

género

Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud

equidad

Pamela Hartigan

salud



Organización
Panamericana
de la Salud



Harvard Center for
Population and
Development Studies

Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud

Pamela Hartigan



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana,
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

2001



Harvard Center for
Population and
Development Studies

Emitido originalmente como el documento "Communicable Diseases, Gender, and Equity in Health" (No. 99.08) de la Serie de Working Papers del Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health (July 1999).

© Harvard Center for Population and Development Studies, 2000

Los trabajos que componen esta serie sobre "Género y Equidad en la Salud" proceden de dos talleres celebrados en el Center for Population and Development Studies de la Universidad de Harvard en 1997 y 1998, respectivamente. Ambos fueron organizados como parte de la Iniciativa Global para la Equidad en la Salud, un proyecto integrado, financiado en parte por la Fundación Rockefeller y por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Suecia. La Iniciativa Global para la Equidad en la Salud es un proyecto interdisciplinario que combina el trabajo conceptual sobre equidad en la salud con estudios de caso-país.

Algunos de los trabajos que integran esta serie se publicarán en inglés en un volumen editado por Gita Sen, Pirooska Ostlin y Asha George.

Organización Panamericana de la Salud 2001

ISBN 92 75 32287 2

CONTENIDO

Prólogo	v
Introducción	1
Descripciones	4
Una mirada hacia el pasado y hacia el presente	5
El género, un concepto comparativo	11
El impacto de género en las enfermedades transmisibles	15
Tuberculosis	17
Enfermedades de transmisión sexual	19
Malaria	21
Grupo de enfermedades tropicales “huérfanas”	23
Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud	26

PRÓLOGO

En su obra *Preparing for uncertainty* [Preparándonos para la incertidumbre], Levins sostiene que la complejidad de los factores determinantes de las enfermedades emergentes constituye el principal problema científico de nuestra época. Entre esos factores, el autor cita categorías sociales tales como género, raza y clase, y su compleja interrelación con las enfermedades transmisibles. Estas enfermedades continúan siendo la primera causa de mortalidad en la población de los países pobres y, aunque se ha comenzado a reconocer la relación entre ellas y la pobreza, todavía no se presta suficiente consideración a la interrelación con el género, que se manifiesta en la carga inequitativa de enfermedad para las mujeres y en las limitaciones de acceso a los recursos necesarios para el control y la protección de su salud.

La obra que aquí se presenta provee instrumentos para observar la forma en que la construcción social de género afecta de diferente manera a los hombres y a las mujeres, en términos de riesgos, atención y carga de enfermedades transmisibles, así como también en cuanto al resultado de la promoción de su propia salud, la de sus familias y la de sus comunidades. Asimismo, en ella se fundamenta la ineficacia de las estrategias aisladas de erradicación de enfermedades tales como la tuberculosis, la malaria, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/sida y la hepatitis C. También se aclaran los motivos por los cuales los hombres y las mujeres pobres no usan los métodos disponibles para prevenir y controlar sus enfermedades, y se llama la atención sobre los estereotipos de género que siguen dominando los campos de la investigación y atención de esas enfermedades obstruyendo así los avances destinados a establecer programas de salud equitativos y eficaces.

La equidad es una prioridad para la Organización Panamericana de la Salud. Por ello debe abordar las inequidades estructurales que favorecen la aparición y difusión de las enfermedades transmisibles en la actualidad. El género, un elemento crucial de esas inequidades estructurales, debe ser tomado en cuenta tanto en la investigación, la prevención y la atención, como en las políticas de erradicación de las enfermedades transmisibles en las Américas.

George A. O. Alleyne
Director

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades transmisibles siguen siendo la causa más frecuente de muerte en el mundo hoy en día. Se calcula que de los 51 millones de defunciones que se produjeron en el mundo en 1993, aproximadamente una tercera parte, equivalente a 16,4 millones, se debieron a enfermedades infecciosas y parasitarias (WHO 1995). En el África subsahariana, las enfermedades transmisibles constituyen más del 70% de la carga de las enfermedades, mientras que en los países industrializados solo suman 10% (Banco Mundial 1993). Pese al arsenal de diagnósticos, fármacos, plaguicidas y vacunas que vieron la luz a lo largo de los últimos cien años, los investigadores y profesionales biomédicos continúan enfrentándose a un número siempre creciente de enfermedades transmisibles de nueva aparición, como la infección por el VIH y la hepatitis C. Además, las cepas resistentes a los medicamentos contra los agentes infecciosos más conocidos, como los que causan la malaria y la tuberculosis, transforman en ineficaces fármacos antes potentes, tales como la cloroquina y la terapia multifarmacológica.

¿Por qué, pese a un siglo de esfuerzos combinados por parte de los países ricos y pobres por igual, parecemos incapaces de responder de forma continuada y con éxito ante enfermedades bien conocidas, emergentes o reemergentes? Al buscar los motivos, resalta enseguida el hecho de que la investigación, la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades infecciosas están dominados por las teorías biomédicas e individuales sobre la causalidad de la enfermedad. Si bien los epidemiólogos hablan de una "red causal" (Krieger 1994) que atribuye la presencia o ausencia de infección a la existencia de interacciones entre el huésped, el agente y el medio ambiente, sigue prestándose más importancia al proceso de enfermedad que a las raíces socioestructurales de las que emana. Las intervenciones de los expertos en enfermedades transmisibles tienden a centrarse solamente en los mecanismos biológicos empleados por la enfermedad; rara vez amplían sus perspectivas para incluir el estudio de las circunstancias

políticas, económicas o sociales que explican la presencia de esa enfermedad.

Sin embargo, la incapacidad sistemática para reconocer que la persistencia de las enfermedades transmisibles en el mundo actual se arraiga en la desigualdad estructural sigue siendo el motivo por el que fracasan las inversiones más costosas dirigidas a descubrir y tratar los procesos de enfermedad. El gran obstáculo estructural para la erradicación de las enfermedades infecciosas es la pobreza, que es también el mayor riesgo, cualquiera que sea la edad, el sexo o la raza de la persona. Existen pocas dudas, además, de que la enfermedad, a su vez, exacerba la pobreza, creando así un círculo vicioso. Un cálculo conservador, obtenido de un estudio reciente, indica que el 47,3% de todas las muertes debidas a enfermedades transmisibles y afines se producen en el 20% más pobre de la población mundial (Gwatkin y Guillot 1998). Conviene añadir, considerando que las mujeres constituyen aproximadamente el 70% de la población pobre, que la interacción entre género y pobreza podría constituir el factor de riesgo más importante que se debe suprimir en cualquier esfuerzo dirigido a erradicar las enfermedades transmisibles (PNUD 1995). Pese a ello, el reconocimiento de que es preciso corregir las desigualdades económicas, estructurales y de género para poder frenar la propagación de las enfermedades emergentes o reemergentes exigiría un giro completo del pensamiento y de la práctica médica y social actuales.

Este trabajo tiene el propósito de examinar uno de los aspectos de este giro completo. Los científicos médicos y sociales deben tomar seriamente en consideración el género,¹ su interacción con los factores fisiológicos e inmunológicos y la forma en que el resultado de esa interacción protege a los hombres y a las mujeres frente a las enfermedades transmisibles o, por el contrario, aumenta su riesgo. Antes de planificar cualquier intervención sobre una de estas enfermedades, sería preciso conocer cómo el género influye en el grado en que hombres y mujeres, tanto de forma individual como en grupos de población, tienen acceso a los recursos necesarios

¹ En este texto, género se refiere a los papeles desempeñados por los hombres y las mujeres y a las relaciones de poder que se establecen entre ellos y que sitúan a uno de los sexos en posición de ventaja o desventaja en relación con los recursos. En tanto categoría de análisis social, el género consta de varios elementos, que incluyen: i) especificidad de contexto; ii) calidad de modificable en función del tiempo; iii) valores y creencias socialmente estructurados que influyen la elección de carreras y profesiones, la legislación, los modelos organizativos, las religiones, etc.

para proteger su propia salud, la de sus familias y la de su comunidad. Por último, los que trabajan en el campo de las enfermedades transmisibles, ya sea en el control de vectores o en el desarrollo de vacunas y fármacos, en la mejora de los sistemas de vigilancia y monitoreo o como trabajadores de salud en los países con endemias, deben recordar la necesidad de incorporar el concepto de género en el análisis de los datos y en la forma en que tratan al paciente —hombre o mujer— que acude al centro de salud. El género, más que una variable que se puede manipular, es un principio de organización de la sociedad (West 1993).

No será fácil lograr la inclusión de la perspectiva de género en la teoría y la práctica de las enfermedades transmisibles. Las disciplinas que hoy por hoy gobiernan el mundo de las enfermedades infecciosas se basan en una perspectiva biomédica caracterizada por los enfoques reduccionistas y estrictamente técnicos. No obstante, cada vez son más los que comprenden que deben ampliar sus horizontes más allá de la biología molecular e incluir los aspectos conductuales y sociales de las personas y los grupos de población. Lo que sigue siendo un tema apenas aceptado por los científicos médicos y sociales es el hecho de que las personas que componen las poblaciones son hombres o mujeres, y que esta distinción es de fundamental importancia en el tratamiento de las enfermedades transmisibles. De igual modo, la influencia del género en las estructuras institucionales y en los paradigmas científicos y técnicos requiere una reflexión mucho más crítica.

