

CONSECUENCIAS DE NO CONSIDERAR SERIAMENTE EL GÉNERO

Silencios que resuenan

Una manera en la que se pone de manifiesto el sesgo de género en la esfera de la salud es el lento reconocimiento de los problemas de salud que afectan a las mujeres en particular. Un ejemplo no tan distante y bien conocido es el caso de las infecciones de los órganos genitales, especialmente entre las mujeres pobres de los países en desarrollo. A pesar de que los programas de planificación familiar, con apoyo mundial y nacional, y de la amplia investigación afín acerca del comportamiento anticonceptivo, recién en los años noventa se han realizado investigaciones serias acerca de la prevalencia de esas infecciones (Germain et al., 1992).

Otro ejemplo es el de la violencia doméstica, de su prevalencia y sus consecuencias para la salud física y mental de las mujeres. Las investigaciones nuevas que se están efectuando en esta esfera apuntan hacia una prevalencia alta, una gama de causas sociales y consecuencias en todo un extenso espectro de resultados de salud (García Moreno, 2002).

En ambos problemas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y muchos otros organismos e investigadores han patrocinado una considerable cantidad de trabajo. Aunque estos problemas se abordan actualmente, ellos no agotan la lista posible de tales silencios. Por ejemplo, el reconocimiento equitativo e igualitario del cáncer de mama, una de las causas principales de defunciones y casos de cáncer en las mujeres, ha sido bastante reciente (Breen, 2002). ¡Es útil recordar que, al hablar

sobre problemas de salud pobremente reconocidos es solo posible, por definición, hablar de lo que ya hemos aprendido! Lo que es sorprendente en relación con los problemas mencionados aquí es cuán generalizada está su incidencia, cuán significativos son sus efectos y, desde luego, cuánto tiempo ha necesitado la profesión de la salud para reconocerlos.

Enfoques mal orientados o parciales

La falta de reconocimiento de los problemas de salud de la mujer es solo una de las maneras en que las distorsiones relacionadas con el género influyen en la investigación en salud. Los enfoques mal orientados o parciales incluyen algunos de los grandes problemas en toda una amplia gama de subcampos de salud.

En la esfera de la salud ambiental, las normas y las pruebas relativas a la contaminación del aire ignoraron el problema de la contaminación del aire en los locales cerrados y las cocinas llenas de humo, que es crucial para la salud de un gran número de mujeres pobres de los países en desarrollo. En general, se suponía que, en materia de contaminación del aire, las zonas rurales están más limpias que las zonas urbanas y que, debido a que el problema es ocasionado por la industria y el tráfico automotor en las zonas urbanas, no discrimina entre mujeres y hombres. Se trata de un ejemplo clásico de enfoque parcial que excluyó una fuente importante de riesgo ambiental para las mujeres porque no partió de una preocupación relacionada con el género en cuanto a dónde pasan mujeres y hombres gran parte de su día de trabajo. Las pruebas indican que la contaminación del aire en locales cerrados no solo se puede asociar con mayor morbilidad cardiovascular en las mujeres, sino que también se puede relacionar con mayor riesgo de tuberculosis, niveles más altos de ceguera e inhibición de la absorción de los nutrientes (Östlin, 2002; Sims y Butter, 2002).

De igual manera, la salud ocupacional fue miope al no reconocer las consecuencias de las diferencias entre los lugares de trabajo de mujeres y hombres, y entre sus responsabilidades. Por ejemplo, el estrés ocupacional tiene causas y modelos diferenciales debido a los diferentes roles de mujeres y hombres y a su capacidad para combinar el trabajo dentro y fuera del hogar. Un estudio realizado en Suecia determinó que los niveles de estrés de los hombres en cargos de gerencia tienden a bajar hacia el final del día de trabajo remunerado mientras que, en el caso de

las mujeres gerentes, tienden a aumentar bruscamente ante las exigencias de las labores domésticas que las esperan al final del día de trabajo remunerado (Östlin, 2002). Además, si bien las horas de sobretiempo en el caso de los hombres conducen a una incidencia más baja de ataques cardíacos, en las mujeres esas horas generan un riesgo más alto (Alfredsson et al., citado en Östlin, 2002).

Tales pruebas dan fe del argumento tratado en un trabajo de Whitehead et al. (2001) de que los factores determinantes de la inequidad en materia de salud pueden ser diferentes de los de la salud agregada. El ejemplo de las condiciones de trabajo en Suecia, que son relativamente buenas en promedio, no tiene mucho poder explicativo para la morbilidad agregada, pero explica bastante las diferencias entre grupos económicos. Cuando se agrega el género como otro estratificador y cuando el trabajo incluye tanto trabajo remunerado como no remunerado, este argumento claramente adquiere aún mayor fuerza.

