

Enfoque de género, salud y oftalmología

Approach to gender, health and ophthalmology

Dra. Idalia Triana Casado

Universidad de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba.

RESUMEN

En salud pública, la perspectiva de género es una herramienta analítica que enriquece la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención médica, la efectividad de programas diseñados para solucionar o remediar determinados problemas y una de las aristas más polémica y menos analizada. En este artículo se exponen los elementos relacionados con el género, el enfoque de género, la salud y la salud visual en específico, con el objetivo de destacar los aspectos más representativos y actualizados, importantes para todos los profesionales interesados en la temática, específicamente en el campo de la oftalmología.

Palabras clave: enfoque de género, salud, oftalmología.

ABSTRACT

Gender perspective is an analytic tool that enriches the understanding of the process health-disease-medical care in public health, the effectiveness of programs designed to solve or to enhance certain problems and one of the most polemic and less analyzed edges. In this article the elements related to gender are exposed, the gender focus, health and the visual health in specific, with the objective of highlighting the most representative and updated aspects, important to all the interested professionals in the topic, specifically in the ophthalmology field.

Key words: gender approach, health, ophthalmology.

INTRODUCCIÓN

Entre las investigaciones sociales e incluso médicas, uno de los temas que reviste mayor importancia en el siglo XXI es el referido a las diferencias de género, es decir, a los problemas derivados de la desigualdad entre mujeres y hombres, por la configuración social establecida como marco de referencia para la actuación de las personas.

A través de los tiempos, junto a las transformaciones económicas, políticas y culturales, fue cambiando el modo de relacionarse entre los géneros, el lugar que cada uno de ellos ocupó y las diversas formas de subordinación de la mujer. Reflexionar sobre este asunto permite conocer cómo las diferencias biológicas fueron convirtiéndose y justificándose hasta llegar a ser desigualdades sociales.¹

Por otra parte, a pesar del ascenso de la notoriedad de las mujeres en el entorno social actual, es un hecho que las desigualdades persisten en un grado tan alto que muchas veces resultan incomprensibles, si se comparan con los avances científicotécnicos contemporáneos.

Por ello, las diferencias de género no deben interpretarse como algo privativo de determinada etapa del desarrollo sociohistórico. Al respecto, las cuestiones de género han trascendido a lo largo de la historia humana, pero si bien siempre ha existido la desigualdad entre mujeres y hombres, las condicionantes y las repercusiones sociales, no era algo que pudiera ser instado al cambio o simplemente reseñado.²

El hecho referido a las diferencias físicas entre los sexos, condiciona de manera importante el comportamiento de hembras y varones; sin embargo, ello no puede convertirse en silogismo y establecer que si lo físico es distinto, lo psíquico es susceptible de continuar el mismo camino. Se pueden ofertar oportunidades similares sin perjuicio de establecer diferencias de género por causa de las características físicas de una mujer o de un varón.³

En diferentes ambientes puede comprobarse cómo las personas se comportan conforme a su género de referencia. Tanto en instituciones educativas como en centros de trabajo, en lugares de juego, entre otros, estas se manifiestan de una manera determinada, pues limitan sus posibilidades y, aunque resulta menos evidente, también acontece que el varón sufra esta restricción de oportunidades.⁴

A través de la educación, un colectivo, una determinada zona geográfica o un país van legitimando sus modos de proceder impregnados por las marcas sexistas.⁵

Las diferencias de género, en un enfoque holístico, se dan desde lo sociológico, lo político y lo económico hasta aspectos diferenciales que se producen en el uso del lenguaje, en su influencia en la conformación de una sociedad asimétrica en lo que respecta a la igualdad de oportunidades entre los géneros, que no enriquecen, sino que agudizan las asimetrías y distancian las posiciones de ambos géneros dentro del espectro social.⁴

Tanto la masculinidad como la femineidad son conceptos malentendidos socialmente, de los que se realiza una apropiación partidista que conduce a la legitimación de espacios de poder. Así, se aprecia cómo en determinadas circunstancias los comportamientos de lo femenino y lo masculino son similares en cuanto a reivindicar la importancia del género de pertenencia, alejando así la pretensión de la igualdad de oportunidades entre estos. El contexto social ofrece una serie de herramientas para ser utilizadas de forma constructiva, aunque se usan de manera interesada con la finalidad de lograr el ambicionado poder.⁶

Entre otros aspectos que pueden parecer menos importantes, en lo que a género se refiere, como la intención comunicativa, también se manifiestan las diferencias de género. Elementos referidos a la fonética, la semántica, la morfosintaxis, lo gestual, la interjección, las onomatopeyas, los mensajes del cuerpo y los aspectos verbales, por citar algunos, denotan diferencias notorias en hembras y varones al utilizar la lengua, por ejemplo: el uso del término zorro y su femenino (con las correspondientes connotaciones sociales que ello supone) y otros que pueden ser utilizados por varones y no por mujeres, ya que puestos en boca de estas reciben la desaprobación social o reprensión.⁴

También se considera la asociación de estereotipos de género con aptitudes para las ciencias, que puede influir en que las propias mujeres estimen que los hombres están mejor equipados para tener éxito en las ciencias, sobre todo las matemáticas, y que las mujeres tengan baja participación y rendimiento en comparación con estos.

