

Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas

Gita Sen

Asha George

Piroska Östlin



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

2005



Harvard Center for
Population and
Development Studies

Emitido originalmente como el documento “Engendering health equity: A review of research and policy” de la Serie Working Papers (Vol. 12, No. 2) del Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health (February 2002).

© Harvard Center for Population and Development Studies, 2005

Los documentos de trabajo que componen la serie Género y Equidad en la Salud proceden de dos talleres celebrados en el Center for Population and Development Studies de la Universidad de Harvard en 1997 y 1998, respectivamente. Ambos fueron organizados como parte de la Iniciativa Global para la Equidad en la Salud, un proyecto integrado, financiado en parte por la Fundación Rockefeller y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. La Iniciativa Global sobre la Equidad en la Salud es un proyecto interdisciplinario que combina el trabajo conceptual sobre equidad en la salud con estudios de caso-país. Otros grupos de trabajo conceptual, semejantes al del proyecto Género y Equidad en la Salud, se concentran en temas de alcance multisectorial como “medición”, “ética” y “determinantes sociales”.

Algunos de los trabajos que integran esta serie se publicaron conjuntamente en la obra de Gita Sen, Asha George, Pirooska Östlin, eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press; 2002.

Organización Panamericana de la Salud
ISBN 92 75 32294 5

Gita Sen es Profesora de la Cátedra Sir Ratan Tata del Instituto Indio de Administración en Bangalore, India.

Asha George es Consultora de Investigación del Instituto Indio de Administración en Bangalore, India.

Pirooska Östlin es Catedrática Superior del Departamento de Ciencias de la Salud Pública del Instituto Karolinska en Estocolmo, Suecia.

CONTENIDO

Prólogo	iv
Introducción	1
Observar la salud desde una perspectiva de género	7
Sesgo de género, igualdad y equidad	9
Consecuencias de no considerar seriamente el género	12
Silencios que resuenan	12
Enfoques mal orientados o parciales	13
Falta de reconocimiento de las interacciones causales	15
Vulnerabilidades relativas y la paradoja del género en salud	18
Incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud	23
Datos	23
Metodologías sensibles al género	24
Sesgo en la investigación clínica y de medicamentos	27
Políticas del sistema de salud	30
Formulación de un marco de derechos humanos	30
Asegurar financiamiento y recursos suficientes	31
Crear conocimiento y promover la toma de conciencia	33
Contrarrestar los sesgos en los programas y servicios	34
Impulsar un enfoque intersectorial en la política de salud	37
Crear un ambiente institucional propicio para la equidad de género en materia de salud	38
Referencias	40

Prólogo

Dentro del marco de la agenda internacional de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) otorga atención prioritaria a la relación entre el género y la salud. Este aspecto requiere un compromiso específico para el logro de los Objetivos de Desarrollo expresados en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. En ese sentido, la OPS coopera con los países del continente americano en la creación de marcos conceptuales y la recolección de pruebas empíricas con el fin de incluir una perspectiva de género en el análisis de la equidad de las políticas del sector de la salud. Asimismo, impulsa actividades coordinadas entre los gobiernos y los grupos de la sociedad civil que abogan por la equidad de género para influir en los procesos de formulación, monitoreo y evaluación del impacto de esas políticas.

Como se destaca en esta obra, la perspectiva de género debe partir del reconocimiento de las profundas inequidades de salud basadas en el género, ampliamente difundidas. Las diferencias de salud entre los hombres y las mujeres existen y son significativas dentro de cualquier grupo socioeconómico, aunque no sean uniformes ni avancen en la misma dirección. El género, como construcción social, es un factor de peso que exacerba la vulnerabilidad biológica y acompaña a la biología en la determinación de las desigualdades en materia de salud.

El análisis que hacen las autoras permite comprender mejor la forma en que interactúan los factores biológicos y sociales en distintos aspectos de la salud, entender la relación entre el género y la salud, y reconocer que esa relación tiene consecuencias para la salud no solo de las mujeres sino, también, para la de los hombres.

A la OPS le complace presentar esta publicación, que fue preparada originalmente en inglés por el Centro para Estudios sobre Población y Desarrollo de la Universidad de Harvard como parte de la Iniciativa Global para la Equidad en la Salud.

Mirta Roses Periago
Directora

La epidemiología moderna se orienta a explicar y cuantificar por qué flotan los corchos en la superficie del agua, pero no se ocupa de las corrientes subyacentes más intensas que determinan donde va a dar, en general, el grupo de corchos a lo largo de la línea costera del riesgo (McMichael, 1995, citado en Farmer, 1996).

INTRODUCCIÓN¹

¿Por qué es importante el género cuando se consideran las causas y las consecuencias de la inequidad en la salud? Las ciencias de la salud se han preocupado por el problema de la falta de equidad en el ámbito de la salud por lo menos desde principios del siglo XIX, cuando se reconoció que las diferencias entre el estado de salud de los ricos y los pobres estaban generalizadas (Farr, 1839; Rosen, 1958). Además, se considera que esas distinciones interactúan causalmente con otros factores determinantes de la desigualdad, como la raza y la casta (Williams, 1997). No obstante, esta atención a la equidad en materia de salud, sobre la base de clase económica, casta o raza, no se ha reflejado en una consideración eficaz de género. Todavía subsiste la necesidad de que las profesiones relacionadas con la salud en general reconozcan las consecuencias ampliamente difundidas y profundas de las inequidades basadas en el género en materia de salud. Teniendo esto en cuenta, este trabajo combina nuestras percepciones con las de otros colegas. Juntos analizamos los resultados derivados de abordar la equidad en salud mediante un enfoque de género (Sen et. al., 2002).

Una razón empírica válida para prestar atención a las diferencias en la salud entre mujeres y hombres es que no cabe duda de que esas diferencias existen, incluso cuando el gradiente socioeconómico pueda no ser marcado. Por ejemplo, aun en Suecia, un país conocido por su mayor igualdad de clases, el riesgo de sufrir de depresión en cualquier momento antes de los 80 años es de 28% para los hombres y de 49% para las mujeres (Rorsman et al., 1990).

¹ Este trabajo amplía nuestra obra anterior (Östlin et al., 2001) y se basa en el Discurso de Apertura pronunciado por Gita Sen durante la Conferencia Internacional sobre Investigación en Salud para el Desarrollo, Bangkok, 11 de octubre de 2000.

Más aún, las diferencias en la salud de mujeres y hombres dentro de cualquier grupo socioeconómico dado, ya sea de clase, casta o raza, pueden ser significativas. Los perfiles de la infección y la enfermedad tuberculosas varían según se trate de mujeres o de hombres pobres (Hudelson, 1996; Diwan et al., 1998), al igual que varían los perfiles de cardiopatía coronaria entre mujeres y hombres más ricos (Östlin et al., 1998). Diversos estudios de las desigualdades en materia de salud han revelado que, aunque la clase puede ser el factor determinante principal de las desigualdades de salud, siguen existiendo diferencias significativas en los resultados de salud por raza y sexo dentro de cada nivel de clase (Lillie-Blanton et al., 1993; Krieger et al., 1993; Sen et al., 2002).

Esas diferencias pueden no ser uniformes o ni siquiera avanzar en la misma dirección. Aunque las diferencias previstas entre los extremos polares del gradiente social entre hombres ricos y blancos, por un lado, y mujeres pobres y de color, por el otro, se confirman en gran medida mediante la investigación en salud (Breen, 2002), no hay un perfil obvio o lineal a medida que se avanza en el gradiente social. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, las políticas de bienestar social se dirigen a las mujeres pobres que tienen hijos a su cargo. Cuando los beneficios generales de desempleo están ausentes, el acceso a los servicios de salud es más deficiente para los hombres pobres que para las mujeres pobres (Breen, 2002). Es precisamente debido a esos perfiles complejos y no lineales que la investigación en salud y las políticas deben prestarles mayor atención.

A pesar de estas diferencias empíricas y a la atención cada vez mayor que se presta en general a la falta de equidad en salud, ha hecho falta mucho más tiempo para que se reconozca al género como un factor social de peso en comparación con, por ejemplo, la clase socioeconómica, la raza o la casta. Esto se debe en parte a la falacia común de fusionar el género con la diferencia biológica. Esa distinción entre el sexo (determinado biológicamente) y el género (como construcción social)² se ha utilizado ampliamente en la investigación durante el último cuarto del siglo XX. Tal distinción, desarrollada particularmente en el ámbito de las cien-

² Más concretamente, el género se refiere a las distinciones socialmente construidas entre las mujeres y los hombres con base en las diferencias en el acceso a los recursos y el conocimiento, los roles sociales, las divisiones del trabajo y la segregación ocupacional, las relaciones de poder y las jerarquías de autoridad y la toma de decisiones, y las normas sancionadas por la sociedad y aplicadas con respecto a la identidad, la personalidad y el comportamiento.

cias sociales, permite a los investigadores distinguir y comprender las bases sociales de las diferencias entre mujeres y hombres. Permite adentrarse más allá de lo aparentemente obvio de la diferencia biológica para llegar hasta las bases sociales más profundas del poder y la desigualdad.

Hacer esto en el campo de la salud plantea dos retos:

- La salud, a diferencia de la educación, por ejemplo, tiene una base biológica o, al menos, referentes biológicos. Nadie creería seriamente que las diferencias educacionales entre las razas, las castas o los sexos tienen una base biológica.³ Pero, en el campo de la salud, la biología no puede sencillamente descartarse como sesgo. Por consiguiente, nos vemos obligados a analizar las formas complejas en que interactúan los factores biológicos y sociales cuando se intenta comprender las diferencias relacionadas con la salud entre mujeres y hombres.
- Dentro de las ciencias de la salud, las diferencias entre los hombres y las mujeres tienen más influencia de la biología que las diferencias entre ricos y pobres, o entre grupos de casta. Hasta las diferencias debidas a la raza probablemente son más similares a la clase o la casta en este sentido que al sexo, a pesar de la influencia conocida de la genética en ciertas enfermedades que se diferencian racialmente.

No obstante, los factores y los procesos sociales pueden ser tan importantes para los diferenciales hombre-mujer como para otras diferencias. Por ejemplo, es importante observar que, aparte de ser biológicamente más vulnerables debido al embarazo (Diwan et al., 1998), las mujeres pobres son también más vulnerables a padecer la malaria (en comparación con las mujeres ricas y los hombres pobres), debido a que su acceso a servicios de atención de salud de calidad y a una nutrición adecuada es más limitado. Por lo tanto, los factores determinantes de carácter social exacerban las vulnerabilidades biológicas. En realidad, en muchas circunstancias las desventajas sociales son los factores determinantes primordiales de los resultados de salud injustos. Por ejemplo, la menor autonomía social de las mujeres y la desventaja estructural agravan su sensibilidad biológica al virus de la inmunodeficiencia hu-

³ Sin embargo, resulta útil recordar que no hace mucho tiempo los científicos creían que había diferencias en la capacidad cerebral que dependían de la raza y el género, así como una capacidad innata, hereditaria entre clases sociales (Krieger y Fee, 1994). Algunas percepciones populares todavía consideran que las niñas son incapaces de aprender matemáticas por similares razones biológicas innatas.

mana (VIH) (Zierler y Krieger, 1997; Weiss y Rao Gupta, 1998). Rara vez la biología actúa sola en la determinación de las desigualdades en materia de salud.

Es importante distinguir entre los posibles factores biológicos y sociales para analizar no solo las diferencias en cuanto a la salud sino, también, las semejanzas entre mujeres y hombres. Por ejemplo, las tasas de mortalidad por cardiopatía coronaria similares para mujeres y hombres deberían ser una fuente de grave inquietud, si se considera que las mujeres están supuestamente mejor protegidas de la cardiopatía debido a sus niveles más altos de estrógeno (McKinlay, 1996). Esta semejanza en los resultados de salud, a pesar de haber un factor biológico protector, bien podría indicar la presencia de una desventaja social o discriminación que lo contrarresta.

El prejuicio basado en el género también puede influir en nuestra comprensión misma de las diferencias y los procesos biológicos. El campo de la sociobiología abunda en intentos de buscar las raíces del comportamiento diferencial femenino y masculino en presuntos orígenes biológicos sin tratar de indagar la presunta “naturalidad” de tal comportamiento ni examinar su variabilidad antropológica e histórica. Por ende, tales teorías aducen la escasez numérica de los óvulos como una razón de la predisposición “natural” de las mujeres hacia los roles maternos de alimentación, mientras que los hombres, debido a su producción más grande de espermatozoides, pueden permitirse ser más descuidados en cuanto a la reproducción (Hubbard, 1995). Obviamente, tales teorías biológicas “objetivas” carecen de un reconocimiento de que los roles masculino y femenino de alimentación y reproducción no son tan rígidos como ellas presumen. Los antropólogos aportaron pruebas abundantes de sociedades donde la alimentación no se limita a un sexo ni existe la reproducción “descuidada”.

De manera afín, la medicina occidental a menudo otorga legitimidad a la relación entre enfermedad y debilidad con las características biológicas de las mujeres. En consecuencia, las experiencias biológicas de la menstruación y la menopausia de las mujeres se describen como procesos de producción desperdiciada y signos de deterioro biológico (Martin, 1990). Esas percepciones no solo privan a las mujeres del control y el albedrío de sus propios cuerpos sino que, además, sancionan la discriminación explícita e implícita que entorpece la participación activa de las mujeres en la sociedad (Lupton, 1994). Por ejemplo, varias prue-

bas antropológicas detallan cómo la prominencia del síndrome premenstrual creció paralelamente a los reclamos de las mujeres por la participación plena en la esfera pública (Rittenhouse, 1991).

Es posible trazar el origen histórico de esa tendencia hasta el tratamiento del sistema nervioso de las mujeres en la medicina occidental. Los historiadores de la medicina y los antropólogos documentan cómo el diagnóstico de la histeria brindó a las mujeres una plataforma legítima para expresar sus frustraciones sociales. Sin embargo, la medicalización de la situación de la mujer en la sociedad también reforzó las percepciones de que las mujeres eran biológicamente más débiles, delicadas y más propensas a la invalidez (Lupton, 1994; Johannisson, 1995). Como resultado, se desalentó a las mujeres a que se ocuparan de diversas actividades sobre la base de su constitución frágil y sus nervios delicados.

