vidas, y ganen la confianza y fuerza necesaria para cambiar las

desigualdades que les afectan, es decir, que sean capaces de optar y decidir sobre sus propias vidas. Para que las mujeres ganen en autonomía e influencia es muy importante que puedan participar en todos los procesos que les afectan, incluidos los procesos de salud y enfermedad, y la forma en que se enfocan y atienden”.¹⁹

Este enfoque se refuerza especialmente a partir de las Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), en el Cairo en 1994, y de la Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing en 1995 (ambas signadas por el gobierno mexicano), iniciándose el tránsito del modelo mujer-salud hacia el modelo género-salud que, además de apoyar a las mujeres, persigue transformar el lugar que éstas ocupan en la sociedad y hacer partícipes a los hombres de los cambios necesarios para ello.

Al respecto, **la participación masculina** se aborda con especial interés en la CIPD, en la cual se afirma: “Se requiere promover la igualdad de los sexos en todas las esferas de la vida, incluida la vida familiar y comunitaria;

por lo tanto es necesario alentar a los hombres a compartir la carga cotidiana de las responsabilidades domésticas, a tener una participación activa en la paternidad responsable, a tener un comportamiento sexual y reproductivo saludable (incluyendo la planificación familiar, la salud prenatal, materna e infantil, la prevención de infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA, la prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo, la salud y la nutrición, el reconocimiento del valor de los hijos de ambos sexos, la prevención del abuso y acoso sexual), la educación de los niños y niñas desde la primera infancia y la búsqueda de relaciones libres de violencia” (CIPD Programa de Acción, Cap. IV-C, 1994).

Los informes de este principio de acción a 5 y a 10 años (Cairo+5 y Cairo+10) dan cuenta de importantes retrasos; por tanto la incorporación y refuerzo de la participación de los hombres en las políticas públicas en salud es un potencial todavía por desarrollar.

Es importante dar seguimiento al desarrollo de los compromisos y acuerdos en materia de política pública

- Se necesita considerar a las diferentes situaciones de salud con una mirada que vaya más allá de enfocarla sólo como “problemas de mujeres”; es necesario advertir que estas situaciones involucran tanto a mujeres como a hombres y a la sociedad en su conjunto. Incluir a los hombres de manera propositiva en las problemáticas de género en salud puede ser todo un desafío ante las resistencias y la desvalorización del cuidado y la prevención en la cultura masculina predominante.

Su impacto ayudaría a repartir la carga del cuidado de la salud, hasta ahora centrada en las mujeres, y propiciaría la atención en aspectos preventivos, así como en el mejoramiento de los modos de vida de los hombres, tanto por su responsabilidad en la salud de la mujer, como en su propia salud física y mental.

de equidad de género, para analizar de qué manera se concretizan en las diferentes realidades del país. Todas las mujeres tienen necesidades de salud diferentes, pero los grupos de mujeres marginadas y marginales necesitan una acción mucho más decidida y proactiva.

Hay que tomar en cuenta que en **un país multicultural y pluriétnico** como México, las políticas de población tienen la responsabilidad de establecer un compromiso de respeto y justicia para con las formas culturales en las que los individuos se insertan. La riqueza de este enfoque reside en recuperar el saber de las mujeres y los hombres de las distintas poblaciones, así como el saber colectivo de usuarias y usuarios de los servicios respecto de las causas de los padecimientos que manifiestan, además de las estrategias para restablecer un estado de salud y bienestar, de acuerdo con el insustituible conocimiento de las condiciones de su propia vida cotidiana.

Para lograr impactar con la incorporación de una perspectiva de género en salud, además de las políticas específicas para mujeres y para hombres, se requiere la incorporación transversal del género en todos los ámbitos de salud.

Esto implica voluntad y actitudes abiertas a los cuestionamientos y propuestas que esta visión hace al quehacer institucional, e implica también utilizar un enfoque diferente de programación estratégica, que impulse, desde los liderazgos y direcciones de cada área, una visión diferente del proceso salud-enfermedad-atención y de la relación personal médico-usuarios y usuarias.

