

# DESMONTANDO EL DETERMINISMO BIOLÓGICO MEDIANTE EL GÉNERO

*Undoing Biological Determinism Through Gender*

Lorena Castellanos<sup>1</sup>

Correo electrónico: [lorenacastellanos10@hotmail.com](mailto:lorenacastellanos10@hotmail.com)

1. Investigadora asociada del Departamento de Sociología y Estudios de Género de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador. (*Quito, Ecuador*)

Recibido: 29/03/2020 Aceptado: 21/05/2020



## RESUMEN

En el presente trabajo se aborda al género como un elemento fundamental en las desigualdades sanitarias entre hombres y mujeres tanto en el acceso y relación con los servicios de salud como en los resultados diferenciales referidos a tasas de morbilidad y mortalidad. Para tal efecto y a través de un análisis sociológico de la bibliografía más relevante en cuanto a la temática, se aborda en primer lugar la salud y sus determinantes mediante el estudio de investigaciones que relacionan desigualdades en salud con desigualdades sociales, es decir, las condiciones sociales en la determinación de la salud. En segundo lugar, se abordan algunas reflexiones de la teoría feminista en cuanto al género como categoría analítica cuyo eje central es la desnaturalización de las desigualdades sociales. En tercer lugar, se abordan los estudios sobre género y salud. Estos estudios relacionan la posición de las mujeres en la sociedad, su estado de salud y su utilización de las instituciones sanitarias. Por último, se mencionan algunas consecuencias del sesgo de género en salud. De esta forma se plantea al género como el concepto analítico que desmonta al determinismo biológico en su intento de naturalizar las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, es decir, atribuirles a supuestos hechos biológicos. Se concluye que el género permite entender que las desigualdades sanitarias entre hombres y mujeres no son producto de la biología, sino de un orden social que se expresa tanto en las instituciones sociales como en las prácticas individuales.

*Palabras clave:* género; desigualdad en salud; determinantes sociales de la salud.

## ABSTRACT

In this paper, gender is addressed as a fundamental element in health inequalities between men and women, both with the access and relationship with health services and with the differential results related to morbidity and mortality rates. For this purpose and through a sociological analysis of the most relevant bibliography, this paper addresses, first of all, health and its determinants by studying the research that relates health inequalities with social inequalities, that is, social conditions in determining health. Secondly, some reflections of feminist theory regarding gender as an analytical category whose central axis is the denaturation of social inequalities are addressed. Thirdly, it examines studies on gender and health that analyze the interrelations between the position of women in society, their health condition, and their use of health institutions. Finally, some consequences of gender bias in health are mentioned. In this way, gender is considered as the analytical concept that dismantles biological determinism in its attempt to naturalize health inequalities between men and women, that is, to attribute them to alleged biological facts. We conclude that gender allows us to understand that health inequalities between men and women are not the product of biology, but of a social order that is expressed both in social institutions and in individual practices.

*Keywords:* Gender; Health Inequality; Social Determinants of Health.

## INTRODUCCIÓN

La OMS<sup>1</sup> en el *Acta Constitutiva* de la Organización (1948) y en la *Declaración de Alma Ata* (1978) define la salud como un proceso multidimensional que no da cuenta únicamente de la ausencia de afecciones y enfermedades, sino de un completo estado de bienestar físico mental y social. En dichos documentos se establece además que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social» (OMS, 1948; 1978).

En esa misma línea, la *Carta de Ottawa* (OMS, 1986) establece la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad como prerequisites para la salud. Desde esta perspectiva, la salud ya no es concebida únicamente como ámbito de la biología o de los servicios de salud, sino también del contexto en el que están inscritas las personas. De acuerdo al documento conocido como *Informe Lalonde* (1981), se reconoce que la salud es un campo que se puede dividir en cuatro elementos generales, estos son: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y las organizaciones de cuidado de la salud. De estos cuatro elementos, las últimas contribuyen únicamente en un 11 % a las condiciones de salud de la población (Lamata Cotanda, 1994). Así muchos estudios realizados constatan que el mayor consumo médico no es garantía de un mejor estado de salud (Aday, 1994; Illich, 1975; Margolis, 2013; Mckeown, 1982; OMS, 2011; Rogers, 1997).

