

Equidad de género en el acceso al sistema de atención de salud: implicaciones para enfermería

Gender equity in access to health care System: implications for nursing

Vivian Vílchez –Barboza¹, Sara Mendoza- Parra²

1 Enfermera, Magister en Ciencias de la Enfermería. Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. E-Mail: vivian.vilchez@ucr.ac.cr

2 Enfermera, Departamento de Enfermería. Universidad de Concepción. Concepción, Chile. E-mail: smendoza@udec.cl

Recibido: 02 octubre 2012 Aprobado: 30 noviembre 2012

RESUMEN

Objetivo: Contribuir desde la enfermería al análisis de la equidad en salud desde la perspectiva de género en el acceso al sistema de atención de salud.

Desarrollo: El análisis obliga a incorporar la diferenciación de términos entre equidad, inequidad y desigualdad en salud. La salud desde el enfoque de equidad de género permite visualizar, comprender, divulgar y aportar soluciones a las situaciones desiguales e inequitativas entre hombres y mujeres en las causas de morbi-mortalidad, el patrón laboral, los sistemas previsionales de salud y la necesidad de servicios de salud.

Conclusión: La equidad de género en salud es un asunto multisectorial y por lo tanto, le corresponde abordarlo a un sinnúmero de disciplinas, entre las cuales Enfermería está incluida, máxime por ser una profesión que se encuentra en constante relación con las personas en diversas realidades sociales y uno de sus roles fundamentales es ser una disciplina defensora de derechos.

Palabras Claves: Equidad, Identidad de Género, Atención a la Salud (fuente: DeCS, BIREME)

ABSTRACT

Objective: To contribute from the nursing profession to the analysis of equity in health from the perspective of gender in access to the health care system.

The analysis incorporates the differentiation of terms between equity, inequity and inequality in health. Health from a gender equity perspective allows viewing, understanding, disclosing and providing solutions to unequal and inequitable situations between men and women in the causes of morbidity and mortality, working patterns, health social security systems and the need for health services.

Conclusions: Gender equity in health is a cross-sectorial issue, and therefore, it should be addressed from a number of disciplines; including nursing, especially because it is a profession that is in constant relationship with people in different social realities, and one of their key roles is to be advocates for human rights.

Key Words: Equity, Gender Identity, Health Care (source: MeSH, NLM)

La salud es un derecho fundamental que se da en forma dinámica, en contextos histórico-sociales particulares, siendo una de las condiciones más importantes de la vida humana (1, 2) y va más allá de ser un producto médico, o del avance de la ciencia y la tecnología, es un producto social y cultural (1).

Por tal motivo, todo análisis en el contexto de salud debe integrar la dimensión de género para dar cuenta de la realidad de las desigualdades que enfrentan hombres y mujeres en la atención de salud (3). La equidad en el ámbito de la salud desde el enfoque de género implica considerar al menos cuatro elementos básicos: los relacionados con aspectos socioeconómicos, el estado y atención de salud y la participación social (4, 5).

En los determinantes socioeconómicos, se debe considerar la atención de salud en la igualdad de acceso independientemente de la capacidad de pago de las personas; es decir, según su capacidad económica y no según los riesgos. Junto a lo anterior, se debe mantener el control sobre los recursos que hacen posible el ejercicio del derecho a la salud. Ejemplo de esos recursos son: alimento, vivienda, ambiente sano, educación, información, trabajo, tecnologías y servicios, entre otros.

El estado de salud se refleja en los niveles de salud y bienestar de las personas. Aunque el nivel de salud es un dato a considerar, es fundamental incorporar la comparación de esos datos entre mujeres y hombres, no solo entre sí, sino también con poblaciones específicas de sus propios géneros, en cuanto a la ausencia de diferencias evitables y respecto a las oportunidades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con las que cuentan (1, 6).

