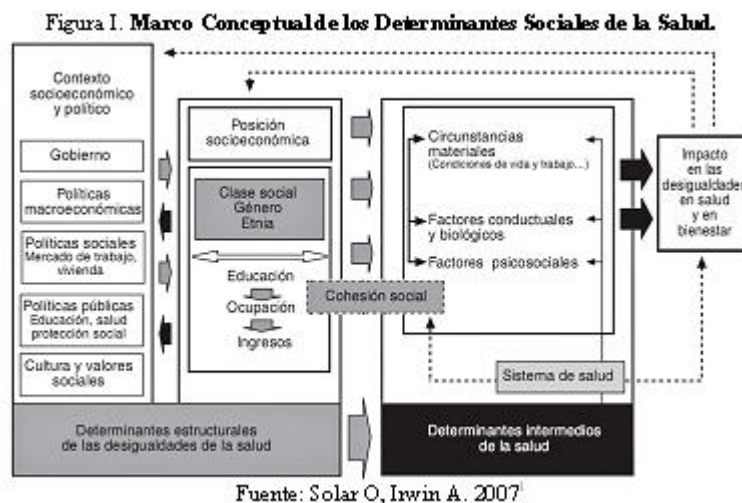


Dimensiones sociales de la salud/enfermedad desde una perspectiva de género

Teresa Blasco Hernández

En la actualidad se ha pasado de una concepción restrictiva de la salud, centrada en el binomio salud-enfermedad, a un enfoque que entiende la salud como proceso social, centrando el interés en comprender cómo las diferentes formas de organización social influyen sobre la salud y enfatizando el hecho de que la salud y la enfermedad están influidas no sólo por factores de riesgo individuales, sino también por factores grupales. Por tanto, la causa de la enfermedad, antes centrada en factores biológicos y atención sanitaria, está pasando a ser entendida como una interrelación de factores biológicos, sociales, económicos y políticos.

En esta línea, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS crea el marco conceptual representado en la figura 1, en el cual basaré estas reflexiones.



El hecho de haber nacido hombre o mujer tiene una enorme importancia en la configuración de la identidad de las personas y en los modos en que enferman, así como en la forma en que representan la salud y la enfermedad, tal y como se desprende de numerosos estudios y publicaciones recientes.

sten riesgos específicos y diferentes para hombres y mujeres que derivan de su biología. Las diferencias que se desprenden de estas características biológicas están mediadas por la estructura social que es la que define los derechos, obligaciones y estilos de vida que corresponden a cada grupo.

Las diferencias y desigualdades en salud entre mujeres y hombres reproducen las diferencias en razón de inequidad de género de la sociedad. Esta desigualdad en la salud opera en sentido negativo hacia las mujeres y en algunas ocasiones también repercute en la salud de los hombres. Los roles tradiciones de género (la feminidad y la masculinidad hegemónicas), como constructo social en que mujeres y hombres son socializados, adjudicándoles roles y papeles sociales propios desde la infancia, tienen consecuencias negativas para la salud de ambos. Es el caso de las conductas de riesgo que el modelo de masculinidad hegemónica impone a los

hombres, o la autorelegación del cuidado propio en favor del cuidado familiar, para el caso de las mujeres.

La situación de la mujer en la sociedad determina todos los ámbitos, incluido el de salud. Su esperanza de vida es superior a la del hombre, pero con una característica fundamental: las mujeres presentan mayores tasas de morbilidad por trastornos agudos, enfermedades crónicas y mayor prevalencia de situaciones de discapacidad. Por ello, la supervivencia es mayor, pero se reduce la calidad de vida. Además, se constata la feminización de la pobreza como quedó plasmado en la Plataforma de Acción aprobada por la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995.

Es destacable el papel que las mujeres desempeñan a nivel familiar, social y comunitario como cuidadoras y proveedoras de servicios de salud, tanto en la esfera formal como informal.

Debido a la división sexual del trabajo, el ámbito que tradicionalmente ha centrado la actividad femenina es el espacio doméstico, el ámbito reproductivo, mientras que en el hombre se relaciona con el espacio público, el ámbito productivo. La dificultad para conciliar ambas esferas hace que la mujer ocupe una posición de desventaja en el mercado laboral que se manifiesta en su posición mayoritaria en puestos de menor cualificación y, por ende, peor remuneración y que, a la hora de promocionar, encuentre obstáculos por su condición de mujer, fenómeno comúnmente denominado techo de cristal. Esta desigualdad de oportunidades supone para la mujer, una lucha agotadora para superar esta barrera, cuyo precio es, muchas veces, el deterioro de su propia salud o posponer las realizaciones en su vida extra laboral.

