



GÉNERO

Mejorando la equidad de género en la atención ocular: cabildeo para las necesidades de la mujer



Paul Courtright



Susan Lewallen

Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology, PO Box 2254, Moshi, Tanzania.

En la actualidad, 64% de las personas ciegas en el mundo son mujeres.¹ Esto se debe sobre todo, a tres razones:

- en muchos países, la mujer vive más tiempo que el hombre y corre mayor riesgo de ceguera por causas relacionadas a la edad (como glaucoma y degeneración macular relacionada a la edad)
- es probable que ciertas afecciones que causan ceguera, como tracoma y catarata, afecten más a mujeres que a hombres, independientemente de su edad
- las mujeres y las niñas no acceden a servicios de atención ocular tan frecuentemente como los hombres y los niños.^{2,3,4}

En algunos países como Paquistán⁵ y Tanzania,^{6,7} se han realizado esfuerzos que han logrado aumentar la utilización de servicios por las mujeres. Sin embargo, en la mayoría de las comunidades, los líderes políticos e incluso algunos trabajadores de atención ocular, no están conscientes de este problema.

Garantizar equidad de acceso a los servicios de atención ocular para la mujer, requerirá cabildeo a todos los niveles: nacional, distrital y comunitario.

Si bien cambiar los roles y expectativas de los géneros está fuera del ámbito de los programas de atención ocular, es necesario abordar las cuestiones de género que afectan las metas de VISIÓN 2020.

Nivel nacional

Por ejemplo, a nivel nacional, el gobierno o el departamento nacional de salud (donde se formula y acuerda la política y estrategia general), el cabildeo debería enfocarse a:

- lograr que los responsables de tomar decisiones reconozcan que existen diferencias de género en el acceso a la atención ocular
- persuadir a los responsables de tomar decisiones, de que se comprometan a encontrar maneras para aumentar el acceso a la atención ocular de las mujeres de todas edades.

Si bien los datos de las clínicas locales, distritos y países en forma individual serían

sumamente útiles para mostrar la magnitud del desequilibrio entre los géneros, tales datos no suelen estar disponibles. A pesar de ésta carencia, igualmente se pueden utilizar datos globales, tales como los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁸ para informar a funcionarios del gobierno y otras organizaciones, sobre la situación, necesidades y soluciones posibles. Muchas organizaciones y gobiernos cuentan con departamentos dedicados a cuestiones de género; es útil contactar con personas claves en estos departamentos y trabajar con ellas a escala nacional.

El cabildeo también debería enfocarse al monitoreo de género de los datos por VISIÓN 2020.

Si bien al nivel distrital de VISIÓN 2020 se suele registrar e informar el género de los pacientes que acceden a los servicios de atención ocular en forma rutinaria, dicha información no suele comunicarse y reportarse a nivel nacional. En la mayoría de los entornos, será bastante sencillo cambiar el formato de los informes; el reto principal será convencer a los responsables de tomar decisiones que deberían asegurar que se registre ese dato de forma rutinaria. La OMS, IAPB y VISIÓN 2020 deberían brindar su apoyo en este sentido, cambiando los formatos de los informes y requiriendo que se informen los datos por género a todos los niveles. Las organizaciones no gubernamentales (ONGs) también deberían recabar datos por género de forma rutinaria.

Nivel distrital

Como primer paso es sumamente útil generar evidencia local; esto puede lograrse recabando datos de los informes de clínicas y servicios quirúrgicos (catarata, glaucoma, catarata infantil) y recabando datos sobre la venta de anteojos.

Entrevistas a fondo tanto con hombres como mujeres, pueden poner de manifiesto factores que limiten la utilización de los servicios por las mujeres y las niñas. Ésta evidencia será muy útil para informar a las autoridades de salud distrital y a las ONGs sobre la importancia de ser sensibles a las necesidades de la mujer y para diseñar sus programas, de manera que permitan y estimulen a las mujeres a acceder a los mismos.