Considerar la atención de la salud involucra la asignación de recursos de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres. Asimismo, la recepción de los servicios implica una atención de salud de acuerdo a las necesidades particulares de cada sexo, de la etapa de la vida y del contexto socio-cultural-económico (1, 6) por las que están transitando.

La participación en la gestión de la salud requiere el reconocimiento y la contabilización del aporte económico que representa el trabajo doméstico no remunerado, realizado principalmente por la mujer y orientado hacia el cuidado de la salud (6, 7).

A continuación se analiza la equidad de género en el acceso al sistema de atención de salud, desde una mirada de Enfermería, por medio de tres acápites que desarrollan la temática: primero la necesaria

diferenciación entre equidad, inequidad y desigualdad; segundo el enfoque de género en la atención de salud y tercero la praxis del profesional de enfermería con equidad y con perspectiva de género.

DESARROLLO

La necesaria diferenciación entre equidad, inequidad y desigualdad

Whitehead (8), en el año 2000 definió equidad en salud como la oportunidad justa que todas las personas deben tener para alcanzar su potencial de salud. Lo anterior, implica crear oportunidades iguales para la atención de salud y llegar a diferenciales de la salud al nivel más bajo posible, entendiendo este diferencial como el enfoque que permite reconocer las necesidades, vulnerabilidades, discriminación y las situaciones de desigualdad en las poblaciones consideradas "minoritarias" (9). En el año 2001 Valenzuela, Paravic, Sanhueza y Stieповich (10) incorporaron los niveles de prevención a este concepto. Plantearon que equidad en salud es la forma de asegurar a toda la población igualdad de oportunidades para satisfacer sus demandas de atención en salud a través de la prevención primaria, secundaria y terciaria.

En el año 2002, Gómez (7) mencionó que equidad en salud constituye un imperativo de carácter ético asociado a los principios de justicia social y derechos humanos. En este mismo año, Sen (2) incorporó a la definición de equidad en salud elementos como: los acuerdos sociales, la distribución económica y el papel de la salud en la vida y la libertad humana. Agregó además que esta equidad debe tomar en consideración cómo se relaciona la salud con otras características como la asignación de recursos y los acuerdos sociales. En el año 2004, la Organización Panamericana de la Salud (4, 6, 11) advierte sobre las desventajas sistemáticas entre hombres y mujeres en el contexto socioeconómico, siendo clave en su definición de equidad la incorporación del enfoque de género. Más recientemente, en el año 2010, Matamala (12) señala que equidad en salud se traduce en la distribución justa de beneficios, poder, recursos, servicios y responsabilidades en salud entre los diferentes grupos humanos que componen la sociedad. Esta autora destaca que la equidad es el camino hacia la igualdad de goce del derecho a la salud por parte de las mujeres. Enfatiza que la equidad es un medio y la igualdad es un fin. Junto a lo anterior, manifiesta que la equidad debe observarse en los valores, la subjetividad y aspiraciones de la gente.

Ratificando lo anterior, en el 2011, la International Society of Equity in Health (13) establece que equidad en salud es un valor ético, intrínsecamente normativo, basado en el principio de la justicia distributiva y conforme a los principios de los derechos humanos.

En conclusión y de acuerdo con las definiciones aportadas sobre equidad en salud, se puede afirmar que este concepto se refiere fundamentalmente a la oportunidad justa de acceder a la salud y debe ejecutarse fuertemente en los niveles preventivos de atención. Hace énfasis en la distribución equitativa de recursos, poder, servicios y responsabilidades de los grupos humanos, asimismo, lo refuerza como un valor ético.

Contrario a la equidad está la inequidad y aunque pudiera pensarse que se define simplemente como lo contrario a equidad, hay que destacar que inequidad hace énfasis a las diferencias en salud que son evitables.