Por ejemplo, uno de los decanos de la Escuela de Medicina de Harvard creía que si se permitía a las mujeres matricularse en instituciones educativas exclusivamente masculinas ello sería perjudicial para su salud, no porque los hombres fuesen superiores a las mujeres sino porque eran diferentes de ellas. Las mujeres eran plenamente capaces de hacer todas las cosas que los hombres tuvieran derecho a hacer. “Pero ellas no pueden hacer todo esto y mantener una buena salud y lograr un futuro sin neuralgias, enfermedades uterinas, histeria y otros trastornos del sistema nervioso si siguen el mismo método para el que los muchachos están entrenados” (Clarke, 1874, citado en Hubbard 1995). Es importante señalar que las mujeres de color o de clases más bajas tradicionalmente estuvieron excluidas de tales inquietudes paternalistas sobre su debilidad biológica (Krieger y Fee, 1994).

Sin embargo, la infiltración de normas discriminatorias de género en el conocimiento médico no es monopolio de Occidente. Se necesita investigar mucho más para explorar cómo abordan el género los sistemas médicos tradicionales (Vlassoff, 1994). El siguiente ejemplo documenta el sesgo. En el altiplano del Perú se cree que el viento o los factores transmitidos por el aire que se relacionan con el entorno sobrenatural (*wayras*), son las causas principales de enfermedad. Como resultado, se considera que las mujeres están en desventaja y son débiles debido a su fisiología más “abierta” y porque pierden líquidos corporales y sangre durante la menstruación y el parto. Esas “características limitantes” impiden que las mujeres realicen trabajos difíciles (*ruway*) que, irónicamente, expulsarían esas enfermedades e impurezas. No solo se res-

tringen sus viajes a las tierras bajas, donde podrían participar más directamente en la economía que genera dinero y en la lucrativa industria minera del oro, sino que su propio trabajo doméstico se devalúa porque se lo considera trabajo liviano (Larme, 1998).

Esa clase de investigación indica que el conocimiento del cuerpo, la salud y la enfermedad en diversas sociedades y períodos históricos se construye culturalmente y depende del contexto (Lock y Gordon, 1998; Lock y Scheper-Hughes, 1990). “El poder es una dimensión clave en la construcción cultural del conocimiento médico. Los sistemas médicos suelen reproducir las desigualdades y las jerarquías de una sociedad al naturalizar y normalizar las desigualdades mediante hechos e imágenes acerca del cuerpo” (Larme, 1998). En consecuencia, cuando se consideran las diferencias biológicas o las necesidades especiales en el ámbito de la salud, es necesario tener presente que las características consideradas biológicas son, a menudo, construcciones relacionadas con el género. Más aún, estas construcciones sociales apoyan las normas y percepciones de género que aprueban la discriminación social que, a su vez, perpetúa las inequidades en salud.

La comprensión de la forma en que los factores biológicos y sociales interactúan en diferentes aspectos de la salud se torna fundamental para entender cómo funciona el género en su relación con la salud. Ello tiene consecuencias no solo para la salud de las mujeres sino, también, para la de los hombres. Las altas tasas de mortalidad y de lesiones debidas a los accidentes de tránsito entre los hombres, por ejemplo, pueden ser una consecuencia del fenómeno relacionado con el género de quien conduce y quien es dueño de los automóviles; también podría reflejar el fomento de la asunción de riesgos mediante la comercialización de la hombría (Snow, 2002).

De ser cierto, como aducimos, que muchos resultados de salud no son el resultado de presiones biológicas naturales sino que se deben a influencias sociales, ellos pueden y deben cambiarse mediante políticas sanitarias y sociales. Por lo tanto, un enfoque de la salud relacionado con el género, es decir, que diferencia los factores biológicos y sociales a la vez que explora sus interacciones y que tiene en cuenta la forma en que la desigualdad influye en las experiencias de salud, sirve de orientación para identificar las respuestas apropiadas del sistema de atención de salud y de la política pública más en general, según argumentamos en la sección final.

OBSERVAR LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

El género se refiere a las desigualdades estructurales marcadas por el acceso desigual de mujeres y hombres a recursos materiales y no materiales. Esto, a su vez, forma la base para definir y distinguir los comportamientos masculinos y los femeninos, las expectativas y los roles, así como las relaciones entre hombres y mujeres (Rathgeber y Vlassoff, 1993). Como fenómeno social, el género impone relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres mediante normas y valores culturales y simbólicos. Además, el género impregna las instituciones sociales porque no solo se refiere a las relaciones entre los sexos en el ámbito individual, sino también a una gama compleja de estructuras, prácticas y comportamientos que definen los sistemas de organización que constituyen las sociedades humanas. Por lo tanto, se trata de un principio organizador de la vida social (West, 1993, citado en Hartigan et al., 2002).

La investigación convencional a menudo define el género sencillamente como un conjunto de roles sociales. No obstante, cabe señalar que la investigación acerca de la dinámica de raza o clase no habla en términos de roles de clase o raza. “La dependencia en los roles como concepto analítico se observa principalmente con relación al género (más que a la raza o clase) y atestigua una tendencia dentro de los círculos de política a tratar el género separado de las perspectivas estructurales que nutren el análisis de esas otras formas de desigualdad social” (Kabeer, 1994). Aparte de aislar el análisis de género de otros ámbitos de la política social, el acento exclusivo o excesivo sobre los roles conduce a que se haga hincapié en el cambio de comportamientos en el ámbito individual, y no en el cambio de políticas en el ámbito social. Esa comprensión tiene consecuencias particulares para el campo de la salud. Refuerza la necesidad de imbuir nuestra comprensión del comportamiento relacionado con la salud, que puede estar vinculado en la superficie con las diferencias en los roles de mujeres y hombres, con un análisis de las desigualdades estructurales de género que tal vez sustentan tales roles y comportamientos (Stronks et al., 1996).

Las relaciones desiguales de poder también definen el debate público acerca de las políticas en toda una gama de esferas, entre ellas la de la salud. Se suele victimizar o culpar a los grupos socialmente subordinados por sus propias situaciones de desventaja, y esto se aplica también a las mujeres. Es muy frecuente que se acuse de promiscuidad a las víc-

timas de violación y se censura a las madres adolescentes por irresponsabilidad. Se presume que las mujeres que trabajan son madres descuidadas y, por lo tanto, son responsables de la mala salud de sus hijos. Estas generalizaciones, basadas en un análisis superficial de los roles sociales más que en las desigualdades estructurales subyacentes, dan legitimidad y presentan las realidades diarias de las mujeres (y los hombres) como el resultado de su propio comportamiento y no de las interacciones entre las estructuras de género y el comportamiento.

Este problema no es exclusivo del género. A factores tales como clase económica, raza, casta, grupo étnico u orientación sexual, tampoco les ha ido mucho mejor en este sentido. En la práctica, la investigación en salud no suele aclarar debidamente ni analiza en forma crítica las construcciones sociales de raza, clase u orientación sexual, así como no analiza eficazmente el género. Al no explorar la gama de posibles factores subyacentes que pueden contribuir a las desigualdades sociales en el ámbito de la salud a lo largo de diferentes dimensiones, se refuerza la percepción de que el estado de mala salud actual es inherente al individuo o al grupo social que se está observando (Lillie-Blanton y LaVeist, 1996). En el mejor de los casos, ello genera políticas restringidas y oportunidades desaprovechadas que nos conducen finalmente a “caminos conceptuales que tienen poca o ninguna pertinencia para la forma en que las personas viven realmente y, por ende, inevitablemente, a estrategias y políticas que no tienen ninguna pertinencia para la prevención” (Clatts, 1995). En el peor de los casos, al ocultar las relaciones de poder que sientan las bases para la discriminación, despolitizamos y perpetuamos estas realidades “monótonas” (Farmer, 1997).

El género, como otros estratificadores sociales, no funciona aisladamente (Baca Zinn y Thorton Dill, 1998). Es una forma peculiar y potente de estratificación que interactúa con otros marcadores sociales como clase, raza y orientación sexual. Así como las iniciativas de investigación y de política tienen que crear metodologías adecuadas para abordar las interacciones entre las enfermedades (por ejemplo, cardiopatía con hipertensión, anemia con malaria, violencia física con depresión), también tienen que reconocer la importancia de las interacciones sociales (por ejemplo, género con clase, raza u orientación sexual). Estas interacciones entre los factores sociales determinantes pueden ser aditivas o multiplicadoras. En otras palabras, al poner de relieve la influencia particular, aunque interactiva, del género se destaca el hecho de que otros

factores sociales pueden profundizar o contrarrestar el efecto del género en los resultados de salud.

Por ejemplo, el género y la pobreza a menudo se combinan para crear barreras múltiples al bienestar de las mujeres. Setenta por ciento de los pobres del mundo son mujeres (UNDP, 1995). Las mujeres no solo tienen más desventajas materiales que los hombres, sino que también tienen que hacer frente a la discriminación por razón de género que a menudo exacerba más su pobreza. Se ha reconocido que las mujeres trabajan tanto o más que los hombres; sin embargo, su trabajo en gran parte no se valora y, por consiguiente, no figura en las estadísticas laborales usuales ni en los reglamentos (Östlin, 2002). Más aún, las mujeres suelen tener poco control sobre la naturaleza de su trabajo. Como resultado, a menudo tienen que hacer frente a costos altos de oportunidad cuando se enferman, tienen que buscar atención o tienen que cuidar a otra persona. Las mujeres también tienden a tener menos poder en la toma de decisiones cuando se trata de asignar los recursos del hogar y la comunidad (Hartigan et al., 2002). En consecuencia, la asignación de alimentos, descanso y atención de salud dentro de los hogares, y la provisión de infraestructura pública apropiada en las comunidades están sesgados a menudo en contra de las mujeres (Sims y Butter, 2002).

SESGO DE GÉNERO, IGUALDAD Y EQUIDAD

Definir el género como relaciones de poder que interactúan con la biología para determinar las diferencias en cuanto a necesidades, capacidades y tratamiento, nos exige concentrar sistemáticamente en las formas que toma el sesgo y la desigualdad e injusticia resultantes. Al hacer esto en campos diferentes a la salud, los analistas feministas han preferido usar el concepto de *igualdad* de género como fundamento de las nociones de justicia de género o *equidad*.⁴ Esto se ha basado en la presunción de que, siendo el producto de las relaciones sociales y las jerarquías, es probable que las desigualdades entre mujeres y hombres sean intrínsecamente discriminatorias e injustas. Por lo tanto, un resultado empírico de la desigualdad de género o de las diferencias en el tratamiento o los

⁴ En este trabajo usamos indistintamente los términos equidad de género y justicia de género.

resultados también se toma como un marcador para una probable inequidad por razón de género. Por consiguiente, el logro de la equidad de género se considera como un resultado de poner especial atención a la igualdad de género.

Tal posición es menos sostenible en el campo de la salud debido a la influencia del factor de confusión que es la biología. Aun cuando la biología misma se examina con los lentes de género, según hemos aducido antes, ello evidentemente no elimina todas las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. Por consiguiente, la ausencia de diferencias o la igualdad de género como tal no puede ser la base uniforme para la justicia de género en materia de salud. Además, la igualdad de los resultados de salud puede, en algunos casos, ser un marcador de injusticia de género porque puede indicar que las necesidades o las habilidades particulares de las mujeres que dependen de características biológicas particulares, no se reconocen debidamente.

Por lo tanto, la equidad de género en materia de salud debe apoyarse en su propio fundamento, a saber: la ausencia de sesgo. Pero la imposibilidad de extraer un principio universal sencillo como la igualdad complica nuestra tarea en el ámbito de la salud, porque requiere una indagación aun más cuidadosa de dónde está presente el sesgo y cómo funciona.⁵ En particular, tenemos que comenzar con un examen detallado del contenido mismo de la equidad de género para lograr que el sesgo no se disfrace de diferencia biológica “natural”.

Dicho sesgo funciona en muchos planos. Dentro de los hogares, las niñas y los niños, las mujeres y los hombres a menudo no reciben igual reconocimiento o tratamiento con respecto a la nutrición y la atención de salud (Das Gupta, 1987; Booth y Verma, 1992; Lane y Meleis, 1991). Esos sesgos están profundamente arraigados y se reproducen por las diferencias económicas en la propiedad y la herencia, así como por las divisiones del trabajo dentro de los hogares y las comunidades. Los ses-

⁵ Por ejemplo, durante la elaboración oficial de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en septiembre de 1995 en Beijing, los gobiernos islámicos conservadores abogaron en favor del lenguaje de la *equidad* de género, pero se mostraron renuentes a aceptar la expresión *igualdad* de género. Su argumento utilizaba como premisa la creencia de que sus leyes, que consagran las diferencias en los derechos de las mujeres y los hombres a la propiedad y la herencia, son eminentemente razonables y justas porque emanan de las diferencias naturales arraigadas en la maternidad y, por ende, en los roles y capacidades.

gos basados en el género que ponen en riesgo la salud de las niñas y de las mujeres a menudo son reforzados por normas comunitarias y valores relativos a la sexualidad de las mujeres y de los hombres, la reproducción y los derechos (Cottingham y Myntti, 2002; Hartigan et al., 2002). Los proveedores y los sistemas de servicios de salud a menudo multiplican esos sesgos al no reconocer su existencia ni la necesidad de aplicar medidas compensatorias (Standing, 2002). Y las políticas sanitarias tienden a seguir siendo insensibles a las consecuencias de tales sesgos a menos que se transformen sistemáticamente mediante la abogacía pública.

Nuestro enfoque y el de los otros autores se basan en los siguientes principios:

1. Donde la diferencia biológica interactúa claramente con factores determinantes sociales para definir las diferentes necesidades y experiencias de mujeres y hombres en el ámbito de la salud, la equidad de género puede exigir un tratamiento cualitativamente diferente que sea sensible a esas diferentes necesidades.
2. Cuando no hay ninguna razón biológica verosímil que explique los diferentes resultados, deberá considerarse que la discriminación social es la principal sospechosa de causar resultados de salud poco razonables. Aquí, el reconocimiento de que las diferencias se mantienen debido a la discriminación social exige que las medidas para lograr la equidad en salud se concentren en políticas que promuevan resultados iguales. Esto quizá requiera un tratamiento diferente para superar la discriminación histórica.