En efecto, las ocupaciones de las mujeres generalmente han recibido menos atención en cuanto a la medición de sus consecuencias para la salud en comparación con las de los hombres, a pesar de las numerosas pruebas de la persistencia de la segregación ocupacional que se demuestra en el hecho de que, en términos generales, las mujeres y los hombres sencillamente no realizan la misma clase de trabajo (Anker, 1998). Por lo tanto, sabemos muy poco acerca del efecto en la salud del trabajo de las mujeres como trabajadoras agrícolas, o en el gran número de fábricas y empresas pequeñas y medianas (el llamado sector informal) donde está empleada la abrumadora mayoría de las mujeres en muchas regiones del mundo. Si se trata del trabajo doméstico, se ha supuesto de manera característica que es más cómodo, de ritmo más lento y que está bajo el control de las mujeres. Las pruebas en constante aumento indican que la realidad es bastante diferente. Las consecuencias para la salud incluyen una combinación, hasta ahora mal investigada, de estrés y depresión (Östlin, 2002).

Como es bien sabido, los primeros supuestos en el terreno de la salud mental atribuían los problemas de las mujeres a sus características biológicas para la reproducción, según lo muestra la misma palabra *histeria*. Esas presunciones carentes de fundamento y casi axiomáticas todavía no están tan lejos de nosotros como cabría pensar o desear. Hoy en día, la investigación sigue concentrándose en la relación hipotética entre los fenómenos relacionados con la reproducción, como la menstruación, el

embarazo y la menopausia, y las tasas más altas de depresión en las mujeres. Sin embargo, ninguno de esos fenómenos por sí solos explican la diferencia entre los sexos en cuanto a la depresión (Astbury, 2002). En cambio, la investigación sobre la depresión postnatal identificó el apoyo de la pareja y social, los sucesos de la vida, la experiencia de la maternidad y el temperamento del lactante como factores críticos de riesgo de depresión (Small et al., 1994, citado en Astbury, 2002). Ese sesgo no solo ha contribuido a que se descuide el rol que tiene la reproducción en la salud mental de los hombres, sino que también ha conducido al retraso en descubrir los aspectos no reproductivos de la experiencia de depresión de las mujeres, tal como su riesgo más alto de morbilidad cardiovascular (Musselman et al., 1998, citado en Astbury, 2002).

Quizás ningún subcampo de la investigación en salud esté tan colmado de contradicciones como la salud reproductiva cuando se examina desde una perspectiva de género. La investigación sobre la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos tendía a suponer hasta hace muy poco, y quizás continúa, que las quejas de las mujeres acerca del malestar o el dolor eran imaginarias y podían ignorarse. Por lo tanto, el descubrimiento de la amplia prevalencia de las infecciones de los órganos genitales se retrasó por mucho tiempo aunque la poca aceptación de las mujeres de los dispositivos intrauterinos (DIU) debería haber servido como una temprana señal de alerta si los investigadores de planificación de la familia no hubieran rechazado esas quejas como irracionales o psicósomáticas (Germain et al., 1992).

Irónicamente, mientras la biología reproductiva de las mujeres se vinculaba de manera dudosa a su comportamiento y su salud mental, se ignoraban las verdaderas consecuencias de las relaciones de poder de género en torno a la sexualidad y la reproducción para la violencia y la depresión. Las permanentes investigaciones sobre la violencia doméstica indican que hay fuertes vínculos entre el abuso físico, emocional o psicológico, por un lado, y la depresión, por el otro, mediante una potente mezcla de humillación y atrapamiento (Astbury, 2002; García-Moreno, 2002).

Falta de reconocimiento de las interacciones causales

Las interacciones causales influyen en el trabajo de salud de dos maneras diferenciadas: comorbilidad entre las enfermedades e interacciones entre los factores sociales. Comorbilidad, la presentación simultánea

de diferentes enfermedades en una persona, es una de las características de confusión de la mala salud que particularmente pone a prueba la habilidad y la experiencia del médico. Aunque la comorbilidad no es intrínsecamente un fenómeno diferenciado por sexo (excepto en lo que concierne a la salud reproductiva), un examen más minucioso revela aspectos particulares que son de interés desde una perspectiva de género.