En el año 2002 Alleyne (14) conceptualizó inequidad como la existencia de diferencias de salud que son evitables, no deseadas y cuya corrección cabe responsabilizar, teóricamente, a alguna entidad o algún ente. En el año 2004, la Organización Panamericana de la Salud (4, 6, 11), se refiere a inequidad como las desigualdades que son “innecesarias, evitables e injustas”. Posteriormente, en el año 2008, Guarnizo-Herreño & Agudelo (15) mencionaron que inequidad es la presencia de desigualdades innecesarias, injustas y evitables en los fenómenos de salud, enfermedad y muerte entre poblaciones. Este concepto está relacionado con lo social, lo económico, lo demográfico y lo geográfico. Bajo esta perspectiva las inequidades se producen cuando por condiciones de ingreso, raza, sexo, edad, religión u otras situaciones que no han sido producto de una elección voluntaria, condicionan a los individuos a que no logren tener las mismas oportunidades (6, 15).

Respecto a desigualdad, en el 2002 Barbosa Da Silva y Berti Azevedo Barros (16) distinguen entre desigualdad natural y social. Por desigualdad natural, se comprende lo que es consecuencia de diferencias entre individuos y la desigualdad social, aquella que se origina en las distintas posiciones que pueden ocupar los individuos en la estructura social y en las relaciones intergeneracionales, que determinan un acceso diferenciado a los bienes de escasa disponibilidad. Posteriormente, en el año 2006 López, Findling & Abramzón (17) definen desigualdad como la manifestación medible de la injusticia social, a menudo expresada por las diferencias en el riesgo de enfermar y morir.

Todas las definiciones descritas apuntan a que desigualdad en salud está constituida por las diferencias no solo en el acceso a la salud sino también en los procesos de morbilidad que van más allá de la desigualdad natural.

A partir del contexto presentado, se concluye que efectivamente existen diferencias que distinguen la equidad de la inequidad y de la desigualdad. Se reconoce que la equidad involucra lo positivo respecto a las oportunidades y valores para alcanzar la salud. La inequidad por su parte, es la capacidad de detectar la existencia desde el punto de vista de género, acciones evitables en la atención de salud. Finalmente, se entiende que es la desigualdad social, la que nos interesa para determinar que la atención de salud se brinde bajo un enfoque de género.

Enfoque de género en la atención de salud

Pese a la gran contribución que brindan las mujeres al desarrollo de la salud, permanecen en una posición de desventaja dentro del sistema formal e informal de salud (6), donde se deja de lado una visión integradora que considere la multiplicidad de roles que desempeñan y el ciclo vital por las que ellas atraviesan a lo largo de su vida (10).

Lo anterior, destaca la importancia de los sistemas de protección social de salud, en cuanto a la contribución de la eliminación de las desigualdades acumuladas en la vida laboral y colaboración para enfrentar los desafíos que la globalización impone a las formas de organización del trabajo (18). Aunque claro está, no son solo estos sistemas los directamente responsables de todo lo respectivo a equidad en salud, se propone que su contribución vaya ligada a la inclusión en las leyes de las características de los patrones de trabajo de las mujeres, con el fin de que ellas puedan acceder fácilmente a la salud en la sociedad (7). Se enumeran las características de dichos patrones:

a) Menor participación en la fuerza de trabajo remunerada (6, 19). Las mujeres ocupan puestos de baja remuneración y prestigio dentro del sector formal e inclusive hay ocupaciones que se estereotipan como “femeninas”. El destino laboral de las mujeres es el reproductivo o doméstico, entendido como: cuidar, criar a los(as) hijos(as) y proveer atención a los familiares enfermos o con discapacidad, por lo general se invisibiliza y desvaloriza. El destino de los hombres por su parte, es el ámbito público, el trabajo productivo reconocido, que les permite ejercer el rol de proveedor y formalizar el acceso en la atención de salud. Estas diferencias socioculturales y económicas conllevan a

desigualdades sociales importantes que se traducen en brechas de género en el acceso a la atención de salud (1) e implican que para las mujeres existen menores posibilidades de acceder a sus beneficios.