Este trabajo ofrece un marco para la reflexión sobre el género y las enfermedades transmisibles. Comienza con descripciones de estas enfermedades y con una breve revisión de la influencia histórica y de las tendencias actuales de su tratamiento. A continuación, examina el género y el proceso de atención de la salud y la enfermedad en relación con las enfermedades contagiosas, proponiendo un modelo de pensamiento sobre el impacto del género en las enfermedades infecciosas e ilustrando su empleo mediante ejemplos. Concluye con una reflexión sobre la forma en que los estereotipos de género continúan dominando la investigación y el control de las enfermedades transmisibles e impidiendo el progreso hacia la equidad en la salud y la eficacia de los programas de salud.

DESCRIPCIONES

Los causantes de las enfermedades transmisibles son agentes biológicos que varían desde virus intracelulares microscópicos hasta organismos grandes y complejos como los parásitos helmintos.² Se habla de enfermedades transmisibles porque su diseminación implica la existencia de un agente infectado que transmite el organismo por distintos mecanismos, tales como los insectos, el aire, el agua y el contacto entre persona y persona, con animales y sus productos, o con la sangre y sus derivados. Continuamente se descubren nuevos agentes capaces de causar enfermedad en el ser humano. El que alguno de ellos se convierta en una amenaza para la salud pública dependerá de factores relacionados tanto con el microorganismo y su entorno como con el ser humano infectado —hombre o mujer— y con su propio entorno (Cook 1988).³

Las **enfermedades transmisibles emergentes** se deben a agentes infecciosos de nuevo descubrimiento y previamente desconocidos que producen problemas de salud pública en los ámbitos local o internacional. Hasta la fecha, el más importante de ellos es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del sida. Otro virus, desconocido hasta que fue identificado en 1989, es el de la hepatitis C. Actualmente, es la causa más frecuente de hepatitis transfusional y afecta aproximadamente a 3% de la población del mundo. Las **enfermedades infecciosas reemergentes** son aquellas que ya se conocían pero que han vuelto a provocar problemas de salud pública, ya sea por haber experimentado una nueva eclosión, bien porque alcanzan una difusión sin precedentes, bien porque son ahora más resistentes que antes. Como ejemplos de estas últimas, cabe citar la fiebre del valle del Rift y la fiebre amarilla (OMS 1998a).

La motivación para dedicar el talento, el tiempo y los recursos económicos a la interrupción del avance de las enfermedades infecciosas existía ya, como podremos comprobar en la sección siguiente, antes de que se comprendiera la amenaza que suponen las enfermedades emergentes y reemer-

² En este capítulo, los términos “transmisible”, “contagiosa” e “infecciosa” se utilizan indistintamente.

³ Son varias las taxonomías utilizadas para clasificar las enfermedades infecciosas, incluyendo su origen en un agente causal vírico, bacteriano o parasitario. Hemos optado por la clasificación que se refiere a las enfermedades existentes, emergentes y reemergentes, en parte porque algunas enfermedades infecciosas como, por ejemplo, la enfermedad diarreica, pueden deberse a un virus, una bacteria o un parásito.

gentes. Hoy, sin embargo, hay una nueva sensación de urgencia. Durante el último decenio se produjo un crecimiento espectacular del conocimiento acerca de las enfermedades emergentes y reemergentes y sobre sus repercusiones actuales debido a la expansión de los viajes internacionales y al procesamiento, manejo y distribución de los alimentos en el mundo. Hoy se sabe que la globalización de la economía contribuye a la expansión y difusión de las enfermedades infecciosas y se teme que las consecuencias de estas fuerzas complejas no cesen. Esto ha galvanizado una respuesta multisectorial en la comunidad de desarrollo internacional. La dinámica puesta en marcha por la globalización de la economía comprende, entre otras, la creciente proliferación de las áreas urbanas y barrios pobres, que ocurre a medida que los trabajadores del campo confluyen hacia las ciudades, atraídos por la oferta de mayores oportunidades, o son obligados a abandonar sus tierras por las nuevas empresas de producción agrícola surgidas al calor de las políticas de liberalización del comercio y la inversión. La multiplicación de los barrios pobres exacerba el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas debido a la contaminación del agua potable y del aire en forma de partículas de polvo, el vertido ilegal de basuras y residuos industriales, la eliminación insalubre de las excretas domésticas y el hacinamiento. La globalización de la economía, basada en los mercados abiertos y las zonas de libre comercio, requiere una mano de obra móvil y barata y destruye los sistemas tradicionales de protección económica, las pautas culturales y las redes de apoyo social. A medida que los mercados se expanden y disminuye el papel de los gobiernos y de sus regulaciones, las obligaciones sociales tienden a sufrir un abandono progresivo.

Los retos que las enfermedades transmisibles constituían hace varios siglos parecen, con la perspectiva actual, mucho menos complejos. Sin embargo, la forma en que se afrontaban entonces explica la dificultad a la que hoy nos enfrentamos para ampliar la epidemiología de los procesos infecciosos e incluir en ella los aspectos no biológicos. La breve mirada desde el pasado a la historia reciente que haremos en la sección que sigue, nos permitirá conocer mejor los principales factores que dirigen la investigación y el control de estas enfermedades.

UNA MIRADA HACIA EL PASADO Y HACIA EL PRESENTE

La existencia de las enfermedades transmisibles se remonta a la antigüedad. Por ejemplo, los paleontólogos han demostrado la presencia de

esquistosomiasis en el antiguo Egipto. Los historiadores de la medicina conocen bien el impacto de ciertas enfermedades infecciosas, como son la malaria, la fiebre tifoidea, el cólera y la peste en las distintas civilizaciones (Inhorn y Brown 1997). McNeill presentó pruebas convincentes de que las enfermedades infecciosas desempeñaron un papel fundamental en las transformaciones culturales experimentadas por las sociedades sometidas a su azote, desde la malaria al sida (McNeill 1976).

Con el fin de hacer esta revisión histórica, dedicaremos nuestra atención a la evolución de las enfermedades transmisibles a lo largo de los últimos siglos. Estudiando brevemente los caminos tomados por los líderes de la investigación, la prevención y el control de estas enfermedades, descubriremos los motivos por los que la ciencia actual se basa en el concepto de “contaminación”, que tiende a reducir al individuo y a las poblaciones a meros fenómenos moleculares. También será posible comprender por qué es tan fuerte la tendencia a ignorar los aspectos estructurales del origen de la enfermedad, como son la pobreza y la falta de equidad de género.

El estudio de los documentos históricos apenas permite dudar de que, desde el siglo XVII en adelante, la búsqueda del poder político y económico fue acompañada de la expansión de la investigación y el desarrollo en el campo de la salud pública. Los ejemplos tomados del Imperio Británico permiten comprender la forma en que los “marineros y caballeros” (Balfour y Scott 1924), tanto ingleses como procedentes de otras naciones europeas, alentaron la búsqueda de métodos para erradicar las enfermedades transmisibles en los territorios coloniales.

Según Balfour y Scott, autores que narran el desarrollo de una conciencia de salud pública en el Imperio Británico, el primer trabajo inglés conocido sobre enfermedades tropicales fue escrito en 1596 y se refiere a los barcos y a los marinos (Whitstone 1596). A medida que los ciudadanos británicos se asentaban, por distintos motivos, en los territorios de África, Asia y las Américas, aumentaban los esfuerzos tendientes a proteger a los expatriados frente a las enfermedades transmisibles. “La primera preocupación es el futuro de la raza blanca... ¿Pueden los europeos seguir siendo una raza activa, sana y viril en estas tierras altas, propagar su especie y cumplir su destino?... ¿Puede admitirse que realicen labores manuales al aire libre y que lleven a cabo las tareas que, en los trópicos, recaen normalmente sobre las personas de raza negra y de otro color de la humanidad?” (Johnson 1827).

Para la Gran Bretaña, al igual que para otras potencias europeas, la salud de los africanos de raza negra (o de los indios) pasó a ser una necesidad económica cuando los colonizadores blancos comenzaron a comprender que los nativos eran “el principal capital de sus países”, la base sobre la cual construir la explotación económica (Freemantle 1911). Lo mejor que puede decirse del deseo de mejorar la salud pública de las colonias es que se basaba en consideraciones paternalistas. Como sugirieron Balfour y Scott al señalar “las enormes responsabilidades en que incurre una potencia como Gran Bretaña cuando amplía sus territorios en África. Se sitúa *in loco parentis* de las razas negras y el deber primero y principal de un padre es salvaguardar la salud de aquellos que dependen de él para su sustento y protección” (Balfour y Scott 1924).

El paternalismo y los motivos económicos produjeron la frustración de los colonizadores ante el aparente desinterés de los nativos por proteger su propia salud, aunque el uso de las prácticas curativas no occidentales era tan común como hoy en día. “Es inútil predicar el valor de abrir las ventanas por la noche al indio occidental que vive aterrado por los “duppies” (fantasmas), al igual que lo es esperar que un hindú comprenda el significado de la teoría de los gérmenes en la enfermedad contagiosa, mientras siga saturado por la superstición y adore a las extrañas deidades de las que cree emanan la salud y la enfermedad” (Balfour y Scott 1924).

