

# Aumentando la respuesta femenina a los servicios oculares



**Susan Lewallen**  
Co-director



**Paul Courtright**  
Co-director

Centro de Oftalmología Comunitaria, Kilimanjaro Universidad de Tumaini /KCMC, PO Box 2254, Moshi, Tanzania, África del Este. [www.kcco.net](http://www.kcco.net)

## ¿Existen problemas para las mujeres?

A menudo sorprende a la gente, pero no es un secreto para el personal de salud ocular de países pobres, que los pacientes que viven con ceguera y visión disminuida en estos países, frecuentemente, no hacen uso de los servicios existentes. Muchos programas, particularmente en África, luchan para obtener pacientes para cirugía. ¿Cuántos trabajadores de salud ocular saben también que los problemas de acceso y aceptación, son en general peor para la mujer que para el hombre, y que las mujeres comprenden un número desproporcionado de la cifra de ciegos del mundo?

**Figura 1. Diferencias de género en la carga de ceguera en la población**



La Figura 1 ilustra la proporción de ciegos del género femenino en Asia y África.<sup>1</sup> ¿Porqué ocurre este desequilibrio?

Está bien establecido que la causa principal de ceguera en países pobres es catarata. La Figura 2 se desarrolló usando encuestas basadas en poblaciones de varios países, e ilustra que, 60 a 65% de las personas ciegas por catarata, son mujeres. Esto es en parte, porque las mujeres viven por más tiempo que los hombres, por lo que tienen mayores posibilidades de desarrollar catarata. Además, las mujeres han demostrado tener un riesgo de catarata ajustado a la edad, ligeramente mayor.<sup>2</sup> La ceguera por catarata, sin embargo, puede ser curada e incluso prevenida si la operación se lleva a cabo lo suficientemente temprano y en esto radica el desequilibrio crucial: la tasa de cirugía de catarata para las mujeres no

es la misma que la de los hombres. La Figura 3 indica la cobertura de cirugía de catarata (mide la proporción de necesidad de cirugía de catarata en la comunidad que es provista) reportada en numerosos estudios. Estas cifras de cobertura son mayores para los hombres.<sup>3-5</sup>

Esta desigualdad es a menudo pasada por alto porque, la mayoría de los programas, reportan aproximadamente el mismo número de operaciones de catarata en mujeres que en hombres. Es probable, que si usted analiza los registros de un hospital dado, encontrará una proporción de 50/50 por género en el número de operaciones de catarata. Sin embargo, debido a que un número proporcionalmente mayor de mujeres sufre de catarata, aproximadamente el 60 a 65% de las cirugías llevadas a cabo deberían ser para mujeres, si nuestro objetivo es el de lograr igualdad para hombres y mujeres, con respecto a la cobertura de cirugía de catarata. Este mismo tipo de injusticia la encontramos en los casos de Glaucoma. El Glaucoma crónico de ángulo abierto (GCAA) es la segunda causa más importante de ceguera en la

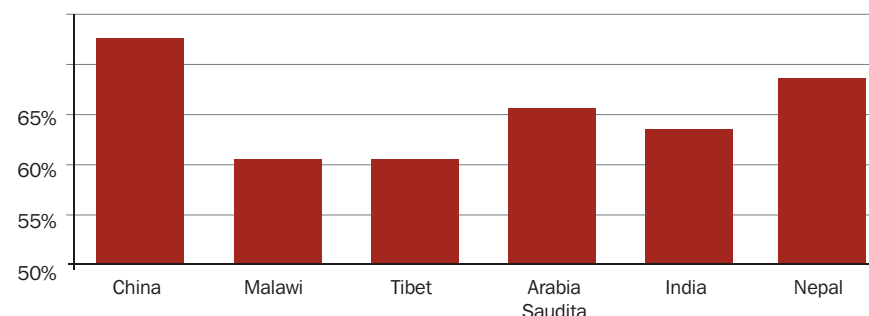
zona al sur del Sahara de África. Esta condición se da en igual proporción en hombres y mujeres, sin embargo, el 70% de los pacientes nuevos en las dos clínicas de ojos más importantes de referencia en Tanzania, son hombres<sup>6</sup> (datos pertenecientes al autor).

