

VULNERABILIDADES RELATIVAS Y LA PARADOJA DEL GÉNERO EN SALUD

En todo el mundo, el riesgo de muerte prematura entre la gente de 15 a 59 años de edad es más alto para los hombres no pobres que para las mujeres no pobres (WHO 1999).⁷ Esto ha conducido a que algunos aduzcan que son los hombres, no las mujeres, quienes tienen una salud más vulnerable. Sin embargo, el modelo de riesgo más alto de mortalidad no se refleja entre los pobres, donde el panorama está más mezclado entre los países. En algunos de ellos (la India, Sudáfrica) los hombres pobres de este grupo de edad parecen encontrarse en mayor peligro de morir prematuramente que las mujeres pobres. En otros (Egipto, Nicaragua, el Níger), casi no hay diferencias de género entre los pobres, mientras que en otros (China, Polonia, la República Checa y Sri Lanka) las mujeres pobres están peor que los hombres pobres. Según el *Informe sobre la Salud en el Mundo 1999*, los países donde las mujeres pobres tienen peor salud que los hombres pobres también tienen el menor número de personas que viven en condiciones de pobreza absoluta (Polonia 7%, la República Checa 3% y Sri Lanka 4%) y tienen una esperanza de vida global más alta comparada con otros países. Estos resultados indican claramente la necesidad de investigar más acerca de los vínculos entre la pobreza y la equidad de género en materia de salud.⁸

El contexto social influye en los peores resultados de salud de los hombres más pobres donde ellos se presentan como resultado de cier-

⁷ Esto obviamente no se cumple para ciertos indicadores como violencia doméstica o salud mental. Los puntos planteados en este trabajo sobre los silencios relacionados con el género también deben tenerse presentes.

⁸ Los datos del *Informe sobre la Salud en el Mundo 1999* en los que se basan estas conclusiones presentan algunas anomalías. Por ejemplo, se dice que la probabilidad de morir de los pobres de Sri Lanka es más alta en términos absolutos en comparación con la población pobre de la India, tanto mujeres como hombres. ¿Por qué tendrían las personas pobres de Sri Lanka de 15 a 59 años de edad probabilidades más altas de morir

tos ambientes y comportamientos que son más comunes entre los hombres que entre las mujeres (como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la violencia y la exposición a riesgos excesivos en el tráfico o los deportes). Estas influencias sociales sobre la mortalidad y la morbilidad de los hombres muestran marcados factores determinantes de clase socioeconómica. De los 15 a los 24 años de edad, los holandeses de clase socioeconómica baja tenían tres veces más probabilidades de recibir un diagnóstico de traumatismo que los hombres de la misma edad de un nivel socioeconómico más alto (Gijsbers van Wijk et al., 1995). Los pobres de origen africano en los Estados Unidos de América tienen curvas de supervivencia más bajas que los hombres en Bangladesh (Polych y Sabo, 1995).

Un ejemplo igualmente notable es el de la esperanza de vida de los hombres en Rusia. Entre 1989 y 1994, la esperanza de vida al nacer disminuyó en 6,5 años para los hombres y en 3,5 años para las mujeres debido a un aumento sorprendente en la mortalidad de adultos. Como resultado, en 1994 las mujeres en Rusia tenían una esperanza de vida 13,5 años más alta que los hombres (Shkolnikov, 1997). Muchos hombres tratan de hacer frente al estrés mediante comportamientos que deterioran la salud, por ejemplo, beber en exceso, y que tienen efectos sobre los accidentes y las enfermedades cardiovasculares, así como sobre los delitos (Walberg et al., 1998).

