

APORTE A LA DISCUSION SOBRE LA NECESIDAD DE INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GENERO EN LAS INVESTIGACIONES OPERATIVAS Y SUS CONSECUENCIAS PROGRAMATICAS

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 4, 1997/ 22-26

Dr. Rubén Alvarado M.*

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El reconocimiento de que el ser hombre o ser mujer determina condiciones diferenciales de problemas de salud y enfermedad, ha sido una de las bases para sustentar la importancia de incorporar la perspectiva de género en la investigación epidemiológica.

Históricamente se ha tratado en forma instrumental las diferencias por sexo, planteando que existen dos subgrupos (hombres y mujeres) y que la variable sexo debe ser incorporada como una variable más en el análisis (que puede o no comportarse como un indicador de riesgo).

Sin embargo, los desarrollos conceptuales han llevado a concebir que las diferencias de género se constituyen en una dimensión fundamental de la vida humana. De tal forma, que sobre la base de diferencias biológicas se construyen socialmente las diferencias de género. Esto determina que hombres y mujeres tengamos percepciones distintas, actuemos diferente, nos relacionemos con las personas y con el mundo de manera desigual (1, 2, 3).

Esto tiene sus consecuencias en el campo de la salud, ya que los problemas, los roles que se asumen y la relación que se establece con el sistema de salud van a ser diferentes para cada uno.

Esta situación nos lleva a plantear que podrían existir importantes errores en los resultados de las investigaciones cuando no se incorpora la perspectiva de género a través del análisis diferencial por sexo. Y en consecuencia a esto, se podrían cometer errores en la toma de decisiones sobre programas y proyectos.

II. ANALISIS DE UN CASO

Para ejemplificar lo señalado anteriormente vamos a tomar un estudio empírico y analizar lo que acontece cuando se incorpora la perspectiva de género en el análisis de los datos.

Los datos han sido extraídos de una encuesta realizada a un grupo de estudiantes de enseñanza secundaria (estudio transversal) y se analizan las repuestas frente a la pregunta de haber fumado cigarrillos alguna vez en su vida. Esta variable se cruza con otras que se refieren a condiciones de vida, modelos en el consumo de cigarrillos, salud mental y opiniones sobre lo dañino de este hábito.

Los datos que aquí se entregan, si bien son reales, no deben considerarse como los resultados de este estudio, ya que su publicación en extenso se realizará posteriormente. Su uso está condicionado para los fines de esta comunicación.

Las variables usadas fueron las siguientes:

- *Experiencia de haber fumado cigarrillos*, donde se separa el grupo entre los que señalan haber fumado al menos una vez y los que no lo han hecho. Esta se considera la variable dependiente.
- *Tipo de colegio*, separando los jóvenes de colegios particulares de los que estudian en colegios fiscales o subvencionados (la gran mayoría de los primeros provienen de familias cuyos ingresos económicos son más altos).
- *Vivir con los padres*, se divide el grupo entre los que viven con ambos padres y los que viven con uno solo de ellos o con ninguno de los dos.

* Médico-Psiquiatra. Magister en Salud Pública, Epidemiólogo. Residente del Programa de Formación en Salud Internacional OPS/OMS.

- *Participación en grupos sociales*, se separa el grupo entre los que no participan en ningún grupo formal (deportivo, político, pastoral o de iglesia, artístico u otro) y los que lo hacen al menos en uno.
- *Importancia asignada a la religión*, se divide el grupo entre los que le dan poca o ninguna importancia a la religión en sus vidas y los que le dan alguna o mucha importancia.
- *Satisfacción en la relación con sus profesores*, separando a los que señalan estar satisfechos o muy satisfechos con la relación que mantienen con los profesores y los que refieren estar insatisfechos o muy insatisfechos.
- *Fuma el padre*, dividiendo al grupo entre los que responden que sí y los que contestan que no (se excluyen los que no tienen al padre o no viven con él).
- *Fuma la madre*, dividiendo al grupo entre los que contestan que sí y los que responden que no (excluyendo a los que no tienen a la madre o no viven con ella).
- *Fuman los amigos*, separando a los que responden que todos o la mayoría de sus amigos fuman, de los que contestan que pocos o ninguno de sus amigos fuman.
- *Escala de Goldberg (GHQ-30)*, que mide el nivel de síntomas ansiosos y/o depresivos (un mayor puntaje significa un mayor nivel de síntomas).
- *Escala de autoestima*, que mide el nivel de autoestima (un mayor puntaje significa una mejor autoestima).
- *Creer que el fumar es dañino para la salud*, donde se divide al grupo entre los que responden que la mayoría de las veces o siempre es dañino para la salud de los jóvenes que fuman y los que piensan que no es dañino.