Estos dos principios sirven de fundamento para determinar si un método o intervención son justos o no sobre la base de su capacidad para promover la salud y proteger los derechos al bienestar social. Es fundamental poner de relieve este punto. *Un análisis de la equidad de género y de salud insiste en que, si bien existen diferencias entre las necesidades de salud de las mujeres y los hombres en relación con las diferencias biológicas e históricas, esto no conduce 'naturalmente' ni justifica una situación social o derechos diferentes o desiguales en las sociedades que son justas.*

En consecuencia, el género influye tanto en nuestra forma de pensar en la salud como en lo que hacemos acerca de ella en las familias, las comunidades y las sociedades, a nivel local, nacional y mundial. Si el

análisis de género se incorpora eficazmente en nuestra comprensión de la salud, se producirá un cambio en nuestros enfoques conceptuales, preguntas y métodos; a su vez, ellos probablemente cambien nuestras conclusiones de investigación y de políticas. El género parece influir en los riesgos de mortalidad y morbilidad debido a las diferencias en exposición y en vulnerabilidad; en la gravedad y las consecuencias de la enfermedad; en el acceso a los recursos para la promoción de la salud y la prevención, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; en los comportamientos relacionados con la salud; en la experiencia y las consecuencias de la mala salud, y en las respuestas del sector de la salud.

CONSECUENCIAS DE NO CONSIDERAR SERIAMENTE EL GÉNERO

Silencios que resuenan

Una manera en la que se pone de manifiesto el sesgo de género en la esfera de la salud es el lento reconocimiento de los problemas de salud que afectan a las mujeres en particular. Un ejemplo no tan distante y bien conocido es el caso de las infecciones de los órganos genitales, especialmente entre las mujeres pobres de los países en desarrollo. A pesar de que los programas de planificación familiar, con apoyo mundial y nacional, y de la amplia investigación afín acerca del comportamiento anticonceptivo, recién en los años noventa se han realizado investigaciones serias acerca de la prevalencia de esas infecciones (Germain et al., 1992).

Otro ejemplo es el de la violencia doméstica, de su prevalencia y sus consecuencias para la salud física y mental de las mujeres. Las investigaciones nuevas que se están efectuando en esta esfera apuntan hacia una prevalencia alta, una gama de causas sociales y consecuencias en todo un extenso espectro de resultados de salud (García Moreno, 2002).

En ambos problemas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y muchos otros organismos e investigadores han patrocinado una considerable cantidad de trabajo. Aunque estos problemas se abordan actualmente, ellos no agotan la lista posible de tales silencios. Por ejemplo, el reconocimiento equitativo e igualitario del cáncer de mama, una de las causas principales de defunciones y casos de cáncer en las mujeres, ha sido bastante reciente (Breen, 2002). ¡Es útil recordar que, al hablar

sobre problemas de salud pobremente reconocidos es solo posible, por definición, hablar de lo que ya hemos aprendido! Lo que es sorprendente en relación con los problemas mencionados aquí es cuán generalizada está su incidencia, cuán significativos son sus efectos y, desde luego, cuánto tiempo ha necesitado la profesión de la salud para reconocerlos.

Enfoques mal orientados o parciales

La falta de reconocimiento de los problemas de salud de la mujer es solo una de las maneras en que las distorsiones relacionadas con el género influyen en la investigación en salud. Los enfoques mal orientados o parciales incluyen algunos de los grandes problemas en toda una amplia gama de subcampos de salud.

En la esfera de la salud ambiental, las normas y las pruebas relativas a la contaminación del aire ignoraron el problema de la contaminación del aire en los locales cerrados y las cocinas llenas de humo, que es crucial para la salud de un gran número de mujeres pobres de los países en desarrollo. En general, se suponía que, en materia de contaminación del aire, las zonas rurales están más limpias que las zonas urbanas y que, debido a que el problema es ocasionado por la industria y el tráfico automotor en las zonas urbanas, no discrimina entre mujeres y hombres. Se trata de un ejemplo clásico de enfoque parcial que excluyó una fuente importante de riesgo ambiental para las mujeres porque no partió de una preocupación relacionada con el género en cuanto a dónde pasan mujeres y hombres gran parte de su día de trabajo. Las pruebas indican que la contaminación del aire en locales cerrados no solo se puede asociar con mayor morbilidad cardiovascular en las mujeres, sino que también se puede relacionar con mayor riesgo de tuberculosis, niveles más altos de ceguera e inhibición de la absorción de los nutrientes (Östlin, 2002; Sims y Butter, 2002).

De igual manera, la salud ocupacional fue miope al no reconocer las consecuencias de las diferencias entre los lugares de trabajo de mujeres y hombres, y entre sus responsabilidades. Por ejemplo, el estrés ocupacional tiene causas y modelos diferenciales debido a los diferentes roles de mujeres y hombres y a su capacidad para combinar el trabajo dentro y fuera del hogar. Un estudio realizado en Suecia determinó que los niveles de estrés de los hombres en cargos de gerencia tienden a bajar hacia el final del día de trabajo remunerado mientras que, en el caso de

las mujeres gerentes, tienden a aumentar bruscamente ante las exigencias de las labores domésticas que las esperan al final del día de trabajo remunerado (Östlin, 2002). Además, si bien las horas de sobretiempo en el caso de los hombres conducen a una incidencia más baja de ataques cardíacos, en las mujeres esas horas generan un riesgo más alto (Alfredsson et al., citado en Östlin, 2002).

Tales pruebas dan fe del argumento tratado en un trabajo de Whitehead et al. (2001) de que los factores determinantes de la inequidad en materia de salud pueden ser diferentes de los de la salud agregada. El ejemplo de las condiciones de trabajo en Suecia, que son relativamente buenas en promedio, no tiene mucho poder explicativo para la morbilidad agregada, pero explica bastante las diferencias entre grupos económicos. Cuando se agrega el género como otro estratificador y cuando el trabajo incluye tanto trabajo remunerado como no remunerado, este argumento claramente adquiere aún mayor fuerza.

En efecto, las ocupaciones de las mujeres generalmente han recibido menos atención en cuanto a la medición de sus consecuencias para la salud en comparación con las de los hombres, a pesar de las numerosas pruebas de la persistencia de la segregación ocupacional que se demuestra en el hecho de que, en términos generales, las mujeres y los hombres sencillamente no realizan la misma clase de trabajo (Anker, 1998). Por lo tanto, sabemos muy poco acerca del efecto en la salud del trabajo de las mujeres como trabajadoras agrícolas, o en el gran número de fábricas y empresas pequeñas y medianas (el llamado sector informal) donde está empleada la abrumadora mayoría de las mujeres en muchas regiones del mundo. Si se trata del trabajo doméstico, se ha supuesto de manera característica que es más cómodo, de ritmo más lento y que está bajo el control de las mujeres. Las pruebas en constante aumento indican que la realidad es bastante diferente. Las consecuencias para la salud incluyen una combinación, hasta ahora mal investigada, de estrés y depresión (Östlin, 2002).

Como es bien sabido, los primeros supuestos en el terreno de la salud mental atribuían los problemas de las mujeres a sus características biológicas para la reproducción, según lo muestra la misma palabra *histeria*. Esas presunciones carentes de fundamento y casi axiomáticas todavía no están tan lejos de nosotros como cabría pensar o desear. Hoy en día, la investigación sigue concentrándose en la relación hipotética entre los fenómenos relacionados con la reproducción, como la menstruación, el

embarazo y la menopausia, y las tasas más altas de depresión en las mujeres. Sin embargo, ninguno de esos fenómenos por sí solos explican la diferencia entre los sexos en cuanto a la depresión (Astbury, 2002). En cambio, la investigación sobre la depresión postnatal identificó el apoyo de la pareja y social, los sucesos de la vida, la experiencia de la maternidad y el temperamento del lactante como factores críticos de riesgo de depresión (Small et al., 1994, citado en Astbury, 2002). Ese sesgo no solo ha contribuido a que se descuide el rol que tiene la reproducción en la salud mental de los hombres, sino que también ha conducido al retraso en descubrir los aspectos no reproductivos de la experiencia de depresión de las mujeres, tal como su riesgo más alto de morbilidad cardiovascular (Musselman et al., 1998, citado en Astbury, 2002).

Quizás ningún subcampo de la investigación en salud esté tan colmado de contradicciones como la salud reproductiva cuando se examina desde una perspectiva de género. La investigación sobre la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos tendía a suponer hasta hace muy poco, y quizás continúa, que las quejas de las mujeres acerca del malestar o el dolor eran imaginarias y podían ignorarse. Por lo tanto, el descubrimiento de la amplia prevalencia de las infecciones de los órganos genitales se retrasó por mucho tiempo aunque la poca aceptación de las mujeres de los dispositivos intrauterinos (DIU) debería haber servido como una temprana señal de alerta si los investigadores de planificación de la familia no hubieran rechazado esas quejas como irracionales o psicósomáticas (Germain et al., 1992).

Irónicamente, mientras la biología reproductiva de las mujeres se vinculaba de manera dudosa a su comportamiento y su salud mental, se ignoraban las verdaderas consecuencias de las relaciones de poder de género en torno a la sexualidad y la reproducción para la violencia y la depresión. Las permanentes investigaciones sobre la violencia doméstica indican que hay fuertes vínculos entre el abuso físico, emocional o psicológico, por un lado, y la depresión, por el otro, mediante una potente mezcla de humillación y atrapamiento (Astbury, 2002; García-Moreno, 2002).

Falta de reconocimiento de las interacciones causales

Las interacciones causales influyen en el trabajo de salud de dos maneras diferenciadas: comorbilidad entre las enfermedades e interacciones entre los factores sociales. Comorbilidad, la presentación simultánea

de diferentes enfermedades en una persona, es una de las características de confusión de la mala salud que particularmente pone a prueba la habilidad y la experiencia del médico. Aunque la comorbilidad no es intrínsecamente un fenómeno diferenciado por sexo (excepto en lo que concierne a la salud reproductiva), un examen más minucioso revela aspectos particulares que son de interés desde una perspectiva de género.

Por ejemplo, la malaria aumenta el riesgo de anemia durante el embarazo, como ya se ha mencionado. La esquistosomiasis está relacionada con riesgos de infertilidad, aborto y vulnerabilidad a la infección por el VIH (Feldmeier et al., 1993, citado en Hartigan et al., 2002). Aunque esos hechos se conocen bien en el ámbito de la investigación y las recomendaciones de políticas generales, en realidad poco se ha hecho para crear o probar estrategias que permitan abordar estas cuestiones sobre el terreno. La falta de investigaciones operativas adecuadas para probar métodos alternativos quizá forme parte de la dificultad más grande planteada por el escaso financiamiento para la investigación sobre el género y las enfermedades infecciosas.

Es también aquí donde el problema ya mencionado de la falta de ensayos clínicos para mujeres en edad fecunda se convierte una vez más en un serio dilema. A falta de datos fidedignos extraídos de los ensayos, es difícil proceder con el tratamiento. No obstante, aun en estos casos, no todas las políticas dependen de los medicamentos. Concentrarse en reducir el riesgo de malaria para las mujeres en edad fecunda en particular, y reducir la anemia entre las niñas y las mujeres en general, son métodos que no requieren nuevos ensayos clínicos, sino que representan un enfoque de los programas de salud más favorable a la mujer.

La otra fuente de interacciones es el interjuego de los factores sociales. Según se abordó en la sección anterior, el género como factor social determinante de la salud no actúa solo, sino que interactúa con otros estratificadores sociales. El riesgo de contraer el virus del papiloma humano, y el riesgo elevado resultante de padecer lesiones cervicales y cáncer, es mayor para las mujeres que son pobres, han tenido varios partos y han tenido, ellas o su pareja, múltiples compañeros sexuales (Thomas et al., 1996, citado en Hartigan et al., 2002). De manera análoga, la compleja mezcla de factores sociales y biológicos en la incidencia del VIH y el hecho de que ellos están profundamente relacionados con el género ya se conoce demasiado bien. Aunque la transmisión de hombre a mujer del virus del VIH es biológicamente más fácil, la carga

cada vez mayor de infección entre niñas y mujeres está claramente asociada con las relaciones de poder por razón de género. Esto ocurre por las dificultades de las mujeres en insistir en que sus compañeros adopten prácticas sexuales seguras o por las diferencias entre el poder económico, que atraviesa transversalmente la edad, y el poder del género en el fenómeno de los amantes viejos y ricos (*sugar daddies*) y las adolescentes (Males 1997).

Gwatkin y Guillot (2000) señalan que, para 20% de las personas más pobres del mundo, las enfermedades transmisibles, las maternas, las perinatales y las nutricionales son la causa de una proporción relativamente más alta de mala salud de la mujer en comparación con la mala salud de los hombres (7,5% más defunciones, 11,4% más años de vida ajustados en función de la discapacidad [AVAD]). Cuando se excluyen de este cálculo las enfermedades relacionadas con la maternidad, todavía persisten niveles más altos de mala salud de la mujer (6,3% más defunciones, 7,5% más AVAD). Es interesante señalar que el informe también revela que, donde antes se observaba a nivel agregado que los hombres sufrían más de enfermedades no transmisibles que las mujeres, cuando los datos se desagregan por clase, son las mujeres ricas quienes más sufren de enfermedades no transmisibles (5,4% más defunciones, 7,8% más AVAD).⁶

Tales diferencias ¿se deben a la interacción de la pobreza y el sexo, o a la pobreza y el género? Debemos encontrar maneras de clasificar las influencias. Los datos disponibles sugieren que las diferencias entre mujeres y hombres en la mortalidad y la morbilidad debidas a enfermedades infecciosas específicas varían a nivel mundial e indican que en su epidemiología intervienen una mezcla de factores económicos, sociales y ambientales relacionados con el género. Claramente, es necesario comprender más a fondo la sinergia posible entre los factores de riesgo para que podamos explicar, por ejemplo, por qué después del comienzo de la adolescencia los hombres tienen mayores probabilidades de infectarse con tuberculosis, pero que es más probable que las mujeres padezcan de la enfermedad (Dolin 1998, citado en Hartigan et al., 2002).