La invisibilidad social del trabajo doméstico, mayoritariamente realizado por mujeres, tiene también repercusiones evidentes en la salud. Muchas mujeres realizan doble jornada, combinando trabajo doméstico con trabajo remunerado, así como doble presencia, concepto acuñado por la socióloga italiana Laura Balbo y con el sentido de estar en dos sitios al mismo tiempo, o al menos tener la cabeza en ellos.

La ausencia de corresponsabilidad también es evidente: las mujeres que tienen un trabajo remunerado dedican muchas más horas que los hombres al hogar y a la familia. Estas desigualdades en las relaciones de pareja es un hecho corroborado por múltiples estudios y Encuestas de Salud.

La violencia de género que se ejerce contra las mujeres tiene un evidente impacto en la salud física, dejando también marcas en la salud mental y en su bienestar psicosocial. Sus consecuencias más dramáticas llegan al asesinato de las víctimas. También la violencia laboral muchas veces tiene un marcado componente de género.

Partiendo de todas estas premisas, abordaré algunos factores pertenecientes al contexto socioeconómico y político. A nivel estructural, el primer condicionante se halla en la situación de crisis y recesión económica actual, cuya consecuencia es la implementación de políticas de austeridad presupuestaria que frenan el gasto social y que afectan al área de la salud, principalmente a las mujeres, en su condición de proveedoras de cuidados familiares. Se están reduciendo ayudas y servicios en la prevención de enfermedades, en la atención a la dependencia, en el acceso de las personas inmigrantes a los servicios de salud, y en las

prestaciones y ayudas sociales, entre otros. Por otra parte, se están gestando sistemas de financiación de nuestro sistema sanitario, como el copago, que afectan en mayor medida a las mujeres por dos razones: la baja remuneración que perciben y su mayor uso de los servicios de salud. Por último, la reciente intención de modificar la actual legislación en temas de salud sexual y reproductiva de las mujeres es previsible que ejerza consecuencias negativas en la salud de las mismas.

El segundo grupo de factores a analizar es el referido a la posición socioeconómica de las personas. Los principales ejes en la génesis de las desigualdades en salud son el género, el origen étnico y la clase social, entre otros, ya que son transversales a todos los ámbitos de la salud.

La posición socioeconómica que cualquier persona ocupa en la sociedad determina el acceso a los sistemas de salud. Si a esto añadimos la reciente legislación sobre atención a personas inmigrantes, que impide el acceso a quienes se encuentran en situación irregular, la posición de las mujeres se complica aún más.

La capacidad económica de las personas está condicionada por su rol productivo. Es frecuente que las mujeres tengan un papel subsidiario y por ello sean beneficiarias, en vez de titulares, de la prestación de servicios de salud, y perciban pensiones y prestaciones sociales asistenciales y no contributivas de menor cuantía. Además, las mujeres presentan menores tasas de actividad laboral y se encuentran a la cabeza de los llamados hogares monoparentales, lo que aumenta su vulnerabilidad a la pobreza.

La discriminación de la mujer se ve agravada cuando concurren varios factores añadidos: puede ser el caso de mujer, inmigrante y además afectada por algún tipo de discapacidad. El estigma y la discriminación condicionan, negativamente, el acceso a los servicios de salud. Otro agravante que restringe el acceso es el caso de las mujeres víctimas de violencia de género, calificada por el Consejo de Europa como un problema de salud pública. Las mujeres que sufren esta violencia presentan tasas más elevadas de intentos de suicidio, mayor riesgo de caer en consumos nocivos para la salud, son más susceptibles de desarrollar cuadros depresivos y, en muchos casos, presentan personalidades desarticuladas e inseguras.

Por último, dentro de los determinantes intermedios se encuentran las circunstancias materiales, los factores conductuales y biológicos y los factores psicosociales. En cuanto a las primeras, ya abordadas, la posición subordinada de la mujer en el mercado laboral y como consecuencia los menores ingresos asociados, condicionan otras circunstancias como la vivienda, el acceso a la salud, a la educación, a espacios de ocio, y en general, a esferas de la vida social y comunitaria.