Se observa que las variedades del medio, en particular el consumo de alimentos, la educación y los ingresos familiares, son factores que influyen más que el consumo médico en la tasa de mortalidad. Por ejemplo, el aumento de los ingresos puede ejercer un efecto negativo sobre la mortalidad y es dos veces mayor que el consumo de medicamentos. Es decir, si los ingresos sólo aumentan en la misma proporción que el consumo de servicios médicos, el beneficio que supone el aumento del consumo médico quedará anulado e invertido por el pequeño incremento de los ingresos. De manera análoga, la educación actúa sobre el nivel de vida en una proporción dos veces y media mayor que el consumo médico. Por consiguiente, para una vida prolongada,

---

<sup>1</sup>La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948 (OMS 1948).

es preferible poseer un mayor nivel de educación que un mayor consumo médico. (Foucault, 1993, p. 53).

Se entiende entonces que la salud es el resultado de la interacción de factores sociales, políticos, económicos, culturales y biológicos, es decir «una síntesis de multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que le rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional» (Briceño León, 2000, p. 15). Esa multiplicidad de factores o procesos es lo que la OMS (2008; 2011) llama «determinantes sociales de la salud», es decir, las condiciones de la sociedad en las que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece (OMS, 2011). Los determinantes sociales de la salud dan cuenta tanto de las condiciones individuales como de las estructurales, abarcando las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo, el trabajo digno, la vivienda, el medio ambiente, los sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud (OMS, 2011). De acuerdo a la OMS, «los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país» (2011).

Tomando en cuenta que el género es considerado por la OMS como un determinante social de la salud, se pretende en la presente investigación utilizar este concepto analítico para desmontar al determinismo biológico en su intento de naturalizar las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, es decir, la atribución de dichas desigualdades a supuestos hechos biológicos.

## **METODOLOGÍA**

En la presente investigación se realiza un análisis de la literatura relevante que aborda las desigualdades sanitarias entre hombres y mujeres tanto en el acceso y relación con los servicios de salud como en los resultados diferenciales referidos a tasas de morbilidad y mortalidad. Este análisis se realiza tomando en consideración la categoría género como un concepto analítico clave en la desnaturalización de las desigualdades sociales.

Luego de una búsqueda en diferentes bases de datos como EBSCO, OVID y JSTOR se selecciona la literatura relevante considerando tres ejes. El primero es el relacionado con las condiciones sociales como determinantes de la salud, que es abordado mediante de los estudios de poblaciones en situación de vulnerabilidad en salud. Estos estudios

definen a grupos humanos vulnerables como grupos que han incrementado el riesgo de problemas de salud física, psicológica y/o social. La evidencia del riesgo diferencial en dichas poblaciones incluye prematura mortalidad, incremento en la morbilidad, disminución del estado funcional y disminución en la calidad de vida (Flaskerud y Winslow, 2010; Lantz, et al., 1998; 2010; Power y Matthews, 1997). Se toma en cuenta para el efecto las investigaciones de Ada Rogers, Lu Ann Aday y David Blane entre otros.

En segundo lugar, se abordan algunas reflexiones de la teoría feminista en cuanto al género como categoría analítica cuyo eje central es la desnaturalización de las desigualdades sociales. Esto se realiza considerando los estudios de Joan Scott, Marcela Lagarde, Teresita de Barbieri, Verena Stolcke y María Jesús Izquierdo. Por último, se abordan los estudios sobre género y salud. Estos estudios relacionan la posición de las mujeres en la sociedad, su estado de salud y su utilización de las instituciones sanitarias. Para esto, se plantean las investigaciones de Jaime Breilh, Carmen Valls Llobet, Lois Verbrugge, María Pilar Matud Aznar y Elsa Gómez Gómez, entre otras.

## **DESARROLLO ARGUMENTATIVO**

Desde la perspectiva de la multicausalidad biológica y social de la salud, se aborda en el presente apartado sus determinantes sociales mediante el análisis de investigaciones que relacionan desigualdades en salud con desigualdades sociales. A continuación, se analizan los estudios que consideran al género como un concepto analítico clave en la desnaturalización de las desigualdades sociales. Por último, los que lo consideran como determinante social de la salud, es decir, estudios que relacionan la posición de las mujeres en la sociedad, su estado de salud y su utilización de las instituciones sanitarias.