Dada la naturaleza desigual de las relaciones de género, un enfoque relacionado con el género a menudo tiende a descubrir la inequidad en

⁶ Hanson (2002) trata otros sesgos de género en la metodología de AVAD.

salud que afecta particularmente a las mujeres. Pero el género también puede intervenir en detrimento de los hombres en materia de salud, según veremos en la próxima sección.

VULNERABILIDADES RELATIVAS Y LA PARADOJA DEL GÉNERO EN SALUD

En todo el mundo, el riesgo de muerte prematura entre la gente de 15 a 59 años de edad es más alto para los hombres no pobres que para las mujeres no pobres (WHO 1999).⁷ Esto ha conducido a que algunos aduzcan que son los hombres, no las mujeres, quienes tienen una salud más vulnerable. Sin embargo, el modelo de riesgo más alto de mortalidad no se refleja entre los pobres, donde el panorama está más mezclado entre los países. En algunos de ellos (la India, Sudáfrica) los hombres pobres de este grupo de edad parecen encontrarse en mayor peligro de morir prematuramente que las mujeres pobres. En otros (Egipto, Nicaragua, el Níger), casi no hay diferencias de género entre los pobres, mientras que en otros (China, Polonia, la República Checa y Sri Lanka) las mujeres pobres están peor que los hombres pobres. Según el *Informe sobre la Salud en el Mundo 1999*, los países donde las mujeres pobres tienen peor salud que los hombres pobres también tienen el menor número de personas que viven en condiciones de pobreza absoluta (Polonia 7%, la República Checa 3% y Sri Lanka 4%) y tienen una esperanza de vida global más alta comparada con otros países. Estos resultados indican claramente la necesidad de investigar más acerca de los vínculos entre la pobreza y la equidad de género en materia de salud.⁸

El contexto social influye en los peores resultados de salud de los hombres más pobres donde ellos se presentan como resultado de cier-

⁷ Esto obviamente no se cumple para ciertos indicadores como violencia doméstica o salud mental. Los puntos planteados en este trabajo sobre los silencios relacionados con el género también deben tenerse presentes.

⁸ Los datos del *Informe sobre la Salud en el Mundo 1999* en los que se basan estas conclusiones presentan algunas anomalías. Por ejemplo, se dice que la probabilidad de morir de los pobres de Sri Lanka es más alta en términos absolutos en comparación con la población pobre de la India, tanto mujeres como hombres. ¿Por qué tendrían las personas pobres de Sri Lanka de 15 a 59 años de edad probabilidades más altas de morir

tos ambientes y comportamientos que son más comunes entre los hombres que entre las mujeres (como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la violencia y la exposición a riesgos excesivos en el tráfico o los deportes). Estas influencias sociales sobre la mortalidad y la morbilidad de los hombres muestran marcados factores determinantes de clase socioeconómica. De los 15 a los 24 años de edad, los holandeses de clase socioeconómica baja tenían tres veces más probabilidades de recibir un diagnóstico de traumatismo que los hombres de la misma edad de un nivel socioeconómico más alto (Gijsbers van Wijk et al., 1995). Los pobres de origen africano en los Estados Unidos de América tienen curvas de supervivencia más bajas que los hombres en Bangladesh (Polych y Sabo, 1995).

Un ejemplo igualmente notable es el de la esperanza de vida de los hombres en Rusia. Entre 1989 y 1994, la esperanza de vida al nacer disminuyó en 6,5 años para los hombres y en 3,5 años para las mujeres debido a un aumento sorprendente en la mortalidad de adultos. Como resultado, en 1994 las mujeres en Rusia tenían una esperanza de vida 13,5 años más alta que los hombres (Shkolnikov, 1997). Muchos hombres tratan de hacer frente al estrés mediante comportamientos que deterioran la salud, por ejemplo, beber en exceso, y que tienen efectos sobre los accidentes y las enfermedades cardiovasculares, así como sobre los delitos (Walberg et al., 1998).

Una parte sustancial de esta brecha de género refleja las presiones extraordinarias que ejerce una sociedad en proceso de cambio acelerado, en particular sobre los desfavorecidos. Hay investigaciones que detallan que las diferencias socioeconómicas en la mortalidad en Moscú, eran mayores en las mujeres que en los hombres. En consecuencia, aunque las tasas de mortalidad han permanecido más bajas para las mujeres que para los hombres, las mujeres de estratos sociales más bajos su-

que sus contrapartes de la India? No hay ninguna razón evidente para esto, en particular debido a que la esperanza de vida global de hombres y mujeres, y los niveles de pobreza absoluta son mejores en Sri Lanka. Esto podría indicar la intervención de un tercer factor subyacente (¿enfermedad a largo plazo?), que podría ser la causa tanto de la pobreza como del riesgo más alto de morir. Se trata simplemente de una hipótesis, pero si interviene la enfermedad a largo plazo, ello no solo explicaría la aparente anomalía entre los datos de Sri Lanka y los de la India, sino que también significaría que una mujer que padece de tal enfermedad prolongada tiene una gran probabilidad de ser pobre y de morir más pronto, por lo menos en alguno de los países donde la esperanza de vida global es bastante alta. Es evidente que hace falta investigar más en este sentido.

frieron desproporcionadamente (Chenet, 2000). Hay que investigar más para explicar cómo los hombres y las mujeres de diferentes clases reaccionan en forma heterogénea a los cambios dinámicos en la sociedad.

De acuerdo con un programa de este tipo, un estudio que compara los resultados de salud relacionados con el género en Alemania oriental y occidental reveló que la salud de los hombres era mejor que la salud de la mujer en Alemania oriental (Lüschen et al., 1997). Los autores formularon la hipótesis de que a pesar de la inseguridad laboral y las situaciones difíciles de trabajo, los hombres de Alemania oriental tal vez podían vivir la unificación positivamente en términos sociopolíticos y percibir que tenían mejor posición social que las mujeres de Alemania oriental.⁹ Obviamente hace falta investigar más para determinar esas tendencias.

Yendo más allá de la mortalidad, se ha asignado mucha atención a la paradoja de género en salud en los Estados Unidos y en Europa occidental. Esto se refiere a los fenómenos generales de las mujeres que están más enfermas pero que viven más que los hombres. Las mujeres informan que padecen más síntomas físicos y psicológicos, más enfermedades crónicas y discapacidad, utilizan más medicamentos y visitan a los médicos más a menudo. En contraste, los hombres sufren más de enfermedades potencialmente mortales que causan más discapacidad permanente y muerte más prematura (Verbrugge, 1976, 1989; Nathanson, 1987). Cabría argumentar que, si bien las tasas más altas de mortalidad masculina tienden a captar la imaginación del público, la carga más grande de morbilidad femenina es menos espectacular y, en consecuencia, llama menos la atención del público (Verbrugge, 1985). Para decirlo de forma más cruda, los hombres mueren de sus enfermedades mientras que las mujeres tienen que vivir con las suyas (Thorslund et al., 1993).

La sabiduría convencional atribuye la morbilidad más alta de las mujeres a sus necesidades de salud reproductiva. Sin duda, esto es válido para ciertos países situados fuera de América del Norte y Europa occidental. En los países de ingreso bajo, los problemas de salud reproductiva pueden desempeñar un rol más importante para explicar las diferencias de género en la salud (Cottingham y Myntti, 2002) y es posible

⁹ Más sorprendente aún fue que los hombres de Alemania oriental tuvieron mejores resultados que los de Alemania occidental.

que las mujeres tengan menos acceso que los hombres a los servicios de atención de salud de los países en desarrollo (Vlassoff, 1994; Puentes Markides, 1992; Thaddeus y Maine, 1994). Sin embargo, un estudio efectuado en Holanda reveló que 60% de los problemas de salud de la mujer no son causados por la morbilidad relacionada con la reproducción (Gijsbers van Wijk et al. 1996). Aunque los problemas de salud relacionados con la reproducción representan parte del exceso de morbilidad femenina, las mujeres que no notifican tales problemas informan de todos modos que tienen una peor salud que la de los hombres (Popay et al., 1993).

También se ha formulado la hipótesis de que la mayor morbilidad mental y física de las mujeres podría provenir de su mayor sensibilidad a las señales del cuerpo y la aceptación social de que una mujer pueda estar enferma. Se ha sugerido que las mujeres hacen referencia a síntomas más vagos, que los doctores tienden a etiquetar como psiquiátricos porque no pueden diagnosticar las enfermedades sin una base biológica. Sin embargo, en un estudio se halló que los informes médicos de mujeres que acudieron a las consultas de atención primaria de salud mostraban que menos de 20% de los problemas de salud de la mujer se debían a síntomas sin la presencia de enfermedades diagnosticables. Más aún, el estudio encontró pocas diferencias relacionadas con el sexo dentro de esta categoría, lo que sugiere que las mujeres no tienen umbrales más bajos para percibir y notificar síntomas (Gijsbers van Wijk et al., 1995). Otros autores hallaron que las mujeres notificaban más “síntomas de estructura enferma” que los hombres y que los exámenes clínicos permitieron determinar que esa prevalencia excesiva era real y no un artificio de la notificación (Stenberg y Wall, 1995).

Aunque las mujeres utilizan más medicamentos y servicios de salud que los hombres, una gran parte de ello puede atribuirse a que las mujeres utilizan los servicios de salud preventivos para los anticonceptivos, el tamizaje cervicouterino y otras pruebas de diagnóstico (Gijsbers van Wijk et al., 1995). Tal es así que un investigador formuló la hipótesis de que esto contribuye a una mayor morbilidad crónica de las mujeres porque la búsqueda de atención preventiva disminuye la gravedad de sus problemas de salud. Las tasas de mortalidad decrecientes registradas desde fines de los años sesenta unidas al diagnóstico médico temprano de la enfermedad crónica ha conducido a que las personas enfermas vivan más tiempo. Como resultado, el manejo continuo de los problemas de

salud en lugar de su curación se ha convertido en la realidad de muchos adultos mayores. Teniendo en consideración que la mayoría de los adultos mayores son mujeres, estas tendencias son especialmente importantes para ellas (Verbrugge 1985). Las investigaciones iniciales que comparan los resultados de salud de los adultos mayores en un espectro de países en desarrollo e industrializados parecen probar un exceso de morbilidad femenina. El grado y el patrón específico de este exceso de morbilidad varía por país, incluso después de ajustar las cifras para tener en cuenta la selección de mortalidad diferencial por edad aún después de controlar la mayor longevidad de las mujeres (Rahman et al., 1994).

Algunos investigadores se muestran escépticos acerca de la uniformidad de la paradoja de género en salud. Aunque encuentran un patrón general de morbilidad femenina más alta, observan la ausencia de un exceso previsto de morbilidad de mujeres en casos particulares (Kandrack et al., 1991). Un estudio de diferentes países escandinavos no descubrió ningún modelo universal en las diferencias de salud por razón de género. En cambio, se encontró que la morbilidad femenina excesiva variaba según el contexto cultural (Haavio-Manila, 1986). Otros investigadores destacan la complejidad y la sutileza del modelo de las diferencias de género. “La dirección y la magnitud de las diferencias de sexo en materia de salud varían según el síntoma o la enfermedad de que se trate y según la fase del ciclo de vida. El exceso de morbilidad en las mujeres solo se encuentra sistemáticamente a lo largo de toda la vida con respecto al sufrimiento psicológico y es mucho menos evidente o revertido para ciertos síntomas físicos y afecciones” (Macintyre et al., 1996).

“Aunque las tasas de morbilidad y mortalidad y los modelos de utilización de los servicios de salud parecen estar interrelacionados, es sumamente difícil establecer la conexión causal entre estos factores” (Kandrack et al., 1991). Más aún, las conclusiones que pueden sacarse a menudo dependen mucho del tipo de medida de salud aplicada (Arber, 1997). Tales pruebas y las preguntas que suscitan recalcan el cuidado que debe tenerse con las generalizaciones acerca de las diferencias de género en materia de salud y la importancia de encontrar las causas subyacentes que las explican.

La discusión de esta sección indica que la así denominada paradoja de género puede ser un fenómeno más complejo de lo que suele suponerse. Las cifras más altas de mortalidad de los hombres no son universales, sino que dependen de la pobreza de maneras que todavía no se

comprenden bien en algunos países. Las cifras más altas de morbilidad de las mujeres puede que tampoco tengan explicaciones uniformes o universales en todas las sociedades y entre ellas. Ambos fenómenos necesitan un examen más cuidadoso. En particular, tanto la vulnerabilidad femenina como la masculina deben ser contextualizadas si queremos comprender mejor cuáles entornos sociales demuestran ser nocivos para su salud.

INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Lo abordado en la sección anterior indica cuán poco comprendemos todavía acerca de las diferencias de género, incluso en agregados tan amplios como la mortalidad y la morbilidad. El posible rol de la investigación en salud para colmar estos vacíos y ampliar nuestras explicaciones de las diferencias observadas en los diversos subcampos de la salud, es fundamental para contar con políticas y programas eficaces.

Datos

Aunque uno pueda tender a pensar de inmediato en vínculos complejos entre las ciencias biomédicas y sociales, la ausencia del análisis de género todavía se siente en formas sencillas y, lamentablemente, bastante difundidas. Esto incluye el hecho de que los datos de salud (en proyectos de investigación individuales, a nivel nacional y regional) todavía no se desagregan sistemáticamente por sexo. Lo más triste es que los gerentes de datos y sistemas no están sensibilizados debidamente con respecto a la necesidad de un desglose por sexo, aunque sea básico, y menos aún a la presentación de datos que permita la tabulación múltiple y la clasificación entre el sexo y los estratificadores sociales como clase socioeconómica, raza o casta. Sin datos apropiadamente desagregados por sexo, es difícil hasta empezar un análisis de género. Sin embargo, la recopilación de esos datos en proyectos individuales de investigación o por medio de sistemas de datos más extensos tiene un costo. Aquí es donde interviene el tema de los valores, la voluntad política y la movilización.