El paternalismo y la dominación caracterizaron del mismo modo el concepto imperialista de la mujer, fuera blanca o negra. Balfour y Scott hablan de “la influencia maligna de los grandes calores y de la luz brillante [que] afectan muy especialmente a la mujer blanca” (Balfour y Scott 1924) y el Dr. James Christie registra que “la sociedad nativa crea estorbos bajo las mismas ventanas de las casas europeas en las que residen las damas europeas” (Christie 1876). En lo que concierne a las mujeres de África, los primeros autores citados subrayan la “necesidad de centros de formación sobre la maternidad y la instrucción en el cuidado de los niños. Se trata de ideas completamente nuevas para la mentalidad nativa. [Sin embargo] los nativos se multiplican con extrema rapidez... si se salvara un buen porcentaje de niños, se dispondría de una población suficiente para las necesidades del Protectorado... pero sin una gran mano de obra nativa, el comercio del algodón está condenado al fracaso” (Christie 1876).

La dominación de los colonizadores sobre los colonizados cesó en la segunda mitad del siglo XX y la organización de la salud pública evolucionó en paralelo. El imperialismo y el paternalismo francos ilustrados en

los ejemplos expuestos desaparecieron. La agenda no depende ya de las potencias coloniales; los científicos de la salud y los líderes políticos de los países con enfermedades endémicas de África, Asia y las Américas desempeñan hoy un papel principal en su formulación. Sin embargo, siguen existiendo fuerzas menos evidentes que trascienden las fronteras de las naciones-estados e influyen en la orientación del tratamiento de las enfermedades transmisibles. La base de estas fuerzas sigue siendo el interés egoísta, y su carácter es mundial.

Una de tales fuerzas es la importante actividad económica de las compañías multinacionales y sus flujos crecientes de inversión extranjera directa (Krishna et al. 1998).⁴ Puede afirmarse que las fortunas de estas compañías no dependen de la salud de la mano de obra barata de los países con enfermedades endémicas en la misma medida que las de los colonizadores europeos de épocas recientes. Sin embargo, estas empresas están introduciéndose cada vez más en las naciones en desarrollo y podrían tener un interés egoísta, pero ilustrado, por prestar un mayor apoyo a la intervención sobre las enfermedades transmisibles. Este interés podría adquirir una importancia cada vez mayor en un mundo en el que el sector público se está hundiendo y el flujo de ayuda internacional desciende poco a poco. En el ámbito de las multinacionales, un grupo que es motivo de especial interés son las compañías farmacéuticas. Su participación en el desarrollo, ensayo y comercialización de nuevos fármacos y vacunas dirigidos a combatir las enfermedades transmisibles que afectan a los países en desarrollo comenzó a disminuir a finales de los años setenta (Behrman 1980). Las empresas responden a las fuerzas del mercado y estas son especialmente débiles en las comunidades pobres de las naciones con enfermedades endémicas. Por tanto, sería preciso encontrar nuevos incentivos para resucitar el interés de estas compañías.

Una fuerza aún más poderosa para galvanizar la acción mundial contra las enfermedades transmisibles es el miedo. Las imágenes del horror del virus Ebola transmitidas por los medios de comunicación y la extensa realidad del VIH/sida presta credibilidad al concepto de que tanto los ricos

⁴ El flujo promedio de inversión extranjera directa (IED) en los países en desarrollo fue de alrededor de US\$ 11.000 millones entre 1980 y 1986, US\$ 42.600 millones en 1992 y más de US\$ 50.000 millones en 1997.

como los pobres se encuentran hoy en “un mismo pozo de enfermedad” (McNeill 1976). Tres de las seis razones expuestas por la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos para justificar la importancia de la lucha contra las enfermedades tropicales se refieren a la necesidad de proteger a la población estadounidense (National Academy of Sciences 1987), incluyendo las fuerzas armadas estacionadas en el extranjero.

El miedo y la ansiedad que vive el sector de la salud pública de los países industrializados, asociados a los planteamientos socioeconómicos y políticos de los gobiernos de las naciones con enfermedades endémicas, hicieron surgir una nueva sensación de urgencia acerca de la necesidad de combatir las enfermedades transmisibles. La amenaza que suponen los cambios medioambientales y la creciente resistencia a los fármacos contra los propios vectores son la base del temor a la nueva diseminación de enfermedades ya antiguas. El estado de la salud mundial se contempla con nuevas energías, con la conciencia de que es necesario “marcar la diferencia”.⁵ Para que este renovado entusiasmo tenga éxito, deberá enfrentarse a enormes desafíos. Estos proceden en parte de la complejidad de la “biología de los bichos” (Brown 1997) que aparecen, desaparecen y vuelven a aparecer en un entorno biofísico en constante cambio (Kettel 1995).⁶ Una complicación añadida es la tendencia de los investigadores y trabajadores en el campo de la salud (especialmente de los que heredaron formas mecanicistas, militaristas o ambas, de entender la prevención y el control de las enfermedades)⁷ a ignorar el hecho de que las enfermedades infecciosas afectan a personas y que los más afectados son los pobres.

La creciente fracción de la población pobre de los países industrializados y en desarrollo es la que corre más riesgo de morir a causa de una enfer-

⁵ El 21 de julio de 1988, la Dra. Gro Harlem Brundtland asumió el cargo de Directora General de la Organización Mundial de la Salud. Con el lema de “marcar la diferencia”, ella ha promovido en todo el mundo la iniciativa “hacer retroceder la malaria”, pidiendo a los sectores público y privado que coordinen sus ventajas comparativas para lograr una reducción espectacular de la mortalidad infantil debida a esta enfermedad.

⁶ Se entiende que el entorno biofísico comprende el espacio vital natural y construido en el que hombres y mujeres llevan a cabo sus actividades. Comprende elementos naturales y artificiales tales como árboles, fuentes de agua, mosquitos, edificios, chimeneas, fábricas y calles.

⁷ Para una revisión general del fracaso de los esfuerzos de erradicar la malaria en el mundo a mediados del siglo XX, véase el artículo de Brown, 1997, citado en las referencias.

medad transmisible. Resulta irónico pensar que si bien los líderes en el sector salud utilizan la milenaria táctica del miedo para promover los esfuerzos de los más ricos, encaminados a combatir las enfermedades infecciosas, los que disfrutaban de los bienes materiales y de la aceptación social tienen, de hecho, muy pocas probabilidades de morir a causa de una de estas enfermedades.⁸ La desigualdad estructural, uno de cuyos elementos esenciales es el género, constituye el núcleo fundamental de la emergencia y propagación de las enfermedades infecciosas.

Tanto antes como ahora, los expertos en enfermedades transmisibles temen enfrentarse a las causas socioestructurales de estos procesos. En la época de la expansión colonial el enfoque de la investigación, prevención y control de los mismos se dirigía a garantizar la disponibilidad de un “capital humano” sano. Los intereses económicos dependían de la existencia de trabajadores cuya labor proporcionara beneficios a las potencias coloniales en un marco de desigualdad estructural. Hoy, dominados por el modelo biomédico y la compartimentalización del conocimiento, los investigadores en salud y los implicados en la prevención y el control de las enfermedades olvidan incorporar el papel desempeñado por la desigualdad estructural a la relación que establecen entre los factores de “riesgo” y el estado de salud. Muchos de ellos reconocen este fallo, pero la diferencia de recursos entre los afectados por las enfermedades infecciosas y los “libres de riesgo” es tan grande, que supera la capacidad del enfoque biomédico. Averiguar qué es lo que crea la salud es mucho más difícil que investigar los parásitos, virus y partes del cuerpo. La especialización y los campos bien delimitados proporcionan seguridad. Sin embargo, nunca será posible afrontar el problema mientras se busque lo sencillo y lo seguro. Como Levins señaló, “los análisis eficaces de las enfermedades emergentes deben reconocer que el estudio de la complejidad es quizá el problema científico central general de nuestro tiempo” (Levins 1995).

⁸ Un artículo del *New York Times* confirma este punto. Un titular reciente afirma: “Según una encuesta de la ONU, el sida está diezmando la población de África” (28 de octubre de 1998). Youssif Ibrahim informa que un documento de la ONU establece que “El sida... reducirá efectivamente la población (de África) en los próximos 15 a 20 años, diezmando espectacularmente la esperanza de vida en 34 países subsaharianos, donde se producen 91% de las muertes por sida”. El artículo prosigue: “Pese a la enormidad del problema con que África se enfrenta, la enfermedad parece recibir ahora menos atención, en gran medida porque parece haberse contenido en las naciones industrializadas avanzadas”.

Parte de la complejidad que hay que desentrañar es la interacción entre el género, la raza, la clase social y la enfermedad infecciosa. En la próxima sección de este trabajo se explorará la forma en que uno de estos componentes socioestructurales, el género, influye en la prevención y el control de las enfermedades transmisibles.