Lo primero que se realiza es una prueba de ji-cuadrado para ver la asociación de la variable sexo con nuestra variable dependiente. Se encuentra que no existen diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p = 0,2453$ y $OR = 1,16$ con un Intervalo de Confianza al 95% que va entre 0,89 y 1,52). Esto nos podría llevar a la conclusión de que no tiene importancia incorporar la dimensión de género ya que no existen diferencias significativas por sexo.

En la Tabla N° 1 se pueden ver los resultados para el grupo completo (varones y mujeres), y donde se concluye que hay 6 variables que se asocian a la respuesta positiva de haber fumado alguna vez en la vida (según los valores de p y OR):

- no participar en ningún grupo social,
 - darle menor importancia a la religión en su vida,
 - que todos o la mayoría de los amigos fumen,
 - un puntaje más alto en el GHQ-30 (o sea mayor nivel de síntomas ansioso-depresivos),
 - un puntaje más bajo en la escala de autoestima, y
 - creer que el fumar no es dañino para la salud.
- De esta manera, se podría concluir que éstas son las variables significativas y que el modelo explicativo está compuesto por estas 6 variables determinantes.

Pero veamos lo que ocurre si hacemos el análisis por separado para ambos sexos, bajo la lógica de razonamiento que la conducta de haber experimentado con el consumo de cigarrillos se constituye de manera diferente para varones y mujeres.

En la Tabla N° 2 se puede apreciar que de los 6 factores que se asociaban a todo el grupo, sólo 2 presentan asociación estadísticamente significativa al mismo tiempo para ambos sexos (que los amigos fumen y el puntaje en el GHQ-30). Los otros 4 se relacionan sólo a los varones o sólo a las mujeres.

En síntesis, los factores asociados a cada uno son los siguientes:

a) Para mujeres:

- no participar en ningún grupo social,
- que todos o la mayoría de los amigos fumen,
- un puntaje más alto en el GHQ-30 (o sea mayor nivel de síntomas ansioso-depresivos),
- un puntaje más bajo en la escala de autoestima, y
- creer que el fumar no es dañino para la salud.

b) Para los varones:

- darle menor importancia a la religión en su vida,
- que todos o la mayoría de los amigos fumen,
- un puntaje más alto en el GHQ-30 (o sea mayor nivel de síntomas ansioso-depresivos),

De esta forma, 2 variables son comunes para mujeres y varones (que los amigos fumen y la mayor sintomatología ansiosa-depresiva). Sin embargo, para ellas tienen importancia la no inserción en grupos sociales, la baja autoestima y la creencia de que el fumar no es dañino para su salud. En cambio, para ellos, sólo se agrega además

TABLA 1
Resultados en las pruebas de asociación estadística, de diferentes variables con la respuesta positiva a haber fumado alguna vez en su vida, en el grupo total.
Valores de p-value, Odds Ratio y su Intervalo de Confianza al 95%

Variable	Resultados
Tipo de Colegio	p = 0,7515 OR = 1,05 (0,76 - 1,47)
Vivir con los padres	p = 0,2763 OR = 1,19 (0,86 - 1,64)
Participación en grupos sociales	p = 0,0159 OR = 1,37 (1,05 - 1,79)
Importancia asignada a la religión	p = 0,0189 OR = 1,64 (1,06 - 2,55)
Satisfacción en la relación con profesores	p = 0,0972 OR = 1,42 (0,92 - 2,19)
Fuma el padre	p = 0,2201 OR = 1,18 (0,90 - 1,56)
Fuma la madre	p = 0,3973 OR = 1,12 (0,86 - 1,47)
Fuman los amigos	p = 0,0000 OR = 2,24 (1,70 - 2,94)
GHQ-30	p = 0,0001
Escala de Autoestima	p = 0,0005
Creer que el fumar es dañino	p = 0,0013 OR = 1,84 (1,24 - 2,72)

Nota: En casi todas las variables se usó la prueba de ji-cuadrado, excepto para GHQ-30 y el Test de Autoestima, donde se utilizó la prueba t para comparar 2 promedios.

TABLA 2

Resultados en las pruebas de asociación estadística, de diferentes variables con la respuesta positiva a haber fumado alguna vez en su vida, separados para hombres y mujeres.