Un problema más difícil con relación a los datos es el asunto de su fiabilidad, tanto cuando se recopilan en el hogar o la comunidad, o por

medio de los registros de los proveedores de servicio de salud. En las sociedades donde sistemáticamente hay sesgos de género en relación con el comportamiento de búsqueda de servicios de salud o donde predominan las normas sociales de que las mujeres deben “sufrir en silencio”, se sabe que los datos de morbilidad se subestiman, ya sea que los notifiquen las personas mismas o se recaben en los registros de los proveedores de servicios. Esto constituye un reto especial en el caso de los problemas de salud relacionados con niveles altos de estigma social: la violencia contra la mujer, el aborto, la fístula vesicovaginal (García Moreno, 2002; Cottingham y Myntti, 2002; Bangser, 2002).

Las normas sociales influyen en la calidad de datos tanto para los hombres como para las mujeres. Aunque los hombres tienen tasas más altas de trastornos relacionados con el abuso de sustancias y las mujeres tasas más altas en el caso de la mayoría de los trastornos afectivos, los sesgos en las normas sociales exageran estas diferencias ya que los hombres son más renuentes a cargar con una etiqueta psiquiátrica, mientras que las mujeres son más renuentes a que se les adjudique una etiqueta de bebedoras (Allen et al., 1998, citado en Astbury, 2002). Estos problemas con los datos necesitan urgentemente de nuestra atención porque significan que nuestro análisis de las diferencias mujer-hombre en salud se ve obstaculizado seriamente, incluso cuando tengamos motivos para creer que pueden ser significativos.

Metodologías sensibles al género

Las metodologías convencionales de investigación en salud han tenido que encarar la dificultad de responder a las preguntas de la equidad en la salud en general. Además, diversos sesgos les impiden explorar plenamente el género y las desigualdades de salud en particular (Breen, 2002; Hanson, 2002). Se recomienda una interpretación cautelosa de las estadísticas y las variables estándar utilizadas en la investigación en salud. Según lo expresa Macintyre (1986): “Ninguna de las posiciones sociales de interés, ni las variables utilizadas para representarlas, están libres de problemas o son evidentes por sí solas en su significado, medición o importancia”.

Por ejemplo, en Tailandia se hallaron discrepancias en las diferencias de género con respecto a la prevalencia de la malaria según los diferentes diseños de estudio utilizados. Los datos derivados de los consulto-

rios indicaron una razón mujer:hombre de 6:1, pero los dispensarios móviles encontraron una razón de 4:1. Considerando que las mujeres utilizan más las farmacias y los curanderos tradicionales, esta estadística probablemente se estrecharía aún más si se efectuara una encuesta basada en todos los proveedores o si se realizara una encuesta de población (Ettling et al., 1989, citado en Hanson, 2002). Otro ejemplo se presenta a propósito de algunos cálculos de la carga mundial de morbilidad en los que la clasificación de las diferentes fuentes de morbilidad femenina llevada a cabo por “expertos” se contradijo considerablemente con la clasificación suministrada por las mujeres en la comunidad (Sadana, 1998, citado en Hanson, 2002).

Aparte de cuestionar las metodologías que pueden tener un sesgo de género, el investigador también debe ser cuidadoso acerca de cómo se definen y miden las variables. El hecho de que las mujeres desempeñan muchos roles condujo a estudiar el efecto sobre la salud de desempeñar tantos roles. La investigación posterior ha encontrado que la calidad del rol es una variable más útil para predecir las diferencias de salud entre las mujeres y los hombres (Dennerstein, 1995). Sin embargo, debido a que es más fácil medir el número de roles y no su calidad, la investigación en salud tiende a referirse al desempeño de los roles con mayor frecuencia que a la calidad del rol (Hibbard y Pope, 1993). No obstante, Annandale y Hunt (2002) llegaron a la conclusión de que la investigación tradicional ha pasado de asignar mucha importancia a los roles sociales como propiedades de los individuos, a la investigación de transición que recalca el significado de los roles para la vida de la gente, y a las perspectivas emergentes que ubican los roles en un marco estructural que permite a los investigadores examinar las relaciones entre los roles de género.

De manera análoga, ha habido muchos debates acerca del efecto de diferentes métodos para medir la clase social de las mujeres, principalmente porque los investigadores están empezando a cuestionar la validez de suponer que el nivel de ingreso del esposo pueda sustituir la clase social de su esposa (Arber, 1997). Debido a que la mayoría de los sistemas de clasificación ocupacional se formularon para los hombres, ellos no distinguen bien entre los trabajos de las mujeres. En Suecia, una gran proporción de los trabajos de oficina, donde la fuerza laboral es predominantemente femenina, solo se clasifican con tres códigos ocupacionales. El trabajo secretarial sumamente calificado, general y especiali-

zado se encuentra bajo el mismo código ocupacional que las tareas generales de oficina y la mecanografía corriente. Por ende, al utilizar esos limitados códigos ocupacionales como indicadores de la posición social, existe el riesgo de que los estudios de las desigualdades socioeconómicas en salud puedan subestimar las desigualdades entre las mujeres. Este sesgo quizá esté contribuyendo al modelo general de los gradientes socioeconómicos más débiles en la mortalidad y la morbilidad de las mujeres en comparación con los de los hombres (Östlin, 1998).

Además, las variables tradicionales que miden la raza, el ingreso y el género tal vez no sean lo suficientemente refinadas como para revelar todos los mecanismos de discriminación social en la salud (Krieger y Fee, 1994). El modo en que la gente responde a la discriminación puede afectar su salud. Era menos probable que las mujeres negras que respondieron activamente al tratamiento injusto notificaran hipertensión arterial en comparación con las mujeres que internalizaron sus respuestas. Resulta interesante señalar que las mujeres negras que no notificaron ninguna experiencia de discriminación racial estaban expuestas a un riesgo más alto de hipertensión (Krieger, 1990). Estudios similares están empezando a analizar los efectos que tienen la discriminación racial y la de los homosexuales sobre la salud (Krieger y Sidney, 1997).

Claramente, lo que se necesita es una medición más compleja de los riesgos para la salud asociados con los ambientes materiales, sociales y psicológicos en los que vive la gente. Tenemos que preguntarnos por qué la experiencia de vivir con un ingreso bajo, por ejemplo, o de haber estado casado anteriormente, o de tener un empleo de tiempo completo tendría un significado diferente para las mujeres que para los hombres y de qué maneras estas experiencias podrían explicar las diferencias de género en los resultados de salud (Popay et al., 1993).

La respuesta quizás no resida solo en contar con mejores métodos cuantitativos, variables y modelos. Los resultados de la investigación cualitativa que vinculan el poco sentido de control de las mujeres, su frustración social y la pobreza con sus resultados más pobres de salud mental ofrecen hipótesis sumamente sugestivas (Pearson, 1995; Walters y Charles, 1997; Astbury, 2002). De igual manera, la investigación cualitativa sobre las presiones a las que están expuestas las jóvenes para que comiencen a fumar y las que impiden que las mujeres adultas dejen de fumar apunta hacia esferas nuevas y prometedoras de investigación e intervención (Royce et al., 1997; Michell y Amos, 1997).

Estos ejemplos muestran las limitaciones y los sesgos de las variables y los métodos actuales, y la necesidad de proceder con cautela. Esto es particularmente cierto cuando se intenta evaluar la influencia del género en la salud. Al formular preguntas e hipótesis de investigación, es sin duda más fácil avanzar en las esferas donde la biología de la reproducción tiene pocas probabilidades de desempeñar una función. Sin embargo, donde sí desempeña una función, una norma sencilla pero útil es que el investigador *no* suponga que la biología reproductiva da cuenta de todas o la mayor parte de las diferencias entre las mujeres y los hombres. Se debe suponer que las diferencias relacionadas con el género en el acceso a los recursos económicos, el poder social y las normas de comportamiento funcionan, a menos que se demuestre lo contrario. Como ya se indicara, las rutas pueden ser complejas e interactivas, pero sin duda se pueden investigar sistemáticamente. Esto quizá exija una gama de métodos, tanto cuantitativos como cualitativos, así como más investigación interdisciplinaria y multidisciplinaria, que abarque las ciencias biológicas y las sociales.

Sesgo en la investigación clínica y de medicamentos

La investigación médica y las pruebas clínicas para los medicamentos nuevos han sido muy criticadas durante el último decenio por su falta general de una perspectiva de género (Mastroianni et al., 1994). Los problemas de salud que afectan de manera particular o predominante a las mujeres han recibido menos atención y fondos que la investigación sobre los problemas de salud que predominan principalmente entre los hombres. La falta de investigación es obvia en las esferas del ciclo menstrual y las enfermedades crónicas no mortales que afectan desproporcionadamente a las mujeres, como el reumatismo, el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia (Doyal, 1995; Goldman y Hatch, 2000). La única excepción a esta tendencia general está en el ámbito de la investigación anticonceptiva, que históricamente descuidó los métodos para los hombres.

En el campo de la seguridad en la salud ocupacional y ambiental, las mujeres no suelen estar incluidas en los estudios toxicológicos. Cuando se las considera, han resultado dos extremos polares. O bien su especificidad biológica no se observa en absoluto, o solamente se asigna importancia a su potencial para la reproducción (Silbergeld, 2000). Por

ejemplo, los reglamentos contra el plomo solo ofrecen protección a las mujeres de edad fecunda (Hansson, 1998). Esto pasa por alto los riesgos para la salud de todas las otras mujeres, así como los riesgos para la salud (reproductiva o de otro tipo) de los hombres. Debe prestarse mayor atención a las consecuencias de las diferencias biológicas no reproductivas entre mujeres y hombres. Las pruebas muestran que las mujeres tienen una proporción mayor del tejido adiposo, que aumenta el riesgo de los productos químicos solubles en grasa, así como la piel más delgada y un metabolismo más lento, que causan tasas diferenciales de absorción, metabolismo y excreción de productos químicos (Östlin, 2002; Sims y Butter, 2002).

Un problema aún más grave con respecto a los ensayos médicos y sobre medicamentos es la exclusión de los sujetos femeninos. La razón de esa omisión es que el ciclo menstrual introduce una variable potencial de confusión. Algunos otros motivos para excluir a las mujeres de edad fecunda son los temores de que los tratamientos experimentales o los medicamentos puedan afectar su fecundidad o exponer al feto a riesgos desconocidos.

Las Normas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica con Sujetos Humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) abordaban este tema ya desde 1993.

Las mujeres premenopáusicas también se han excluido de la participación en muchas actividades de investigación, entre ellas de los estudios no clínicos que no implican la administración de medicamentos o vacunas, en caso de que los cambios fisiológicos asociados con diversas fases del ciclo menstrual podrían complicar la interpretación de los datos de investigación. En consecuencia, se conocen mucho menos los procesos fisiológicos normales de las mujeres que los de los hombres. Esto también es injusto porque priva a las mujeres, como clase de personas, de los beneficios de ese conocimiento (CIOMS, 1993).

Hasta aquí todo está bien. Pero esas normas no pasan a formular una recomendación en cuanto a lo que debe hacerse para corregir este problema.¹⁰

¹⁰ Estas normas se están analizando cuidadosamente para determinar su contenido de género, y cabe esperar que el problema se corregirá.

Las consecuencias de interpretar los resultados de investigación basados en estudios de modelos masculinos y sin pruebas convincentes de su aplicabilidad a las mujeres, siguen siendo perjudiciales para ellas (Hammarström et al., 2001). Las pruebas muestran que la tecnología para los diagnósticos, el tratamiento de las enfermedades y los programas de rehabilitación no se adaptan a las características y las necesidades específicas de las mujeres en general y, mucho menos, a las mujeres en diversas circunstancias socioeconómicas o antecedentes culturales. El Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (DSM III) definió los criterios para diagnosticar la esquizofrenia basándose en los síntomas masculinos, aunque los síntomas aparecen antes en los hombres que en las mujeres. La aplicación de estos criterios a los datos de la OMS condujo a la exclusión de 5% de los hombres y 12% de las mujeres que en realidad tenían esquizofrenia (Hambrecht et al., 1992, citado en Astbury, 2002).

La investigación sobre las diferencias entre los géneros en la epidemiología cardiovascular revela las graves consecuencias de aplicar las técnicas de diagnóstico y los tratamientos “basados en hombres” en pacientes mujeres (Gijsbers van Wijk et al., 1996). Los síntomas del ataque cardíaco difieren mucho entre los hombres y las mujeres. Sin embargo, los libros médicos de texto rara vez destacan las diferencias entre los géneros que son obvias con respecto a la sintomatología del ataque cardíaco. Por consiguiente, no resulta sorprendente que haya indicios de que, para los pacientes que llegan a las salas de emergencia, el procedimiento de diagnóstico para las mujeres tarda más que para los hombres. Esto ocurre principalmente porque los doctores están más familiarizados con la sintomatología del modelo masculino y no reconocen de inmediato los síntomas difusos de ataque cardíaco que puedan tener las mujeres. Dos estudios de Green y Raffin (1993) y Heston y Lewis (1992) revelaron que las mujeres en los Estados Unidos tienen que esperar más tiempo por un electrocardiograma inicial y que ello retrasa el procedimiento de diagnóstico.

Claramente queda mucho por hacer para eliminar el sesgo de género, intencional o no, de la investigación en salud. Mientras se mantenga la situación actual en la que las mujeres, en general, y los investigadores de salud y encargados de adoptar las decisiones favorables a la mujer, en particular, sean la minoría y tengan menos poder en las profesiones de

salud, deberán tomarse otras medidas de salvaguardia para lograr que se tenga en cuenta la equidad de género. Los investigadores tienen que establecer mecanismos de salvaguardia para proteger a los sujetos de investigación. Esto debe hacerse no solo en el momento de interpretar y entender los resultados de la investigación, sino en la fase inicial del diseño del estudio, al configurar y refinar sus preguntas e hipótesis. Si esto se hubiera hecho en los estudios de aceptación de los dispositivos intrauterinos en poblaciones pobres, por ejemplo, quizás la alta prevalencia de las infecciones de los órganos genitales hubiera podido detectarse antes.

POLÍTICAS DEL SISTEMA DE SALUD

El avance de las políticas del sistema de salud para lograr una mayor equidad de género pueden verse desde dos ángulos: 1) la formulación de un marco de derechos humanos para las políticas, los programas y los servicios basado en la equidad de género, y 2) la creación de un ambiente institucional propicio. Aquí extraemos elementos clave de las secciones anteriores para proponer algunas normas para las políticas.

