

INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Lo abordado en la sección anterior indica cuán poco comprendemos todavía acerca de las diferencias de género, incluso en agregados tan amplios como la mortalidad y la morbilidad. El posible rol de la investigación en salud para colmar estos vacíos y ampliar nuestras explicaciones de las diferencias observadas en los diversos subcampos de la salud, es fundamental para contar con políticas y programas eficaces.

Datos

Aunque uno pueda tender a pensar de inmediato en vínculos complejos entre las ciencias biomédicas y sociales, la ausencia del análisis de género todavía se siente en formas sencillas y, lamentablemente, bastante difundidas. Esto incluye el hecho de que los datos de salud (en proyectos de investigación individuales, a nivel nacional y regional) todavía no se desagregan sistemáticamente por sexo. Lo más triste es que los gerentes de datos y sistemas no están sensibilizados debidamente con respecto a la necesidad de un desglose por sexo, aunque sea básico, y menos aún a la presentación de datos que permita la tabulación múltiple y la clasificación entre el sexo y los estratificadores sociales como clase socioeconómica, raza o casta. Sin datos apropiadamente desagregados por sexo, es difícil hasta empezar un análisis de género. Sin embargo, la recopilación de esos datos en proyectos individuales de investigación o por medio de sistemas de datos más extensos tiene un costo. Aquí es donde interviene el tema de los valores, la voluntad política y la movilización.

Un problema más difícil con relación a los datos es el asunto de su fiabilidad, tanto cuando se recopilan en el hogar o la comunidad, o por

medio de los registros de los proveedores de servicio de salud. En las sociedades donde sistemáticamente hay sesgos de género en relación con el comportamiento de búsqueda de servicios de salud o donde predominan las normas sociales de que las mujeres deben “sufrir en silencio”, se sabe que los datos de morbilidad se subestiman, ya sea que los notifiquen las personas mismas o se recaben en los registros de los proveedores de servicios. Esto constituye un reto especial en el caso de los problemas de salud relacionados con niveles altos de estigma social: la violencia contra la mujer, el aborto, la fístula vesicovaginal (García Moreno, 2002; Cottingham y Myntti, 2002; Bangser, 2002).

Las normas sociales influyen en la calidad de datos tanto para los hombres como para las mujeres. Aunque los hombres tienen tasas más altas de trastornos relacionados con el abuso de sustancias y las mujeres tasas más altas en el caso de la mayoría de los trastornos afectivos, los sesgos en las normas sociales exageran estas diferencias ya que los hombres son más renuentes a cargar con una etiqueta psiquiátrica, mientras que las mujeres son más renuentes a que se les adjudique una etiqueta de bebedoras (Allen et al., 1998, citado en Astbury, 2002). Estos problemas con los datos necesitan urgentemente de nuestra atención porque significan que nuestro análisis de las diferencias mujer-hombre en salud se ve obstaculizado seriamente, incluso cuando tengamos motivos para creer que pueden ser significativos.

Metodologías sensibles al género

Las metodologías convencionales de investigación en salud han tenido que encarar la dificultad de responder a las preguntas de la equidad en la salud en general. Además, diversos sesgos les impiden explorar plenamente el género y las desigualdades de salud en particular (Breen, 2002; Hanson, 2002). Se recomienda una interpretación cautelosa de las estadísticas y las variables estándar utilizadas en la investigación en salud. Según lo expresa Macintyre (1986): “Ninguna de las posiciones sociales de interés, ni las variables utilizadas para representarlas, están libres de problemas o son evidentes por sí solas en su significado, medición o importancia”.

