



**Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud**

GENERO: LA CUESTION ESTA EN LA DIFERENCIA INFIDENCIAS DE LA DISCRIMINACIÓN Y EXCLUSIÓN POR GÉNERO EN MATERIA DE SALUD EN COLOMBIA

Por:
Carolina Prieto Molano
Contrato OPS/OMS [AMR02/032907]
Mayo 17,2002

¿De qué se habla cuando se trata el tema de género? ¿Se habla de sexo femenino y de sexo masculino? Decir las habitantes, los habitantes; los colombianos, las colombianas; los ciudadanos, las ciudadanas, ¿es hacer una diferencia de sexo o de género? Y si se combinan las palabras *género* y *salud*, ¿qué resulta? Pero aún hay más. Si se enuncia el tema *Discriminación y exclusión por género en materia de salud* de qué amalgama ¿se está hablando?

Al respecto, la doctora Amparo Hernández Bello, directora de posgrados de Administración en Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá advierte que son temas que se van desglosando, pues hay unos más amplios que otros. Una cosa es el género y aprender a ver las mujeres no sólo desde la perspectiva biológica, solamente percibida por su rol reproductivo, y otra muy distinta las diferencias que se hacen en los diversos discursos de *los* y *las*; *usuarios* y *usuarias* que no involucran ningún rol sino una simple diferenciación de sexo. Una cosa es hablar de la mujer, pobre, cabeza de familia y su posibilidad o imposibilidad de acceder a los servicios de salud, y otra, la mujer y su rol laboral, su trabajo informal, su papel en el hogar no reconocido, ni social ni económicamente.

En realidad, como lo afirma Hernández, la interrelación género y salud, y más concretamente la exclusión y discriminación por género en la prestación de los servicios de salud es un asunto transversal en el que se debe hacer acopio de todas aquellas categorías que se asocian con las inequidades social, económica, familiar y biológica, y que en Colombia, hasta el momento, no se ha realizado. Esto involucra un juicioso estudio en materia de salud y un comportamiento diferencial que en el país no se ha plasmado y que la misma Ley 100 de 1993, reguladora de la seguridad social, no contempla, ya que ella no tiene una consideración específica sobre las circunstancias

diferenciales y desiguales entre hombres y mujeres con respecto a la salud y al acceso y uso de los servicios¹.

En este mismo sentido, continúa Hernández, no se dispone de información actualizada y confiable sobre el estado de salud femenino e infantil, pues a pesar de los planes del Ministerio de Salud, para 1998 -fecha en que se publicó el estudio realizado- existen dificultades en el procesamiento de la información y en su actualización, lo que dificulta reconstruir el panorama lo cual parece ser una constante en esta problemática.²

En realidad, el tema de género en Colombia es reciente. Se puede decir, que es menor de edad aún, pues se inició a hablar de él desde hace unos 20 años y en firme, se empezó a considerar dentro de las políticas hace tan sólo una década. En América Latina, los países del Cono Sur, Chile, Argentina y también Brasil abandonan este proceso, ya que llevan mucho más tiempo involucrando este tema en sus acciones y decisiones de política social, en las cuales se reconoce la relación entre trabajo remunerado, bienestar y nuevos paradigmas para formular políticas con perspectiva de género. Todo ha sido producto de luchas y movimientos reivindicatorios para que esta perspectiva sea tenida en cuenta, afirma Hernández.

Pero es que el término género no es sinónimo de mujer. Si se acude al diccionario, **Género** proviene del latín *genus, generis* y se define como: *colección de seres que tienen entre sí analogías importantes y constantes*. Y como lo dice Hernández, **Género se entiende como un principio que organiza la vida social. El género se refiere a las cualidades, cultural y socialmente construidas que distinguen a los hombres y a las mujeres.**³ Así las cosas, no hay por qué identificar el género con la mujer, pues igualmente el hombre también es género. Y a él debe aludirse cuando se habla de derechos sexuales y reproductivos, decisiones reproductivas (casi siempre asumidas por las mujeres), problemas patriarcales y el cubrimiento de salud. Hablar de género es también considerar que la guerra en Colombia afecta más a las mujeres que a los hombres, a pesar de que en el país, al final, por esta causa están más desprotegidos los hombres que las mujeres, ya que por cada mujer mueren cuatro hombres, lo que conduce a que queden más mujeres cabezas de familia solas, al frente de su hogar.