Un estudio publicado en la revista *Proceedings of the National Academy of Sciences*, reveló que 70% de las personas asocia a los hombres con las ciencias y a las mujeres con la historia, el arte y la literatura, como posible consecuencia de la inequidad de género.⁷

En el amplísimo campo de estudio de las ciencias médicas y en el de la oftalmología en particular, una de las aristas más polémicas y menos abordadas a fondo, aun cuando es cada vez creciente el número de publicaciones que tratan el tema de una forma más o menos profunda, son las diferencias de género, a pesar de que constituyen un problema adicional que agrava el panorama de salud mundial y complica el éxito de cualquier estrategia para mejorar los niveles de salud.

A través del enfoque de género en estrecha relación con el de las condiciones de vida, emerge y se visualiza, dentro de determinado sistema social, el patrón de necesidades, roles, riesgos, responsabilidades y acceso a los recursos según el sexo de pertenencia. Es un hecho que a medida que el nivel socioeconómico es menor, se acentúan las desigualdades e inequidades de género en detrimento de las mujeres, lo cual trae consecuencias negativas en términos de "manejo" del tiempo y de la salud física y mental.⁸

Tan evidentes resultan las diferencias de género, que se considera al sexo femenino como el segundo grupo más vulnerable en relación con la pobreza y el desarrollo humano, superado solamente por el grupo de niños menores de 5 años.⁹

En los últimos tiempos se han realizado más publicaciones sobre el tema que en etapas precedentes, pero todavía no es suficiente. En la mayoría de estas el referente género y salud se aplica en alusión a enfermedades o situaciones propias de la mujer como el cáncer de mama o la salud reproductiva, pero el enfoque de género debe ir más allá, pues deben analizarse las diferencias entre hombres y mujeres con un enfoque holístico, basado en las determinantes sociales que son las que, en definitiva, generan estas diferencias más que las debidas a la propia biología.⁸

Las inequidades en salud se refieren, en gran medida, a las oportunidades desiguales de ser saludables y pertenecer a grupos sociales distintos, como mujeres, negros y campesinos. Se relacionan con 4 afrontamientos diferentes: el estado de salud de la población, expresado en los perfiles epidemiológicos que se presentarán posteriormente en función de la frecuencia de los problemas de salud de cada sexo; la posibilidad de utilizar los recursos y los servicios para satisfacer las necesidades de hombres y mujeres; la gestión de salud referida a la oportunidad de desarrollar responsabilidades y ocupar cargos de decisión en el sector y el financiamiento de la atención sanitaria.¹⁰

En este artículo se exponen los elementos relacionados con el género, el enfoque de género, la salud y la salud visual en específico, con el objetivo de destacar los aspectos más representativos y actualizados, importantes para todos los profesionales interesados en la temática, específicamente en el campo de la oftalmología.

DESARROLLO

Un aspecto clave en este tema es comprender qué no es género. No es una supuesta neutralidad frente a las diferencias entre mujeres y hombres, ni la simple distribución de una variable de análisis entre ellos, ni una sola teoría o metodología.

La perspectiva de género es una óptica utilizada para dar cuenta de diferencias biológicas, económicas, sociales, demográficas, políticas y culturales que se expresan a través de relaciones de poder y subordinación entre mujeres y hombres.¹¹ Este se manifiesta en roles prescritos, actividades, valores, atribuciones, símbolos, significados, reconocimientos, estándares y normas de comportamiento socialmente determinadas que, casi universalmente y a través de la historia, han puesto a las mujeres en situaciones de desventaja relativa, en relación con la disponibilidad y el control de recursos.¹²⁻¹⁴

El sexo se refiere a las diferencias anatómicas, fisiológicas y genéticas que se reflejan en sensibilidades e inmunidades distintas, así como a las características biológicas que diferencian a las mujeres y a los hombres y los sitúan como seres reproductivos complementarios.¹¹ En cuanto al proceso de salud-enfermedad y atención médica, es difícil diferenciar en qué medida los atributos biológicos del sexo interactúan con los del género.¹⁴

También se ha planteado un "sistema de sexo-género" que se refiere a modalidades históricamente específicas, a través de las cuales cada sociedad ha transformado la sexualidad biológica en un conjunto de actividades, valores y creencias que constituyen las relaciones de género.¹⁵

En contraposición, la perspectiva de género parte de la premisa de que este es un concepto relacional, que se refiere a un sistema social de relaciones entre mujeres y hombres, entre grupos de cada sexo, así como a la relación del individuo consigo mismo.^{14,16,17} Nace de la idea de que la mujer había quedado fuera de los procesos de desarrollo, siendo necesario reconocer que lejos de esto, había sido parte invisible e indispensable de dicho proceso; asimismo, permite analizar la salud como resultado de la organización y el funcionamiento de la sociedad, al presuponer un nivel de análisis dirigido a contextualizar la influencia de los factores sociales que conforman la subjetividad diferencial entre mujeres y hombres y, por ende, los modos de vivir, enfermar y morir, denominados perfiles epidemiológicos de género.^{18,19-21}

De acuerdo con el criterio de Castañeda,²² el énfasis en lo social dentro del género no implica la exclusión del elemento biológico, por el contrario, el análisis de esta perspectiva se dirige al examen de ambos factores que conducen a situaciones de ventaja o desventaja para uno u otro sexo.²²

Además de relacional, el género es jerárquico e institucionalmente estructurado y se basa en un sistema social apoyado por valores y creencias que otorgan mayor peso tanto a las actividades como a los espacios ocupados por los hombres. El género, muchas veces en armonía y otras en contraposición, se conjuga con las categorías raza, clase y etnia para reforzar sistemas interrelacionados de desigualdad social y económica global, nacional y local, así como al interior de los hogares. Las relaciones de género son dinámicas y se sitúan en contextos ambientales, económicos, sociales y

culturales, históricamente específicos, caracterizados por su variabilidad e interacción constante.