EL GÉNERO, UN CONCEPTO COMPARATIVO

El género es un concepto comparativo que no se refiere a hombres o mujeres sino, sobre todo, a las relaciones entre ellos y a la construcción social de dichas relaciones. Además, el género se estructura institucionalmente, pues se refiere no solo a las relaciones entre individuos en el ámbito personal, sino también a un conjunto complejo de normas y valores que permean los sistemas de organización y las estructuras sociales, tales como la salud, los sistemas legales y la religión (Hartigan 1997, 1998). El género es un principio fundamental de la organización de la sociedad que cambia en función del tiempo, la cultura y el estrato socio-económico.

La literatura revela que la salud de los hombres y las mujeres pobres es peor que la de sus contrapartes más pudientes, pero también refleja que la carga de mala salud y enfermedad de los miembros de una familia suele imponer un peso mayor a las mujeres pobres que a los hombres pobres. Efectivamente, además de la escasez de recursos que afecta a la población pobre en general, la falta de igualdad y equidad entre géneros constituye una desventaja adicional para las mujeres. Ello se explica por múltiples razones e implica la interrelación de los factores siguientes:

- Cualquiera que sea la cultura, la etnia o el grupo de edad, a los hombres y a las mujeres se les asignan papeles y responsabilidades diferentes. Esta asignación de papeles y responsabilidades moldea el desarrollo de diferentes habilidades y capacidades y dirige su aplicación a espacios vitales y esferas de actividad distintos.
- En general, las capacidades y habilidades y las esferas de actividad asociadas al concepto de masculinidad son más valoradas que las asociadas al concepto de feminidad.
- Este valor diferencial tiene implicaciones directas para el acceso a y el control de los recursos de los cuales los hombres y mujeres disponen para proteger su salud y la de sus familias.

En resumen, las características construidas por la sociedad que se atribuyen a uno u otro sexo en el ámbito individual, o que se asocian a las esferas de actividad masculina y femenina en el nivel social, implican la falta de igualdad y de equidad entre los géneros. También perpetúan estereotipos de género que pueden mejorar o empeorar la salud y el desarrollo de hombres y mujeres, como individuos o como subgrupos de población.

El género puede influir en la salud por mecanismos insidiosos. Por ejemplo, el género ejerce una potente influencia en la formación de la identidad y esta, a su vez, influye en la salud de formas muy diversas. El primer concepto del “yo” infantil es el de un “yo” con género. Si bien ambos sexos están sometidos a normas impuestas desde fuera y específicas de género propias de cada cultura, que establecen lo que deben o no deben sentir, las normas que imponen a casi todas las mujeres una posición subordinada con respecto a los hombres, establecen límites autoimpuestos a las esperanzas y aspiraciones de la mujer (Gilligan 1992).⁹ Por otra parte, la definición social de la masculinidad, que destaca los aspectos de riesgo, valentía y agresividad, puede asociarse a mayor morbilidad y mortalidad por accidentes, violencia y, por ejemplo, cirrosis. Así, el género puede influir de distinto modo en los comportamientos de promoción de la salud de hombres y mujeres.

Este carácter profundo del “yo” con género no forma parte todavía de la investigación y control de las enfermedades transmisibles, aunque los obstáculos a que se enfrentan los expertos guardan, en gran medida, relación con el género. El gran problema es la forma de mejorar el uso y la utilización de los programas de detección precoz, diagnóstico y tratamiento. Lograr la observancia del tratamiento implica, entre otros aspectos, facilitar la información de salud pertinente y trabajar con los proveedores de salud en la periferia del sistema de salud. Los responsables de tratar y prevenir las diferentes enfermedades infecciosas se preguntan a menudo: ¿Cómo podríamos mejorar el acceso de las mujeres a la prueba de detección de la tuberculosis? ¿Cómo podemos incrementar la observancia del tratamiento antimalárico por las madres de hijos afectados? ¿Cómo podemos persuadir a los hombres de que adopten conductas sexuales más

⁹ En su trabajo de base titulado *In a different voice: Psychological theory and women's development*, Gilligan demuestra la gran influencia de los papeles y relaciones de género en el desarrollo psicológico de hombres y mujeres.

responsables? ¿Cómo podemos reforzar la capacidad de la mujer para que convenza al hombre sobre la conveniencia de usar el preservativo? ¿Qué podría incitar a los hombres a desempeñar un papel más activo en la protección de la salud de sus hijos? La conclusión común que se deduce de tales preguntas es que, pese a los métodos profilácticos, diagnósticos, medicamentosos o de vacunación existentes en la actualidad, que podrían ayudar a prevenir y controlar muchas de las enfermedades causantes de la muerte de la población, todavía nos enfrentamos a obstáculos insalvables cuando se trata de hacer que los hombres y las mujeres pobres usen o permitan a otros usar los medios de que disponen.

No existen recetas fáciles para diseñar intervenciones sensibles al género en las enfermedades transmisibles. Aunque se hiciera una búsqueda decidida de casos de tuberculosis en la población femenina, aunque los antimaláricos se envasaran de forma que fueran comprensibles para todos, aunque las mujeres recibieran una formación afirmativa y dispusieran de preservativos, etc., las posibilidades de influenciar el comportamiento de manera deseable podrían ser desalentadoras. Solo hay que pensar en cómo se distribuyen los alimentos en los hogares para comprender la probabilidad de tal resultado. La investigación sobre la leishmaniasis, la tuberculosis, la malaria y el VIH/sida, entre otras enfermedades, destaca la importancia del vínculo entre la malnutrición y el riesgo o exacerbación de las enfermedades infecciosas. En casi todas las sociedades, particularmente en sus estratos más pobres, las mujeres son las últimas en comer y, cuando lo hacen, sus raciones y las de sus hijas son mucho más pequeñas que las de los hombres de la familia. Aunque se han hecho grandes inversiones para diseñar mensajes sobre nutrición que destacan la necesidad de que la mujer consuma alimentos ricos en hierro, las mujeres de los hogares en que la situación económica dificulta la adquisición de tales alimentos sirven siempre a los hombres una o dos raciones de carne, pescado, huevos o pollo. Sin embargo, son ellas las que compran y preparan esos alimentos. Son ellas quienes disponen de los recursos y, no obstante, autolimitan los beneficios que podrían obtener con una nutrición adecuada.

El ejemplo anterior sugiere que el valor relativo otorgado por la sociedad al hecho de haber nacido hombre o mujer podría tener implicaciones importantes para la salud de uno u otro sexo. En lo que concierne a las mujeres, el hecho de que su papel social sea menos valorado tiene un impacto negativo en su autoestima y en la imagen que transmiten a sus

propios hijos e hijas sobre lo que “valen” unos y otras. Por tanto, ellas mismas pueden considerar egoístas las conductas tendientes a preservar y mantener su propia salud o pensar que su importancia depende solo del servicio que puedan prestar a los otros miembros de la familia.

El género influye asimismo en los comportamientos masculinos relacionados con la salud. Por ejemplo, varios estudios llevados a cabo en América Latina indican que los hombres enfermos se resisten a acudir a los centros de atención primaria de salud, pues los consideran adecuados solo para las mujeres y los niños. En algunos entornos, son también menos propicios a seguir las órdenes de los médicos porque sienten que están, de alguna manera, cediendo el control. Por último, los hombres pueden negarse a admitir la enfermedad si con ello se hacen dependientes de aquellos miembros de su familia a quienes, por tradición, deben cuidar y alimentar (Pittman 1997). Al igual que las mujeres, los hombres pueden despreciar su propia salud por razones de género, inclinándose al estereotipo masculino de proveedor y trabajador, la espina dorsal de la familia.

No es que no se hagan esfuerzos por reconocer el papel de los factores sociales y del comportamiento. Es mucho lo investigado y escrito sobre los aspectos culturales de las enfermedades infecciosas. No obstante, el énfasis principal se ha puesto en el hecho de entender la “cultura” o el “contexto” con el fin de encontrar formas para estimular al ser humano a promover y proteger la salud individual o familiar. En casi todos los entornos en los que prevalece la pobreza, existen fuerzas, superiores a cualquier posible control individual, que impiden recurrir a las conductas individuales y a las “creencias de salud” (Farmer 1996). La tendencia a destacar la responsabilidad individual en la salud es compatible con la importancia que la medicina presta al individuo y con su preocupación por identificar las causas de la enfermedad a fin de simplificar el tratamiento, el alivio del sufrimiento y la rehabilitación. “Cuando se insiste demasiado en el papel causal de la cultura o de la personalidad para explicar los fracasos terapéuticos, se corre el riesgo de contraponer la diferencia cultural (o psicológica) con la violencia estructural, llegando a ... una declaración deshonesta de causalidad... *En todo el mundo, los que tienen menos probabilidades de seguir un tratamiento son también los menos capaces de seguirlo* (cursiva de la autora)” (Farmer 1997).

Existe un último aspecto del género que conviene subrayar en una discusión sobre las enfermedades transmisibles. La estructura del género está institucionalizada, por lo que ejerce una gran influencia en la forma en que

los proveedores de atención de salud valoran las necesidades de sus clientes, hombres o mujeres, y en la manera en que prestan asesoramiento a unos y a otras. En el campo de la educación para la salud, al igual que en las intervenciones de prevención y promoción, los mensajes tienden a reforzar los estereotipos de género. Muchos de estos estereotipos operan en contra de una conducta saludable. Los científicos y los proveedores de atención de salud, independientemente de su sexo, actúan según la influencia dominante que los rodea a lo largo de su desarrollo como personas y profesionales. Como ya se dijo, la medicina científica moderna se basa en una visión mecanicista, hasta hace poco exclusivamente masculina, del cuerpo humano, que puede ser analizado en sus distintas partes como un automóvil. Aunque hoy se comprende cada vez mejor que este enfoque no es suficiente, la educación médica y, de hecho, la educación en general siguen sin formar adecuadamente a los alumnos para que trasciendan la enfermedad y piensen en términos de bienestar y personas y en términos de hombres y mujeres.