b) Mayor desempleo (20). La maternidad y la crianza, es decir, el trabajo reproductivo causa que las mujeres soliciten más permisos para ausentarse del trabajo formal, lo que las expone al riesgo de perder el empleo y/o dificultad para ser contratadas. Por tal motivo, las mujeres permanecen menos representadas en las estructuras de poder que definen prioridades y asignan recursos para la salud en general (6). Las consecuencias que trae esta inestabilidad laboral inciden en la disminución de sus cotizaciones en salud (19). Las mujeres que no cotizan tienen acceso indirecto a la salud por medio del cónyuge o pareja. Esta situación de dependencia, las pone en riesgo de desprotección de su salud cuando pierden esa vinculación por viudez, separación conyugal o cambios de situación de empleo del cónyuge.

c) Concentración en ocupaciones de baja remuneración (6). En América Latina los estudios permiten constatar que en todas las categorías ocupacionales las mujeres perciben ingresos más bajos que los hombres (21). Además existe una sobre representación en ocupaciones no cubiertas por la seguridad social, como los empleos de tiempo parcial y las ocupaciones del sector informal (22). En los distintos sectores de la economía, la proporción de mujeres, entre los empleados remunerados, es significativamente menor que la de hombres. A lo anterior, se le suma la distribución inequitativa de responsabilidades en el hogar (19), lo que se convierte para las mujeres en doble y triple jornada de trabajo (trabajo reproductivo, productivo y comunitario), debido a la división sexual del trabajo inequitativa (1), lo que corresponde a una forma encubierta de discriminación (7). Todo este contexto va configurando la pobreza en las mujeres y se restringe desproporcionadamente el acceso de estas a los servicios de salud.

d) Diferencia de edad para pensionarse (3). Autores mencionan (19, 23) que esta medida de diferencia de edad supuestamente compensatoria para las mujeres por su actividad en la crianza de los(as) hijos(as), en el fondo esconde una forma de discriminación que se expresa conceptualmente en la difundida idea del agotamiento laboral prematuro de las mujeres (ellas duran menos), además de legitimar el juicio de que esta compensación sería justa —como lo sería el hecho de que los hombres no participen en el trabajo doméstico— y de reforzar la noción de que las mujeres,

por tener una vida laboral más breve, no ofrecen garantías en cuanto a la recuperación de la inversión empresarial en su capacitación.

e) Diferencia en el financiamiento de la salud. Los sistemas de salud cobran más a las mujeres justificándose en las necesidades que estas tienen por la función reproductiva y la supuesta morbilidad que esto acarrea, entonces pagan más que los hombres por mantener su salud (6, 7, 22). Una de las posibles explicaciones de esta inequidad es que las reformas de los sistemas de pensiones se conciben como transformaciones de la política económica, y la institucionalidad de los estados se subordina al cumplimiento de esos objetivos y transformaciones (19). Es en este marco, muchos países han intentado normar y ejecutar políticas de género, incluso algunos le han otorgado rango ministerial, pero en términos generales sus mecanismos aún operan fuera de la toma de decisiones administrativa y financiera y son instancias que se caracterizan por una baja o nula intensidad en términos de visibilidad, protagonismo en el discurso político y disponibilidad de recursos financieros (19, 20).

Es por los motivos señalados, que la equidad en salud debe partir por reconocer a las mujeres con ciudadanía plena, con derecho a tener obligaciones y beneficios de la protección social de salud (14). Un requisito central para llegar a la equidad de género en el financiamiento de la atención de salud es que el costo de la función reproductiva se distribuya solidariamente en la sociedad, en lugar de ser asignado a las mujeres (10) e incorporar en los indicadores de atención de salud aquellos que midan el acceso equitativo a la atención de salud (15).