Estos elementos son:

- La importancia de separar los factores determinantes biológicos de los factores determinantes sociales de la desigualdad de género;
- El reconocimiento de que el sesgo de género y la inequidad existen y funcionan a lo largo de muchas dimensiones como los servicios, la investigación y las políticas mismas; en diferentes subcampos como los de salud ocupacional, ambiental, reproductiva y mental, y en diferentes niveles, en el hogar, la comunidad, los proveedores y los sistemas de salud;
- La necesidad de abordar las consecuencias transversales de la inequidad de género con otros estratificadores sociales como clase, raza o casta.

Formulación de un marco de derechos humanos

Un marco de derechos humanos para lograr políticas equitativas de género se fundamenta en tres pilares: el reconocimiento de la necesidad de contrarrestar el sesgo en muchos niveles y a lo largo de diferentes di-

mensiones, tanto en la política de salud en general como en los diferentes subcampos; el reconocimiento de las necesidades diferenciadas por género y las limitaciones y barreras relacionadas con la salud para las mujeres y los hombres, y el compromiso de proteger y promover los derechos a la salud para todos. La formulación de tal marco de derechos humanos requiere cuatro conjuntos de acciones de política:

1. Asegurar recursos y financiamiento suficientes para la salud pública a fin de promover la equidad en la salud en general y, más concretamente, la equidad de género en materia de salud.
2. Crear nuevos conocimientos para promover la equidad de género mediante la investigación en las ciencias biomédicas y sociales.
3. Crear incentivos y estructuras para reducir al mínimo el sesgo de género (y el sesgo relacionado con clase, raza, o casta) en los programas y servicios de salud.
4. Promover un enfoque intersectorial de la salud que reconozca las influencias en la equidad en salud ubicadas fuera del sector de atención de la salud.

Asegurar financiamiento y recursos suficientes

A pesar de reconocer las considerables reducciones en los servicios de salud y sus efectos adversos, como resultado de los recortes en el gasto público que emanan de los programas macroeconómicos de ajuste estructural (Bangser, 2002), poco se ha hecho en realidad para mejorar la situación, inclusive en los países más pobres. Las mujeres y las niñas, entre los más socialmente vulnerables, tienden a sufrir más en tales circunstancias a menos que se tomen medidas importantes para reducir al mínimo esos efectos negativos (Whiteford, 1993; Sen et al., 2002).

Entre lo efectos directos, se cuentan el menor acceso a los servicios de salud y las demoras en el comportamiento de búsqueda de la salud, que conducen a peores resultados de salud (Stewart, 1992; Kutzin, 1995). Esto puede afectar desproporcionadamente a las mujeres porque ellas necesitan más servicios preventivos de atención de salud reproductiva (Gijsbers van Wijk et al., 1995; Hanson, 2002). Las mujeres constituyen la mayoría, tanto de los trabajadores de salud en el nivel formal inferior, como de las personas que se ocupan de trabajos domésti-

cos informales. Como resultado, los cortes en los sectores sociales y de salud pueden también conducir a niveles más altos de desempleo entre las trabajadoras de salud, así como a aumentos de la carga de trabajo derivada de la atención informal que realizan las mujeres en el hogar (Standing , 2002).

A nivel nacional, ha habido algunos intentos por superar las barreras de costo y capacidad de pago en los servicios de salud para las mujeres. Por ejemplo, tanto en Sudáfrica como en Sri Lanka se prestan servicios gratuitos de salud materna e infantil. Las estructuras de tarifa fija que cubren no solo la atención prenatal regular y la atención postnatal sino también la atención obstétrica, inclusive las complicaciones, puede ser una forma de asegurar que las barreras de costo no impidan que las familias traigan a las mujeres a esos servicios, especialmente durante las emergencias obstétricas (WHO, 1998c). Cuando se establecen los esquemas de seguro de salud, deberá tenerse cuidado en asegurar que las mujeres pobres estén adecuadamente cubiertas (Carrin y Politi, 1997). Estos esquemas no solo deben abarcar las necesidades de salud reproductiva y la licencia por maternidad, sino evitar discriminar a las mujeres por dejar la fuerza laboral para cuidar a sus hijos.

En un nivel más amplio, el problema de contar con financiamiento suficiente para la investigación privada en campos que se consideran como intrínsecamente menos lucrativos (enfermedades infecciosas) o más arriesgados (investigación anticonceptiva), sigue siendo agudo (Fathalla, 1994). En estas circunstancias puede no haber otra opción para promover tal investigación que la de recurrir a los fondos públicos. Una manera de mejorar el financiamiento público para la investigación en salud es mediante el cada vez más discutido impuesto a las transacciones monetarias mundiales¹¹ que podría aumentar los recursos para mejorar los servicios de salud y la investigación en esferas descuidadas como la equidad de género.

¹¹ El denominado impuesto de Tobin a las transacciones en divisas se considera cada vez más como una forma posible de asegurar mayor financiamiento mundial para los sectores sociales durante una época en que sigue disminuyendo la ayuda económica externa neta oficial para el desarrollo. Los acuerdos logrados durante el examen quinquenal de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague + 5) abrieron la puerta a una investigación completa sobre la factibilidad y las consecuencias de dichos impuestos; también ha habido discusiones en los parlamentos británico, canadiense y belga (War on Want, 2000).

Crear conocimiento y promover la toma de conciencia

El apoyo a la generación de nuevos conocimientos, tanto biomédicos como sociales, es crucial, según ya hemos enunciado. Aunque la promoción de la toma de conciencia entre los profesionales de la salud con respecto a la inequidad de género está en aumento, todavía es fragmentaria y queda mucho por hacer. Es esencial desenmarañar los numerosos factores determinantes e interactivos en juego, abordar las necesidades de salud especiales de las mujeres que se han atendido mal hasta la fecha, y especificar los factores determinantes amplios de las políticas favorables a la mujer y sensibles al género. También debemos especificar las necesidades de los programas y los servicios con más detalle. En algunas esferas, según se indica en la subsección anterior sobre las vías causales interactivas, el problema más amplio se ha conocido desde hace mucho tiempo, pero pocos programas han intentado abordarlo realmente a pesar de todo. A veces, al menos este descuido se debe a la ausencia de investigaciones operativas para estudiar lo que en realidad funciona o no en el terreno.

Esta transferencia de políticas amplias y recomendaciones a nivel de programa en términos de normas prácticas para los servicios de salud es fundamental, según muestra la transición intentada en el programa de planificación de la familia en la India hacia un enfoque amplio centrado en la salud reproductiva y del niño. Si bien ha habido considerable acuerdo acerca de las orientaciones amplias de este enfoque más sensible al género, la fundamentación de la nueva política, la evaluación de las necesidades de la comunidad, fue algo que los proveedores de servicios públicos conocían muy poco. A falta de investigaciones operativas eficaces en esta esfera, se ha retrasado la ejecución efectiva del programa de salud reproductiva e infantil (Sen et al., 1999).

La creación de conocimiento mediante la investigación no puede por sí misma influir en los sesgos profundamente arraigados, a menos que esté apoyada en la educación y la transformación eficaz de valores y normas. Debido al hecho de que los sesgos de género actúan en niveles múltiples, desde los hogares y las comunidades hasta los proveedores y quienes formulan políticas, tal transformación tiene que ocurrir en todos estos niveles. Quienes formulan políticas de alto nivel suelen estar dispuestos a reconocer la necesidad de sensibilizar al personal de servicio más joven, pero se muestran renuentes a aplicar esto a sí mismos. Cuando se trata de hogares y comunidades, muchos programas de educación sobre género se orientan a profundizar la toma de conciencia y el

conocimiento de las mujeres. Esto debe equilibrarse con programas eficaces para transformar los valores y el comportamiento de los hombres y los niños hacia el logro de mayor equidad de género como apoyo a una mejor salud para las niñas y las mujeres, y también para ellos mismos.

Contrarrestar los sesgos en los programas y servicios

La forma en que los profesionales de la atención de salud interpretan los síntomas y las percepciones de la enfermedad es importante para obtener diagnósticos adecuados y prestar el mejor tratamiento posible a los pacientes. Por consiguiente, es motivo de grave preocupación que siga existiendo el sesgo de género en las relaciones entre proveedor y paciente, tanto en los países de ingreso alto como bajo (Pittman y Hartigan, 1996). Además, la falta de personal médico femenino a veces constituye una barrera para que las mujeres utilicen los servicios de atención de salud. No obstante, los proveedores de servicios de salud, tanto mujeres como hombres, pueden tener prejuicios basados en el género en relación con su percepción de las preferencias del paciente, especialmente si el paciente es también pobre, viejo, negro, inmigrante o de una casta inferior.

Los estudios realizados principalmente en países de ingreso alto, como los Estados Unidos, los Países Bajos y Suecia, destacan las desigualdades de género en la utilización de ciertas tecnologías o tratamientos para la misma enfermedad. Las mujeres con cardiopatías tienen menores probabilidades que los hombres de que se les practique cirugía coronaria. Las mujeres tienen también menos probabilidad de recibir trasplantes de órganos, por ejemplo de riñón (Kutner y Brogan, 1990; Held et al., 1988). En el caso del cáncer de pulmón, se ha encontrado que las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de que se les hagan las pruebas citológicas del esputo (Wells y Feinstein, 1988). El diagnóstico y tratamiento demorados quizá constituyan una explicación importante de por qué las mujeres mueren más a menudo que los hombres cuando sufren su primer ataque cardíaco (además del hecho de que las pacientes son generalmente mayores que los hombres) (Lerner y Kannel, 1986).

Reducir al mínimo el sesgo de género en los programas y los servicios depende en parte de los enfoques sistemáticos para promover la toma de conciencia y la transformación de valores entre los proveedores

de servicios, pero también requiere otros pasos para mejorar el acceso, la capacidad de pago y la conveniencia. La sobreutilización de ciertos servicios, como las intervenciones ginecológicas, el monitoreo fetal o las intervenciones quirúrgicas innecesarias son características de los servicios de atención de salud en algunos países de ingreso alto (Gabe y Galman, 1989; Gijsbers van Wijk et al., 1996; Wajcman, 1994). Otro problema es que los médicos atribuyen con frecuencia las enfermedades de las mujeres a trastornos psiquiátricos y prescriben medicación inapropiada (WHO 1998a, Loring y Powell 1988). Las mujeres tienen mayores probabilidad de ser diagnosticadas con depresión que los hombres que presentan los mismos síntomas y también tienen más probabilidades de recibir medicamentos psicotrópicos que modifican los estados de ánimo (Stoppe et al., 1999; Simoni-Wastila, 2000, citado en Astbury, 2002). Tales problemas también están surgiendo en varios países de ingreso bajo debido a la prominencia cada vez mayor de servicios de salud privados no reglamentados (Pai, 2000). Esas situaciones deben corregirse mediante la reglamentación y supervisión más eficaz de los proveedores de atención de salud. La formulación de normas de “prácticas adecuadas” en este sentido podría hacer que las soluciones dependieran más del contexto específico y fuesen más eficaces.

Las estrategias de promoción de la salud también pueden ser inapropiadas. Algunas intervenciones de salud han considerado, estratégicamente, a las mujeres como proveedoras ideales y dispuestas a prestar atención de salud en su hogar. Sin embargo, en su entusiasmo han tendido a menudo a adoptar una perspectiva bastante instrumental de las mujeres, descuidando en el proceso las propias limitaciones sociales de las mujeres así como su salud. Un ejemplo es el de la terapia de rehidratación oral (TRO) que es indudablemente eficaz para el tratamiento de la diarrea infantil, pero que pasa por alto las limitaciones de tiempo bajo las cuales viven las mujeres (Leslie 1989, citado en Hartigan et al., 2002).

Cuando se prestan servicios para satisfacer las necesidades de las mujeres, estos suelen diseñarse desde una perspectiva masculina, por lo que no pueden responder a las expectativas o las preocupaciones específicas de las mujeres mismas. Como resultado, los servicios de salud para las mujeres tienden a centrarse en sus funciones reproductivas y descuidan todas las otras funciones (Paolisso y Leslie, 1995; Vlassoff, 1994). Hasta la calidad de la atención prestada puede dejar mucho que

desean. Varios estudios de comunidades rurales en África occidental (Prevention of the Maternal Mortality Network, 1992) y Chile (Vera, 1993; Matamala, 1998) muestran que las mujeres no siempre son tratadas con respeto por los proveedores de servicios de salud. En muchas sociedades, las mujeres se quejan de la falta de privacidad, confidencialidad e información acerca de las opciones y los servicios disponibles (Vlassoff, 1994). Los esfuerzos para mejorar la calidad de atención deben ir más allá de enfocarse en el comportamiento de los trabajadores de salud y prestar más atención a las limitaciones de gestión y de recursos bajo las cuales trabajan (Standing, 2002).

Los trabajadores de salud a menudo están mal pagados, trabajan demasiado y a veces sencillamente tienen demasiados prejuicios para dar información a las mujeres acerca de los efectos colaterales de los medicamentos o del tratamiento. No resulta sorprendente entonces que las mujeres a veces prefieran a los proveedores tradicionales (curanderos) porque estos se toman el tiempo de explicar la enfermedad y comunicarse de una manera comprensible y solidaria (Vlassoff, 1994). En Bangladesh, apenas 13% de las mujeres y los hombres pobres buscaron tratamiento de médicos acreditados (Bhuiya y Ansary, 1998). Al menos una razón podría ser su renuencia a confrontar a proveedores de atención de salud indiferentes.

Se ha demostrado que el apoyo a una cultura de diálogo entre investigadores y grupos de mujeres o sus representantes acerca de temas concretos, funciona. El programa de Reproducción Humana de la OMS (HPR) constituye un buen ejemplo para promover ese diálogo y, de ese modo, se ayuda a traer las voces y las inquietudes de las mujeres a la mesa de discusión de las políticas (WHO, 1991). Lo que se ha hecho con los investigadores también puede hacerse con proveedores de servicios y esto ayudará a que los programas y servicios tengan menos sesgos y sean también más pertinentes y eficaces al abordar necesidades reales. En diversos países de ingreso bajo se están aplicando modelos interesantes para promover el diálogo con una perspectiva de género entre los trabajadores de salud, y entre los trabajadores de salud y sus usuarios; por ejemplo, los Trabajadores de Salud para el Cambio (*Health Workers for Change*) y la metodología COPE (*Client Oriented, Provider-Efficient*) en varios países de ingreso bajo (Onyango Ouma et al., 2001; Ben Salem y Beattie, 1996).