EL IMPACTO DE GÉNERO EN LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

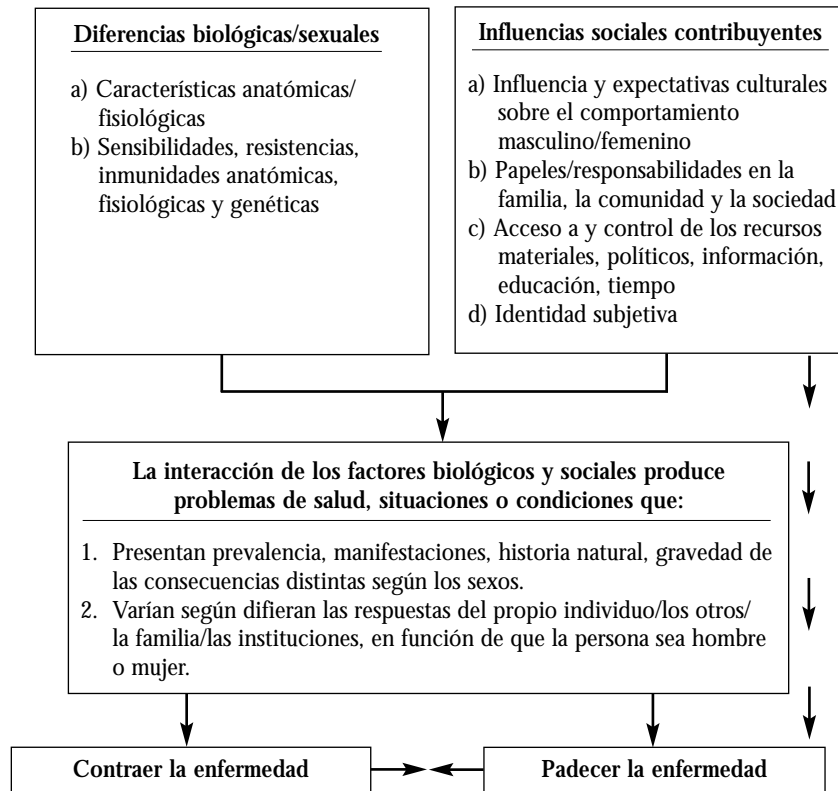
El principio que subyace a la necesidad de introducir el género en el análisis de la salud es el concepto de equidad. Un requisito indispensable para lograr la equidad en la salud consiste en reconocer que los distintos grupos tienen necesidades diferentes. El análisis de la salud según el género contribuye a la equidad porque proporciona los conceptos y métodos que permiten identificar y tratar esas necesidades.

La identificación de las necesidades es, a su vez, un requisito indispensable para diseñar las intervenciones sensibles al género aplicables a la investigación, prevención y control de las enfermedades infecciosas. Al mismo tiempo, y con objeto de garantizar la equidad, las intervenciones deben evitar la creación o conservación de los estereotipos de género que son dañinos para la salud física y mental. En la sección siguiente se presenta un marco de reflexión sobre el impacto del género en las enfermedades transmisibles.

El modelo expuesto en el cuadro que se presenta a continuación intenta capturar la complejidad y el dinamismo del proceso de salud-enfermedad-atención. Así como contraer una enfermedad infecciosa depende de la interacción entre lo biológico y lo social, padecer la enfermedad tiene una

base mucho más social. Por ejemplo, puede haber una interacción entre la biología y las influencias sociales que exacerbe el riesgo de tuberculosis en la mujer en determinados momentos de su ciclo vital. Sin embargo, contraer la infección o la enfermedad dependerá sobre todo del acceso de la mujer a una detección y atención adecuadas, de su capacidad para controlar los recursos necesarios para llevar a cabo comportamientos de protección de su salud, de la evaluación sobre si su propia salud merece o no la inversión de tiempo y dinero y de otros muchos factores relacionados con el género. La experiencia de la tuberculosis podría exacerbar aún más la falta de equidad de género y la pobreza, como cuando impide a la mujer llevar a cabo sus tareas y responsabilidades asignadas por el sistema de género y favorece el riesgo de abandono por su pareja masculina a favor de otra compañía femenina más sana. Esto produciría un efecto deletéreo adicional para su estado de salud.

El impacto del género en la salud, la enfermedad y la atención



Antes de referirnos a los factores directa o indirectamente relacionados con las diferencias existentes entre hombres y mujeres en lo que se refiere a las enfermedades infecciosas, debemos hacer algunas advertencias. En primer lugar, estos ejemplos se centran en el riesgo o en los factores preventivos de hombres y mujeres en general, aunque las tasas de prevalencia e incidencia varían según los perfiles epidemiológicos de los países y comunidades y no solo según las características individuales (Rose 1985). Además, conviene recordar que la gravedad de una enfermedad dada depende en gran medida de la frecuencia de exposición a esa enfermedad específica y de las condiciones inmunitarias y sociales de la persona o grupo (Krieger y Zierler 1996).

Por último, si bien casi todas las enfermedades infecciosas afectan tanto a los hombres como a las mujeres, gran parte de la investigación realizada hasta la fecha sobre los aspectos específicos del sexo en estas enfermedades se centra en la función reproductiva de la mujer, específicamente en el feto o feto potencial que pueda gestar. El impacto de la exposición a las enfermedades infecciosas para las propias mujeres a lo largo de su vida apenas recibió atención. Tampoco el de los hombres. Así pues, es poco el conocimiento existente sobre los aspectos específicos de sexo en las enfermedades infecciosas, excepto en lo que se refiere al aparato reproductor de la mujer durante los años fértiles.

Los ejemplos expuestos a continuación ilustran el impacto del género en el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa y en la forma en que esta se padece. Se presentan según el orden de importancia para la salud pública.

Tuberculosis

La **tuberculosis** es la enfermedad infecciosa que causa más defunciones entre mujeres y la que supone la mayor carga de enfermedad para ambos sexos en todo el mundo. En 1997, produjo la muerte de 3 millones de personas, de las que aproximadamente la mitad fueron mujeres (OMS 1998b). El riesgo relativo de sufrir la tuberculosis es de 2 a 100 veces mayor en las personas con serología positiva para el VIH que en las personas seronegativas (Murray 1990). Distintos estudios indican que la prevalencia de la infección por el VIH en los casos con frotis positivos para tuberculosis es mayor en la mujer (Holmes et al. 1998).

La historia natural de la tuberculosis es distinta en uno y otro sexo. En las mujeres de 15 a 40 años la probabilidad de que esta progrese desde la infección hasta la enfermedad es casi dos veces mayor que la de los hombres de la misma edad, mientras que en los hombres esta probabilidad existe después de los 40 años. Una explicación frecuente, ahora desechada, es que el estrés de los embarazos y la posible degradación de la resistencia inmunitaria harían más sensibles a las mujeres (Styblo 1991). Otra razón sería la menor prevalencia del contagio en la mujer durante la adolescencia y los años posteriores, lo que la haría más propensa a adquirir la infección durante sus años fértiles. Las personas recién infectadas tienen mayores probabilidades de que la infección progrese hacia la enfermedad que las portadoras de infecciones antiguas (Holmes et al. 1998).

También las tasas de caso-letalidad parecen ser mayores en las mujeres (Holmes et al. 1998). Ello se explicaría por una función inmunitaria más deficiente, debida al peor estado de nutrición y a la búsqueda tardía de atención médica, explicaciones que se aplican a la función del género. La escasa importancia social asignada a las mujeres en casi todas las sociedades, su escasa capacidad para tomar decisiones y su menor acceso a los recursos de salud suponen para ellas una desventaja especial, en comparación con los hombres infectados. La influencia de género en la vigilancia y el monitoreo de las enfermedades transmisibles queda demostrada por el hallazgo constante de que la búsqueda activa de casos permite identificar más mujeres que la búsqueda pasiva. Por otra parte, el comportamiento de género asociado a la masculinidad, como el consumo de alcohol y de tabaco, podría justificar el ascenso de las tasas de progresión en los hombres de mayor edad.

El tratamiento de la tuberculosis también tiene implicaciones de género. El famoso método de ciclo corto-tratamiento con observación directa (directly observed treatment-short course, DOTS) tiene éxito en algunas zonas y en ciertas poblaciones, pero no en otras. Los aspectos de la observancia del DOTS asociados al género apenas han sido estudiados. Se afirma que los hombres tienden a cumplir menos las indicaciones cuando estas implican reducir el consumo de alcohol. Además, los proveedores de atención de salud suelen encargar a las mujeres que aseguren la observancia del DOTS de sus parejas masculinas, al igual que hacen con otras prescripciones. Por el contrario, cuando son las mujeres las infectadas, los hombres no suelen asumir una tarea de apoyo similar.