Una visión transversal de la equidad de género en los programas y áreas de trabajo, nos guiará, por un lado, a analizar la situación de hombres y mujeres en nuestra propia institución, en lo relacionado con la organización del trabajo, las políticas internas, la toma de decisiones, la distribución de los recursos, el acceso a estímulos y la capacitación y ascensos en igualdad de condiciones. Por otro lado, nos orientará en la incorporación de la perspectiva de género en cada una de nuestras acciones de prevención y atención a la salud dirigidas a mujeres y hombres en sus diferentes edades y condiciones sociales.

Algunas preguntas que pueden facilitar el análisis de género en situaciones concretas, son:



- ¿Quiénes tienen frecuentemente esta problemática de salud?
- ¿Cómo o de qué manera llegaron a ese problema?
- ¿De qué manera se relaciona este problema de salud con su forma de vida?
- ¿De qué manera se relaciona el origen de este problema de salud con sus creencias, actitudes y conductas de género?
- ¿De qué manera se relaciona el origen de este problema de salud con las creencias, actitudes y conductas de género esperadas en la familia, comunidad o localidad de origen?
- ¿Cómo se relaciona la forma en la cual hombres y mujeres enfrentan este problema de salud con sus creencias, actitudes y conductas de género?
- ¿Cuál es la relación entre hombres, entre mujeres o entre hombres y mujeres en el origen, tratamiento y prevención de dicha problemática?
- ¿De qué manera las creencias, actitudes y conductas del personal de salud influyen en la atención a mujeres y a hombres dada en los servicios de salud?
- ¿Cómo puede utilizarse esta información en la prevención y en los tratamientos de estas problemáticas?
- ¿Cómo puede utilizarse esta información para el mejoramiento de los servicios de salud?
- ¿Qué recursos son necesarios para implantar acciones en este sentido?
- ¿Cómo podrían estar organizados los servicios para responder de mejor manera a estas demandas?

Para tener un real impacto desde la perspectiva de género en las políticas de salud, se requiere de un componente muy importante y generalmente en disputa: los recursos para la implantación de los cambios necesarios, requeridos para una política y organización de género que impacte en la equidad de hombres y mujeres. Es cierto que los recursos son pocos ante la magnitud de los problemas de salud que nuestro país enfrenta, sin embargo, es fundamental revisar cómo se distribuyen éstos recursos y cómo podrían asignarse tomando en cuenta las inequidades de género.

Para ello, desde hace un tiempo se ha desarrollado una propuesta de análisis y planeación llamada **presupuesto sensible al género**. “Las iniciativas de presupuestos sensibles al género facilitan el uso efectivo de los recursos con que el Estado cuenta... se refieren a

una variedad de procesos y herramientas que buscan evaluar el impacto de los presupuestos gubernamentales en diferentes grupos de mujeres y hombres. Se busca modificar las desigualdades existentes al distribuir y orientar de una manera más adecuada y equitativa los recursos. Su propósito es examinar cómo el gasto público obstruye o promueve la equidad de género y determinar cómo las asignaciones presupuestales afectan las oportunidades sociales y económicas de hombres y mujeres”.¹⁵

Para ello es fundamental contar con información sobre los programas y los recursos que se asignan en cuanto a datos desagregados por sexo y en cuanto a los recursos focalizados a hombres, mujeres, niños y niñas. También es necesario dejar de considerar el hogar como una unidad simple y homogénea de análisis, para examinar la situación de todos sus miembros, prestando especial

atención a la economía del cuidado no remunerado en el que las mujeres pasan gran parte de su tiempo.

Un ejemplo de este análisis, fue el realizado sobre el componente de Planificación Familiar en el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) para zonas de alta y muy alta marginación: “se encontró que los recursos para orientar y distribuir métodos anticonceptivos están dirigidos principalmente al control de la fecundidad de la