### **Las condiciones sociales como determinantes de la salud**

Existe vasta literatura en el ámbito de la salud pública que relaciona las desigualdades en las condiciones de salud con dinámicas sociales. Ada Rogers (1997), por ejemplo, afirma que ciertos grupos tienen mayor probabilidad de enfermar debido a sus características inherentes e individuales, tales como edad, género, raza o etnia, apoyo social, educación, ingresos y cambios en la vida. La autora afirma que existe suficiente evidencia que apoya que algunos segmentos de la sociedad son más vulnerables a problemas de salud que otros, como por ejemplo los niños y niñas, las personas muy ancianas, las mujeres, las

minorías étnicas, las que tienen poco apoyo social, poca educación, ingresos bajos y las que están desempleadas (Rogers, 1997).

Lu Ann Aday, por su lado, también afirma que las desigualdades en salud tienen origen en experiencias sociales. Afirma que los riesgos individuales en salud se deben a la falta de ciertos recursos sociales y personales que son esenciales para el bienestar, como son el estatus social, el capital social y el capital humano (1994). Muchos otros estudios igualmente relacionan la desigualdad en salud con desigualdades socioeconómicas. Estos estudios afirman que las personas de estatus socioeconómico alto, expresado en términos de educación, ingresos, situación laboral y clase social, tienden a tener una mejor salud (Blane, 1995; Stewart Williams, et al., 2013). Desde esta perspectiva, la posición socioeconómica es teóricamente la «causa fundamental» de la salud, por lo que un mayor nivel socioeconómico confiere los recursos intrapersonales, interpersonales y contextuales necesarios para producir y mantener la salud durante toda la vida (Adler y Newman, 2002; Lantz et. al., 2010). Asimismo, afirman que la probabilidad de que un individuo se vea expuesto a múltiples factores de riesgo que pongan en peligro su salud a lo largo de su vida está influenciada poderosamente por la posición social (Power y Matthews, 1997).

En esa misma línea, estudios longitudinales han demostrado una relación inversa entre la posición socioeconómica con morbilidad y mortalidad (Lantz et al., 1998; Blane, 1995; Stewart Williams et al., 2013; Power y Matthews, 1997). De acuerdo con estos estudios, las personas de estratos sociales más bajos tienen un mayor riesgo de problemas de salud debido a que están, entre otras razones, expuestas a mayores riesgos laborales y ambientales, y porque tienen un menor acceso a servicios públicos en general y servicios de salud preventiva y curativa en particular (Lantz et al., 1998).

A pesar de que los autores mencionados anteriormente vinculan la desigualdad en salud con condiciones sociales, no abordan específicamente el género como determinante social de la salud, es decir las normas, roles y relaciones de género que afectan los indicadores de salud de una población, situación que será abordada en los siguientes apartados.

### **El género en la desnaturalización de las desigualdades sociales**

El género es considerado por la OMS (2008) como un determinante social de la salud porque incide directamente en las desigualdades sanitarias, tanto en el acceso y relación

con los servicios de salud de calidad como en los resultados diferenciales referidos a tasas de morbilidad y mortalidad a lo largo de la vida.

El género es un concepto relacional. Para Marcela Lagarde (2014), el género constituye una categoría de las ciencias sociales que permite analizar las relaciones entre hombres y mujeres en un contexto determinado. Desde esta perspectiva, las experiencias de las mujeres solamente pueden comprenderse si se analizan en sus relaciones con los hombres (Stolcke, 1992). Joan Scott (2008), por su lado, afirma que el género, que es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, la cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos, es además una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder. Desde el abordaje de la «sociología del conflicto», «los sistemas de género son arreglos institucionales históricos resultantes de vínculos de poder, que determinan las relaciones legítimas entre los seres humanos en tanto seres sexuados» (De Barbieri, 1998, p. 8). Estos arreglos institucionales históricos dan cuenta de un orden social y no biológico, por lo que las experiencias de subordinación de las mujeres no son consecuencia de sus características físicas o corporales, sino de una sociedad patriarcal y jerárquica que genera desigualdades.