Los hospitales y clínicas no discriminan deliberadamente contra la mujer, pero las mujeres enfrentan problemas especiales para tener acceso a los servicios. Necesitamos considerar estos problemas para planificar la solución.

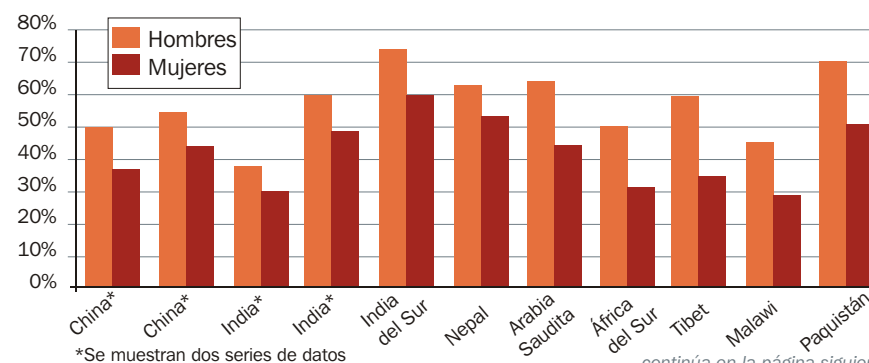
## ¿Cuáles son los problemas especiales que enfrenta la mujer?

La Revista Salud Ocular Comunitaria ha publicado artículos discutiendo las barreras que previenen que los pacientes tengan acceso a los servicios. Queremos discutir las barreras que se presentan a tres niveles: falta de concientización con respecto a los servicios, falta de acceso y reticencia en aceptar los mismos. Todos estos tipos de barreras tienden a afectar a las mujeres más que a los hombres. Considere lo siguiente:

**Figura 2. Porcentaje estimado de mujeres con catarata**



**Figura 3. Datos sobre cobertura de cirugía de catarata de varios estudios**



continúa en la página siguiente ➤

**Concientización**

Las mujeres, por lo general, tienen un nivel de educación formal inferior que los hombres. Por consiguiente, es probable que sean menos concientes del hecho de que ciertos tipos de ceguera pueden ser curados, que sepan a donde acudir y como llegar a estos lugares.

Las mujeres de edad avanzada sin educación formal o con niveles bajos de educación formal y sin exposición a entornos hospitalarios, pueden tener mayores inquietudes e interrogantes que los hombres con respecto a la cirugía. La barrera del lenguaje y la falta de familiaridad con el sistema de salud, pueden conducir a una menor conciencia respecto a los servicios de atención médica en ciertas mujeres.

**Acceso**

Viajar lejos de casa para la operación es difícil para todas las personas mayores, pero a menudo, es aún más difícil para las mujeres. En muchas culturas, las mujeres tienen poco dinero y poco control del gasto del mismo. Muchas personas mayores dependen primordialmente de sus hijos para cubrir los costos de cirugía de catarata. Encontramos en Tanzania, que los jóvenes que son cabeza de hogar, por lo general, tienden a apoyar menos a las mujeres que a los hombres mayores para acceder a la cirugía. En muchas culturas las mujeres no pueden viajar a no ser que un hombre las acompañe y la falta de acompañante, también puede significar una barrera.

**Aceptación**

Las expectativas de calidad de vida para la edad mayor son específicas al género en ciertas culturas y el "beneficio" percibido de la cirugía de catarata, podría estar también vinculado al género. Por ejemplo, los hombres mayores esperan y se requiere de ellos, que participen en reuniones comunitarias, lo cual requiere movilidad. Las mujeres por otro lado, podrían estar mayormente confinadas al hogar.

En resumen, tanto hombres como mujeres enfrentan, las mismas barreras, pero muchas de éstas son más difíciles de superar para las mujeres.