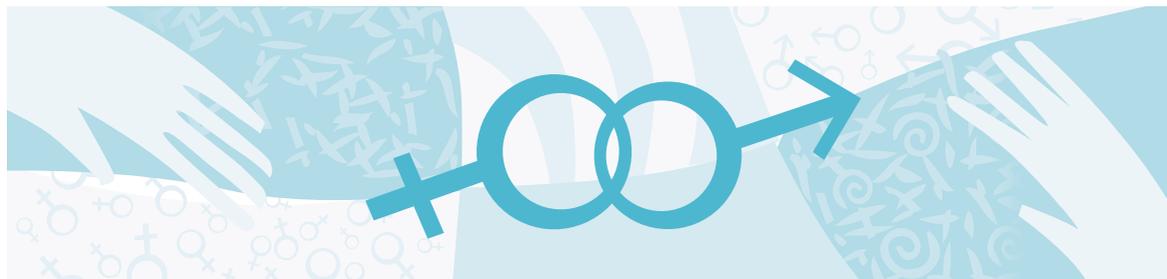
mujer y pocos están dirigidos hacia los hombres, por lo que el peso recae sobre la mujer y no se incentiva adecuadamente para que la reproducción sea una responsabilidad compartida de la pareja”¹⁹.

La gran **meta** que persiguen las **políticas en salud al incorporar la perspectiva de género** es lograr la equidad en salud, lo cual significa:

- La eliminación de las disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres en el estado de salud y la supervivencia.
- Distribución y acceso a los recursos (tecnológicos/financieros/humanos) según necesidades de cada sexo.
- Que mujeres y hombres contribuyan al financiamiento de salud, según su capacidad económica, y no según riesgos o necesidades propios de cada sexo o de cada etapa del ciclo de vida.
- Una distribución social justa de las responsabilidades, el poder y las recompensas para la contribución de las mujeres y los hombres en la gestión de salud. Esto incluye valorar el trabajo no remunerado en el cuidado de la salud.
- Que se incorporen medidas de capacitación, para que el personal que presta servicios de salud y que esté en contacto con las usuarias y los usuarios sea sensible al género y pueda percibir situaciones en las que se encuentren afectados por las inequidades.
- Que el personal de la salud no sufra inequidades de género en la legislación ni en sus percepciones salariales.

No existen modelos ni recetas únicas para aplicar la perspectiva de género en salud, por lo que es vital definir con precisión nuestros objetivos y metas, así

como dar seguimiento al proceso y medir los resultados, para mejorar nuestras intervenciones y definir los recursos asignados a ellas.



¿Qué ganan las mujeres y los hombres?

Por último, hay un aspecto de gran importancia en la perspectiva de género y es su potencial propositivo y de alternativas. Es decir, junto a la crítica de las relaciones inequitativas de género entre hombres y mujeres y al impacto de éstas en sus vidas, plantea también la posibilidad de generar cambios que mejoren las condiciones y potencien el desarrollo personal y social, abriendo posibilidades para acceder a una vida más humana, más libre, más digna y más feliz.²⁰

En el ámbito de la salud la equidad implica: igual valoración de la salud de hombres y de mujeres, corresponsabilidad en derechos sexuales y reproductivos, igualdad en la definición de la salud, el acceso y control de los servicios de salud, igualdad en la atención a la salud de las mujeres independientemente de su ciclo reproductivo, entre otros.⁸

Una pregunta que comúnmente se hacen hombres y mujeres, ya sea como usuarios o usuarias o como trabajadores o trabajadoras de los servicios de salud, es ¿qué ganamos con cambiar? Las respuestas podrían ir en varios sentidos:

En la vida privada equilibrar el peso del cuidado de la salud que tienen las mujeres en sus familias (con los niños y las niñas, adolescentes y ancianos) abre las posibilidades para que los miembros de la familia puedan desarrollarse en condiciones más equitativas e igualitarias.

Al involucrar a los varones en el cuidado de salud con acciones especialmente orientadas a sus necesidades, se gana un paso importante hacia la equidad de género:

cuando se les hace partícipes de las decisiones conjuntas sobre el número de hijos deseados y la anticoncepción, en la prevención del alcoholismo, en la resolución no violenta de conflictos y se mejora la repartición de tareas domésticas;⁸ lo cual tiene repercusiones positivas en la salud de las mujeres y en la efectividad de los servicios de salud.

Promover nuevas imágenes sobre la masculinidad y una redefinición de la participación y responsabilidades de los hombres en todas las esferas, incluida la familia, es un aspecto importante para una convivencia más saludable y placentera.