Enfermedades de transmisión sexual

Se calcula que cada año se producen en todo el mundo 333 millones de casos de enfermedades de transmisión sexual (ETS) curables, la mayoría en los países en desarrollo, y que las ETS son una de las cinco causas principales por las que los adultos acuden a solicitar atención de salud (Programa Especial de Investigación y Adiestramiento en Reproducción Humana 1997). Casi todas ellas son bacterianas, como sucede con la sífilis, la gonorrea y la infección por clamidias.¹⁰ La frecuencia de las dos primeras está aumentando en los países en desarrollo. Cuando se incluyen las ETS de origen vírico, como las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y por los virus herpes y del papiloma humano (VPH), puede afirmarse que las ETS son, en conjunto, una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. La información sobre la epidemiología de las ETS bacterianas en los países en desarrollo es prácticamente inexistente. Para dilucidar el impacto del género, en esta sección se estudiarán dos ETS causadas por virus.

Quizá ninguna enfermedad infecciosa haya recibido tanta atención de tan diversas disciplinas y públicos como el VIH y su manifestación, el **sida**. A finales de 1998, se calculó que había 33,4 millones de personas viviendo con el VIH/sida, unos 19,2 millones de hombres y 14,2 millones de mujeres. En lo que a nuevos casos se refiere, se calcula que durante ese año se infectaron 2,4 millones de mujeres y 3,4 millones de hombres (UNAIDS 1998).

Aunque el sida es motivo de preocupación desde hace casi 20 años, solo en los últimos cinco comenzaron los científicos médicos y sociales a considerar a las mujeres que no eran trabajadoras del sexo. Ahora, la investigación pretende comprender por qué las mujeres constituyen 40% de los nuevos casos de infección en todo el mundo. Se comprobó que la interacción entre la biología femenina y el género duplica el riesgo de la mujer.

Desde una perspectiva biológica, son varias las razones que justifican el mayor riesgo de la mujer. En primer lugar, el VIH precisa células vivas para poder transmitirse. Los líquidos orgánicos más ricos en células son los más infecciosos. En consecuencia, el semen es más infeccioso que la

¹⁰ Las clamidias son la quinta causa principal de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad, para las mujeres del mundo en desarrollo.

secreción vaginal por su mayor contenido en células. En segundo lugar, el epitelio de la membrana mucosa vaginal es más vulnerable a las infecciones que la del pene. En tercer lugar, el semen permanece en la vagina o el recto durante períodos más largos que la secreción vaginal en el pene. Por todo ello, el tiempo de exposición al virus durante la relación heterosexual es mayor en la mujer.

Por último, la interacción entre la edad y el sexo supone un riesgo aún mayor para la mujer. Las menores de 18 años y las posmenopáusicas son más susceptibles que las mujeres en edad fértil. Ello se debe a que la membrana mucosa vaginal de las mujeres jóvenes no desarrolla una densidad celular suficiente para actuar eficazmente como barrera hasta después de los 18 años. Tras la menopausia, esta membrana se hace más fina, débil y vulnerable al VIH. Además, las tasas de prevalencia de otras ETS son mayores en las mujeres que en los hombres, lo que incrementa el riesgo de contagio del VIH durante la relación heterosexual. En muchos casos, estas ETS son asintomáticas en la mujer, lo que impide la detección precoz y el tratamiento oportuno.

La segunda ETS estudiada en esta sección es **el virus del papiloma humano (VPH)**. Varios tipos de este virus son considerados causas de cáncer de cuello uterino, el primer tumor humano importante en el que se ha demostrado una inducción vírica. El cáncer de cuello uterino es uno de los cánceres más frecuentes en las mujeres de los países en desarrollo y produce 300.000 muertes anuales en todo el mundo. Anualmente se identifican alrededor de medio millón de casos nuevos y se calcula que unos 2 millones de mujeres viven hoy con un cáncer cervical infiltrante (WHO 1995).

Sin embargo, cuando se detecta precozmente en la fase asintomática inicial, este cáncer puede ser curado con cirugía o radioterapia. Las mujeres con mayor riesgo son las más pobres y las que tienen partos múltiples, inician la actividad sexual a edades tempranas y tienen múltiples compañeros sexuales o parejas masculinas que mantienen relaciones sexuales múltiples. Un estudio efectuado en Tailandia indicó que las mujeres cuyos maridos se iniciaron en la relación sexual durante la adolescencia con prostitutas y sin usar preservativos tienen un riesgo de cáncer cervical dos veces mayor que las mujeres de los que nunca recurrieron a este tipo de servicios (Thomas et al. 1996).

La simple biología no explica ni la incidencia del VIH en las mujeres ni la persistencia de la morbilidad y mortalidad asociadas a la infección por

el VPH de la mujer. Una perspectiva de género permite comprender mejor los mayores riesgos y experiencia de la enfermedad en esta población. Los factores de género que exacerbaban el riesgo de estas ETS y de las ETS en general son la tolerancia con que la sociedad acepta la promiscuidad masculina, la asignación social de un valor mayor a lo masculino y el apoyo social a la pasividad y abnegación femeninas. Otros factores también relacionados con el género son la ausencia de una comunicación franca entre la pareja, de modo que muchas mujeres consideran imposible preguntar a sus compañeros acerca de sus hábitos sexuales, carecen de la seguridad en sí mismas necesaria para imponer el uso del preservativo y deben asumir la fidelidad. El rechazo del condón por el hombre, las prohibiciones al acceso a la educación sexual y a los anticonceptivos incluyendo los preservativos y la importancia dada a la fidelidad y la virginidad de las mujeres son asimismo aspectos del género que favorecen el aumento del riesgo de las mujeres de muchas sociedades (Restrepo 1994).

Inequidades de género institucionalmente estructuradas también pueden ser un factor de riesgo para las ETS en general. Muchas mujeres pobres deben conseguir hombres que contribuyan al mantenimiento de la familia, con frecuentes relaciones múltiples que incrementan el riesgo de ETS. Al igual que sucede con la tuberculosis, es muy probable que la mujer enferma a causa del VIH o con cáncer de cuello uterino se vea abandonada por su pareja masculina, lo que empeora aún más su situación. En cuanto al VPH, los sistemas de salud no están preparados para llevar a cabo programas de citología cervicovaginal que permitan detectar las lesiones precancerosas, especialmente en las zonas rurales. Además, las mujeres pobres con resultados positivos carecen de recursos para acceder al tratamiento adecuado. La escasa prioridad que las autoridades nacionales conceden al cáncer cervical, al igual que a otras causas de morbilidad y mortalidad femeninas, arroja sospechas en cuanto a la importancia que se da a salvar la vida de las mujeres. En cuanto a las otras ETS, es posible que una mujer que sospeche que padece de alguna de ellas, no acuda al médico a causa del estigma social asociado. En muchas sociedades, este estigma no se extiende al hombre, en el que la ETS se considera un signo de capacidad sexual y masculinidad (Zacarías 1998).

Malaria

Cada año, mueren entre 1,5 y 2,7 millones de personas a causa de la malaria, y otras 300.000 a 500.000 sufren sus consecuencias; el 90% de

estos casos se produce en África (OMS 1998a). En la actualidad no se dispone de información desagregada por sexo.

Sin embargo, se sabe que la malaria tiene consecuencias distintas para el hombre y para la mujer. Durante el embarazo, es una causa importante de mortalidad materna, aborto espontáneo y muerte intrauterina. En la mujer gestante, contribuye significativamente al desarrollo de anemia crónica. Se ha demostrado que la quimioprofilaxis efectiva durante la gestación previene o erradica la infección placentaria por *Plasmodium falciparum*, el parásito causal. No obstante, datos recientes indican que la quimioprofilaxis durante el embarazo se enfrenta a varios obstáculos, como son la frecuencia e intensidad creciente de la resistencia de *P. falciparum* a los antimaláricos existentes, la contraindicación relativa de ciertos antimaláricos durante las distintas etapas del embarazo y la falta de observancia del tratamiento. Todos ellos hacen difícil identificar el medicamento, o combinación de medicamentos, más adecuado para las mujeres gestantes. Además, varios estudios revelan que la infestación placentaria por *P. falciparum* podría asociarse a una peor supervivencia de los hijos nacidos de madres positivas para el VIH-1 (OMS 1998a).

Si bien la biología es en gran medida responsable de agravar las consecuencias de la malaria en la mujer, el género colorea la experiencia de las mujeres con riesgo o las que padecen la enfermedad. En África, donde el problema alcanza sus máximas dimensiones, la infección coexiste con la pobreza extrema, la malnutrición y la falta de acceso a la atención prenatal y a otras formas de atención de salud. Algunos estudios revelan que la búsqueda de tratamiento tiende a ser más tardía en las mujeres que en los hombres afectados, bien por falta de tiempo, o bien por la imposibilidad de dejar a sus hijos en otras manos (Tanner y Vlassoff 1998). Parte de las múltiples tareas de género asignadas a las mujeres, estén o no enfermas, es el trabajo relacionado con el sostén del hogar y de los miembros de la familia.