Por ejemplo, la malaria aumenta el riesgo de anemia durante el embarazo, como ya se ha mencionado. La esquistosomiasis está relacionada con riesgos de infertilidad, aborto y vulnerabilidad a la infección por el VIH (Feldmeier et al., 1993, citado en Hartigan et al., 2002). Aunque esos hechos se conocen bien en el ámbito de la investigación y las recomendaciones de políticas generales, en realidad poco se ha hecho para crear o probar estrategias que permitan abordar estas cuestiones sobre el terreno. La falta de investigaciones operativas adecuadas para probar métodos alternativos quizá forme parte de la dificultad más grande planteada por el escaso financiamiento para la investigación sobre el género y las enfermedades infecciosas.

Es también aquí donde el problema ya mencionado de la falta de ensayos clínicos para mujeres en edad fecunda se convierte una vez más en un serio dilema. A falta de datos fidedignos extraídos de los ensayos, es difícil proceder con el tratamiento. No obstante, aun en estos casos, no todas las políticas dependen de los medicamentos. Concentrarse en reducir el riesgo de malaria para las mujeres en edad fecunda en particular, y reducir la anemia entre las niñas y las mujeres en general, son métodos que no requieren nuevos ensayos clínicos, sino que representan un enfoque de los programas de salud más favorable a la mujer.

La otra fuente de interacciones es el interjuego de los factores sociales. Según se abordó en la sección anterior, el género como factor social determinante de la salud no actúa solo, sino que interactúa con otros estratificadores sociales. El riesgo de contraer el virus del papiloma humano, y el riesgo elevado resultante de padecer lesiones cervicales y cáncer, es mayor para las mujeres que son pobres, han tenido varios partos y han tenido, ellas o su pareja, múltiples compañeros sexuales (Thomas et al., 1996, citado en Hartigan et al., 2002). De manera análoga, la compleja mezcla de factores sociales y biológicos en la incidencia del VIH y el hecho de que ellos están profundamente relacionados con el género ya se conoce demasiado bien. Aunque la transmisión de hombre a mujer del virus del VIH es biológicamente más fácil, la carga

cada vez mayor de infección entre niñas y mujeres está claramente asociada con las relaciones de poder por razón de género. Esto ocurre por las dificultades de las mujeres en insistir en que sus compañeros adopten prácticas sexuales seguras o por las diferencias entre el poder económico, que atraviesa transversalmente la edad, y el poder del género en el fenómeno de los amantes viejos y ricos (*sugar daddies*) y las adolescentes (Males 1997).

Gwatkin y Guillot (2000) señalan que, para 20% de las personas más pobres del mundo, las enfermedades transmisibles, las maternas, las perinatales y las nutricionales son la causa de una proporción relativamente más alta de mala salud de la mujer en comparación con la mala salud de los hombres (7,5% más defunciones, 11,4% más años de vida ajustados en función de la discapacidad [AVAD]). Cuando se excluyen de este cálculo las enfermedades relacionadas con la maternidad, todavía persisten niveles más altos de mala salud de la mujer (6,3% más defunciones, 7,5% más AVAD). Es interesante señalar que el informe también revela que, donde antes se observaba a nivel agregado que los hombres sufrían más de enfermedades no transmisibles que las mujeres, cuando los datos se desagregan por clase, son las mujeres ricas quienes más sufren de enfermedades no transmisibles (5,4% más defunciones, 7,8% más AVAD).⁶

Tales diferencias ¿se deben a la interacción de la pobreza y el sexo, o a la pobreza y el género? Debemos encontrar maneras de clasificar las influencias. Los datos disponibles sugieren que las diferencias entre mujeres y hombres en la mortalidad y la morbilidad debidas a enfermedades infecciosas específicas varían a nivel mundial e indican que en su epidemiología intervienen una mezcla de factores económicos, sociales y ambientales relacionados con el género. Claramente, es necesario comprender más a fondo la sinergia posible entre los factores de riesgo para que podamos explicar, por ejemplo, por qué después del comienzo de la adolescencia los hombres tienen mayores probabilidades de infectarse con tuberculosis, pero que es más probable que las mujeres padezcan de la enfermedad (Dolin 1998, citado en Hartigan et al., 2002).

Dada la naturaleza desigual de las relaciones de género, un enfoque relacionado con el género a menudo tiende a descubrir la inequidad en

⁶ Hanson (2002) trata otros sesgos de género en la metodología de AVAD.

salud que afecta particularmente a las mujeres. Pero el género también puede intervenir en detrimento de los hombres en materia de salud, según veremos en la próxima sección.