Por ejemplo, en Tailandia se hallaron discrepancias en las diferencias de género con respecto a la prevalencia de la malaria según los diferentes diseños de estudio utilizados. Los datos derivados de los consulto-

rios indicaron una razón mujer:hombre de 6:1, pero los dispensarios móviles encontraron una razón de 4:1. Considerando que las mujeres utilizan más las farmacias y los curanderos tradicionales, esta estadística probablemente se estrecharía aún más si se efectuara una encuesta basada en todos los proveedores o si se realizara una encuesta de población (Ettling et al., 1989, citado en Hanson, 2002). Otro ejemplo se presenta a propósito de algunos cálculos de la carga mundial de morbilidad en los que la clasificación de las diferentes fuentes de morbilidad femenina llevada a cabo por “expertos” se contradijo considerablemente con la clasificación suministrada por las mujeres en la comunidad (Sadana, 1998, citado en Hanson, 2002).

Aparte de cuestionar las metodologías que pueden tener un sesgo de género, el investigador también debe ser cuidadoso acerca de cómo se definen y miden las variables. El hecho de que las mujeres desempeñan muchos roles condujo a estudiar el efecto sobre la salud de desempeñar tantos roles. La investigación posterior ha encontrado que la calidad del rol es una variable más útil para predecir las diferencias de salud entre las mujeres y los hombres (Dennerstein, 1995). Sin embargo, debido a que es más fácil medir el número de roles y no su calidad, la investigación en salud tiende a referirse al desempeño de los roles con mayor frecuencia que a la calidad del rol (Hibbard y Pope, 1993). No obstante, Annandale y Hunt (2002) llegaron a la conclusión de que la investigación tradicional ha pasado de asignar mucha importancia a los roles sociales como propiedades de los individuos, a la investigación de transición que recalca el significado de los roles para la vida de la gente, y a las perspectivas emergentes que ubican los roles en un marco estructural que permite a los investigadores examinar las relaciones entre los roles de género.

De manera análoga, ha habido muchos debates acerca del efecto de diferentes métodos para medir la clase social de las mujeres, principalmente porque los investigadores están empezando a cuestionar la validez de suponer que el nivel de ingreso del esposo pueda sustituir la clase social de su esposa (Arber, 1997). Debido a que la mayoría de los sistemas de clasificación ocupacional se formularon para los hombres, ellos no distinguen bien entre los trabajos de las mujeres. En Suecia, una gran proporción de los trabajos de oficina, donde la fuerza laboral es predominantemente femenina, solo se clasifican con tres códigos ocupacionales. El trabajo secretarial sumamente calificado, general y especiali-

zado se encuentra bajo el mismo código ocupacional que las tareas generales de oficina y la mecanografía corriente. Por ende, al utilizar esos limitados códigos ocupacionales como indicadores de la posición social, existe el riesgo de que los estudios de las desigualdades socioeconómicas en salud puedan subestimar las desigualdades entre las mujeres. Este sesgo quizá esté contribuyendo al modelo general de los gradientes socioeconómicos más débiles en la mortalidad y la morbilidad de las mujeres en comparación con los de los hombres (Östlin, 1998).

Además, las variables tradicionales que miden la raza, el ingreso y el género tal vez no sean lo suficientemente refinadas como para revelar todos los mecanismos de discriminación social en la salud (Krieger y Fee, 1994). El modo en que la gente responde a la discriminación puede afectar su salud. Era menos probable que las mujeres negras que respondieron activamente al tratamiento injusto notificaran hipertensión arterial en comparación con las mujeres que internalizaron sus respuestas. Resulta interesante señalar que las mujeres negras que no notificaron ninguna experiencia de discriminación racial estaban expuestas a un riesgo más alto de hipertensión (Krieger, 1990). Estudios similares están empezando a analizar los efectos que tienen la discriminación racial y la de los homosexuales sobre la salud (Krieger y Sidney, 1997).

Claramente, lo que se necesita es una medición más compleja de los riesgos para la salud asociados con los ambientes materiales, sociales y psicológicos en los que vive la gente. Tenemos que preguntarnos por qué la experiencia de vivir con un ingreso bajo, por ejemplo, o de haber estado casado anteriormente, o de tener un empleo de tiempo completo tendría un significado diferente para las mujeres que para los hombres y de qué maneras estas experiencias podrían explicar las diferencias de género en los resultados de salud (Popay et al., 1993).