En las intervenciones en salud que pretenden reducir la prevalencia de la malaria en las áreas endémicas, se intenta convencer a las mujeres para que aseguren la protección de sus familiares, sobre todo de sus hijos pequeños, frente a la enfermedad. Por ejemplo, se sabe que los mosquiteros impregnados con insecticidas protegen eficazmente de la malaria en las áreas endémicas, por lo que los programas de control buscan la forma de inducir a las mujeres, no a los hombres, a lavar e impregnar los mosquiteros. De igual modo, los esfuerzos por enseñar a las madres los signos

necesarios para la detección e intervención precoz olvidan muchas veces que las mujeres pueden no tener el control necesario para adquirir mosquiteros o antimaláricos. Los programas de prevención de la malaria, al igual que otros programas de control de enfermedades, ignoran con frecuencia la multiplicidad de las tareas a las que se enfrentan las mujeres en situaciones de escasez de recursos y quizá exacerben inadvertidamente la desigualdad de género y la sensación de la mujer de que solo es valorada en tanto que madre y cuidadora.

Grupo de enfermedades tropicales “huérfanas”

La esquistosomiasis, la leishmaniasis, la oncocercosis, la filariasis linfática, la enfermedad de Chagas,¹¹ la tripanosomiasis africana y la lepra son enfermedades que el mundo industrializado desconoce pero que siguen siendo importantes causas de enfermedad y muerte en los países en desarrollo. Al igual que sucede con casi todas las enfermedades infecciosas, sus tasas de prevalencia entre sexos y en cada sexo varían según los papeles y responsabilidades asignados a hombres y mujeres en sus correspondientes entornos biofísicos. Aunque la exposición a una enfermedad dada sea similar en ambos sexos, su desarrollo depende en gran medida de la edad, la raza, el nivel de ingreso y la categoría profesional. Por otra parte, aun si tanto hombres como mujeres de una cohorte dada comparten condiciones económicas y sociales similares, sus estructuras fisiológicas podrían responder de distinta manera a un mismo riesgo. La causa por la que personas de distinto sexo reaccionan de diferente modo frente a enfermedades semejantes debería ser investigada con mucha mayor profundidad.

La esquistosomiasis se debe a la infección por gusanos trematodos (esquistosomas) transmitidos por una de varias especies de caracoles de agua. En los lugares en que el género asigne a las mujeres las tareas de lavar la ropa y recoger el agua, su riesgo de contaminación será mayor que el de los hombres de la misma comunidad. Cuando son los hombres

¹¹ La enfermedad de Chagas afecta a 17 millones de personas en América Latina. Durante muchos años, su transmisión congénita ha sido ignorada por los servicios de salud y por las propias mujeres. Esta enfermedad, para la que sirven como huéspedes numerosos animales domésticos y salvajes, se produce en los entornos urbanos, sobre todo en las familias pobres que proceden de áreas endémicas y acuden a las ciudades a buscar trabajo.

los que están más expuestos, como ocurre con los pescadores, su riesgo será superior al de las mujeres. En la mujer, la esquistosomiasis se asocia a infertilidad, aborto, parto prematuro y procesos graves como el embarazo extrauterino. Se ha dicho que la esquistosomiasis genital femenina conlleva una mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH y en la actualidad se están llevando a cabo estudios para confirmar esta relación. Puesto que los síntomas de la esquistosomiasis genital y urinaria pueden confundirse con los de las enfermedades de transmisión sexual, el estigma asociado a estas últimas puede hacer que las mujeres retrasen la búsqueda de atención de salud o acudan a los curanderos tradicionales.

La **leishmaniasis**, la **oncocercosis** y la **filariasis linfática** son enfermedades parasitarias que también tienen diferentes consecuencias en uno y otro sexo. Por ejemplo, el hidrocele, la manifestación genital de la filariasis masculina, consiste en una tumefacción crónica del escroto y afecta a unos 27 millones de hombres. La experiencia de la enfermedad varía significativamente según el género. La detección es difícil, puesto que el hidrocele suele asociarse a la discapacidad sexual y reduce la productividad y capacidad de realizar trabajos remunerados de los afectados. De igual modo, la experiencia de la leishmaniasis, la oncocercosis y la lepra dependen del género en la medida en que todas son infecciones desfigurantes e influyen en la forma de reaccionar de los demás ante el hombre o la mujer afectados. El aspecto físico de la mujer podría influir más que el del hombre en sus perspectivas de matrimonio y de relación mantenida de pareja.

Los estudios realizados en distintas partes del mundo indican que la leishmaniasis, tanto cutánea como visceral, se detecta con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres a través de la búsqueda pasiva de casos, al igual que sucede con la tuberculosis (Velez et al. 1996; Prabbahar 1992); con la búsqueda activa, su detección es mucho mayor en la población femenina. En lo que concierne a la leishmaniasis cutánea, una enfermedad que no es incapacitante, es más probable que las mujeres consulten a los curanderos tradicionales, mientras que los hombres tienden a acudir a los centros de salud. Por este motivo, en los informes de los servicios de salud los hombres parecen tener mayor riesgo de contraer la enfermedad, lo que quizá no proporcione una imagen epidemiológica completa.

La oncocercosis, o ceguera de los ríos, afecta a 18 millones de personas y se encuentra sobre todo en el África Occidental. Constituye un ejemplo interesante de la forma en que sexo y género interactúan para provocar una

respuesta distinta del sistema de salud, dependiendo de que sean hombres o mujeres los afectados. En muchas mujeres se consideró contraindicado el tratamiento con ivermectina porque podría alterar su función reproductora, hecho que no había sido demostrado. El Programa Especial de Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales (TDR) demostró que el fármaco ivermectina en dosis de un comprimido anual puede prevenir la enfermedad. Sin embargo, Merck, la compañía farmacéutica que desarrolló el compuesto, recomendaba no administrarlo durante la gestación y la lactancia materna, si bien estas mujeres podían recibir tratamiento después. En las áreas endémicas, esta recomendación excluyó a 30% de todas las mujeres. Un estudio patrocinado por el TDR (Yumkella 1996) demostró que las mujeres excluidas por estos motivos no acudieron posteriormente a solicitar tratamiento. Muchas aludieron al coste de los transportes, pero la mayoría señaló que no sabían dónde acudir y que preferían esperar a la nueva campaña. Cuando se volvió a realizar la campaña anual, muchas estaban embarazadas o dando el pecho de nuevo. La exclusión repetida del tratamiento hace de estas mujeres un reservorio para la transmisión de la enfermedad.¹²

Esta sección intentó proporcionar una visión de conjunto sobre el impacto de género en las enfermedades transmisibles. Son muchas las enfermedades no incluidas en la exposición. Sin embargo, estas tienen importantes implicaciones de género en la forma en que se adquieren y padecen. El tracoma, por ejemplo, es más prevalente en las mujeres que en los hombres y tiene una marcada dimensión de género. La enfermedad diarreica, uno de los grandes asesinos de la población infantil del mundo en desarrollo, genera una gran cantidad de investigación en el campo de las ciencias sociales. Esta investigación se centra en detectar la medida en que las tareas productiva y reproductiva de las mujeres son factores desencadenantes o protectores de la diarrea de sus hijos; también explora la forma de solicitar la colaboración de la mujer en la

¹² Irónicamente, en el momento de realizar el estudio habían sido tratadas inadvertidamente con ivermectina 27 mujeres que estaban en el primer trimestre de gestación. El seguimiento no demostró efectos negativos y Merck recomienda ahora administrar ivermectina a las mujeres embarazadas durante las campañas de erradicación masiva, cuando el riesgo de complicaciones asociado a la oncocercosis no tratada supera el riesgo potencial para el feto derivado del tratamiento. De igual modo, también las madres lactantes pueden recibir el fármaco, aunque solo si los beneficios superan los riesgos potenciales para el lactante.

lucha contra esta enfermedad.¹³ El objetivo principal de esta revisión fue incitar en el lector el desarrollo de una perspectiva de género en el estudio del proceso de salud-enfermedad-atención relacionado con las enfermedades infecciosas.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, GÉNERO Y EQUIDAD EN LA SALUD

El hecho de que las enfermedades transmisibles continúen afectando a los hombres y a las mujeres que viven en condiciones de marginalidad pese a los grandes avances tecnológicos y científicos conseguidos implica una creciente inequidad entre los distintos grupos de población del mundo. En el fondo de estas inequidades se encuentra la falta de comprensión del papel desempeñado por el género. No se reconoce que la pobreza y el género se combinan para exponer a las mujeres a mayores riesgos para su salud. A su vez, ello influye en las taxonomías de la organización del pensamiento acerca de las enfermedades transmisibles, que marginan el género, mientras que los estereotipos desfasados que se aplican a la investigación y control de estas enfermedades suponen que el género se sobrentiende. La influencia de estos estereotipos en relación con las enfermedades infecciosas es, en sí misma, un riesgo para la salud. Expondremos tres estereotipos para ilustrar este aspecto.