Una parte sustancial de esta brecha de género refleja las presiones extraordinarias que ejerce una sociedad en proceso de cambio acelerado, en particular sobre los desfavorecidos. Hay investigaciones que detallan que las diferencias socioeconómicas en la mortalidad en Moscú, eran mayores en las mujeres que en los hombres. En consecuencia, aunque las tasas de mortalidad han permanecido más bajas para las mujeres que para los hombres, las mujeres de estratos sociales más bajos su-

que sus contrapartes de la India? No hay ninguna razón evidente para esto, en particular debido a que la esperanza de vida global de hombres y mujeres, y los niveles de pobreza absoluta son mejores en Sri Lanka. Esto podría indicar la intervención de un tercer factor subyacente (¿enfermedad a largo plazo?), que podría ser la causa tanto de la pobreza como del riesgo más alto de morir. Se trata simplemente de una hipótesis, pero si interviene la enfermedad a largo plazo, ello no solo explicaría la aparente anomalía entre los datos de Sri Lanka y los de la India, sino que también significaría que una mujer que padece de tal enfermedad prolongada tiene una gran probabilidad de ser pobre y de morir más pronto, por lo menos en alguno de los países donde la esperanza de vida global es bastante alta. Es evidente que hace falta investigar más en este sentido.

frieron desproporcionadamente (Chenet, 2000). Hay que investigar más para explicar cómo los hombres y las mujeres de diferentes clases reaccionan en forma heterogénea a los cambios dinámicos en la sociedad.

De acuerdo con un programa de este tipo, un estudio que compara los resultados de salud relacionados con el género en Alemania oriental y occidental reveló que la salud de los hombres era mejor que la salud de la mujer en Alemania oriental (Lüschen et al., 1997). Los autores formularon la hipótesis de que a pesar de la inseguridad laboral y las situaciones difíciles de trabajo, los hombres de Alemania oriental tal vez podían vivir la unificación positivamente en términos sociopolíticos y percibir que tenían mejor posición social que las mujeres de Alemania oriental.⁹ Obviamente hace falta investigar más para determinar esas tendencias.

Yendo más allá de la mortalidad, se ha asignado mucha atención a la paradoja de género en salud en los Estados Unidos y en Europa occidental. Esto se refiere a los fenómenos generales de las mujeres que están más enfermas pero que viven más que los hombres. Las mujeres informan que padecen más síntomas físicos y psicológicos, más enfermedades crónicas y discapacidad, utilizan más medicamentos y visitan a los médicos más a menudo. En contraste, los hombres sufren más de enfermedades potencialmente mortales que causan más discapacidad permanente y muerte más prematura (Verbrugge, 1976, 1989; Nathanson, 1987). Cabría argumentar que, si bien las tasas más altas de mortalidad masculina tienden a captar la imaginación del público, la carga más grande de morbilidad femenina es menos espectacular y, en consecuencia, llama menos la atención del público (Verbrugge, 1985). Para decirlo de forma más cruda, los hombres mueren de sus enfermedades mientras que las mujeres tienen que vivir con las suyas (Thorslund et al., 1993).

La sabiduría convencional atribuye la morbilidad más alta de las mujeres a sus necesidades de salud reproductiva. Sin duda, esto es válido para ciertos países situados fuera de América del Norte y Europa occidental. En los países de ingreso bajo, los problemas de salud reproductiva pueden desempeñar un rol más importante para explicar las diferencias de género en la salud (Cottingham y Myntti, 2002) y es posible

⁹ Más sorprendente aún fue que los hombres de Alemania oriental tuvieron mejores resultados que los de Alemania occidental.

que las mujeres tengan menos acceso que los hombres a los servicios de atención de salud de los países en desarrollo (Vlassoff, 1994; Puentes Markides, 1992; Thaddeus y Maine, 1994). Sin embargo, un estudio efectuado en Holanda reveló que 60% de los problemas de salud de la mujer no son causados por la morbilidad relacionada con la reproducción (Gijsbers van Wijk et al. 1996). Aunque los problemas de salud relacionados con la reproducción representan parte del exceso de morbilidad femenina, las mujeres que no notifican tales problemas informan de todos modos que tienen una peor salud que la de los hombres (Popay et al., 1993).