El peso del género como factor explicativo de las relaciones humanas, de acuerdo con las funciones y relaciones socialmente determinadas de mujeres y hombres en situaciones concretas, cambia a través del tiempo y entre grupos socioculturales. Por tanto, el análisis de género es multivariado y tiene como objetivo destacar las relaciones de inequidad entre mujeres y hombres y su impacto en la vida cotidiana, a la vez que parte del principio de que no es suficiente constatar la existencia de inequidad, sino entender y cambiar sus causas.

Alcanzar la equidad de género es un proceso que procura establecer las bases de un trato justo entre mujeres y hombres y de implementar medidas que compensen las desventajas históricas y actuales de un grupo. Es el primer paso hacia la igualdad de género que busca asegurar el disfrute de ambos por igual, de bienes, recursos, oportunidades y beneficios.²³

El género ha encontrado eco en el análisis de una gama muy amplia de fenómenos sociales, tales como: pobreza, discriminación, exclusión y desarrollo sustentable.

En el campo de la salud, la perspectiva de género es una herramienta analítica que enriquece la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención médica y la efectividad de programas diseñados para solucionar o remediar problemas determinados.

Al considerar la situación de desventaja de las mujeres, amplía el abanico de posibles determinantes de enfermedades y trastornos específicos, esclarece vulnerabilidades y riesgos diferenciales que confrontan las mujeres y los hombres y arroja luz sobre las estrategias rutinarias que adoptan para preservar y mejorar la salud.²⁴

Objetivos de la aplicación de la perspectiva del género al campo de la salud

- Identificar y cambiar las relaciones de poder y subordinación que influyen en el acceso y control de recursos, así como las prácticas y actitudes discriminatorias que repercuten sobre la salud.
- Diferenciar las necesidades de salud por género.
- Esclarecer la manera en la que la división del trabajo socialmente determinada y los patrones de socialización privilegian a los hombres y crean vulnerabilidades y riesgos de salud diferenciales.
- Modificar las explicaciones que atribuyen los problemas de salud de las mujeres a factores estrictamente biológicos.²⁴

Según la Organización Panamericana de la Salud, la perspectiva de género aplicada a la salud requiere incorporar una serie de dimensiones analíticas que incluyen:

- La percepción del proceso de salud-enfermedad, así como la búsqueda de atención.
- Los riesgos específicos ligados a actividades definidas como masculinas o femeninas.
- Las necesidades de atención frente a riesgos y vulnerabilidades determinadas, así como las diferencias en los servicios y la calidad de la atención.

- El grado de acceso y el control material y cultural sobre los recursos a nivel de la familia y de la sociedad.
- Las restricciones legales y las limitantes tecnológicas que afectan de manera particular a las mujeres en su calidad reproductora.
- Las prioridades en la distribución de recursos públicos destinados a la provisión de servicios, personal, y la investigación sobre problemas que afectan de manera diferencial o exclusiva a mujeres u hombres.^{16,25}

Particularmente en la salud, para conseguir una verdadera equidad es imprescindible identificar las necesidades particulares de los sexos y atenderlas de forma diferenciada.

Si bien las diferencias en cuanto a problemas y necesidades en salud son obvias, la tradición médica en el proceso de salud-enfermedad de mujeres y hombres, las ha tratado como si emanaran únicamente de las desigualdades biológicas, sin tener en cuenta que el hecho de desempeñar distintos roles en las sociedades (roles de género), también implica distintos factores de riesgo. A dichos roles se les asigna un valor diferencial y, generalmente, aquellos asociados con lo masculino reciben un mayor valor social, lo cual tiene, a su vez, implicación directa en el nivel de acceso y control sobre los recursos.

En ese sentido, es esencial reconocer que las construcciones de género están fuertemente influenciadas por la cultura, el nivel socioeconómico, el grupo étnico y la edad del subgrupo poblacional, factores a tener en cuenta al analizar la influencia de género en la salud.

Si mujeres y hombres son biológicamente distintos y están sujetos a desiguales construcciones de género en diferentes culturas, niveles socioeconómicos, etnias y generaciones, se puede asumir que tendrán distintas necesidades en salud, las cuales serán identificadas para responder de manera equitativa y eficiente, desde el reconocimiento de que el origen de esas diferencias se deriva de la interacción de lo biológico y lo psicosocial.