Lo que sucede, continúa Hernández, es que la mujer ha tenido cambio de roles, mientras que el hombre no. Efectivamente hay más mujeres beneficiarias por los sistemas de seguridad social, pero eso no se debe a su condición de mujer, sino a la subordinación derivada de que su esposo o compañero esta cubierto por la seguridad

¹ Hernández Bello, Amparo. *Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL Serie financiamiento del desarrollo No. 73
Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ, Bogotá, 1998. p. 93. E mail: ahernand@javeriana.edu.co

² Ob.Cit. P. 29

³ Ob.Cit. p.10

social. Son beneficiarias como esposas o como madres, o sea, como trabajadoras no pagas. Cuando ellas quedan solas y son madres trabajadoras, cabezas de familia, quedan desprotegidas, pues la salud es un asunto ocasional, mientras que solucionar el problema de alimentación, educación y vivienda de ellas mismas y de sus hijos es un problema diario.

Ver figura 1.

Es cuestión de útero

La doctora Hernández cree que otro fenómeno que ocurre en el sector de la salud, es que la atención de las mujeres se concreta a su función reproductiva. La mujer existe en materia de salud, en cuanto se mira como una matriz. Pero enfermedades, como por ejemplo la depresión femenina quedan completamente desprotegidas.

De manera tradicional, la salud femenina ha estado ligada a la diferencia biológica reproductiva lo cual se refleja en los programas y servicios ofrecidos. Siempre es la mujer embarazada, el parto, el posparto, la madre lactante dejando por fuera otras circunstancias de la vida de las mujeres. En América Latina y El Caribe las complicaciones del embarazo, parto y puerperio continúan siendo una de las cinco primeras causas de muerte de las mujeres entre los 25 y los 40 años.⁴

Desde esta perspectiva la experiencia de la Enfermera Edy Salazar⁵, habla desde esta visión que vivencia en el hospital, en su práctica laboral en un Centro de Salud en el occidente de Bogotá, quien considera que la condición de ser mujer la hace más vulnerable. Vulnerabilidad que en el plano de la salud se refleja tanto física como mentalmente. Las relaciones sexuales tempranas por ejemplo, afirma Salazar, tienen mayor incidencia en la salud de la mujer. Física porque las mujeres tienen mayores riesgos de tener cáncer cervico-uterino que los hombres de tener cáncer de pene. La condición fisiológica húmeda de la mujer alberga mayores riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual; en el SIDA, por ejemplo, el hombre puede transmitirlo con mayor facilidad puesto que se necesita una célula viva como lo es el espermatozoide, y la mujer lo acoge con mayor facilidad, mientras que fisiológicamente la transmisión femenina es más difícil. De otra parte, continúa Salazar, el otro aspecto relevante son los embarazos a edad temprana, lo que conlleva a que mujeres de 19 o 20 años sean madres de tres o cuatro hijos. Si se consideran los daños emocionales, en las mujeres existe una constante búsqueda de estabilidad con una pareja y pueden suceder, en el caso de estas relaciones tempranas no continuadas, dos cosas extremas: o se suspende la búsqueda de pareja dando lugar a la soledad y frustración, o en búsqueda de una relación estable se tienen múltiples compañeros, con mayores riesgos

⁴ Ob.Cit. pag 10

⁵ Profesora de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, investigadora, directora de investigación y autora de diversos títulos en materia de mujer y salud. E mail: esalazar@javeriana.edu.co

y mayor número de hijos. De otra parte, hay también mayor violencia, porque aún subsiste la exigencia de virginidad, finaliza Salazar.

Como parámetro social, en todos los estratos, se establece que es la mujer la responsable de la salud de la familia. Es sobre la cabeza femenina donde recae la responsabilidad de vacunación de los hijos, de su atención en consulta ordinaria y en urgencias. Y ella, es siempre la última de la familia en acudir a que se le presten los servicios de salud que necesita. Es ella quien normalmente realiza la planificación familiar; sin embargo esta planificación debe provenir de su propio bolsillo pues la seguridad social no lo involucra. Aunque por lo general, en los estratos de bajos recursos, como el caso del Centro de Salud donde labora Salazar, los métodos de prevención de la gestación de anticoncepción son regalados allí mismo.