A pesar de ello, persiste el hecho de explicar, a partir de la biología, la génesis de las desigualdades sociales mediante el concepto conocido como determinismo biológico (Izquierdo, 2013). El determinismo biológico presupone que hay algo en la biología humana que explica la relación de desigualdad entre hombres y mujeres. A partir de este concepto, se considera al comportamiento humano como resultado de la anatomía, fisiología y biología, al margen de la historia, la sociedad, la cultura, la política y la economía. Se considera que existen factores biológicos innatos e inmutables en el ser humano, como los órganos, las células, los genes y las hormonas que influyen en su comportamiento. Es un concepto relativamente nuevo, aparece en el contexto del tránsito de la sociedad medieval a la sociedad moderna, en la que el paradigma revelacional, es decir el conocimiento adquirido por revelación divina, cambia al científico. Además, en el tránsito de una sociedad en la que el orden jerárquico era legitimado por la voluntad divina y la tradición a una sociedad organizada en torno a un pacto social de individuos libres e iguales (Izquierdo, 2013).

Para evitar el debilitamiento de este nuevo orden basado en los principios de libertad, igualdad y fraternidad se atribuye a la biología mediante el determinismo biológico el

origen de las desigualdades sociales, produciéndose lo que Verena Stolcke (1992) denomina «naturalización de las desigualdades sociales».

La desigualdad de género en la sociedad de clases resulta de una tendencia histórica a «naturalizar» ideológicamente las desigualdades socioeconómicas que imperan. Esta «naturalización» es un subterfugio ideológico que tiene como fin reconciliar lo irreconciliable, a saber, la ilusión de que todos los seres humanos, libres e iguales por nacimiento, gozan de igualdad de oportunidades, con la desigualdad socioeconómica realmente existente, en interés de los que se benefician de esta última. Esta «naturalización» ideológica de la condición social juega un papel central en la reproducción de la sociedad de clases y explica el significado especial que se atribuye a las diferencias sexuales. (Stolcke, 1992, p. 89)

El género como concepto analítico cuestiona el determinismo biológico y su naturalización al afirmar que la desigualdad entre hombres y mujeres tiene causas sociales, culturales e históricas, no biológicas. Según Verena Stolcke, «el concepto analítico de género» pretende poner en cuestión el enunciado esencialista y universalista de que «la biología es destino» (1992, p. 89). El género permite entender que las desigualdades entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud, tanto en los resultados como en la relación con sus instituciones, tampoco son producto de la biología, sino de un orden social, histórico y cultural.

Las investigaciones de género y salud no se reducen al conocimiento de indicadores de enfermedades que afectan primordial o totalmente a un género, ni tampoco se limitan a buscar el nexo empírico de la patología femenina con factores sociales correlacionados, deben más bien explicar cómo intervienen las condiciones y relaciones de género en el proceso de determinación de la salud-enfermedad. Para hacerlo tienen que tomar en cuenta que esas relaciones se modifican históricamente y que tienen expresiones distintas en los diversos grupos humanos que una sociedad tiene. (Breilh, 1993, p. 57)

Dichas relaciones de género se expresan en el nivel macro y microsocioal, es decir en representaciones colectivas, tanto en las instituciones sociales (leyes, familia, educación, religión, política) como en las prácticas individuales (De Barbieri, 1998). A nivel microsocioal, las diferencias en las condiciones de salud dan cuenta de roles, normas y una socialización diferencial de género. A nivel macrosocioal, las instituciones de salud, sus

discursos y sus agentes refuerzan la socialización diferencial de género mediante dispositivos de disciplinamiento con los que se sanciona su acatamiento o desviación.

### **Estudios sobre género como determinante social de la salud**

Los estudios sobre género como determinante social de la salud apuntan a entender la relación entre la posición social de las mujeres, su estado de salud en términos de morbimortalidad, y su relación con las instituciones sanitarias. Dentro de estos estudios, se encuentran los aportes de Jaime Breilh (1991; 1993; 1996; 1999), que incorpora la categoría género en el análisis de la epidemiología crítica o investigación de los fenómenos colectivos de la salud, no como una variable más, sino como una perspectiva para una transformación profunda de la vida humana (Breilh, 1996). Al respecto de la importancia de la categoría género en su trabajo, el autor afirma:

En definitiva lo que nuestro trabajo plantea, unas veces de manera implícita y otras explícita, es que la epidemiología de género no se reduce a la investigación de indicadores de morbilidad y mortalidad que afectan a la mujer, total o principalmente, ni a los contrastes estadísticos entre sexos, por importante que ese tipo de análisis sea. La idea que deseamos empujar es la de que "género" no es una variable interesante para estratificación, ni es sólo un problema conceptual como categoría teórica, es fundamentalmente una perspectiva humana y política para enfocar la lucha por la salud y la defensa de la vida. (1996, p. 52)

Por su lado, Carme Valls-Llobet (2000) plantea que solamente una visión de los problemas de salud basada en lo biológico, psicológico y social puede aportar un modelo para estudiar las desigualdades de género en el terreno de la salud. La autora afirma que existe un sesgo de género en la atención médica en el que se asume en primer lugar una mirada androcéntrica que considera al hombre como la medida de las enfermedades, impidiendo visibilizar los problemas de salud específicos de las mujeres. Según la autora, esta mirada androcéntrica se evidencia en la mayoría de los ensayos clínicos que se realizan únicamente a hombres, suponiendo que los resultados se pueden aplicar automáticamente a las mujeres, además en que los factores de riesgo y los protectores para la salud detectados en hombres se extrapolan directamente a mujeres (Valls-Llobet, 2000). El sesgo de género se evidencia también en la noción que tienen profesionales sanitarios y actores políticos de que la salud de las mujeres da cuenta únicamente de

aspectos reproductivos, ocultándose los efectos del trabajo de producción y cuidado en la salud de las mujeres (Valls-Llobet, 2000).

La autora afirma que, como resultado de este sesgo de género en la atención sanitaria, se invisibilizan la morbilidad diferencial de género y las manifestaciones diferenciales de la enfermedad; además, el proceso de atención y de tratamiento médico se ve condicionado (Valls-Llobet, 2000). Por ejemplo, algunos estudios (Cafferata y Meyers, 1990, citado por Paltiel, 1993) han comprobado que se recetan a mujeres más medicamentos psicotrópicos, incluso ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, antipsicóticos y antidepresivos, que a hombres aproximadamente en una proporción estimada de dos a uno. Heather Ashton (1991) confirma esta afirmación en un estudio en el que observó que se prescriben más del doble de psicotrópicos en mujeres europeas y norteamericanas que en hombres, concluyendo que existe un sesgo de género en el diagnóstico médico y en la elección del medicamento. Además, afirma que el uso excesivo de drogas psicotrópicas para las mujeres es inapropiado y no está estrechamente relacionado con los síntomas o condiciones para las cuáles se prescriben, por lo que el uso crónico de dichos fármacos especialmente benzodiacepinas puede agravar el problema al inducir la dependencia y los síntomas de abstinencia.

Lois Verbrugge, quien realiza un resumen de las investigaciones empíricas, especialmente de investigaciones sociológicas de un período entre 10 y 15 años sobre la relación entre género y salud, afirma que «las diferencias de sexo en la salud son principalmente el resultado de los riesgos diferenciales adquiridos de los roles, del estrés, de los estilos de vida y de prácticas preventivas de salud» (1985, p. 156). María Pilar Matud Aznar (2008), otra autora que trabaja el tema de la salud desde la perspectiva de género destaca la relevancia de los factores sociales en el surgimiento y desarrollo de las diferencias de género en salud. Menciona que a pesar del peso del modelo biomédico que trata de explicar dichas diferencias desde la biología, «existen pocos descriptores moleculares de factores de riesgo para la salud asociados específicamente al género» (Rin y Zinder, 2005; citado por Matud Aznar, 2008). Afirma que, desde una perspectiva social, «los estados de salud están ordenados y constreñidos por los mecanismos de control social y la distribución de los recursos de poder» (2008, p. 77).