**¿Cómo ayudamos a las mujeres a acceder a estos servicios?**

Nuestra experiencia al desarrollar y estudiar los programas VISIÓN 2020 en África Oriental, nos indica que, varios componentes esenciales deben estar presentes para que una "comunidad" tenga acceso a un servicio de atención ocular. Estos están ilustrados en la

Figura 4. Hemos encontrado que dos componentes específicos son particularmente importantes para asegurar que las mujeres tengan acceso a ésta atención y son, transporte y orientación. Ambos deben de ser incluidos en cualquier estrategia que el programa utilice para establecer un "puente" entre los servicios del hospital y la comunidad.

**Transporte**

Los hospitales siguen encontrándose muy dispersos en países de escasos recursos y los pacientes a menudo, identifican la distancia como una barrera. El equipo quirúrgico tiene que acercarse a los pacientes o los pacientes deben acercarse al mismo. Hemos encontrado que, las mujeres acceden a los servicios en proporciones significativamente mayores que los hombres, a través de programas que proveen transporte para áreas rurales: es más difícil que ellas vengán al hospital por si mismas.

**Orientación**

Ésta tarea es a menudo asumida por las enfermeras. A veces lo hacen, pero a menudo es una tarea descuidada o que recibe poca atención en clínicas muy frecuentadas o en sesiones de despistaje, donde las enfermeras tienen otras tareas que llevar a cabo. Es preferible tener una persona que se dedique exclusivamente a la tarea de orientación durante las consultas o durante las sesiones de despistaje, ya que, esto asegura que los pacientes y sus familiares, tengan realmente una oportunidad para que sus interrogantes sean respondidas. Aceptar la cirugía es una decisión familiar, e involucrar a la familia a través de una orientación de buena calidad, es algo esencial. El consejero necesita estar muy familiarizado con todos los aspectos del proceso. ¿Qué va a ocurrir en el

hospital? ¿Va a encontrarse solo el paciente? ¿Es dolorosa la cirugía? ¿Por cuánto tiempo debe permanecer el paciente en el hospital? ¿Cómo va a regresar el paciente a su casa? ¿Cuánto costará al paciente la cirugía y los extras? ¿Qué pasa si el paciente quiere esperar hasta el próximo mes? Los pacientes necesitan respuestas a éstas preguntas, antes de aceptar la cirugía.

Hay otras maneras en que los programas pueden apoyar a las mujeres. Programas educativos especiales con grupos femeninos, ayudan a crear conciencia acerca de la salud ocular entre las mujeres. Cuando las mujeres conocen a otras que han pasado con éxito la cirugía, es más probable que acepten someterse a ella. Y no nos olvidemos que, los hombres (maridos, hermanos, e hijos de mujeres con impedimento visual), son siempre parte del proceso de toma de decisiones. Ellos necesitan saber que las mujeres tienen el mismo "derecho a ver" que los hombres.

**Referencias**

- 1 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): 39-56.
- 2 Congdon N and Taylor HR. Age-related cataract. In: Johnson GJ, Minassian D, Weale RA, West S, editors. *The Epidemiology of Eye Disease*. New York: Arnold, 2003: 105-119.
- 3 Lewallen S, Courtright P. Gender and use of cataract surgical services in developing countries. *Bull World Health Organ* 2002;80(4): 300-303.
- 4 Anjum KM, Qureshi MB, Khan MA, Jan N, Ali A, Ahmad K et al. Cataract blindness and visual outcome of cataract surgery in a tribal area in Pakistan. *Br J Ophthalmol* 2006;90(2): 135-138.
- 5 Bassett KL, Noertjojo K, Liu L, Wang FS, Tenzing C, Wilkie A et al. Cataract surgical coverage and outcome in the Tibet Autonomous Region of China. *Br J Ophthalmol* 2005;89(1): 5-9.
- 6 Mafwiri M, Bowman RJ, Wood M, Kabiru J. Primary open-angle glaucoma presentation at a tertiary unit in Africa: intraocular pressure levels and visual status. *Ophthalmic Epidemiol* 2005;12(5): 299-302.

Figura 4. La estrategia "de puente"