En este contexto, la doctora Hernández considera que la esfera reproductiva no es la única que debe ser considerada en materia de salud de la mujer. La salud reproductiva es un problema, pero más allá de esta condición biológica, las mujeres presentan otras necesidades que requieren atención y que sólo pueden ser resueltas cuando sus oportunidades de ingresar al sistema para recibir todos los beneficios sean igualadas. La asignación social de su rol de crianza y las dificultades de ésta en el caso de las mujeres trabajadoras conlleva situaciones de tensión emocional, conflicto familiar, accidentes ocasionados por el agotamiento físico y la doble jornada laboral y familiar, desventaja nutricional y desatención. De otra parte, la discriminación ocupacional y salarial determina mayor pobreza femenina y menos acceso a la seguridad social entre las mujeres trabajadoras en comparación con los hombres con igual nivel de instrucción, calificación y origen social.⁶

Como punto final, que bien puede ser un punto de partida, está el tema de género, violencia y salud, que a la luz de la enfermera Salazar se traduce en todos los estratos sociales. Según ella, la violencia sobre las mujeres se ha manifestado por mucho tiempo. Y aunque en este momento podría decirse que hay un incremento de mujeres agresoras, eso es producto de los muchos años que han soportado la violencia sobre ellas; además incide que en la actualidad, el gran margen de desempleo de los hombres ha hecho que sean las mujeres las que mantienen económicamente los hogares y con ello incrementan su sobrecarga emocional. Sin embargo, la mujer sigue siendo la mayor víctima de la violencia. Y en materia de salud, continúa Salazar, eso no sólo tiene una implicación física, sino emocional, que se traduce en:

- ☞ Incapacidad para desarrollarse como persona integral, impidiendo alcanzar la madurez emocional y la toma de decisiones.
- ☞ Tendencia a la depresión.
- ☞ Mayor riesgo de drogadicción y alcoholismo.
- ☞ Incapacidad de salir de su situación, perpetuando el rol de víctimas.

⁶ Ob.Cit. pag. 11 y 32

- ☞ En la mayoría de los casos, los hijos son sus confidentes y con esto se afecta la relación familiar ya que ellos son violentados. Al final, cuando son adultos, por la agresividad interna guardada, tienen los mismos patrones y llegan a ser violentos.

De todo esto es de lo que se habla cuando se trata el tema de género y su conexión con salud. No es simplemente diferenciar en el discurso a los colombianos y las colombianas; los usuarios y las usuarias del sistema de salud. Y cuando se dice discriminación y exclusión por género en materia de salud, es aprender a ver que la equidad está precisamente en la diferencia y así plasmarla en la reforma del sistema de salud, que evidencie una consideración específica al género, con programas, actividades y estrategias frente a la posición de *ellas* y *ellos* en la sociedad.

Algunas píldoras de interés periodístico.

- ☞ Biológica y socialmente es relativamente fácil buscar y hallar las diferencias entre géneros. ¿Qué puede decirse, qué se ha investigado, en materia de salud, de las diferencias inter-géneros? Es decir las diferencias desde el punto de vista de la salud que se encuentran entre aquellos del mismo género.
- ☞ Dentro de las familias, de cada sector social, ¿Cómo está distribuido entre géneros el gasto de bolsillo en materia de salud?
- ☞ Se podría poner precio a lo que normalmente no se le asigna. Por ejemplo, contabilizar y traducir en términos de dinero, el tiempo dedicado por las mujeres: madres, esposas, hermanas, hijas, a las tareas de cuidado del enfermo que los sistemas no realizan tanto en los hospitales como en las viviendas. Hacer visible y remunerado, el trabajo invisible y no remunerado de cuidado con el cual las mujeres subvencionan el sistema de salud de los diferentes países.
- ☞ Más allá de la diferencia biológica, ¿qué otras diferencias existen entre géneros respecto al acceso a los servicios de salud, a la definición legal de trabajo como requisito para recibir prestaciones de salud y seguridad social, o a las prestaciones de vejez que afectan en mayor grado a las mujeres que a los hombres por las menores tasas de empleo femenino, o porque este ha sido discontinuo por el ejercicio de la maternidad, o la menor remuneración laboral percibida por la mujer comparada con el hombre?

Hablar de **género** es también considerar que la guerra en Colombia afecta más a las mujeres que a los hombres, a pesar de que en el país, al final, por esta causa están más desprotegidos los hombres que las mujeres, ya que por cada mujer mueren cuatro hombres, lo que lleva a que queden más mujeres cabezas de familia solas, al frente de su hogar.

