

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA- MEDICINA
ANTROPOLOGÍA MÉDICA

Integrantes:

***Armijos Anyela**

***Burneo Joselyn**

***Cucalon Andrea**

***Hipo William**

***Ruiz Dario**

Paralelo: Nº 6 – Ciclo Nº2

GÉNERO, CULTURA Y LOS PROBLEMAS DE ACCESO A LA SALUD

Las desigualdades en salud se definen como "las diferencias innecesarias y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud en grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente".

Al igual que las desigualdades sociales y de género, las desigualdades en salud se producen en todos los grupos de población y su expresión más radical son los grupos de exclusión social. La Atención Primaria constituye la puerta de entrada del sistema sanitario, siendo el nivel asistencial con el que gran parte de la población realiza su primer contacto y el que utiliza un mayor porcentaje de la población. Estas características lo hacen idóneo como entorno donde explorar y aplicar estrategias para la reducción de las desigualdades en salud.

La salud de hombres y mujeres ¿Cuestión de sexo o género?

Factores sociales y culturales: Género

Además de lo biológico, la salud de hombres y mujeres varía según la clase social, el grupo étnico y la edad, así, se puede observar que las poblaciones más afectadas son las más pobres, las pertenecientes a grupos minoritarios numéricamente hablando, y/o, con menor poder, tales como, grupos étnicos minoritarios, homosexuales, mujeres y menores de edad. Cuando se controlan todos estos factores se encuentra que las diferencias en la salud de hombres y mujeres persisten y que no se pueden explicar por las categorías arriba planteadas, para ello, la categoría de género nos ofrece la posibilidad de encontrar algunas explicaciones a tales diferencias en los perfiles de salud.

El género se refiere a las expectativas que la sociedad tiene acerca del deber ser y las prescripciones culturales sobre lo que es "propio" de los hombres y lo que es "propio" de las mujeres; a las relaciones, los conflictos y las desigualdades entre ellos y ellas, las relaciones de poder que se establecen entre los géneros, a la división sexual del trabajo a partir de la cual se determinan las actividades consideradas "propias" de hombres y "propias" de mujeres; todo lo anterior como producto de la simbolización de la diferencia biológica de los sexos, esto último genera la "naturalización" de lo que en realidad es creado y sostenido por la sociedad y es por lo tanto aprendido a través de la socialización que se da en forma diferenciada para los géneros desde el nacimiento.

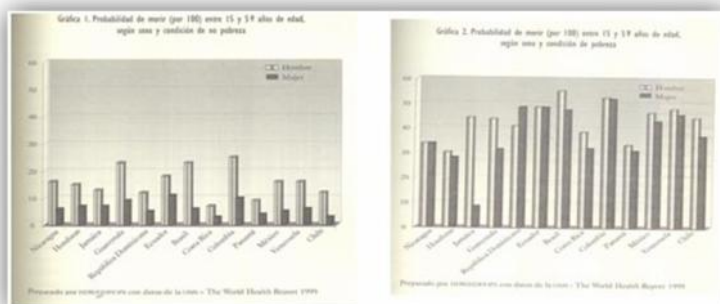
Las diferencias de género crean condiciones de inequidad que generan desigualdad entre hombres y mujeres, siendo ellas las más afectadas, desigualdad que se traduce en mayor pobreza, sometimiento, limitación de la libertad y la autonomía, el desempeño de trabajo poco reconocido y muchas veces no remunerado, a los hombres en cambio, la sociedad les otorga el poder, la libertad, la posesión y el control de los bienes materiales y simbólicos y las actividades de prestigio y mejor remuneradas. Estas condiciones estructurales producidas desde el género, que ofrecen ventajas y desventajas a los géneros, se encarnan en el cuerpo de hombres y mujeres afectando su salud de manera distinta.

Estas diferencias en la salud de acuerdo al género varían en los diferentes continentes, países y regiones y se asocian fundamentalmente al grado de asimetría en los distintos sistemas de sexo/género. Latinoamérica presenta la mayor

desigualdad de género en salud, los países con menor desigualdad de género fueron Costa Rica, Perú y Chile; México ocupa el cuarto lugar en la región y el lugar 51/58 de los países de desarrollo alto. Suecia, Dinamarca, Japón, Finlandia y España presentan la menor desigualdad entre estos países.