La respuesta quizás no resida solo en contar con mejores métodos cuantitativos, variables y modelos. Los resultados de la investigación cualitativa que vinculan el poco sentido de control de las mujeres, su frustración social y la pobreza con sus resultados más pobres de salud mental ofrecen hipótesis sumamente sugestivas (Pearson, 1995; Walters y Charles, 1997; Astbury, 2002). De igual manera, la investigación cualitativa sobre las presiones a las que están expuestas las jóvenes para que comiencen a fumar y las que impiden que las mujeres adultas dejen de fumar apunta hacia esferas nuevas y prometedoras de investigación e intervención (Royce et al., 1997; Michell y Amos, 1997).

Estos ejemplos muestran las limitaciones y los sesgos de las variables y los métodos actuales, y la necesidad de proceder con cautela. Esto es particularmente cierto cuando se intenta evaluar la influencia del género en la salud. Al formular preguntas e hipótesis de investigación, es sin duda más fácil avanzar en las esferas donde la biología de la reproducción tiene pocas probabilidades de desempeñar una función. Sin embargo, donde sí desempeña una función, una norma sencilla pero útil es que el investigador *no* suponga que la biología reproductiva da cuenta de todas o la mayor parte de las diferencias entre las mujeres y los hombres. Se debe suponer que las diferencias relacionadas con el género en el acceso a los recursos económicos, el poder social y las normas de comportamiento funcionan, a menos que se demuestre lo contrario. Como ya se indicara, las rutas pueden ser complejas e interactivas, pero sin duda se pueden investigar sistemáticamente. Esto quizá exija una gama de métodos, tanto cuantitativos como cualitativos, así como más investigación interdisciplinaria y multidisciplinaria, que abarque las ciencias biológicas y las sociales.

Sesgo en la investigación clínica y de medicamentos

La investigación médica y las pruebas clínicas para los medicamentos nuevos han sido muy criticadas durante el último decenio por su falta general de una perspectiva de género (Mastroianni et al., 1994). Los problemas de salud que afectan de manera particular o predominante a las mujeres han recibido menos atención y fondos que la investigación sobre los problemas de salud que predominan principalmente entre los hombres. La falta de investigación es obvia en las esferas del ciclo menstrual y las enfermedades crónicas no mortales que afectan desproporcionadamente a las mujeres, como el reumatismo, el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia (Doyal, 1995; Goldman y Hatch, 2000). La única excepción a esta tendencia general está en el ámbito de la investigación anticonceptiva, que históricamente descuidó los métodos para los hombres.

En el campo de la seguridad en la salud ocupacional y ambiental, las mujeres no suelen estar incluidas en los estudios toxicológicos. Cuando se las considera, han resultado dos extremos polares. O bien su especificidad biológica no se observa en absoluto, o solamente se asigna importancia a su potencial para la reproducción (Silbergeld, 2000). Por

ejemplo, los reglamentos contra el plomo solo ofrecen protección a las mujeres de edad fecunda (Hansson, 1998). Esto pasa por alto los riesgos para la salud de todas las otras mujeres, así como los riesgos para la salud (reproductiva o de otro tipo) de los hombres. Debe prestarse mayor atención a las consecuencias de las diferencias biológicas no reproductivas entre mujeres y hombres. Las pruebas muestran que las mujeres tienen una proporción mayor del tejido adiposo, que aumenta el riesgo de los productos químicos solubles en grasa, así como la piel más delgada y un metabolismo más lento, que causan tasas diferenciales de absorción, metabolismo y excreción de productos químicos (Östlin, 2002; Sims y Butter, 2002).

Un problema aún más grave con respecto a los ensayos médicos y sobre medicamentos es la exclusión de los sujetos femeninos. La razón de esa omisión es que el ciclo menstrual introduce una variable potencial de confusión. Algunos otros motivos para excluir a las mujeres de edad fecunda son los temores de que los tratamientos experimentales o los medicamentos puedan afectar su fecundidad o exponer al feto a riesgos desconocidos.