Las diferencias biológicas y las ligadas al género, denominadas perfiles de género, pueden ser:

- Exclusivas de uno de los sexos
 - En las mujeres: embarazo, aborto, mortalidad materna, cáncer cervicouterino y menopausia (con sus posibles consecuencias como anemia, infecciones ginecológicas, prolapso uterino e incontinencia urinaria, por citar algunas); en los hombres, cáncer de próstata y hemofilia, entre otras.^{26,27}
- Más prevalentes en uno de los sexos
 - La anemia por deficiencia de hierro, ligada a la mayor pérdida de hierro por causa de la menstruación, del embarazo y la lactancia, así como la ocasionada por determinadas prácticas culturales que privilegian al hombre en la distribución intrafamiliar de los alimentos ricos en proteínas.

- La osteoporosis asociada con factores biológicos, con estilos de vida, diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad, es más frecuentes en mujeres, pero también en grupos de menores ingresos.
- La depresión es 2 o 3 veces más frecuente en mujeres en todas las etapas de la vida, relacionada con estilos de personalidad y experiencias ligadas a tipos de socialización y a oportunidades diferenciales de hombres y mujeres.
- La violencia sexual en la niñez, la adolescencia y la adultez.
- La sobremortalidad por cáncer durante la adultez es menos asociada con la letalidad de los cánceres propios de la mujer que con el acceso limitado a tecnologías médicas de detección temprana y tratamiento precoz; várices, incontinencia urinaria, artritis y enfermedades del sistema inmunitario, entre otras, son algunos ejemplos.
- En los hombres: cirrosis hepática (asociada con el abuso en el consumo de alcohol), esquizofrenia, cáncer de pulmón (asociado con el tabaquismo), la sobremortalidad por accidentes y la violencia, incluyendo homicidio y suicidio (visible desde la niñez y relacionada con estereotipos masculinos, tales como: agresividad, intrepidez, osadía e ingestión excesiva de alcohol), además de silicosis causada por trabajo en minas, hernias y enfermedad arterial coronaria, esta última causante de mayor mortalidad durante las edades productivas, así como mayor incidencia de dislexia, hiperactividad y tartamudez en la niñez.²⁸
- Con características diferentes en mujeres y hombres: se ha reconocido la presencia de alteraciones respiratorias y cardiovasculares crónicas, provocadas por condiciones adversas donde las mujeres con menor recurso desarrollan las actividades domésticas.²⁷⁻³³
 - El riesgo de contraer esquistosomiasis es más frecuente en la mujer cuando en su rol en el lavado de ropa, tiene contacto con aguas infectadas.
 - Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son asintomáticas por más tiempo en las mujeres y tienen consecuencias más graves como la esterilidad e incluso, la muerte en caso de inflamación pélvica.
 - Las deficiencias nutricionales pueden causar muerte durante el parto.
 - El alcoholismo y el tabaquismo tienen consecuencias diferentes para la salud de las mujeres, particularmente en caso de embarazo.
 - La violencia sexual para estas puede significar embarazos no deseados e ITS.
 - La malaria durante el embarazo es una causa importante de mortalidad materna, aborto espontáneo y mortalidad fetal, a la vez que contribuye significativamente al desarrollo de anemia crónica.
 - Las muertes por armas de fuego (suicidio u homicidio) son más características en los hombres que en las mujeres.
 - En crímenes violentos, las mujeres tienden a ser víctimas con mucha mayor frecuencia que los hombres.

- La disfunción sexual genera una sanción social más negativa cuando se trata de un varón.
- La falta de conexión de agua en el domicilio afecta más a las mujeres que a los hombres, pues son las mayores consumidoras y también son ellas (con hijos e hijas) quienes se encargan de su almacenamiento.
- La desfiguración por leishmaniasis, esquistosomiasis y lepra, entre otras, genera un rechazo social más agudo hacia las mujeres, dado por el énfasis en cuanto a la belleza física que se pone en relación con su valía.
- Las mujeres son las más afectadas por los accidentes que ocurren en el hogar debido a su mayor contacto con los factores de riesgo relacionados con el trabajo doméstico en el espacio privado.³⁴
- Los hombres sufren más por los accidentes asociados con actitudes y conductas estereotípicamente masculinas, lo cual provoca que la mortalidad prematura, la incapacidad por accidentes del trabajo, del tránsito y de los ocasionados por deportes peligrosos sean elevados en ese sexo.^{29-31,34,35}

En este perfil se puede incluir a la violencia como forma de ejercicio del poder para eliminar los obstáculos que se interponen en las decisiones y acciones donde se usa la fuerza y que lleva por tanto implícita una condición de asimetría de poder.³⁶⁻⁴⁰

La violencia de género puede entenderse como cualquier acto de poder que resulta o puede resultar en daño físico, psicológico o sexual. Incluye la amenaza, la coerción o la privación de libertad, tanto en la vida pública como en la privada y ocurre en mayor o menor grado, sin distinción de ingresos, clase social y cultura, en todas las esferas de la sociedad. Las mujeres suelen ser víctimas de abuso y acoso sexuales, así como de esterilización y aborto forzado. Los factores que la originan pueden estar relacionados con la dinámica interpersonal y familiar, las situaciones económicas, las desigualdades sociales o los patrones culturales.^{29,34,37-40}

La salud mental también resulta muy vulnerable a las interacciones entre el individuo y el medio en que vive. En la región de las Américas, la depresión grave afecta al doble de las mujeres, por ser las menos favorecidas dentro de la sociedad y sufrir con más fuerza de escasa autoestima, pocas aspiraciones y marcada sobrecarga laboral.⁴⁰

- Reciben respuestas diferentes del sistema según se trate, de hombres o mujeres: la respuesta del sistema, sea de salud o de la sociedad en general, está claramente diferenciada por género. Existen importantes barreras estructurales para el acceso a los recursos y beneficios del sistema de salud que devienen de los roles asignados a hombres y mujeres y de las relaciones que se derivan del valor asignado a dichos roles:
 - Enfermedades cardiovasculares: se sigue teniendo la imagen de que son afecciones típicas de los hombres, aunque la realidad indica que son una de las primeras causas de defunción, en muchos casos la primera entre las mujeres de 49 años y más.

