

## 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).