Las Normas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica con Sujetos Humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) abordaban este tema ya desde 1993.

Las mujeres premenopáusicas también se han excluido de la participación en muchas actividades de investigación, entre ellas de los estudios no clínicos que no implican la administración de medicamentos o vacunas, en caso de que los cambios fisiológicos asociados con diversas fases del ciclo menstrual podrían complicar la interpretación de los datos de investigación. En consecuencia, se conocen mucho menos los procesos fisiológicos normales de las mujeres que los de los hombres. Esto también es injusto porque priva a las mujeres, como clase de personas, de los beneficios de ese conocimiento (CIOMS, 1993).

Hasta aquí todo está bien. Pero esas normas no pasan a formular una recomendación en cuanto a lo que debe hacerse para corregir este problema.¹⁰

¹⁰ Estas normas se están analizando cuidadosamente para determinar su contenido de género, y cabe esperar que el problema se corregirá.

Las consecuencias de interpretar los resultados de investigación basados en estudios de modelos masculinos y sin pruebas convincentes de su aplicabilidad a las mujeres, siguen siendo perjudiciales para ellas (Hammarström et al., 2001). Las pruebas muestran que la tecnología para los diagnósticos, el tratamiento de las enfermedades y los programas de rehabilitación no se adaptan a las características y las necesidades específicas de las mujeres en general y, mucho menos, a las mujeres en diversas circunstancias socioeconómicas o antecedentes culturales. El Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (DSM III) definió los criterios para diagnosticar la esquizofrenia basándose en los síntomas masculinos, aunque los síntomas aparecen antes en los hombres que en las mujeres. La aplicación de estos criterios a los datos de la OMS condujo a la exclusión de 5% de los hombres y 12% de las mujeres que en realidad tenían esquizofrenia (Hambrech et al., 1992, citado en Astbury, 2002).

La investigación sobre las diferencias entre los géneros en la epidemiología cardiovascular revela las graves consecuencias de aplicar las técnicas de diagnóstico y los tratamientos “basados en hombres” en pacientes mujeres (Gijsbers van Wijk et al., 1996). Los síntomas del ataque cardíaco difieren mucho entre los hombres y las mujeres. Sin embargo, los libros médicos de texto rara vez destacan las diferencias entre los géneros que son obvias con respecto a la sintomatología del ataque cardíaco. Por consiguiente, no resulta sorprendente que haya indicios de que, para los pacientes que llegan a las salas de emergencia, el procedimiento de diagnóstico para las mujeres tarda más que para los hombres. Esto ocurre principalmente porque los doctores están más familiarizados con la sintomatología del modelo masculino y no reconocen de inmediato los síntomas difusos de ataque cardíaco que puedan tener las mujeres. Dos estudios de Green y Raffin (1993) y Heston y Lewis (1992) revelaron que las mujeres en los Estados Unidos tienen que esperar más tiempo por un electrocardiograma inicial y que ello retrasa el procedimiento de diagnóstico.

Claramente queda mucho por hacer para eliminar el sesgo de género, intencional o no, de la investigación en salud. Mientras se mantenga la situación actual en la que las mujeres, en general, y los investigadores de salud y encargados de adoptar las decisiones favorables a la mujer, en particular, sean la minoría y tengan menos poder en las profesiones de

salud, deberán tomarse otras medidas de salvaguardia para lograr que se tenga en cuenta la equidad de género. Los investigadores tienen que establecer mecanismos de salvaguardia para proteger a los sujetos de investigación. Esto debe hacerse no solo en el momento de interpretar y entender los resultados de la investigación, sino en la fase inicial del diseño del estudio, al configurar y refinar sus preguntas e hipótesis. Si esto se hubiera hecho en los estudios de aceptación de los dispositivos intrauterinos en poblaciones pobres, por ejemplo, quizás la alta prevalencia de las infecciones de los órganos genitales hubiera podido detectarse antes.