- Esterilización voluntaria: la proporción es de 1 a 300 en la relación hombre-mujer, aun cuando la vasectomía es una intervención más sencilla y económica y menos invasiva que la esterilización femenina.
- La violencia doméstica contra la mujer es juzgada de manera diferente a la violencia pública contra desconocidos, con mayor grado de tolerancia cuando se comete por su pareja, reflejada incluso, en muchos contextos, en la legislación sobre violencia doméstica e intrafamiliar.
- La exclusión de las mujeres en los estudios clínicos sobre enfermedades que afectan a ambos sexos, tiene como consecuencia que las terapias derivadas de dichos estudios se basan en información de dudosa aplicabilidad en las mujeres e, incluso, riesgosas. En ese mismo sentido, la consideración del organismo del hombre como el estándar excluye el estudio de situaciones tales como, el embarazo y la lactancia y su relación con el medicamento o tratamiento estudiado.
- La baja prioridad asignada a la investigación de enfermedades que afectan de manera exclusiva o preferentemente a la mujer. Un ejemplo evidente es el hecho de que el cáncer cervicouterino continúa siendo una de las primeras causas de muerte en las mujeres adultas, pese al carácter prevenible.
- La focalización de los servicios de planificación familiar en la mujer ha implicado exclusión y, por lo tanto, limitación del acceso de los hombres a tales servicios.
- Diferencias en la calidad de atención en los servicios, demostradas en investigaciones en Estados Unidos, Canadá, Australia y Suecia y países de Latinoamérica.

Se ha descrito que mujeres y hombres no solicitan atención médica por los mismos motivos y que la demanda es también diferente por especialidad. Así, la condición distintiva de la mujer de embarazarse, parir y amamantar a los hijos hace que acudan a los servicios de salud para recibir atención en cuanto a la función reproductiva con más frecuencia que los hombres.

Por otra parte, el acceso y control de los recursos dedicados a la salud son diferentes para ambos sexos, unas veces desfavorables para el masculino y otras para el femenino, aunque este último tiene más posibilidades en todo lo relativo a la salud reproductiva.^{18,29} Las mujeres son afectadas en muchos países por tener menos participación en la fuerza de trabajo remunerada, mayor desempleo y concentración en ocupaciones de bajos ingresos, ocupación de plazas no cubiertas por la seguridad social, pocas posibilidades de promover a cargos mejor pagados y discontinuidad en el trabajo por la gestación y el cuidado de los hijos.

De la misma manera, consumen de 3 a 4 veces más analgésicos que los hombres, utilizan mayoritariamente los psicofármacos y se automedican con más frecuencia, a fin de disminuir los malestares de la cotidianidad y la depresión, sin asistir a las instituciones de salud para tratar de actuar sobre los factores sociológicos y psicológicos que la producen.^{29-31,34,41-43}

De hecho, la perspectiva de que todas las situaciones en salud tienen un componente de género, a pesar de que pueden ser exclusivas de un sexo y parecieran no estar influenciadas por factores sociales o de género, es vital para un adecuado análisis. Tal influencia se haría evidente si se examinara, por ejemplo, cómo, cuándo y por quién,

las enfermedades son diagnosticadas y cómo aquellas personas que presentan síntomas de la enfermedad lo autoperciben y son percibidas por los demás.

En resumen, las diferencias y desventajas de género en el campo de la salud se manifiestan no solamente en la forma en que se distribuye la enfermedad en una población, sino también en la manera en que se promueve la salud, se previene y controla la enfermedad, se cuida a los enfermos y en los modelos empleados para estructurar sistemas de salud y seguridad social. Si no se toma en cuenta la influencia y el impacto de los roles y las relaciones de género en el proceso salud-enfermedad, resulta imposible la atención adecuada de ciertos subgrupos e individuos y responder adecuadamente a las necesidades sanitarias de la población.

También desde el aspecto preventivo, la perspectiva de género ayuda a anticipar la probabilidad de que un hombre o una mujer se enfermen y mueran de una enfermedad específica.

La infección por VIH/sida permite ejemplificar esta afirmación. En la realidad epidemiológica actual, este virus tiene mayor prevalencia entre los hombres; sin embargo, el número de mujeres infectadas que crece con mayor rapidez. Hoy día, la cifra alcanza 75 % de los nuevos casos infectados en el mundo. La perspectiva de género ayuda a esclarecer el porqué de esta dinámica y da pautas para el diseño de intervenciones que respondan adecuadamente a las necesidades específicas de salud a mujeres y hombres, al tener en cuenta que existen diferentes factores de riesgo, grados de severidad de las consecuencias, respuestas de mujeres y hombres, del sector salud en particular y de la sociedad en general, según el sexo.