Elsa Gómez Gómez realiza un estudio empírico sobre la equidad en la de utilización de los servicios de salud en siete países de América Latina y el Caribe, concluyendo que

las diferencias en el consumo de los servicios de salud entre hombres y mujeres responden a diferentes causas:

A distintos tipos de necesidades de atención; a patrones de socialización diferencial con respecto al reconocimiento de los síntomas, la percepción de la enfermedad y la conducta de búsqueda de atención; y a factores estructurales e institucionales que facilitan u obstruyen diferencialmente el acceso a los servicios de salud. (2002a, p. 329)

De acuerdo con la autora, existen necesidades y usos diferenciales en salud entre hombres y mujeres, por lo que la equidad de género en salud no se manifiesta en cuotas iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres. Por el contrario, exige que los recursos se asignen y se reciban en forma diferenciada, de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y en cada contexto socioeconómico (Gómez Gómez, 2002a). Tampoco implica tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino la eliminación de desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles, con el propósito de disfrutar el mayor potencial de salud. El problema no es que existan diferencias, «sino que las desigualdades pongan sistemáticamente en desventaja a un grupo» (Gómez Gómez, 2002b, p. 455).

### **El sesgo de género en salud y algunas de sus consecuencias**

La socialización diferencial de género influye en la forma en la que hombres y mujeres se relacionan con la salud, su cuidado y las instituciones del sector:

Las expectativas culturales y el ejercicio de las mismas en cuanto al rol de «cuidadoras» de la salud hacen que las mujeres, más que los hombres, aprendan a familiarizarse con la detección de síntomas de enfermedad y con los procesos formales o informales de cuidado de la salud. (Gómez Gómez, 2000, p. 330)

Esta situación ha conducido, entre otras situaciones, a que las mujeres sean las «oficialmente» encargadas del cuidado de su propia salud y de la de los demás miembros de su entorno familiar. Este rol de cuidadoras se refuerza a través de las instituciones sociales mediante «la sanción positiva o negativa del acatamiento o desviación de los estereotipos de masculinidad y feminidad» (Gómez Gómez, 1993, p. xi).

Los cuidados de salud ofrecidos desde el entorno más cercano por personas que generalmente no reciben remuneración alguna conforman el denominado cuidado

informal o familiar de salud (Delicado 2011). El impacto de los cuidados informales familiares en la salud es significativo porque no da cuenta únicamente con el cuidado en la enfermedad, sino con el cuidado de la vida en su totalidad. María Ángeles Durán menciona tres tipos de servicios brindados por el cuidado informal familiar de la salud y enfermedad:

a) Servicios de infraestructura básica, alojamiento, alimentación, limpieza, seguridad, compañía, relaciones sociales, etc.; b) servicios no remunerados relacionados directamente con la enfermedad (prediagnóstico, compañía, aplicación o vigilancia de tratamientos, etc.); c) gestión del consumo de servicios sanitarios (elección, tramitaciones, pagos, información, compra de medicamentos, etc.). (2002, p. 76)

Se observa entonces que, en el cuidado informal familiar de la salud, se requiere tanto de la satisfacción de las necesidades básicas generales individuales como la atención específica y la gestión de los servicios sanitarios. Las necesidades de atención de los enfermos son variadas y comprenden la ayuda para la realización de sus necesidades fisiológicas como aseo personal y alimentación; atención en las necesidades psicológicas como afecto, compañía, apoyo moral y motivación; y gestión de la enfermedad como la administración o supervisión de la toma de medicamentos, transporte a las unidades de salud, etc.

En un estudio realizado en 2009 por el Instituto Nacional de Estadística en España se encontró que el 76,3 % de las personas identificadas como cuidadoras principales eran mujeres; en otro realizado en Albacete la proporción de mujeres entre las personas que cuidan es del 82,8 % y la de varones del 17,2 % (Delicado, 2012). Así pues, en términos generales en España, la proporción de mujeres como cuidadoras oscila entre el 74 % y el 93 %, siendo los valores más frecuentes los que se sitúan entre el 74 y el 83 % en diversos estudios (Delicado, 2012). Estos datos permiten concluir que los cuidados informales de la salud son una tarea generizada.

Las repercusiones de los cuidados de la salud en la propia salud de las cuidadoras son diversas. Según la encuesta del Centro de Investigaciones Sociales (CIS), en España la salud de las personas que brindan un cuidado informal familiar es afectada con problemas osteomusculares; cansancio, que puede llegar a la fatiga crónica; malestar psíquico, que se expresa en tristeza, abatimiento, desánimo y depresión en los casos más graves; somatización, estrés, y pluripatologías en general (Delicado 2011). Paradójicamente, los

cuidados de la salud pueden ser una de las causas sociales de la mayor morbilidad de las mujeres, tanto en incidencia de enfermedades agudas, como prevalencia en enfermedades crónico-degenerativas.