Entre los factores conductuales y biológicos que inciden en el binomio género-salud, podemos mencionar las conductas de riesgo que la mujer está incorporando a sus estilos de vida, consecuencia, entre otras, de su ingreso en el mercado de trabajo ordinario. En concreto, consumo de sustancias nocivas como alcohol o tabaco, aumento de los niveles de estrés laboral y ritmos de vida poco propiciatorios de momentos de ocio y descanso a causa de la doble jornada. Además, biológicamente podemos hablar de mayor vulnerabilidad de la mujer al contagio de ciertas infecciones de transmisión sexual como es el caso del VIH.

Por último, entre los factores psicosociales se encuentra el escaso empoderamiento de las mujeres en el control de las situaciones de salud-enfermedad. En determinados estratos sociales, sus roles de reproductoras les dificulta controlar, por ejemplo, el uso del preservativo en las relaciones sexuales o la decisión sobre métodos anticonceptivos. Además, su papel relegado al ámbito doméstico influye en las redes de apoyo social que puedan tener para afrontar los problemas de salud o de otra índole. Otros condicionantes subjetivos pueden ser la dependencia afectiva y económica, bajos niveles de autoestima en algunos casos, pasividad, aislamiento, entrega incondicional y demás modelos de socialización fruto del imaginario social sobre el mito del amor romántico.

En la investigación sanitaria se echan en falta estudios que incorporen información desagregada por sexos, a pesar de ser el género un condicionante de primer orden de la salud, según se expuso. La invisibilidad de las mujeres en estudios de salud laboral, así como en el caso del trabajo doméstico, también es llamativa. Esta invisibilidad también se constata en otros ámbitos, como en el caso del VIH, cuyo abordaje en la investigación se ha realizado tradicionalmente desde la óptica masculina, sin tener en cuenta el género. La salud de las mujeres se ha estudiado fundamentalmente como salud reproductiva, lo que ha impedido abordar la salud desde una perspectiva integral. También se echan de menos programas de atención sanitaria centrados en las necesidades de los ciclos de vida de las personas, como por ejemplo la etapa de la menopausia en el caso de las mujeres.

No se puede finalizar estas reflexiones sin esbozar una paradoja que se da en la gestión del sistema sanitario y que influye en la salud de las mujeres: a pesar de su abrumadora mayoría en la fuerza laboral del sistema sanitario, están relegadas de los puestos decisorios en que se gestan las políticas de salud y los programas de intervención.

Finalmente y con el fin tener una perspectiva integral de las dimensiones sociales de la salud, hay que tener siempre presente que el género no funciona de manera aislada, como se ha visto, sino que se interrelaciona con otros determinantes sociales que inciden en la posibilidad de enfermar de las mujeres.

-
1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007.
 2. Menéndez, E. Etnicidad, racismo y género: algunos problemas ético/metodológicos. Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 2012.
 3. Duran MA. Desigualdad Social y Enfermedad. Tecnos. Madrid, 1983.
 4. Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. Editorial. Gac Sanit. 2004;18(Supl 2):1-2
 5. Escobar Bravo, MA. Análisis de la esperanza de vida libre de discapacidad a lo largo de la biografía: de la madurez a la vejez. Gac Sanit. 2012;26(4):330-335.
 6. Segerman-Peck, L. M. Networking and mentoring: A woman's guide. Piatkus Ltd. London, 1991.
 7. Balbo, L. La doppia presenza. Inchiesta 1978; 32
 8. Artazcoz L, Cortes I, Moncada S, Rohlfs I, Borrell C. Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud. Gaceta Sanitaria 1999; 13: 201-207.

9. INE. Encuesta Europea de Salud en España Año 2009. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p420&file=inebase>
10. Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE 55, de 4 de marzo de 2010.
11. Real Decreto 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE 98, de 24 de abril de 2012.
12. Krieger N. Discrimination and health. En: Berkman L, Kawachi I (eds.). Society and Health. Oxford: Oxford University Press, 2000.
13. Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Recommendation on Domestic Violence, 1582. Adopted 27 September 2002
14. Naciones Unidas: «Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras a los hechos». Estudio del Secretario General, 2006.