El género y la pobreza

El género no actúa de manera independiente, sino que, se entrecruza con la clase social, la étnia y algunos aspectos biológicos. En cuanto a la salud, se observa que las mujeres presentan una mayor desventaja en sus condiciones de salud, en especial las más pobres, y dentro de éstas, las de grupos étnicos minoritarios así como las más jóvenes. La pobreza tiene un efecto más negativo en la salud de las mujeres que en la de los hombres tal como lo demuestran las cifras de trece países latinoamericanos en los que se observa, que, en los grupos de mayores ingresos el riesgo de muerte prematura es mayor para los hombres, pero, en los grupos de menores ingresos la ventaja biológica de sobrevivida que tienen las mujeres disminuye y la diferencial se reduce considerablemente e incluso se pierde, esto debido a que mientras la pobreza multiplica por 2 y hasta por 5 el riesgo de muerte prematura en los hombres, en las mujeres se multiplica por 4 y hasta doce veces. A esto se suma la mayor pobreza de las mujeres a escala poblacional en todas las clases sociales.



La pobreza más acentuada de las mujeres aunada al menor valor social que se les otorga, condiciona la mayor desnutrición y anemia que sufre este sector de la población en diferentes países y regiones del mundo, debido a que, en la familia, los hombres y niños por su papel de proveedores y el mayor valor social que se les asigna reciben los mejores alimentos y en mayor cantidad que las mujeres y niñas. Problema que se acentúa por aspectos biológicos privativos del sexo femenino, tales como, la pérdida de sangre debida a la menstruación y al embarazo, especialmente cuando se presentan espacios intergésicos cortos.

Las infecciones de transmisión sexual

(sífilis, gonorrea, etc. y la infección con el VIH/SIDA).

El caso del VIH muestra, quizá, una de las desigualdades más radicales en las relaciones de poder entre hombres y mujeres. En muchos países en vías de desarrollo, las inequidades, la presión social, las falsas creencias y la falta de educación sobre el virus hacen que la mujer resulte más vulnerable ante la infección por el VIH que los hombres. Según la Coalición Global sobre el SIDA y Mujeres, en algunos de los países más afectados (Sudáfrica, Zimbabwe y Zambia) las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años tienen hasta cinco veces más posibilidades de ser infectadas que los hombres jóvenes.

Las adicciones y los problemas de salud

El alcoholismo, tabaquismo y adicciones predominantes en el sexo masculino se consideran cultural y socialmente como algo “propio” de los hombres, por ello se inducen e incluso se festeja, porque además, se contempla como un símbolo de libertad masculina, de hombría. Esto aunado a los atributos de la masculinidad de agresividad, valentía, competitividad y la proclividad a resolver los problemas por medio de la violencia aprendido desde la niñez, los lleva a adoptar conductas y actitudes que los conduce a adoptar prácticas de riesgo, tales como, involucrarse en pleitos y

riñas frecuentemente, conducir a exceso de velocidad, asumir actividades riesgosas, que muchas veces culminan en casos fatales. Esta red de símbolos, significados y prácticas se asocian a la mayor morbi-mortalidad por cirrosis hepática, cáncer pulmonar, accidentes y homicidios. Además el alcoholismo y las adicciones son desencadenantes del ejercicio de la violencia contra mujeres y niños.

En contraste, en el caso de las mujeres el alcoholismo y las adicciones se acompañan de rechazo social ya que no se espera que ellas no asuman esta conducta, por esta razón, las mujeres alcohólicas son estigmatizadas y viven una gran soledad que las obliga a ocultar su problema, sufren depresión, son maltratadas y abandonadas por su pareja. Aunque, en México no está muy bien estudiado, en otros países se ha observado, que muchas veces, el alcoholismo femenino es secundario al alcoholismo de su pareja.

En los hombres muchas de las muertes prematuras por enfermedades cardiovasculares se deben, en parte, a búsqueda tardía de atención, misma, que se asocia a un sentimiento de vulnerabilidad y debilidad (lo femenino), que entra en contradicción con el sentimiento de invulnerabilidad y fortaleza que como parte de su subjetividad construye la masculinidad. En cambio, en las mujeres algunas de las muertes prematuras se deben a la atención tardía de parte del personal médico que no inicia el tratamiento oportunamente porque esta enfermedad se ha estereotipado como un problema exclusivamente masculino y a menudo no se piensa que las mujeres puedan padecerla o se minimiza su importancia, además, se les ofrecen con menos frecuencia opciones terapéuticas como la reperfusión y el cateterismo cardíaco.