Por otro lado, si se reconocen las inequidades de poder a partir del género en el ámbito doméstico, con mayor facilidad se podrá prevenir y detectar los casos de abuso y violencia que frecuentemente se generan en él, aminorando las consecuencias físicas y emocionales y los costos que tiene la violencia intrafamiliar para la salud de las mujeres y de los niños y las niñas.

De igual manera, las mujeres que acuden a los servicios de salud y viven situaciones de violencia en el hogar, podrían ser escuchadas, identificadas y atendidas para su seguridad y recuperación, valorándose con mayor prontitud y eficacia los riesgos a su integridad física y mental, y relacionándose de manera más eficaz diversos padecimientos psicosomáticos con la vivencia de una situación de violencia hacia ellas en el hogar.

En el trabajo, las ganancias en salud se obtienen tomando en cuenta las necesidades de género de hombres y mujeres. Esto podría ayudar a aminorar los

accidentes y enfermedades derivados de los riesgos en el trabajo, principalmente de los hombres, afectados por casi el 80% de los accidentes de trabajo o las enfermedades profesionales.¹⁷

Las mujeres también se verían beneficiadas si pudieran trabajar libres de acoso sexual, discriminación y violencia, lo que se expresaría en un menor ausentismo laboral, respeto a su integridad corporal y trato respetuoso y equitativo.

Ambos, hombres y mujeres, se verían beneficiados con apoyos, por ejemplo para vivir la maternidad y la paternidad de manera menos conflictiva con las exigencias laborales, existiendo para ambos: permisos pre y posparto, guarderías o cuneros, horarios y vacaciones compatibles con las escuelas, permiso por enfermedad de sus hijos e hijas, entre otros.

- La salud de la población ganaría en calidad si se tomaran en cuenta las inequidades de poder de decisión entre hombres y mujeres, así como sus necesidades específicas y sus percepciones diferenciadas del proceso salud-enfermedad; para ello es necesario contar con una calidad de la atención en salud con perspectiva de género. Sin embargo, “la ceguera al género hace que en los servicios a

veces no se hagan visibles problemas ‘típicos’ de un sexo cuando aparecen en el otro; ...el género permea el tipo y la calidad de la relación paciente-médico o enfermera, y dichas creencias condicionan la comunicación, la escucha, la calidad de la información, etcétera”.⁵

La calidad de la atención en salud desde una perspectiva de género implica considerar las diferencias generadas por desigualdades intergenéricas entre hombres y mujeres, así como por las intragenéricas existentes entre los hombres y entre las mujeres.

Garantizar una calidad de atención en salud con perspectiva de género en los servicios, implica desarrollar un sistema de **monitoreo y evaluación** que genere información cualitativa y cuantitativa que nos dé

cuenta del contexto, los procesos y los resultados de las acciones. En las relaciones entre hombres y mujeres hay dimensiones difíciles de medir, como el cuidado, la responsabilidad o el respeto; por lo mismo, es necesario definir indicadores precisos que nos den cuenta de los cambios existentes o no, lo cual posibilita la comparación de resultados con otras comunidades, así como las tendencias de avances o retrocesos de políticas y programas.