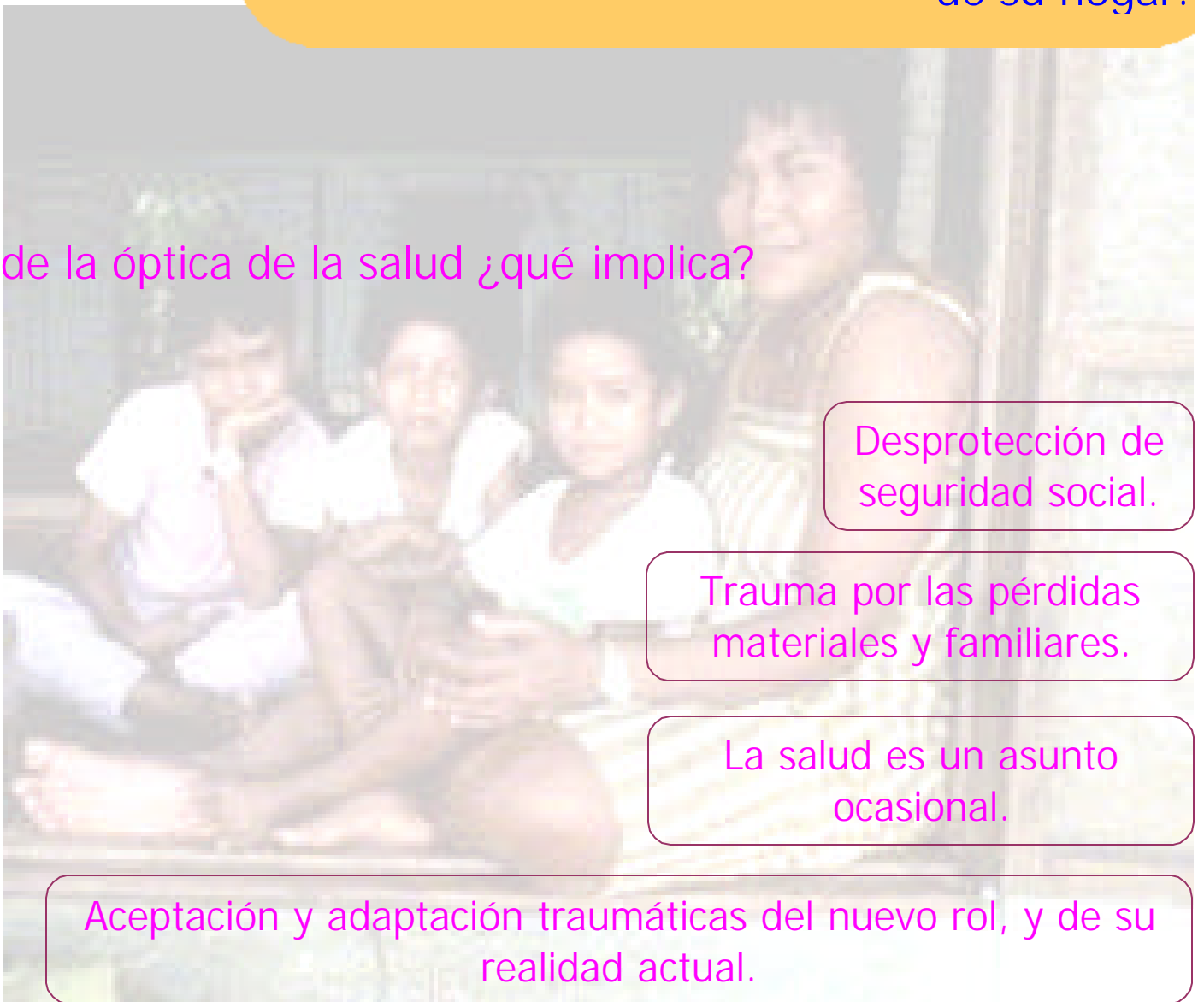
Desde la óptica de la salud ¿qué implica?

Desprotección de seguridad social.

Trauma por las pérdidas materiales y familiares.

La salud es un asunto ocasional.