## **CONCLUSIONES**

A pesar de que existe vasta literatura en el ámbito de la salud pública que da cuenta de la salud como resultado de sus determinantes sociales, gran parte de dicha literatura no aborda al género como uno de ellos. El género como determinante social de la salud incide en las desigualdades sanitarias, tanto en el acceso y relación con los servicios de salud de calidad como en los resultados diferenciales de salud referidos a tasas de morbilidad y mortalidad a lo largo de la vida de las personas. Así, a pesar del intento del determinismo biológico de naturalizar las desigualdades sociales, es decir, atribuir las a supuestos hechos biológicos, el género como concepto analítico permite entender que estas no son producto de la biología, sino de un orden social que se expresa tanto en las instituciones sociales como en las prácticas individuales.

Los estudios sobre género como determinante social de la salud apuntan a entender la relación entre la posición social de las mujeres, su estado de salud, la atención médica que reciben y la utilización de las instituciones sanitarias. El sesgo de género en la atención médica, por ejemplo, impide visibilizar la morbilidad y las manifestaciones diferenciales de las enfermedades. Además, condiciona el proceso de atención y tratamiento médicos. La socialización de género por su lado determina el comportamiento con respecto a la salud y la relación con los servicios sanitarios de hombres y mujeres, generando un impacto diferencial en la utilización de las instituciones de salud.

De esta forma, la mayor utilización de las mujeres de las instituciones de salud es resultado de la socialización diferencial de género que las destina como las responsables principales de los cuidados informales familiares de la salud. La evidencia indica que esta situación puede ser una de las causas de la mayor morbilidad de las mujeres, tanto en incidencia de enfermedades agudas como prevalencia en enfermedades crónico-degenerativas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAY, Lu Ann. Health status of vulnerable populations. En: *Annual review of public health*. 1994, vol. 15, núm 1, pp. 487-509.
- ADAY, Lu Ann. *At Risk in America: The Health and Health Care Needs of Vulnerable Populations in the United States*. San Francisco, California: John Wiley & Sons., 2002.
- ADLER, Nancy; NEWMAN, Katherine. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. En: *Health affairs*. 2002, vol. 21, núm. 2, pp. 60-76.
- ÁLVAREZ CASTAÑO, Luz Stella. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. En: *Gerencia, Política y Salud*. 2009, vol. 8, núm. 17, pp. 69-79.
- ARRIAGA, Eduardo. Comparación de la mortalidad en las Américas. En: *Estudios Demográficos y urbanos*. 1992, vol. 7, núm. 2/3, pp. 407-449.
- ASHTON, Heather. Psychotropic-drug prescribing for women. En: *The British Journal of Psychiatry*. 1991, supl. vol. 10, pp. 30-35.
- BLANE, David. Social determinants of health--socioeconomic status, social class, and ethnicity. En: *American Journal of Public Health*. 1995, vol. 85, núm 7, pp. 903-905.
- BREILH, Jaime. *Género, poder y salud. Series Mujer*. Ibarra: UTN-CEAS, 1993.
- BRICEÑO-LEÓN, Roberto; SOUZA, María Cecilia; COIMBRA, Carlos. Bienestar, salud pública y cambio social. En: *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, pp. 15-24.
- DE BARBIERI, Teresita. Género, una dimensión de la desigualdad social. En: *Pensamiento Iberoamericano*. 1998, vol. 28, pp. 7-11.
- DELICADO, María Victoria. *Cuidadoras familiares: calidad de vida, repercusión de los cuidados y apoyos recibidos*. Madrid: TALASA ediciones. 2011.
- DURÁN HERAS, María Ángeles. *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA. 2002.
- FLASKERUD, Jacquelyn; STREHLOW, Aaron. A culture of homelessness? En: *Issues in Mental Health Nursing*. 2008, vol. 29, núm. 10, pp. 1151-1154.
- FLASKERUD, Jacquelyn; WEHTJE WINSLOW, Betty. Vulnerable Populations and Ultimate Responsibility. *Issues in Mental Health Nursing*. 2010, vol. 31, núm. 4, pp. 298-299.
- FOUCAULT, Michel. *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Ediciones Altamira. 1993.
- GÓMEZ GÓMEZ, Elsa. *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Washington D.C.: OPS, 1993.
- GÓMEZ GÓMEZ, Elsa. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002a, vol. 11, núm. 5-6, pp. 327-334.