Las enfermedades mentales

Las enfermedades mentales constituyen una importante fuente de años de vida perdidos (AVISA) y constituyen el 8% de éstos. Como antes se mencionó los principales problemas de salud mental que aquejan a los hombres son los relacionados con el alcoholismo y las adicciones, que fueron ya abordados en apartados anteriores. En el caso de las mujeres el principal problema que las afecta independientemente de la cultura y el nivel socioeconómico es la depresión, entre los factores de género que explican la más alta prevalencia de la enfermedad en las mujeres son la pobreza, las condiciones de subordinación, inequidad, falta de poder, opresión, la violencia física, psicológica y sexual, la desventaja de su inserción en el campo laboral y el acoso sexual en el trabajo, su asignación como cuidadoras de enfermos crónicos y ancianos así como la responsabilidad que se les atribuye para la solución de diversos conflictos en la familia, tales como el problema de alcoholismo o adicciones en alguno de sus miembros o problemas de conducta en escolares lo que representan una carga excesiva para su salud mental. El trabajo doméstico rutinario es otro factor contribuyente, las mujeres que no tienen un trabajo extradoméstico tienen mayor riesgo de padecer esta enfermedad. Por otro lado, en los servicios de salud los problemas de salud mental de las mujeres se trivializan y son reducidos a problemas relacionados con su función reproductiva tales como, síndrome premenstrual, esterilidad, climaterios, etc.

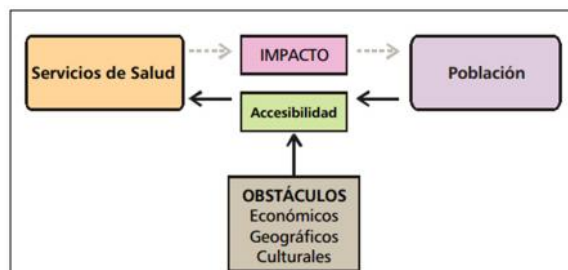
Los servicios de salud

Las mujeres pobres y sin acceso a la propiedad de los bienes tienen un menor acceso a los servicios de salud, entre los motivos se encuentran, la dependencia económica, muchas veces se les niegan los recursos para asistir a los servicios de salud cuando no se ven enfermas, además muchas veces necesitan la autorización del esposo o su suegra; el cuidado de sus hijos y los deberes domésticos son primero que su salud. A las niñas se le lleva al médico en estadios más avanzados de la enfermedad.

Por otro lado, muchos de los estereotipos de género permean hacia los servicios de salud que reproducen las relaciones de poder y discriminación por género y refuerzan las normas sociales y morales, así como la doble moral sexual que da lugar al maltrato institucional que sufren muchas mujeres.

Frecuentemente los sistemas de salud utilizan a las mujeres de la comunidad como recursos para la salud no remunerados, porque subyace la idea de que las mujeres tienen tiempo libre debido a que no desempeñan un trabajo remunerado, esto es consecuente con el menosprecio, estructurado desde el género, al trabajo doméstico y el maternaje que son calificados como tareas que no alcanzan el estatus de trabajo. Esto último tiene como consecuencia que no se le considere como fuente de problemas de salud de las mujeres.

Barreras Culturales



Las barreras de la salud conocidas como “culturales”, están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura¹ del “proveedor” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios. En términos generales, estas barreras han sido poco abordadas y atendidas.

Están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre muchos otros factores.

Desde diferentes ámbitos se han expresado quejas y frustraciones por la manera en la que se imparte la atención médica, por el trato recibido de parte del personal de los servicios de salud, calificándolo como falta de sensibilidad, de respeto y discriminatorio. Acudir a los servicios médicos aparece como fuente de tensiones y malestar psico-social, en especial con los indígenas y campesinos, las mujeres, los ancianos, los niños, las personas con orientaciones y preferencias sexuales diferentes, los enfermos de VIH-Sida, entre otros.

Esto ha propiciado, la resistencia al uso de los servicios, que en casos extremos ha llegado a la confrontación y el choque cultural. En muchos casos se ha llegado al atropello de los derechos humanos de los pacientes.