La perspectiva biológica indica que las mujeres son más vulnerables por ser el semen altamente infectante y la mucosa vaginal más vulnerable, sobre todo en edades extremas (adolescencia y posmenopausia), tanto por sufrir más que los hombres de infecciones de transmisión sexual, hecho que aumenta el riesgo de VIH, como por el hecho de que muchas veces estas son asintomáticas lo que impide su detección temprana y el tratamiento oportuno.

La perspectiva de género indica que a pesar de las diferencias biológicas en cuanto a la vulnerabilidad al VIH, estas no explican el hecho de que las mujeres ahora constituyan el mayor porcentaje de los casos nuevos infectados, por lo es imprescindible considerar la interacción entre factores psicosociales y biológicos, es decir, de género.

Al respecto se consideran:

- Tolerancia social de la promiscuidad masculina.
- Asignación social de un mayor valor a lo masculino y sanción social positiva a la pasividad y abnegación femeninas.
- Falta de comunicación abierta sobre la sexualidad en las parejas.
- Rechazo masculino al condón.
- Construcción psíquica femenina sobre la subordinación económica y social.
- Las mujeres no han sido tomadas en cuenta por la comunidad científica al realizar investigaciones clínicas sobre VIH/sida, con excepción de las trabajadoras sexuales.
- Prohibiciones de acceso a la educación sexual y a los anticonceptivos.
- Falta de servicios de salud para las mujeres con ITS o VIH, donde se tomen en cuenta las necesidades de género.
- Violencia sexual.
- Fidelidad y virginidad.

Las diferencias de salud entre mujeres y hombres existen y son significativas en cualquier grupo socioeconómico, aunque no sean uniformes ni avancen en la misma dirección. El género, como construcción social, es un factor de peso que exagera la vulnerabilidad biológica y la acompaña en la determinación de las desigualdades en materia de salud.

De acuerdo con algunos criterios,⁴¹ la epidemiología moderna se orienta a explicar y cuantificar por qué flotan los corchos en la superficie del agua, pero no se ocupa de las corrientes subyacentes más intensas que determinan a donde va a dar el grupo de corchos a lo largo de la línea costera del riesgo, por lo que cualquier análisis relativo a la salud resulta, cuando menos incompleto, si no se tiene en cuenta la influencia del género.

En el campo del estudio específico de la oftalmología, algunas instituciones y programas patrocinados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y organizaciones no gubernamentales de diferentes países (*Vision 2020*, Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera, *Fred Hollows Foundation*, *International Eye Foundation*, *Sight and Life*, *Dark and Light Blind Care*, *Helen Keller International*, *Sightsavers International*, entre otros) intentan mejorar las inequidades de género y han obtenido algunos resultados; sin embargo, se hace necesario diseñar estrategias esenciales y globales.⁴⁴

Una arista del problema sobre el que resulta más factible trabajar, y existen ejemplos que lo demuestran, es el acceso a los servicios de salud. El reconocimiento de la inequidad de género en la utilización de los servicios de atención ocular en detrimento de mujeres y niñas, es un hecho. El éxito en la reducción de las brechas significará que muchas más reciban atención especializada, lo que conducirá a la reducción de la discapacidad visual y a vidas más productivas y plenas para una enorme cantidad de personas en el mundo con beneficio también para sus familias, la comunidad y la sociedad.

De acuerdo con las estadísticas, las mujeres aportan más a las tasas globales de prevalencia de ceguera que los hombres, sobre todo después de los 40 años. Entre las causas que tratan de explicar estas diferencias se plantea el hecho de que las mujeres tienden a vivir más que los hombres, de manera que corren mayor riesgo de adquirir enfermedades que pueden conducir a la ceguera; también utilizan con menor frecuencia los servicios de salud ocular, principalmente en los países menos desarrollados.⁴⁴

La reducción de la inequidad de género hasta lograr la equidad en la utilización de los servicios de atención ocular y en sus resultados a nivel mundial, permitirá disminuir la discapacidad y el disfrute de vidas más productivas y plenas para una enorme cantidad de personas en todo el orbe.

Al respecto, algunos aspectos merecen ser destacados:

Lo primero es el reconocimiento cabal del problema, lo cual resulta imprescindible. Las estadísticas reflejan que en la mayoría de los países en desarrollo, las mujeres reciben menos servicios de salud ocular, particularmente aquellos que previenen o tratan condiciones que conducen a la ceguera. Por otra parte, teniendo en cuenta que las mujeres forman parte de más de la mitad de la población de ancianos, con mayor incidencia natural de enfermedades que provocan potencial ceguera como la catarata y el tracoma, se ha observado que entre 60 y 65 % de las personas ciegas en el mundo

son mujeres. Esta realidad precisa ser más divulgada para aumentar la conciencia a escala mundial.⁴⁵

Algunos programas exitosos en Nepal, Egipto, Paquistán, Tanzania, entre otros países, han logrado reducir la brecha entre mujeres y hombres en la utilización de los servicios de salud ocular. Estos programas, basados en condiciones locales, han tratado los problemas tanto a nivel comunitario como de prestadores de salud y, aunque sus resultados son limitados, necesitan ser reconocidos, estudiados y profundizados.⁴⁵