Praxis del profesional de enfermería con equidad y con perspectiva de género

La equidad de género en salud es un asunto multisectorial y por lo tanto, le corresponde abordarlo a un sinnúmero de disciplinas, entre las cuales Enfermería está incluida, máxime por ser una profesión que se encuentra en constante relación con las personas en diversas realidades sociales y uno de sus roles fundamentales es ser una disciplina defensora de derechos. Para lograrlo, es necesario que incorpore los fundamentos teóricos de la equidad en salud y enfoque de género como categorías de análisis en su formación y ejercicio laboral, que le permitan desarrollar estrategias de acción acorde con el contexto actual.

La sociedad requiere un(a) profesional de Enfermería

que trabaje en la defensa de derechos, desde la abogacía y la consejería; e implica desarrollar acciones en las cuatro áreas del ejercicio de la profesión, se citan algunos ejemplos a continuación:

Área Educativa: Incorporar en la preparación universitaria el tema de equidad de género en el acceso a la salud de manera transversal; por medio de (10, 15): énfasis en la resocialización, capacidad de respuesta a las nuevas tendencias epidemiológicas y diversidad de necesidades desagregadas por género, asegurar la salud como derecho humano universal que involucra una co-responsabilidad social y brindar educación en salud desde un discurso no medicalizado y con metodologías innovadoras (24).

Área Asistencial: Enfatizar el trabajo de equidad desde la perspectiva de género en la atención primaria, por medio de la abogacía y consejería, activando la participación social comunitaria. Trabajar en equipo para la formación de redes con otros sectores y profesiones, con el fin de poder trabajar en pro de la equidad de manera más efectiva y cooperativa, permitiendo la formulación de objetivos comunes (25).

Área Administrativa: Trabajar en la escucha, en la mirada reflexiva, en el empoderamiento y la autonomía para favorecer la toma de conciencia, reconocer tanto que mujeres como hombres (26) pueden participar en la toma de decisiones individuales y colectivas. Observar y comprender cómo opera la discriminación en la atención de salud, para abordar aspectos que tienen que ver con la condición social y económica de las mujeres y los hombres, con el fin de favorecer iguales oportunidades para un acceso equitativo a recursos, servicios y derechos.

Área Investigativa: A través de la investigación visibilizar experiencias, perspectivas, intereses, necesidades y oportunidades de las mujeres, para orientar la construcción de políticas, programas y proyectos institucionales, con acciones dirigidas a lograr equidad en salud. Contribuir al aporte de herramientas teóricas, metodológicas y técnicas para formular, ejecutar y evaluar estrategias que vinculen la biología con la dimensión social y los significados culturales de las personas (27). No asumir los desafíos señalados, significa mantener los niveles de inequidad en atención de salud insatisfacción de las personas, continuar con altos índices de policonsulta y, también, conservar sesgos y segregaciones que se gestan en la educación superior y se consolidan en el mercado laboral (27). Los esfuerzos se deben iniciar cuanto antes y permanecer en el tiempo, porque

mejorar la salud incorporando el enfoque de género equivale a mejorar la situación social y económica de las personas (28).

CONCLUSIONES

La visión de la salud desde el género es imprescindible para el diseño e implementación de políticas públicas de salud, porque esta perspectiva enriquece el perfil epidemiológico de la salud de las personas, el logro de objetivos sanitarios y la calidad y eficiencia de las prestaciones de salud. La perspectiva de género proporciona elementos teóricos y metodológicos para comprender la unión de lo biológico con lo social y aplicarlo a las situaciones de desigualdad en salud.

El patrón laboral de las mujeres se distingue por: menor participación en la fuerza de trabajo, mayor desempleo, concentración en ocupaciones de baja remuneración, sobrerrepresentación en ocupaciones no cubiertas por la seguridad social y la discontinuidad de la historia de trabajo, ocasionada por la gestación y la crianza de los hijos(as); dichos aspectos deben ser revertidos en los sistemas de protección de salud, con el fin de enfrentar de mejor forma los desafíos de las transformaciones que impone la globalización.

Enfermería debe enfocar su praxis en la defensa de derechos desde la abogacía y la consejería, en las diferentes áreas de ejercicio profesional (educacional, asistencial, administrativa e investigativa).