Desde la perspectiva del prestador de servicios, los conceptos de los usuarios en torno a su salud, se perciben como elementos que entorpecen el servicio, toda vez que dificultan la comunicación, retrasan el tratamiento, confrontan al prestador y condicionan riesgos a la salud del usuario.

Por ello la “cultura” se considera como negativa y causa de problemas que impiden:

- Establecer un diagnóstico certero.
- Explicar adecuadamente las indicaciones médicas.
- Establecer la suficiente confianza en el seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas.
- Entablar una empatía que posibilite una relación personal de saludpaciente respetuosa y cercana.
- Obtener un impacto eficaz de las acciones educativas.

Esto explica en parte como a pesar de los grandes avances en el desarrollo científico, tecnológico y de ampliación de cobertura de los servicios de salud, tienen un impacto limitado. Así también, explica porque otros modelos de atención a la salud, como la medicina tradicional mexicana sigan vigentes en las preferencias de la población.

Las “barreras culturales” pueden clasificarse desde cuatro ámbitos :

1. Las que se presentan desde la estructura y de los servicios (sistema),
2. En el establecimiento o espacio de salud,

3. En los prestadores de salud y
4. En los usuarios.

En la estructura de los servicios (el sistema)



Los factores que pueden jugar como barreras culturales tienen que ver con la organización de los servicios, la dirección de los mismos, intersectorialidad, marcos éticos, ejercicio del poder, programas, planes, normas, prejuicios, valores, participación de los usuarios y ejercicio de la ciudadanía en ellos. En tanto que sistema, las relaciones que establece la institución de salud con los usuarios, están determinados “culturalmente” por el desbalance de poder y la valoración peyorativa sobre la

percepción que poseen los usuarios.

En el establecimiento o espacio de salud

Tienen que ver principalmente con la concepción del confort de parte del usuario con respecto a: El aspecto, diseño, clima, señalizaciones, mobiliario, dieta para enfermos, espacios para los niños, para el hospedaje de familiares, y para la “paz espiritual” (capillas).



En los prestadores del servicio



Las principales barreras que se presentan en este ámbito son: Ubicación social y status, ejercicio del poder, capacidad de comunicación, valores, prejuicios, condiciones de trabajo, forma de ejercer el poder, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios. Las personas prestadoras interactúan con los y las consultantes en función de su propia cultura, formación profesional (o deformación) y género. En la relación ponen en juego sus capacidades y carencias.

En los usuarios

Los elementos que intervienen como barreras culturales tienen que ver con la percepción de la salud y la enfermedad; conciencia de derechos, conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con los servicios de salud, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los prestadores, prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana.



**OBJETIVO EN
TORNO A LAS
BARRERAS
CULTURALES**

Remover las barreras "culturales" de acceso a los servicios de salud, de manera que éstos se otorguen considerando y respetando las diferencias con los usuarios.

Remoción de
barreras culturales



Enriquecimiento entre
poblaciones culturalmente
diferenciadas

Efectos:

1. Incremento de la satisfacción de parte de los usuarios, lo que fortalece la reafiliación y disminuye la vulnerabilidad política y laboral.
2. Reforzamiento clínico y educativo, que impacta en la disminución de la morbilidad y mortalidad.
3. Dignificación, satisfacción del personal y reconocimiento de la población.



LOS SERVICIOS

BARRERAS EN LAS QUE PUEDEN INCIDIR LAS ESTRATEGIAS INTERCULTURALES:

En los usuarios	Conciencia de derechos, relaciones de poder, prejuicios institucionales, participación.
En los prestadores de servicios	Capacidad de comunicación, prejuicios, lengua, (Traductor), capacidad de comprender y respetar códigos culturales de los usuarios.
En los espacios para la salud	Aspecto, diseño, señalización, mobiliario, dieta para enfermos, espacios para niños, para hospedaje de familiares.
En la estructura de los servicios (sistema).	En la gestión, dirección o gerencia, programas, horarios de servicios, participación de los usuarios, prejuicios institucionales. (Condiciones generales de trabajo a través de la invitación de representantes sindicales en los procesos de sensibilización)

Bibliografía:

- http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/barreras_culturales.pdf
- <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/periodico/shm/factor.html>
- <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/editorial.pdf>