Impulsar un enfoque intersectorial en la política de salud

Aunque todavía tienen que suceder muchas cosas para asegurar que los servicios no estén sesgados, la atención también necesita extenderse a sectores situados fuera del sector de la salud si se quiere lograr la equidad de género en la *salud*. Esto es de importancia fundamental ya que las familias pobres hacen concesiones considerables al determinar las estrategias de supervivencia, a menudo con consecuencias negativas para las mujeres y las niñas, y no permanecen dentro de los sectores del programa esbozados externamente. Los análisis de cómo las familias deciden sobre los gastos para la salud y otros servicios sociales podrían “ayudar a determinar las prioridades intersectoriales para lograr mejor estado de salud y conducir a una mejor comprensión de la dinámica intersectorial” (Elson y Evers 1998, citado en Bangser, 2002).

La programación intersectorial exitosa, según la describe Bangser (2002), debería promover ciertas alianzas entre sectores tradicionalmente paralelos. Los programas que reúnen la educación, la salud y el crédito pueden promover objetivos múltiples con efectos sinérgicos. El UNICEF, por ejemplo, informa que “cuando el microcrédito se vincula con el acceso a servicios sociales básicos y a mensajes clave de desarrollo social, mejora la salud y la nutrición de los hijos de los prestatarios, en particular de las niñas; aumenta la matriculación escolar, y se amplía el uso de agua potable y saneamiento”. Además, el microcrédito faculta a las mujeres a tomar decisiones económicas y convertirse en fuente de mayor ingreso para la familia (UNICEF, 1997, citado en Bangser, 2002).

Los programas intersectoriales más exitosos suelen ejecutarlos las ONG, como el Comité de Progreso Rural de Bangladesh (BRAC), la Asociación de Mujeres Trabajadoras por Cuenta Propia (SEWA) de la India y Mahila Samkya, también de la India. Hay menos ejemplos de tal conjunción de talentos a nivel de la formulación de políticas nacionales y aún menos con una perspectiva de género. Los enfoques sectoriales amplios (SWAP) representan una tendencia acelerada en el financiamiento de donantes en el sector de la salud, que probablemente podría avanzar hacia el financiamiento multisectorial. Sin embargo, como ya se ha mencionado antes y con la excepción de Evers y Kroon (2000), el análisis de género de tales esfuerzos es muy escaso (Standing, 2002).

No obstante, hay varias vías posibles para lograr el cambio. La responsabilidad multisectorial de crear salud sostenible ha sido reconocida por la Oficina Regional de la OMS para Europa (WHO, 1998b) al hacer hincapié en la solidaridad, la equidad y la sensibilidad en materia de género. Aparte de instar a los encargados de adoptar decisiones a reconocer los beneficios para sus sectores de invertir en salud, se exhorta a los Estados Miembros a establecer mecanismos para evaluar los efectos en la salud con el fin de asegurarse de que todos los sectores se tornen responsables ante las preocupaciones sanitarias.

Esto es especialmente crucial para los asuntos del género, la salud y el medio ambiente. Un marco que utilizan los países actualmente, ya sean de ingreso alto o bajo, para promover mejor salud en todos los niveles socioeconómicos y para integrar el ambiente, la salud y las inquietudes de desarrollo, es el enfoque de “entornos saludables”. Mejor definidos como movimientos sociales o procesos en lugar de proyectos concretos, las actividades emprendidas son elegidas por una amplia gama de interesados directos de los sectores público y privado. Es necesario concentrar más esfuerzos para asegurar la inclusión de la perspectiva de género dentro de tales movimientos (Sims y Butter, 2002).

Crear un ambiente institucional propicio para la equidad de género en materia de salud

Hay varias medidas que pueden adoptarse para crear y fortalecer el ambiente institucional con miras a lograr mayor equidad de género en materia de salud. Desde el decenio de 1980 existe una experiencia considerable con respecto a la creación de unidades especializadas de género en oposición a la integración del género en toda la organización o la institución. Mientras el peso de la sabiduría se inclina actualmente hacia este último enfoque, está claro que el género puede incorporarse en la institución hasta desaparecer a menos que se cuente con el apoyo de una unidad de género con personal superior y recursos suficientes (Jahan, 1995; Razavi y Miller, 1995). La integración del género tampoco sucede sencillamente por medio de intentos esporádicos de adiestramiento en materia de género, sino que necesita la formulación de normas (más allá de las listas de verificación), incentivos claros y elementos disuasivos, y auditorías.

Así como sucede en otros campos, un comité o panel asesor de género puede desempeñar una función valiosa siempre que se lo haya dotado de un mandato amplio y flexible, cuente con recursos adecuados y se vincule con carácter oficial con otros comités y paneles clave. El programa de Reproducción Humana de la OMS ha utilizado eficazmente su panel asesor sobre género de esta forma, pero algunas otras instituciones simplemente crean tales paneles y luego proceden a ignorarlos. La creación de tales cuerpos no es sinónimo de su eficacia, a menos que también se los faculte para tomar decisiones y que el terreno esté preparado para que la organización los tome en serio.

Las organizaciones grandes necesitan hacer esto no solo en diferentes subunidades, sino también en la organización en conjunto, para evitar los problemas gemelos de la falta de pertinencia y la fragmentación organizacional. Por encima de todo lo que sucede en las instituciones, las normas que se imponen ellas mismas y los ejemplos que dan a otros dependen del liderazgo y las estructuras eficaces de buen gobierno. Cuando no se mantienen los compromisos con la equidad de género, la experiencia indica que ello se debe generalmente a una combinación de liderazgo deficiente y de estructuras institucionales inadecuadas. A la inversa, un liderazgo sólido y el reconocimiento de la necesidad de crear incentivos y estructuras para proteger y promover la equidad de género pueden ser de suma importancia.

Referencias

- Allen, L.M., Nelson, C.J., Rouhbakhsh, P., Scifres, S.I., Greene, R.L., Kordinak, S.T., Davis, L.J. Jr., Morse, R.M. (1998) Gender differences in factor structure of the Self Administered Alcoholism Screening Test. *Journal of Clinical Psychology* 54(4):439–445.
- Anker, R. (1998) *Gender and jobs: Sex segregation of occupations in the world*. Geneva: International Labour Organization.
- Annanale, E., Hunt, K. (2000) Gender inequalities in health: Research at the crossroads. En: Annandale, E., Hunt, K., eds. *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press.
- Arber, S. (1997) Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Social Science and Medicine* 44(6):773–787.
- Astbury, J. (2002) Mental health: Gender bias, social position, and depression. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Baca Zinn, M., Thornton Dill, B. (1998) Theorizing difference from multiracial feminism. En: Balliet, B.J., McDaniel, P., eds. *Women, culture and society: A reader*. New York: Norton.
- Bangser, M. (2000) Reproductive health in Tanzania post-ICPD. En: Forman, S., Ghosh, R., eds. *Promoting reproductive health: Investing in health for development*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.
- Bangser, M. (2002) Policy environments: macroeconomics, programming, and participation. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Ben Salem, B., Beattie, K.J. (1996) *Facilitative supervision: A vital link in quality reproductive health service delivery*. New York: Engender Health. (AVSC Working Paper 10).
- Bhuiya, A., Ansary, S. (1998) Status of health and health equity in Bangladesh. Report prepared for the meeting Global Health Equity Initiative, Dhaka, December 11–17, 1998.
- Booth, B., Verma, M. (1992) Decreased access to medical care for girls in Punjab, India: The roles of age, religion and distance. *American Journal of Public Health* 82(8):1155–1157.
- Breen, N. (2002) Social discrimination and health: Gender, race and class in the United States. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Carrin, G., Politi, C. (1997) *Poverty and health: An overview of basic linkages and public policy measures*. World Health Organization Task Force on Health Economics. Geneva: WHO.
- Chenet, L. (2000) Gender and socioeconomic inequalities in mortality in Central and Eastern Europe. En: Annandale, E., Hunt, K., eds. *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press.
- CIOMS. (1993) *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences.
- Clarke, E.H. (1874) *Sex in education, or, a fair chance for the girls*. Boston: James R. Osgood and Company.
- Clatts, M.C. (1995) Disembodied acts: On the perverse use of sexual categories in the study of high risk behavior. En: Brummelhuis, H. ten, Herdt, G., eds. *Culture and sexual risk: Anthropological perspectives on AIDS*. Amsterdam: Overseas Publishers Association.
- Cottingham, J., Myntti, C. (2002) Reproductive health: conceptual mapping and evidence. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Das Gupta, M. (1987) Selective discrimination against female children in rural Punjab, India. *Population and Development Review* 13(1): 77–100.
- Dennerstein, L. (1995) Mental health, work and gender. *International Journal of Health Services* 25(3):503–509.
- Diwan, V.K., Thorson, A., Winkvist, A., eds. (1998) *Gender and tuberculosis: An international workshop. Report from an International Research Workshop at the Nordic School of Public Health. Göteborg, May 24–26, 1998*. Göteborg: Nordic School of Public Health.
- Dolin, P. (1998) Tuberculosis epidemiology from a gender perspective. En: Diwan, V.K., Thorson, A., Winkvist, A., eds. *Gender and tuberculosis: An international workshop. Report from an International Research Workshop at the Nordic School of Public Health. Göteborg, May 24–26, 1998*. Göteborg: Nordic School of Public Health.
- Doyal, L. (1995) *What makes women sick. Gender and the political economy of health*. London: Macmillan Press.
- Elson, D., Evers, B. (1998) *Sector programme support: The health sector. A gender aware analysis*. Manchester: University of Manchester, Genecon Unit.
- Ettling, M.B., Krongthong, T., Krachaklin, S., Bualombai, P. (1989) Evaluation of malaria clinics in Maesot, Thailand: Use of serology to assess coverage. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 83(3):325–330.
- Evers, B., Kroon, M. (2000) Integrating gender into sector wide programmes: The health sector in

- Bangladesh. (Confidential draft supplied by the authors).
- Farmer, P. (1996) Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases* 2(4):259–269.
- Farmer, P. (1997) On suffering and structural violence: A view from below. En: Klienman, A., Das, V., Lock, M., eds. *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Farr, W. (1839) *First Annual Report of the Registrar General*. [Letter to the Registrar General]. London: HMSO.
- Fathalla, F. (1994) Launching a second contraceptive technology revolution. En: Khanna, J., Van Look, P.F.A., Griffin, P.D., eds. *Challenges in reproductive health research. Biennial report 1992–1993*. Geneva: World Health Organization.
- Feldmeier, H., Poggensee, G., Krantz, I. (1993) A synoptic inventory of needs for research on women and tropical parasitic diseases. II. Gender-related biases in the diagnosis and morbidity assessment of schistosomiasis in women. *Acta Tropica* 55(3):139–169.
- Gabe, J., Calnan, M. (1989) The limits of medicine: Women's perception of medical technology. *Social Science and Medicine* 28(3):223–231.
- Garcia-Moreno, C. (2002) Violence against women: Consolidating a public health agenda. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Germain, A., Holmes, K.K., Piot, P., Wasserheit, J.N., eds. (1992). *Reproductive tract infections: Global impact and priorities for women's reproductive health*. New York: Plenum Press.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T., Kolk, A.M., van den Bosch, W.J., van den Hoogen, H.J. (1995) Male and female health problems in general practice: The differential impact of social position and social roles. *Social Science and Medicine* 40(5):597–611.
- Goldman, M., Hatch, M., eds. (2000) *Women and health*. San Diego: Academic Press.
- Green L.A., Raffin, M.T. (1993) Differences in management of suspected myocardial infarction in men and women. *Journal of Family Practice* 36(4):389–393.
- Gwatkin, D.R., Guillot, M. (2000) *The burden of disease among the global poor: Current situation, future trends and implications for strategy*. Washington, DC: World Bank.
- Haavio-Mannila, E. (1986) Inequalities in health and gender. *Social Science and Medicine* 22(2): 141–149.
- Hambrecht, M., Maurer, K., Hafner, H. (1992) Evidence for a gender bias in epidemiological studies of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 8(3):223–231.
- Hammarström, A., Härenstam, A., Östlin, P. (2001) Gender and health: Concepts and explanatory models. En: Östlin, P., Danielsson, M., Diderichsen, F., Härenstam, A., Lindberg, G., eds. *Gender inequalities in health: A Swedish perspective*. Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies with Harvard University Press.
- Hanson, K. (2002) Measuring up: Gender, burden of disease and priority setting. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge MA: The MIT Press.
- Hansson, S.O. (1998) The neglect of women in occupational toxicology. En: Kilbom, Å, Messing, K., Bildt Thorbjörnsson, C., eds. *Women's health at work*. Solna: National Institute of Working Life.
- Hartigan, P., Price, J., Tolhurst, R. (2002) Communicable diseases: Outstanding commitments to gender and poverty. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Held, P.J., Pauly, M.V, Bovbjerg, R.R., Newmann, J., Salvatierra, O. (1988) Access to kidney transplantation. Has the United states eliminated income and racial differences? *Archives of Internal Medicine* 148(12):2594–2600.
- Heston T.F., Lewis, L.M. (1992) Gender bias in the evaluation and management of acute nontraumatic chest pain. The St. Louis Emergency Physicians' Association Research Group. *Family Practice Research Journal* 12(4):383–389.
- Hibbard, H., Pope, C. (1993) The quality of social roles as predictors of morbidity and mortality. *Social Science and Medicine* 36(3):217–225.
- Hubbard, R. (1995) *Profitable promises: Essays on women, science and health*. Monroe: Common Courage Press.
- Hudelson, P. (1996) Gender differentials in tuberculosis: the role of socio-economic and cultural factors. *Tubercle and Lung Disease* 77(5):391–400.
- Jahan, R. (1995) *The elusive agenda: Mainstreaming women in development*. London: ZED.
- Johannisson K. (1995) Den mörka kontinenten. Kvinan, medicinen och fin-de-scècle. Stockholm: Norstedt.
- Kabeer, N. (1994) *Reversed realities: Gender hierarchies in development thought*. New Delhi: Kali for Women; London: Verso.
- Kandrack, M., Grant, K.R., Segall, A. (1991) Gender differences in health related behaviour: Some unanswered questions. *Social Science and Medicine* 31(5):579–590.
- Krieger, N. (1990) Racial and gender discrimination: Risk factors for high blood pressure? *Social Science and Medicine* 30(12):1273–1281.