REFERENCIAS

1. Vega J, Bedregal P, Jadue L, Delgado I. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. Rev. méd. Chile. 2003; 131(6):669-678.
2. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Pública. 2002; 11(5/6):302-09.
3. Morales R. Verdadero acceso a la salud: reestructurando el acceso. Rev. costarric. salud pública. 2009; 18 (2):61-3.
4. Chen L, Berlinguer G. Equidad en salud en un mundo que marcha hacia la globalización. En: Evans T, et al. Desafío a la falta de equidad en salud de la ética a la acción. Publicación científica y técnica N°585. Washington: Fundación Rockefeller OPS:36-44.
5. Östlin P, George A, Sen G. Género, salud y equidad: las intersecciones. 2002. En: Evans T, et al. Desafío a la falta de equidad en la salud de la ética a la acción. Publicación científica y técnica N°585. Washington: Fundación Rockefeller OPS: 189-205.
6. OPS, Unidad Género, Étnica y Salud. Indicadores Básicos para el análisis de la equidad de género en salud. Washington, DC: OPS/Paltex. . 2004; 230.
7. Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Pública. 2002; 11(5/6):327-34.

8. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2000.
9. Alleyne G. La equidad y el futuro por labrar en el campo de la salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2001; 10(6):371-75.
10. Valenzuela S, Paravic T, Sanhueza O, Stieповich J. Programa de salud de la mujer en Chile: Relación entre lo teórico y lo empírico en la comuna de Concepción. *Cien enferm*. 2001; 11(1):80-91.
11. Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 11(5/6):454-61.
12. Matamala Mal. Apuntes para la reflexión y acción. La nueva realidad global y el derecho de las mujeres a la salud en ALC. *Revista Mujer Salud*. 2010; 3:22-37.
13. Maceira D. Sociedad Internacional para la Equidad en Salud. *Rev. Col. Anest*. 2011; 39(3):303-07.
14. Alleyne O. Herramientas para la búsqueda de la equidad y la justicia social para todos. *Rev Panam Salud Publica*; 2002; 12(6): i-ii.
15. Guarnizo-Herreño C, Agudelo C. Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2008; 10(1):44-57.
16. Barbosa da Silva S, Berti Azevedo B. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 12(6):375-83.
17. López E, Findling L, Abramzón M. Desigualdades en Salud: ¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres? *SALUD COLECTIVA*. 2006; 2(1):61-74.
18. Malvárez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(3):520-30.
19. Montañó S. La agenda feminista y las reformas de los sistemas de pensiones en América Latina. En: CEPAL. Los sistemas de pensiones en América Latina: un análisis de género. 2004;11-30.
20. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. *Cad Saude Pública*. 2007; 23(2):321-330.
21. García E. Igualdad y Equidad de Género en Políticas de Salud En: *Salud Pública. Enfoque bioético*. Caracas: Editorial Desinlimed; 2005.
22. Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 11(5/6):451- 64.
23. Ackerman M. La discriminación laboral de la mujer en las normas legales y convencionales y en la jurisprudencia de Argentina. En: Birgin H, editor. *Ley, mercado y discriminación: El género del trabajo*. Buenos Aires: Biblos; 2000: 25-46.
24. Piqué E. Guía de buenas prácticas en Atención Primaria con perspectiva de género. *Index*. 2011; 20(4): 267-71.
25. Chamizo C. La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. *Index Enferm*. 2004; 13(46):40-44.
26. Garzón N. Ética profesional y teorías de enfermería. *Aquichán*. 2005; 5(1):64-71.
27. Arcos E, Poblete J, Molina I, Miranda Ch, Zúñiga et al. Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. *Rev Méd Chile*. 2007; 135:708-17.
28. Morera M. Inequidad en salud en Costa Rica: una realidad que no debemos ignorar. *Rev costarric salud pública*. 2009; 18 (2):64-5.