También se ha formulado la hipótesis de que la mayor morbilidad mental y física de las mujeres podría provenir de su mayor sensibilidad a las señales del cuerpo y la aceptación social de que una mujer pueda estar enferma. Se ha sugerido que las mujeres hacen referencia a síntomas más vagos, que los doctores tienden a etiquetar como psiquiátricos porque no pueden diagnosticar las enfermedades sin una base biológica. Sin embargo, en un estudio se halló que los informes médicos de mujeres que acudieron a las consultas de atención primaria de salud mostraban que menos de 20% de los problemas de salud de la mujer se debían a síntomas sin la presencia de enfermedades diagnosticables. Más aún, el estudio encontró pocas diferencias relacionadas con el sexo dentro de esta categoría, lo que sugiere que las mujeres no tienen umbrales más bajos para percibir y notificar síntomas (Gijsbers van Wijk et al., 1995). Otros autores hallaron que las mujeres notificaban más “síntomas de estructura enferma” que los hombres y que los exámenes clínicos permitieron determinar que esa prevalencia excesiva era real y no un artificio de la notificación (Stenberg y Wall, 1995).

Aunque las mujeres utilizan más medicamentos y servicios de salud que los hombres, una gran parte de ello puede atribuirse a que las mujeres utilizan los servicios de salud preventivos para los anticonceptivos, el tamizaje cervicouterino y otras pruebas de diagnóstico (Gijsbers van Wijk et al., 1995). Tal es así que un investigador formuló la hipótesis de que esto contribuye a una mayor morbilidad crónica de las mujeres porque la búsqueda de atención preventiva disminuye la gravedad de sus problemas de salud. Las tasas de mortalidad decrecientes registradas desde fines de los años sesenta unidas al diagnóstico médico temprano de la enfermedad crónica ha conducido a que las personas enfermas vivan más tiempo. Como resultado, el manejo continuo de los problemas de

salud en lugar de su curación se ha convertido en la realidad de muchos adultos mayores. Teniendo en consideración que la mayoría de los adultos mayores son mujeres, estas tendencias son especialmente importantes para ellas (Verbrugge 1985). Las investigaciones iniciales que comparan los resultados de salud de los adultos mayores en un espectro de países en desarrollo e industrializados parecen probar un exceso de morbilidad femenina. El grado y el patrón específico de este exceso de morbilidad varía por país, incluso después de ajustar las cifras para tener en cuenta la selección de mortalidad diferencial por edad aún después de controlar la mayor longevidad de las mujeres (Rahman et al., 1994).

Algunos investigadores se muestran escépticos acerca de la uniformidad de la paradoja de género en salud. Aunque encuentran un patrón general de morbilidad femenina más alta, observan la ausencia de un exceso previsto de morbilidad de mujeres en casos particulares (Kandrack et al., 1991). Un estudio de diferentes países escandinavos no descubrió ningún modelo universal en las diferencias de salud por razón de género. En cambio, se encontró que la morbilidad femenina excesiva variaba según el contexto cultural (Haavio-Manila, 1986). Otros investigadores destacan la complejidad y la sutileza del modelo de las diferencias de género. “La dirección y la magnitud de las diferencias de sexo en materia de salud varían según el síntoma o la enfermedad de que se trate y según la fase del ciclo de vida. El exceso de morbilidad en las mujeres solo se encuentra sistemáticamente a lo largo de toda la vida con respecto al sufrimiento psicológico y es mucho menos evidente o revertido para ciertos síntomas físicos y afecciones” (Macintyre et al., 1996).

“Aunque las tasas de morbilidad y mortalidad y los modelos de utilización de los servicios de salud parecen estar interrelacionados, es sumamente difícil establecer la conexión causal entre estos factores” (Kandrack et al., 1991). Más aún, las conclusiones que pueden sacarse a menudo dependen mucho del tipo de medida de salud aplicada (Arber, 1997). Tales pruebas y las preguntas que suscitan recalcan el cuidado que debe tenerse con las generalizaciones acerca de las diferencias de género en materia de salud y la importancia de encontrar las causas subyacentes que las explican.

La discusión de esta sección indica que la así denominada paradoja de género puede ser un fenómeno más complejo de lo que suele suponerse. Las cifras más altas de mortalidad de los hombres no son universales, sino que dependen de la pobreza de maneras que todavía no se

comprenden bien en algunos países. Las cifras más altas de morbilidad de las mujeres puede que tampoco tengan explicaciones uniformes o universales en todas las sociedades y entre ellas. Ambos fenómenos necesitan un examen más cuidadoso. En particular, tanto la vulnerabilidad femenina como la masculina deben ser contextualizadas si queremos comprender mejor cuáles entornos sociales demuestran ser nocivos para su salud.