Valores de p-value, Odds Ratio y su Intervalo de Confianza al 95%

Variable	Varones	Mujeres
Tipo de Colegio	p = 0,6704 OR = 1,11 (0,66 - 1,85)	p = 0,4218 OR = 1,19 (0,76 - 1,87)
Vivir con los padres	p = 0,9819 OR = 1,01 (0,90 - 1,11)	p = 0,1214 OR = 1,41 (0,89 - 2,24)
Participación en grupos sociales	p = 0,3166 OR = 1,22 (0,81 - 1,84)	p = 0,0078 OR = 1,61 (1,11 - 2,31)
Importancia asignada a la religión	p = 0,0232 OR = 1,86 (1,05 - 3,33)	p = 0,3847 OR = 1,36 (0,65 - 2,88)
Satisfacción en la relación con profesores	p = 0,2416 OR = 1,44 (0,75 - 2,78)	p = 0,1853 OR = 1,47 (0,80 - 2,73)
Fuma el padre	p = 0,4014 OR = 1,18 (0,78 - 1,79)	p = 0,4195 OR = 1,16 (0,79 - 1,70)
Fuma la madre	p = 0,8318 OR = 1,04 (0,70 - 1,56)	p = 0,3270 OR = 1,20 (0,82 - 1,73)
Fuman los amigos	p = 0,0001 OR = 2,24 (1,47 - 3,40)	p = 0,0000 OR = 2,22 (1,53 - 3,22)
GHQ-30	p = 0,0060	p = 0,0007
Escala de Autoestima	p = 0,2352	p = 0,0002
Creer que el fumar es dañino	p = 0,7366 OR = 1,09 (0,64 - 1,86)	p = 0,0000 OR = 3,65 (1,97 - 6,86)

Nota: En casi todas las variables se usó la prueba de ji-cuadrado, excepto para GHQ-30 y el Test de Autoestima, donde se utilizó la prueba t para comparar 2 promedios.

la menor importancia que le dan a la religión en su vida.

Se puede verificar cómo los estados emocionales negativos juegan un rol importante en el consumo de tabaco, y que en el caso de las mujeres se relaciona además con una baja autoestima, factor que en el varón no aparece como algo relevante.

Otras de estas variables se vinculan a la construcción valórica y normativa en los jóvenes. Para las mujeres la no participación en grupos formales y la creencia de que este hábito es dañino, se junta con la mayor presencia de amigos(as) que fumen. En el caso de los varones, es la importancia asignada a la religión en su vida la que se reúne con la existencia de un mayor número de amigos(as) que fumen. Esta diferencia nos está hablando de cómo esta construcción social se produce de manera diferente en ambos sexos (4, 5, 6).

III. A MODO DE SINTESIS

Incorporar la perspectiva de género en la investigación es fundamental para poder comprender con mayor profundidad cómo se constituyen las percepciones, actitudes y conductas, y por tanto las diferentes dimensiones de la salud y la enfermedad.

Esto es de gran importancia para los diferentes momentos de la planificación, así como para la toma de decisiones sobre la orientación de los programas y proyectos que se pueden ejecutar. El no integrar esta visión puede hacer que los modelos explicativos de los problemas no sean los más certeros y, por tanto, que las acciones que se emprendan sean menos eficaces.

Asimismo, la evaluación de resultados esperados —especialmente cuando se refiere a los facto-

res asociados— puede no ser correcta, ya que se podrían estar evaluando variables intermedias que no tienen importancia y que pudieran no haberse modificado, o bien, que éstas cambien pero que no tengan ninguna importancia para el problema que se está abordando. En síntesis, pueden cometerse errores en la evaluación de la eficacia y eficiencia de un programa o proyecto.

BIBLIOGRAFIA

1. Gómez G., Elsa. Introducción a la publicación *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación Científica N° 541, de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 1993.
2. De los Ríos, Rebecca. *Género, Salud y Desarrollo: un enfoque en construcción*, en la publicación *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación Científica N° 541, de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 1993.
3. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS/OMS. *La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques*. Publicación de OPS/OMS/94-003. Washington D.C. 1994.
4. Henriques-Mueller, María Helena y Yunes, João. *Adolescencia: equivocaciones y esperanzas*, en la publicación *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación Científica N° 541, de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 1993.
5. Serrano, Carlos V. *La salud integral de los adolescentes y los jóvenes: su promoción y su cuidado*, en la publicación *La Salud del Adolescente y del Joven*. Publicación Científica N° 552, de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 1995.
6. Organización Mundial de la Salud. *La mujer y el tabaco*. Publicación de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1993.