Bibliografía consultada

- **BARREIRO L.** Las cuotas mínimas de participación de las mujeres: un mecanismo de acción afirmativa. San José, Costa Rica. Centro Mujer y Familia; 1996.
- **COMITÉ PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS EN MÉXICO.** Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Selección). Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México; México, D.F. 1995.
- **DECLARACIÓN DE VALENCIA SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES.** Dada a conocer en XIII Congreso Mundial de Sexología. Valencia, España, 29 de Junio de 1997.
- **DONABEDIAN A.** Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio. Instituto Nacional de Salud Pública. Perspectivas en Salud Pública 1990; N° 10.
- **ELU MC, SANTOS E, ARENAS LM, CASTRO R, RIVERA M, ACHA M.** Carpeta de Apoyo para la Atención en los Servicios de Salud de Mujeres Embarazadas Víctimas de Maltrato. Guía operativa. México DF: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos; 2000.
- **FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA.** Paso a paso. Guía metodológica para aplicar el enfoque de género a proyectos. México DF:UNICEF; 2002.
- **FORO CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.** Declaración. 1996. EN: Salas M, (coord). Calidad de la atención con perspectiva de género. Aportes desde la Sociedad Civil. México DF: SIPAM – Plaza y Valdés; 2001.
- **INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES.** Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. México DF, INMUJERES, 2004.
- **KATCHADOURIAN H,** (Comp). La sexualidad Humana. México DF:FCE; 1984.
- **LÓPEZ P, RICO B, LANGER A, ESPINOSA G,** (Comps.) Género y política en salud. México DF, Secretaría de Salud; 2003.
- **MEDINA-MORA, MARÍA ELENA, GUILHERME BORGES, CARMEN LARA MUÑOZ, CORINA BENJET, JERÓNIMO BLANCO JAMES, CLARA FLEIZ BAUTISTA Y OTROS.** Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental, Vol 26 N°4, págs. 1-16; Instituto Nacional de Psiquiatría; Agosto 2003.
- **ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS.** Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo 1994. Programa de Acción de la Conferencia. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994.
- **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y POPULATION REFERENCE BUREAU.** Género, salud y desarrollo en las Américas 2003. OPS-PRB, Washington, DC, 2004.
- **POPULATION REPORTS.** Métodos de planificación familiar. Volumen XXIV, Número 2. Octubre de 1996.Revista publicada por el Centro para Programas de Comunicación (CCP) de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins University. Baltimore, Maryland, USA.

- **SALAS M.** (Coord). Calidad de la atención con perspectiva de género. Aportes desde la sociedad civil. México, DF; SIPAM – Plaza y Valdés; 2001.
- **SECRETARÍA DE SALUD.** Boletín Género y Salud en Cifras, Mayo-Agosto 2003; Vol 1, N°2. "Diferencias en la Utilización de los Servicios de Salud entre Hombres y Mujeres", Pág. 16. Oláiz, Gustavo, Rosalba Rojas, José Luis Valdespino y Jaime Sepúlveda. Programa Mujer y Salud y la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud. México, D.F.
- **SOJO D, SIERRA B, LÓPEZ I.** Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid, España: Médicos del Mundo; 2002.
- **STANDING H.** El género y la reforma del sector salud. Institute of Development Studies. Traducido por Unidad de Género y Salud de la OPS;2002.
- **URIBE- ZÚÑIGA, PATRICIA.** Acciones de equidad de género y salud reproductiva. Pág. En XIX Asamblea General Ordinaria de Asociados de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. (FUNSALUD). Pág. 35, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F. 8 Marzo de 2004.

Recursos en internet

- **FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS:**
www.unfpa.org
- **FORO DE ONG "CAIRO + 5":**
www.ngoforum.org
- **GLOBAL REPRODUCTIVE HEALTH FORUM:**
www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet
- **FLACSO. SIMPOSIO SOBRE PARTICIPACIÓN MASCULINA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:**
www.flacso.cl/bibliomasc.htm
- **IPPF FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:**
www.ippf.org
- **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:**
www.who.org
- **QWEB SWEDEN (RED MUNDIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES Y LA IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS):**
www.qweb.kvinnonforum.se
- **REPRODUCTIVE HEALTH ONLINE-REPROLINE:**
www.reproline.jhu.edu
- **RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE:**
www.redesalud.web.cl

- **RED DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE CASOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN EL DISTRITO FEDERAL.**
<http://www.prodigyweb.net.mx/epedroza/>
- **MÉDICOS DEL MUNDO:**
www.medicosdelmundo.org
- **FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LAS MUJERES:**
www.unifem.undp.org
- **THE POPULATION COUNCIL:**
www.popcouncil.org
- **EMERGENCY CONTRACEPTION WEBSITE:**
www.opr.princeton.edu/ec
- **MUJERES EN RED:**
www.nodo50.org/mujeresred
- **SECRETARÍA DE SALUD:**
www.salud.gob.mx
- **SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C :**
www.sipam.org.mx
- **CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN:**
www.conapo.gob.mx
- **COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN DE LA MUJER, A.C:**
www.cimac.org.mx
- **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS):**
www.paho.org/generoysalud
- **FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD:**
www.funsalud.org.mx