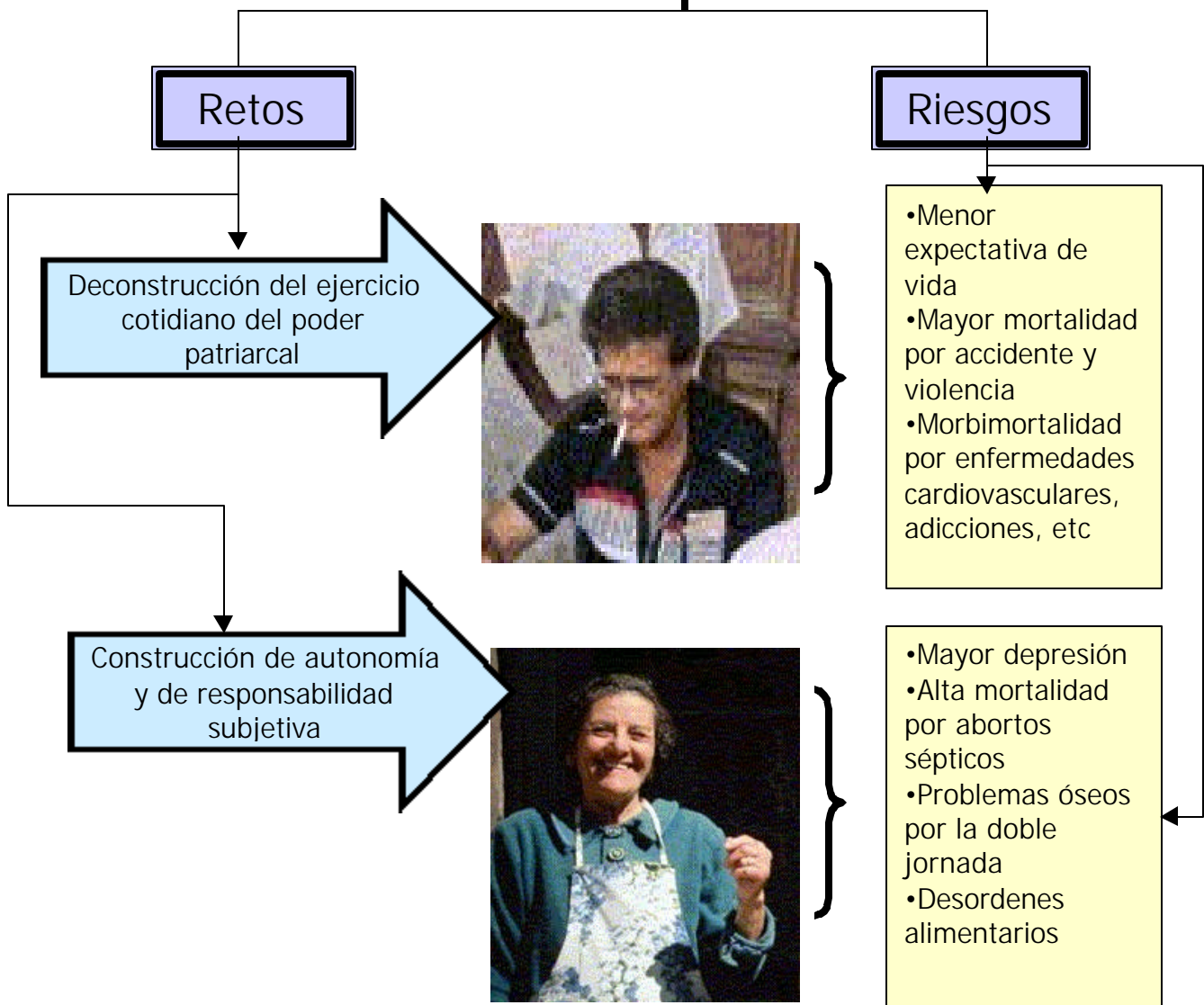
Aceptación y adaptación traumáticas del nuevo rol, y de su realidad actual.



Introducir la perspectiva de **género** en salud es:

Diferenciar en el proceso:
SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN

Esa diferenciación implica asumir:



Ponencia *Pagando "a la americana" Invisibilidad de género en el Informe de la OMS 2000 y propuesta para un informe alternativo género-sensible* de Débora Tajer, coordinadora general de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) en el Seminario Internacional "El derecho a la salud y la equidad en los servicios de salud", Bogotá, 27 y 28 de abril de 2001. E mail: dtajer@psi.uba.ar

Adaptación gráfica realizada para la Press Room de Equidad de la OPS por Carolina Prieto Molano