- GÓMEZ GÓMEZ, Elsa. Equidad, género y salud: retos para la acción. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002b, vol. 11, núm. 5-6, pp. 454-461.
- ILLICH, Iván. *Némesis Médica, expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores, 1975.
- INEC. *Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones*. Quito, Ecuador: INEC, 2019.
- IZQUIERDO, Mara Jesús. La socialización de género. La construcción social del género. En: DÍAZ MARTÍNEZ, Capitolia; MORENO, Dema. *Sociología y género*. Madrid: Tecnos, 2013.
- LAGARDE, Marcela. *Los cautiverios de las mujeres. Madresesposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Siglo XXI. 2014.
- LALONDE, Marc. *New perspective on the health of Canadians a working document*. Canadá: Minister of supply and services, 1981.
- LAMATA COTANDA. Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del Informe Lalonde. En: *Gaceta Sanitaria*. 1994, vol. 8, núm. 43, pp. 189-194.
- LANTZ, Paula, et al. Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: Results from a nationally representative prospective study of us adults. En: *JAMA*. 1998, vol. 279, núm. 21, pp. 1703-1708.
- LANTZ, Paula, et al. Socioeconomic and behavioral risk factors for mortality in a national 19-year prospective study of US adults. En: *Social science & medicine*. 2010, vol. 70, núm. 10, pp. 1558-1566.
- MARGOLIS, Rachel. Educational differences in healthy behavior changes and adherence among middle-aged Americans. En: *Journal of Health and Social Behavior*. 2013, vol. 54, núm. 3, pp. 353-368.
- MATUD AZNAR, María Pilar. Género y salud. En: *Suma Psicológica*. 2008, vol. 15, núm. 1, pp. 75-94.
- MCKEOWN T. *El papel de la medicina ¿sueño, espejismo o némesis?* Madrid: Siglo XXI, 1982.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Acta Constitutiva*. Ginebra: OMS, 1948.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Actas oficiales de la Organización Mundial de Salud No. 240. 30 Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 2- 19 de mayo de 1977, parte I: Resoluciones y Decisiones, anexos*. Ginebra: OMS, 1977
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Declaración de Alma Ata*. URSS: OMS, 1978
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Carta de Ottawa*. Canadá: OMS, 1986
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Conferencia mundial sobre determinantes sociales de la salud: Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Rio de Janeiro: OMS, 2011
- PALTIEL, Freda, et al. La salud mental de la mujer de las Américas. En: *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Washington: OPS, 1993, pp. 143-161.

- POWER, Chris; MATTHEWS, Sharon. Origins of health inequalities in a national population sample. En: *Lancet*. 1997, vol. 350, núm 9091, pp. 1584-1589.
- ROGERS, Ada C. Vulnerability, health and health care. En: *Journal of Advanced Nursing*. 1997, vol. 26, núm. 1, pp. 65-72.
- RUIZ-CANTERO, María Teresa, et. al. «A framework to analyse gender bias in epidemiological Research». En: *Journal of Epidemiology &Community Health*. 2007, vol. 61, num. 2, pp. 46-53.
- SCOTT, Joan. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: *Género e historia*. México: FCE-UNAM, 2008.
- SENNOTT-MILLER, Lee. La mujer de edad avanzada en las Américas. Problemas y posibilidades. En: *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington: OPS, 1993, pp. 114-123.
- STEWART WILLIAMS, Jennifer; CUNICH, Michelle; BYLES, Julie. The impact of socioeconomic status on changes in the general and mental health of women over time: evidence from a longitudinal study of Australian women. En: *International Journal for Equity in Health*. 2013, vol. 12, núm 1, pp. 25-35.
- STOLCKE, Verena. ¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad? En: *Mientras Tanto*. 1992, vol. 48, pp. 87-111.
- VALLS-LLOBET, Carme. Desigualdades de género en salud pública. En: *Quadern CAPS*. 2001, vol. 30, 2001, pp. 34-40.
- VERBRUGGE, Lois. Gender and health: an update on hypotheses and Evidence. En: *Journal of health and social behavior*. 1985, pp. 156-182.