Referencias

1. **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA.** Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, INEGI, México, Mayo de 2000.
2. **SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LA FAMILIA.** La perspectiva de género: una herramienta para construir la equidad entre hombres y mujeres. DIF. México, D.F. Noviembre de 1997.
3. **HEISE L, PITANGUY J, GERMAIN A.** Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Washington DC: OPS; 1994.
4. **DE KEIJZER, BENNO.** "La masculinidad como factor de riesgo". En Esperanza Tuñón. Género y salud en el sureste de México. Villahermosa, Tabasco. Ecosur y Universidad Autónoma de Tabasco; 1998.
5. **DE KEIJZER, BENNO.** El género y el proceso de salud - enfermedad - atención. En Boletín Género y Salud en Cifras, Septiembre-Diciembre 2003; Vol 1, N°3. Programa Mujer y Salud y la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud. México, D.F.

6. **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA, INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES.** Perfil de mujeres y hombres en México. México, D.F. INMUJERES; 2003.
7. **GÓMEZ- GÓMEZ E.** Equidad, género y salud: la visión de la Organización Panamericana de la Salud. En: **LÓPEZ P, RICO B, LANGER A, ESPINOSA G.** (Compiladoras). Género y política en salud. México, D.F. Secretaría de Salud; 2003.
8. **MÉDICOS DEL MUNDO.** Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid, España: Médicos del Mundo; 2002.
9. **RODRÍGUEZ -AJENJO C.** Algunos aspectos de la salud durante la infancia y la niñez con enfoque de género. En: **LÓPEZ P, RICO B, LANGER A, ESPINOSA G.** (Compiladoras). Género y política en salud. México, DF: Secretaría de Salud; 2003.
10. **SECRETARÍA DE SALUD.** Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas. SSA, México, 2003.
11. **ELU M.C.** Mortalidad materna y maternidad sin riesgos. En: López P, Rico B, Langer A, Espinosa G. (Compiladoras). Género y política en salud. México, DF: Secretaría de Salud; 2003.
12. **BRONFMAN, MARIO, CRISTINA HERRERA, MIRKA NEGRONI Y LOURDES CAMPERO.** "El VIH/SIDA en las mujeres: una cuestión de género". En Paz López, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinosa (Compiladoras). Género y Política de Salud. Secretaría de Salud, México; 2003.
13. **WELTI C. GÉNERO, FECUNDIDAD Y SALUD EN LA DEFINICIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.** En: López P, Rico B, Langer A, Espinosa G. (Compiladoras). Género y política en salud. México, DF: Secretaría de Salud; 2003.
14. **INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE.** Revista Salud Mental, Agosto 2003; Vol 26, N°4. Págs. 1-16.
15. **SECRETARÍA DE SALUD.** Presupuestos sensibles al género: conceptos y elementos básicos. México, DF: SSA;2002
16. **HARTIGAN, PAMELA.** Enfermedades transmisibles, género y equidad en salud. OPS y Harvard Center for Population and Development; Organización Panamericana de la Salud-OPS, Washington, D.C. 2001.
17. **DATOS Y GÉNERO.** La salud de la mujer trabajadora. En Boletín Género y Salud en Cifras, Septiembre-Diciembre 2003; Vol 1, N°3. Programa Mujer y Salud y la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud. México, D.F. Pág. 35.
18. **ADVOCACI.** Derechos sexuales y derechos reproductivos en la perspectiva de los derechos humanos. Síntesis para gestores, legisladores y operadores del derecho. Río de Janeiro: Advocaci; 2003.
19. **CAREAGA G.** Las relaciones entre los géneros en la salud reproductiva. México, DF: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México; 1996.
20. **MATAMALA MARÍA ISABEL, BERLAGOSCKY F, SALAZAR G, NÚÑEZ L.** Calidad de la atención, género ¿Salud reproductiva de las Mujeres? Santiago, Chile. María Isabel Matamala, Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social (COMUSAMS-ACHNU); 1995.