El primero se refiere a la *provisión de igual tratamiento para hombres y mujeres, cuando las necesidades de unos y otras pueden no ser las mismas*. La investigación médica está llena de ejemplos de indicaciones de fármacos extraídas de ensayos clínicos en los que solo participaron hombres. El segundo estereotipo consiste en la *provisión de tratamientos diferentes a hombres y mujeres cuando sus necesidades pueden no ser distintas*. Ya hemos hablado de la omisión del tratamiento de la oncocercosis con ivermectina en las mujeres embarazadas y lactantes, aunque los estudios de confirmación no revelan efecto indeseable alguno. El tercer estereotipo se pone de manifiesto cuando los programas de prevención y control de las enfermedades infecciosas *refuerzan los estereotipos de género que influyen negativamente en la salud física y mental*. Cuando las

¹³ Véase, por ejemplo, el *Journal of Diarrhoeal Disease Research* publicado por el International Centre for Diarrhoeal Disease Research de Bangladesh.

intervenciones se centran exclusivamente en las madres, confiándoles la responsabilidad única de transmitir las estrategias básicas para la salud de sus hijos, están reforzando el estereotipo de que las mujeres “no trabajan”, “tienen más tiempo” y de que su único atractivo radica en que son los vehículos para acceder a los otros miembros de la familia.

A lo largo de este trabajo se prestó una importancia especial a la consideración del género como algo más que una simple variable y como una construcción que subyace a la organización de las ciencias y los sistemas de salud. El estudio y control de las enfermedades transmisibles debería experimentar un giro completo. Desde hace mucho tiempo, los científicos sociales y del comportamiento señalan que estas enfermedades no desaparecerán si no se presta atención a las desigualdades sociales fundamentales. En este trabajo se intentó demostrar que la interacción entre pobreza y género supone el riesgo mayor de muerte o de enfermedad asociadas a las enfermedades infecciosas, emergentes y reemergentes. Debemos responder a los retos nuevos y antiguos con lentes que nos ayuden a ampliar nuestra visión de la enfermedad y del bienestar para poder centrarnos en los aspectos de género de las enfermedades transmisibles.

Referencias

- Balfour, A., Scott, H. (1924) *Health problems of the empire, past, present and future*. London: W. Collins.
- Banco Mundial. (1993) *Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Behrman, J. (1980) *Tropical diseases: response of pharmaceutical companies*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Brown, P. (1997) Culture and the global resurgence of malaria. En: Inhorn, M., Brown, P., eds. *The anthropology of infectious disease: International health perspectives*. Boston: Gordon and Breach.
- Christie, J. (1876) *Cholera epidemics in East Africa*. London.
- Cook, G.C. (1988) *Communicable and Tropical Diseases*. Guildford: Biddles, Let.
- Farmer, P. (1996) Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases* 2(4):259-269.
- Farmer, P. (1997) Social scientists and the new tuberculosis. *Social Science and Medicine* 44(3):353.
- Freemantle, F. (1911) *Monograph on health and the empire*. London.
- Gilligan, C. (1992) *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gwatkin, D., Guillot, M. (1998) *The burden of tropical diseases and the poorest and richest 20% of the global population*. Informe para el Programa Especial de Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales del Banco Mundial, PNUD y la OMS, Ginebra.
- Hartigan, P. (1997) *Gender, environment and health: Incorporating a gender perspective in environmental health*. Washington, DC: OPS. (Documento de trabajo).
- Hartigan, P. (1998) *Infectious diseases: The importance of a gender lens*. Presentación al Congreso de Medicina Tropical, Liverpool School of Tropical Medicine, septiembre 15 de 1998.
- Holme, C.V., Hausler, H., Nunn, P. (1998) A review of sex differences in the epidemiology of tuberculosis. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2(2):96-104.
- Inhorn, M., Brown, P. (1997) The anthropology of infectious disease. En: Inhorn, M., Brown, P., eds. *The anthropology of infectious disease: International health perspectives*. Boston: Gordon and Breach.
- Johnson, J. (1827) *The influence of tropical climates on European constitutions*. London.
- Kettel, B. (1995) Women, health and environment. *Social Science and Medicine* 42(10):1367-1379.
- Krieger, N. (1994) Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Social Science and Medicine* 36(1):57-66.
- Krieger, N., Zierler, S. (1996) What explains the public's health? A call for epidemiologic theory. *Epidemiology* 7:107-109.
- Krishna, V.V., Waast, R., Gaillard, J. (1998) Globalization and scientific communities in developing countries. En: *World Science Report*. Paris: UNESCO.
- Levins, R. (1995) Preparing for uncertainty. *Ecosystem Health* 1:47-54.
- McNeill, W.H. (1976) *Plagues and People*. Garden City, New York: Doubleday.
- Murray, J.F. (1990) Cursed duet: HIV infection and tuberculosis. *Respiration* 57:210-220.
- National Academy of Sciences. (1987) *U.S. capacity to address tropical disease problems*. Washington, DC: National Academy Press.
- Organización Mundial de la Salud. (1998a). Grupo de Enfermedades Transmisibles. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1998b) Programa Global sobre Tuberculosis. Ginebra: OMS.
- Pittman, P. (1997) *Equidad de género en la dimensión socioemocional de la calidad de atención de salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Prabbahar, W. (1992) *An epidemiological profile of Kala-azar in Bihar State, India*. Washington, DC: Indo-US Vaccine Action Program, Fogarty International Center, National Institutes of Health.
- Programa Especial de Investigación y Adiestramiento en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, y Fondo de Actividades de Población de las Naciones Unidas, 1997, Ginebra.
- Restrepo, H. (1994) Epidemiología y control del cáncer de la mujer en América Latina y el Caribe. En: Gómez, E., ed. *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. (Publicación Científica 541), pp. 98-113.

- Rose, G. (1985) Sick Individuals and sick populations. *Epidemiological Bulletin* 6(3):1-8.
- Styblo, K. (1991) *Epidemiology of tuberculosis: Selected papers*. The Netherlands, KNCV 24(1): 1-136.
- Tanner, M., Vlassoff, C. (1998) Treatment-seeking behavior for malaria: A typology based on endemicity and gender. *Social Science and Medicine* 46(4-5):523-532.
- Thomas, D.B., Ray, R.M., Pardthaisong, T., Chutivongse, S., Koetsawang, S., Silpisornkosol, S., Virutamasen, P., Christopherson, W.M., Melnick, J.L., Meirik, O., Farley, T.M., Riotton, G. (1996) Prostitution, condom use and invasive squamous cell cervical cancer in Thailand. *American Journal of Epidemiology* 1996; 143(8):779-786.
- United Nations Program on AIDS. *Report for 1998*. Ginebra: UNAIDS.
- Velez, I.D., Hendrickx, E., Roman, O., Agudelo, E. (1996) *Gender and leishmaniasis in Colombia: A redefinition of existing concepts*. Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales (PECET), Universidad de Antioquia, Programa Especial de Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales, Ginebra.
- West, C. (1993) Reconceptualizing gender in physician-patient relations. *Social Science and Medicine* 36(1):57-66.
- Whitstone, G. (1596) *The cure of the diseased in remote regions, preventing mortality, incident in foraine attempts of the English nation*. London.
- World Health Organization. (1995) *The World Health Report: Bridging the gap*. Ginebra: WHO.
- Yumkella, F. (1996). *Women, onchocerciasis and ivermectin in Sierra Leone*. Programa Especial de Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales, Ginebra.
- Zacarias, F. (abril de 1998) Comunicación personal. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Publicaciones con los temas de género, el sector salud y violencia

El género y la reforma del sector salud

2000—US\$ 12.00—ISBN 92 75 32283 X—Código: PO No. 3

Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género

2000—US\$ 12.00—ISBN 92 75 32284 8—Código: PO No. 4

La medición del estado de la salud. Género, carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud

2000—US\$ 12.00—ISBN 92 75 32285 6—Código: PO No. 5

Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud

2000—US\$ 12.00—ISBN 92 75 32286 4—Código: PO No. 6

Enfermería en las Américas. Nursing in the Americas. Enfermagem nas Américas

1999—US\$ 25.00/ 20.00 en países de América Latina y el Caribe—ISBN 92 75 11571 0—Código: PC 571

Prevención clínica. Guía para médicos

1998—US\$ 32.00/ 24.00 en países de América Latina y el Caribe—ISBN 92 75 31568 X—Código: PC 568

La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos del sector salud

1998—US\$14.00—ISBN 92 75 07374 0—Código: OT 116

La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. Protocolo de investigación

1998—US\$ 24.00/ 18.00 en países de América Latina y el Caribe—ISBN 92 75 32255 4—Código: OT 111

La violencia en las Américas. La pandemia social del Siglo XX

1996—US\$ 8.00—ISBN 92 75 32059 4—CS 10

Salud sexual y reproductiva

1995—US\$ 8.00—ISBN 92 75 32057 8—CS 8

La salud de la mujer y los derechos humanos

1994—US\$ 14.00/ 10.50 en países de América Latina y el Caribe—ISBN 92 75 31533 1—Código: PC 553

Género, mujer y salud en las Américas

1993—US\$ 30/23 en países de América Latina y el Caribe—ISBN 92 75 31541 8—Código: PC 541

Investigaciones sobre servicios de salud: una antología

1992—US\$40.00/30.00 en países de América Latina y el Caribe—ISBN 92 75 31534 5—Código: PC 534

La salud materna: un perenne desafío

1991—US\$ 8.00—ISBN 92 75 32050 0—Código: CS 1

Estas publicaciones se pueden solicitar a través de la web: www.paho.org; por e-mail: sales@paho.org; o por fax: (301) 206-9789.