La desagregación de los datos de utilización de los servicios por sexo es imprescindible para la documentación, monitoreo y evaluación de la aplicación sistemática del enfoque de género, en particular género-ceguera. Aunque estos se registran habitualmente en la prestación de servicios, no siempre se informan y analizan de esa manera a nivel de países y globalmente.⁴⁵

Un aspecto sensible de este enfoque resulta la evidencia creciente de que los niños, el grupo más vulnerable de la sociedad, también experimentan inequidad de género en la utilización de los servicios de salud ocular. Informes de Tanzania y Bangladesh sugieren que es más probable que las niñas permanezcan ciegas por catarata congénita, por lo que determinar la extensión del problema y diseñar estrategias para afrontarlo resulta prioritario.⁴⁷

Algunos indicadores que permiten ilustrar aspectos de género en el campo de la oftalmología son los siguientes:⁴⁶

- La disparidad de género en las tasas de ceguera es más evidente en la primera infancia y después de los 40 años. En general, se estima que las mujeres tienen 1,56 veces más probabilidades de quedar ciegas que los hombres.
- La extrapolación de estos datos a la población general indica que las mujeres aportan 63,3 % de todos los casos de ceguera.
- Entre 6 enfermedades oculares que conducen a años de vida con discapacidad por ceguera o baja visión, las mujeres exceden a los hombres 41,1/29,5 millones.
- De estas enfermedades, la que más años aporta es la catarata con 21,4/15,7 millones.
- Le siguen en orden de importancia: degeneración macular involutiva (12,7/9,4 millones), glaucoma (3,3/2,4 millones), tracoma (2,4/0,8 millones), déficit de vitamina A (0,9/0,7 millones) y oncocercosis (0,3/0,2 millones).

La utilización correcta y exitosa de este enfoque es mucho más complicada de lo que pueda referirse en cualquier estudio o publicación, porque las diferencias de género se erigen sobre bases económicas, sociales y culturales bien permeadas en todas las sociedades, con independencia del tipo y del nivel de desarrollo alcanzado, aunque con diferencias sustanciales entre ellas.

En Cuba, a juicio de la autora, pese a lo logrado y a la voluntad política inigualable del Estado, aún persisten algunas diferencias. Si bien las brechas no se determinan por los niveles de acceso a los servicios de salud ni por otras razones de índole económica como ocurre en muchos países, algunos aspectos de índole sociocultural se mantienen e influyen en el mayor o menor cuidado en términos de salud para mujeres y hombres, entendida esta como concepción integral.⁸

Ganar espacios, romper barreras y alcanzar victorias por pequeñas que sean, debe animar a todos los que están conscientes de estas diferencias.

Investigaciones de cualquier índole, incluidas las puramente médicas, deben comenzar a analizar las diferencias entre mujeres y hombres desde la perspectiva de género y a proponer soluciones para ir disminuyendo este obsoleto flagelo que aún nos azota.⁸

En definitiva, las diferencias y desigualdades de género relacionadas con la salud se manifiestan tanto en la exposición diferencial al riesgo y sus consecuencias, como en las diferencias para enfrentarlos de acuerdo con la cuota de poder dentro de un contexto social determinado, indiscutiblemente, de forma abrumadora y a favor de los hombres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Presno Labrador MC, Castañeda Abascal IE. Enfoque de género en salud. Su importancia y aplicación en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003 [citado 20 Ene 2012]; 19(3).
2. Cala Carrillo MJ. Género, grado de escolarización y actitudes. Modos de argumentar y pensar. Cultura y Educación. 2002; 14(3): 327-42.
3. García Mina A. Desarrollo del género en la feminidad y la masculinidad. Madrid: Narcea; 2003. p. 312.
4. Encabo Fernández E, López Valero A. Diferencias de género y comunicación: aspectos no verbales y propuestas didácticas. Didáctica (Lengua y Literatura). 2004; 16: 45-56.
5. Reagan T. Language, education and ideology. Londres: Greenwood Publishing Group; 2002. p. 416.
6. Newkirk T. Misreading masculinity. Londres: Heinemann; 2002. p. 213.
7. Nosek B. Interviews about sciences and gender inequality. Notimex. 2009 jun 23; Secc. Interviews.
8. Triana Casado I. El enfoque de género en el campo de la Oftalmología. Panorama Cuba y Salud. 2010; 5(2): 38-9.
9. Castellanos Campos PL. Determinantes sociales de la situación de salud de la población. Washington D,C: OPS; 1994. p. 6-10.
10. Braveran P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. Bull WHO; Ginebra; 2003; 81(7): 539-45.
11. Rubin-Kurtzman JR. Cambios en el mundo del trabajo y la salud de las mujeres: una revisión desde América Latina. Avances de investigación. México: El Colegio de Sonora; 2006. p. 85-9.
12. Hartigan P. Género, ambiente y salud: incorporación de un enfoque de género en el trabajo de salud ambiental. Washington, DC: OPS; 1998.

