

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.