- Krieger, N., Fee, E. (1994) Man-made medicine and women's health: The biopolitics of sex/gender and race/ethnicity. *International Journal of Health Services* 24(2):265–283.
- Krieger, N., Rowley, D.L., Herman, A.A., Avery, B., Phillips, M.T. (1993) Racism, sexism, and social class: Implications for studies of health, disease, and well-being. *American Journal of Preventive Medicine* 9(6 Suppl):82–122.
- Krieger, N., Sidney, S. (1997) Prevalence and health implications of anti-gay discrimination: A study of black and white women and men in the CARDIA cohort. *International Journal of Health Services* 27(1):157–176.
- Kutner, N.G., Brogan, D. (1990) Sex stereotypes and health care: The case of treatment for kidney failure. *Sex roles* 24(5/6):279–290.
- Kutzin, J. (1995) Experience with organizational and financing reform of the health sector. *Current Concerns SHS Paper 8*. Geneva: World Health Organization. (SHS/CC/94.3).
- Lane, S.D., Meleis, A.I. (1991) Roles, work, health perceptions and health resources of women: A study in an Egyptian delta hamlet. *Social Science and Medicine* 33(10):1197–1208.
- Larme, A.C. (1998) Environment, vulnerability and gender in Andean ethnomedicine. *Social Science and Medicine* 47(8):1005–1015.
- Lerner, D.J., Kannel, W.B. (1986) Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the population. *American Heart Journal* 111(2):383–390.
- Leslie, J. (1989) Women's time: A factor in the use of child survival technologies? *Health Policy and Planning* 4(1):1–16.
- Lillie-Blanton, M., LaVeist, T. (1996) Race/ethnicity, the social environment and health. *Social Science and Medicine* 43(1):83–91.
- Lillie-Blanton, M., Martinez, R.M., Taylor, A.K., Robinson, B.G. (1993) Latina and African American women: Continuing disparities in health. *International Journal of Health Services* 23(3):555–584.
- Lock, M., Gordon, D., eds. (1998) *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Lock, M., Scheper-Hughes, N. (1990) A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent. En: Johnson, T.M., Sargent, C.F. *Medical anthropology: Contemporary theory and method*. New York: Praeger.
- Loring, M., Powell, B. (1988) Gender, race, and DSM-III: A study of the objectivity of psychiatric diagnostic behavior. *Journal of Health and Social Behavior*. 29(1):1–22.
- Lupton, D. (1994) *Medicine as culture: Illness, disease and the body in Western societies*. London: Sage.
- Lüschen, G., Geling, O., Janssen, C., Kunz, G., Von Dem Knesebeck, O. (1997) After unification: Gender and subjective health status in East and West Germany. *Social Science and Medicine* 44(9):1313–1323.
- Macintyre, S. (1986) The patterning of health by social position in contemporary Great Britain: Directions for sociological research. *Social Science and Medicine* 23(4):393–415.
- Macintyre, S., Hunt, K., Sweeting, H. (1996) Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine* 42(4):617–624.
- Males, M. (1997) Adolescents: Daughters or alien sociopaths? *Lancet* 349(Suppl 1):S113–S116.
- Martin, E. (1990) Science and women's bodies: Forms of anthropological knowledge. En: Jacobus, M., Fox Keller, E., Shuttleworth, S., eds. *Body/politics: Women and the discourses of science*. New York: Routledge.
- Mastroianni, A.C., Faden, R., Federman, S. (1994) *Women and health research: Ethical and legal issues of including women in clinical studies*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- Matamala, M.I. (1998) Gender-related indicators for the evaluation of quality of care in reproductive health services. *Reproductive Health Matters* 6(11):10–21.
- McKinlay, J.B. (1996) Some contributions from the social system to gender inequalities in heart disease. *Journal of Health and Social Behavior* 37(2):1–26.
- McMichael, A.J. (1995) The health of persons, populations and planets: Epidemiology comes full circle. *Epidemiology* 6(6):633–636.
- Michell, L., Amos, A. (1997) Girls, pecking order and smoking. *Social Science and Medicine* 44(12):1861–1869.
- Musselman, D.L., Evans, D.L., Nemeroff, C.B. (1998) The relationship of depression to cardiovascular disease. *Archives of General Psychiatry* 55(7):580–592.
- Nathanson, C. A., Lopez, A.D. (1987) The future of sex mortality differentials in industrialized countries: A structural hypothesis. *Population Research and Policy Review* 6(2):123–136.
- Onyango Ouma, W., Laisser, R., Mbilima, M., Araoye, M., Pittman, P., Agyepong, I., Zakari, M., Fonn, S., Vlassoff C. (2001) The impact of *Health Workers for Change* in 7 settings: A useful management and health system development tool. *Health Policy and Planning* 16(Suppl.1) 36–39.
- Östlin, P. (1998) Presentation on gender and occupational health. Workshop on Gender and Health

- Equity. Harvard Center for Population and Development Studies. Cambridge, May.
- Östlin, P. (2002) Examining work and its effects on health. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Östlin, P., George, A., Sen, G. (2001) Gender, health and equity: the intersections. En: Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., Wirth, M. *Challenging inequities in health: From ethics to action*. New York: Oxford University Press.
- Pai, M. (2000) Unnecessary medical interventions: Caesarean sections as a case study. *Economic and Political Weekly* 35(31):2755–2761.
- Paolisso, M., Leslie, J. (1995) Meeting the changing health needs of women in developing countries. *Social Science and Medicine* 40(1):55–65.
- Pearson, V. (1995) Goods on which one loses: women and mental health in China. *Social Science and Medicine* 41(8):1159–1173.
- Pittman, P., Hartigan, P. (1996) Gender inequity: An issue for quality assessment researchers and managers. *Health Care for Women International* 17(5):469–486.
- Polych, C., Sabo, D. (1995) Gender politics, pain, and illness: The AIDS epidemic in North American prisons. En: Sabo, D., Gordon, D., eds. *Men's health and illness: Gender, power and the body*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publishers: 139–157.
- Popay, J., Bartley, M., Owen, C. (1993) Gender inequalities in health: Social position, affective disorders and minor physical morbidity. *Social Science and Medicine* 36(1):21–32.
- Prevention of the Maternal Mortality Network (PMMN). (1992) Barriers to treatment of obstetric emergencies in rural communities of West Africa. *Studies in Family Planning* 23(5):279–291.
- Puentes-Markides C. (1992) Women and access to health care. *Social Science and Medicine* 35:619–626.
- Rahman, O., Strauss, J., Gertler, P., Ashley, D., Fox, K. (1994) Gender differences in adult health: An international comparison. *The Gerontological Society of America* 34(4):463–469.
- Rathgeber, E. M., Vlassoff, C. (1993) Gender and tropical diseases: A new research focus. *Social Science and Medicine* 37(4):513–520.
- Razavi, S., Miller, C. (1995) *Gender mainstreaming. A study of efforts by the UNDP, the World Bank and the ILO to institutionalize gender issues*. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.
- Rittenhouse, A.C. (1991) The emergence of premenstrual syndrome as a social problem. *Social Problems* 38(3):49–56.
- Rorsman, B., Gräsbeck, A., Hagnell, O., Lanke, J., Öhman, R., Öjesjö, L., Otterbeck, L.A. (1990) Prospective study of first-incidence depression. The Lundby Study, 1957–72. *British Journal of Psychiatry* 156:336–342.
- Rosen, G. (1958) *A History of public health*. New York: MD Publications.
- Royce, J., Corbett, K., Sorensen, G., Ockene, J. (1997) Gender, social pressure and smoking cessations: The community intervention trial for smoking cessation at baseline. *Social Science and Medicine* 44(3):359–370.
- Sadana, R. (1998) A closer look at the WHO/World Bank Global Burden of Disease study's methodologies: How do poor women's values in a developing country compare with international public health experts? Conference presentation at the Public Health Forum, Reforming Health Sectors, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 21–24 April.
- Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. (2002) *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Sen, G., Germain, A., Chen, L. (1994) *Population policies reconsidered: Health, empowerment and rights*. Cambridge: Harvard University Press. (Harvard series on population and international health).
- Sen, G., Gurumurthy, A., Sudarshan, H. (1999) Karnataka. En: HealthWatch Trust. *The community needs-based reproductive and child health in India: Progress and constraints*. Jaipur: Health-Watch Trust.
- Sen, G., Iyer, A., George, A. (2002) Class, gender and health equity: lessons from liberalizing India. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Shkolnikov, V.M. (1997) The Russian health crisis of the 1990s in mortality dimensions. Cambridge: Harvard Center for Population and Development Studies. (Working paper series 97.01).
- Silbergeld, E.K. (2000) *Environmental exposures*. New York: Academic Press.
- Simoni-Wastila, L. (2000) The use of abusable prescription drugs: The role of gender. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine* 9(3):289–297.
- Sims, J., Butter, M. (2002) Health and environment: Moving beyond conventional paradigms. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Small, R., Astbury, J., Brown, S., Lumley, J. (1994) Depression after childbirth. Does social context matter? *Medical Journal of Australia* 161(8):473–477.
- Snow, R. (2002) Reorienting public health: exploring differentials in hip fracture. En: Sen, G., George,

- A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Standing, H. (2002) Frameworks for understanding health sector reform. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Stenberg, B., Wall, S. (1995) Why do women report "sick building symptoms" more often than men? *Social Science and Medicine* 40(4):491–502.
- Stewart, F. (1992) Can adjustment programmes incorporate the interests of women? En: Afshar, H., Dennis, C., eds. *Women and adjustment policies in the third world*. Basingstoke: Macmillan.
- Stoppe, G., Sandholzer, H., Huppertz, C. (1999) Gender differences in health: The recognition of depression in old age. *Maturitas* 32(3):205–212.
- Stronks, K., van de Mheen, H., Looman, C.W.N., Mackenbach, J.P. (1996) Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: An empirical analysis. *Sociology of Health and Illness* 18(5):653–674.
- Thaddeus, S., Maine, D. (1994) Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science and Medicine* 38(8):1091–1110.
- Thomas, D.B., Ray, R.M., Pardthaisong, T., Chutivongse, S., Koetsawang, S., Silpisomkosoi, S., Virutamasen, P., Christopherson, W.M., Melnick, J.M., Meirik, O., Farley T.M.M., Riotton, G. (1996) Prostitution, condom use and invasive squamous cell cervical cancer in Thailand. *American Journal of Epidemiology* 143(8):779–786.
- Thorslund, M., Lundberg, O., Parker, M. (1993) Class and morbidity among the oldest old. A study shows a general connection *Journal of the Swedish Medical Association* 90(41):3547–3550, 3553. [in Swedish].
- UNDP (1995) *Human development report*. New York: Oxford University Press.
- UNICEF (1997) *Give us credit: How access to loans and basic social services can enrich and empower people*. New York: United Nations Children's Fund.
- Vera, H. (1993) The client's view of high quality care in Santiago, Chile. *Studies in Family Planning* 24(1):40.
- Verbrugge, L.M. (1976) Females and illness: Recent trends in sex differences in the United States. *Journal of Health and Social Behavior* 17(4):387–403.
- Verbrugge, L.M. (1985) Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior* 26(3):156–182.
- Verbrugge, L.M. (1989) The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior* 30(3):282–304.
- Vlassoff, C. (1994) Gender inequalities in health in the Third World: Uncharted ground. *Social Science and Medicine* 39(9):1249–1259.
- Wajcman J. (1994) Delivered into men's hands? The social construction of reproductive technology. En: Sen, G., Snow, R., eds. *Power and decision. The social control of reproduction*. Cambridge: Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard University Press.
- Walberg, P., McKee, M., Shkolnikov, V., Chenet, L., Leon, D.A. (1998) Economic change, crime and mortality crisis in Russia. *British Medical Journal* 317(7154):312–318.
- Walters, V., Charles, N. (1997) "I just cope from day to day": Unpredictability and anxiety in the lives of women. *Social Science and Medicine* 45(11):1729–1739.
- War on Want (2000) Tobin tax update. A digest of news for the UK Tobin Tax Campaign Network. Available at: www.waronwant.org
- Weiss, E., Rao Gupta, G. (1998) *Bridging the gap: Addressing gender and sexuality in HIV prevention*. Washington, DC: International Research Center on Women.
- Wells, C.K., Feinstein, A.R. (1988) Detection bias in diagnostic pursuit of lung cancer. *American Journal of Epidemiology* 128(5):1016–1026.
- West, C. (1993) Reconceptualizing gender in physician-patient relations. *Social Science and Medicine* 36(1):57–66.
- Whiteford, L. (1993) Child and maternal health and international economic policies. *Social Science and Medicine* 37(11):1391–1400.
- Whitehead, M., Dahlgren, G., Gilson, L. (2001) Developing the policy response to inequities in health: A global perspective. En: Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., Wirth, M., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press.
- WHO Special Programme of Research in Human Reproduction, International Women's Health Coalition. (1991) *Creating common ground: Women's perspectives on the selection and introduction of fertility regulation technologies*. Report of a meeting between women's health advocates and scientists. Geneva, February 20–22, 1991. (Unpublished document WHO/HRP/ITT/91; available on request from WHO/HRP, 1211 Geneva 27, Switzerland).
- WHO (1998a) *Gender and health: technical paper*. Geneva: World Health Organization. (WHO/FRH/WHO/98.16).
- WHO (1998b) *Health 21: The Health for All Policy for the WHO European Region, 21 targets for the*

- 21st century*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO (1998c) Report of the Technical Consultation on Safe Motherhood. 18–23 October 1997, Sri Lanka.
- WHO (1999) *The world health report 1999*. Geneva: World Health Organization.
- Williams, D.R. (1997) Race and health: Basic questions, emerging directions. *Annals of Epidemiology* 7(5):322–333.
- Zierler, S., Krieger, N. (1997) Reframing women's risk: social inequalities and HIV infection. *Annual Reviews of Public Health* 18:401–436.