13. Castro R, Bronfman M. Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. México, DF: El Colegio de México; 1998. p. 205-38.
14. Pedrosa Islas L. Perspectiva de género en la investigación en salud. Primer Taller Internacional de Salud Ambiental en América Latina. México, DF: Universidad Autónoma de Chihuahua; 2005.
15. Rubin G. El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. Nueva Antropología. 1986; 8:95-6.
16. Szasz I. Género y salud: propuestas para el análisis de una relación compleja. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 1999. p. 109-22.
17. Denman Champion CA, Cedillo L, Harlow SD. Work and health in export Industries at national borders. Oxford: University Press; 2003. p. 247-77.
18. Organización Panamericana de la Salud. Carpeta Metodológica del Taller de Capacitación en Género, Salud y Desarrollo. Washington, DC: OPS; 1995. p. 23-36.
19. Seminario Nacional de Evaluación y Difusión. Relatoría del Seminario Nacional de Evaluación y Difusión: Las cubanas de Beijing al 2000. La Habana: Editorial de la Mujer; 1996. p. 21-5.
20. Sen G, George A, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas. Washington, DC: OPS; 2005. p. 23-32.
21. Presno Labrador C, Castañeda Abascal IE. Perspectiva de género en la gestión en salud. Temas de actualización en salud pública [versión en CD-ROM]. La Habana: ENSAP; 2004.
22. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Salud Pública. 2007 [citado 20 Ene 2012]; 33(2).
23. Boischio A. Ecosystem approaches to human health: ecohealth, gender and environmental health research in Latin America. Primer Taller Internacional de Salud Ambiental en América Latina. México, DF: Universidad Autónoma de Chihuahua; 2005.
24. Rubin Kurtzman JR, Denman Champion CA. Género, salud y ambiente en América Latina: una propuesta de análisis y su pertinencia para la Red. Los Ángeles: Center for Population Research; 2006. p. 65-71.
25. Corriols M. Plaguicidas y salud de las mujeres en Centroamérica: retos y desafíos para incorporar el enfoque de género en las intervenciones. Primer Taller Internacional de Salud Ambiental en América Latina. México, DF: Universidad Autónoma de Chihuahua; 2005.
26. Gender mainstreaming in USA public health. Relatoría del Gender Equity Conference [citado 20 Ene 2012].

27. Paz Muñoz M. Seminario regional sobre enfoque de género y las fuentes de información estadísticas. Posibilidades de análisis de la información en salud desde la perspectiva de género. México, DF: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer; 1997. p. 2-7.
28. Promoción de la salud. Mejoramiento del estado de salud de la mujer. Washington, DC: OPS; 1993. p.11-8.
29. World Health Organization. Gender and health a technical paper. Women's health. Geneva: WHO; 1998.
30. Ahmed Obaid T. Acuerdos mundiales sobre derechos humanos, medio ambiente, desarrollo, salud reproductiva e igualdad de género. New York: FNUAP; 2001. p. 12-6.
31. Castañeda Abascal IE, Solís Solís S. Desigualdades atribuibles al género en cirujanos(as) de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Salud Pública. 2002; 2(28):112-48.
32. Álvarez Suárez M. Género, salud y cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000. p. 41-54.
33. Giddens A. Estructuras de poder. Sociología, cultura, individuo e interacción social. Madrid: Alianza; 1997. p. 152-4.
34. Artilles de León L. Violencia y sexualidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1998. p. 78-92.
35. De Souza MC. A violencia como desafio a saúde pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2000. p. 85-96.
36. División de salud familiar y reproductiva. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. Washington, DC: OPS; 1998. p. 34-41.
37. Velázquez Coello S. Violencias cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender y ayudar. Buenos Aires: Paidós; 2003. p. 112-7.
38. FAO. Women and Population Division. Gender sensitive indicator: a key tool for gender mainstreaming [citado 20 Ene 2012].
39. Shallat L, Paredes U. Concepto de género en la planificación y desarrollo. Washington, DC: Instituto Internacional de las Naciones Unidas de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer; 1995. p. 8-12
40. Artilles Visbal L. Políticas de salud con perspectiva de género a las puertas del milenio. En: Género, salud y cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000. p. 54-6.
41. Sánchez Aponte M. Cuando el sexo marca diferencias [citado 20 Ene 2012].
42. Helman CG. Culture, health and illness. Gender and reproduction. Oxford: Plant Tree; 2000. p. 108.

43. Sen G, George A, Östlin P. Engendering international health: the challenge of equity. Cambridge: The MIT Press; 2002. p. 85-7.
44. Visión 2020. Reporte del Día Mundial de la Visión 2009: género y salud ocular [citado 8 Mar 2012].
45. Abou Gareeb I, Lewallen S, Bassett K, Courtright P. Gender and blindness: a meta-analysis of population-based prevalence surveys. *Ophthalmic Epidemiol.* 2001; 8(1):35-56.
46. Limburg H, von Bischoffshausen FB, Gómez P, Silva JC, Foster A. Review of recent surveys on blindness and visual impairment in Latin America. *Br J Ophthalmol.* 2008; 92:315-9.

Recibido: 24 de junio de 2011.

Aprobado: 18 de agosto de 2011.

Dra. Idalia Triana Casado. Centro Nacional de Referencia de Retinosis Pigmentaria, Calzada del Cerro No. 1551, Cerro, Ciudad de La Habana, Cuba.
Dirección electrónica: idalia.triana@infomed.sld.cu