Nivel comunitario

A nivel comunitario, el cabildeo necesita apuntar tanto a los miembros de la comunidad como a los proveedores de

servicios de salud ocular. En nuestra experiencia, algunos de los principales mensajes a éste nivel son:

Restaurar la visión restituye la contribución al hogar y a la comunidad

En muchas comunidades en países en desarrollo, suele ocurrir que no se reconozca que la mujer necesita servicios de salud ocular – inclusive cirugías restauradoras de visión – al igual que los hombres. Las familias pobres necesitan tomar decisiones difíciles sobre cómo utilizar sus escasos recursos, basándose en consideraciones complejas de los costos y beneficios percibidos; tal vez no se den cuenta del valor o beneficio de la cirugía restauradora de visión en la mujer. Por ende, es importante ayudar a las familias a reconocer que la cirugía de catarata o triquiasis, puede restaurar la vista y permitir que la mujer nuevamente contribuya con la familia.

La cirugía de catarata debería realizarse cuando la pérdida visual interfiere con las actividades de la vida diaria

Debido a factores por todos conocidos, que hacen menos probable que las mujeres accedan a servicios de salud ocular, es más probable que las mujeres queden ciegas antes de llegar a utilizar los servicios de atención ocular.⁹ Una vez que se quedan ciegas, se presentan barreras adicionales (ya sean impuestas por la sociedad o por la misma persona) que hacen que sea aún más difícil para ellas, acceder a los servicios de atención ocular.¹⁰ Es mejor promover el concepto de que la atención ocular debería buscarse tan pronto como la disminución de la visión comience a limitar actividades que son importantes para la persona y para la familia.

Los programas que tienen puntos de corte de agudeza visual rígidos para la cirugía de catarata (por ej. operando sólo a personas con agudeza visual <6/60 ó <3/60), pueden agravar indirectamente este problema. Existe evidencia de que una vez que se le dice al paciente “su catarata no está madura, vuelva en el futuro”, muchos regresan mucho tiempo después o no vuelven en absoluto.¹¹ Los puntos de corte de agudeza visual rígidos para la cirugía, parecen ser más comunes en entornos donde no se provee orientación y donde no se discuten los beneficios potenciales de la cirugía de catarata con la persona en cuestión y su familia. Además de los pacientes con impedimento visual severo o ceguera, se recomienda sobre-

Continúa en la página siguiente ►



Una coordinadora de orientación habla con un hijo sobre la necesidad de cirugía de catarata de su madre. TANZANÍA

manera, operar a pacientes con impedimento visual moderado. También debería combinarse con un servicio de orientación de calidad cuando sea posible.

Incluso se puede realizar cirugía ocular a personas mayores

Frecuentemente se necesita el cabildeo para ayudar a las comunidades a entender que también se pueden operar los ojos de las personas mayores. Existen muchas percepciones negativas, por ejemplo:

“A los hospitales se llega para morir”, “Soy muy vieja para una operación” o “No hay quién me cuide mientras estoy en el hospital”. Los ancianos que viven en hogares, suelen necesitar asistencia para acceder a servicios. Puesto que el transporte probablemente sea la barrera más significativa para este grupo, es esencial trabajar con las comunidades y hospitales, para asegurar que los ancianos que viven en hogares, en particular las mujeres, puedan llegar a los servicios. Suele ocurrir que las mujeres tienen poca experiencia viajando fuera de su comunidad. La experiencia sugiere que, si los miembros claves de la comunidad (por ej. líderes religiosos) comprenden la relativa facilidad (y beneficios) de la cirugía de catarata o triquiasis, pueden desempeñar un rol significativo en asegurar que todos entiendan el valor de la atención ocular, incluso para los ancianos.

Enfoques para el cabildeo comunitario

Lograr que estos tres mensajes básicos penetren en las comunidades, requerirá múltiples enfoques; no existe una fórmula única para lograrlo. Algunos elementos a tomar en cuenta son:

Para llegar a las mujeres, hay que llegar a los hombres

Puesto que los hombres tienen mayor acceso a los recursos financieros de la familia y toman las decisiones financieras,

el cabildeo y la orientación también deberían dirigirse a ellos: el marido, si la mujer está casada, o el hijo mayor, si la mujer es viuda. En algunos entornos, los líderes de la comunidad o los líderes religiosos pueden influir sobre las decisiones familiares. Los trabajadores de salud deberían sentirse cómodos con éstas personas y grupos, hablando y concientizándolos sobre las necesidades de la mujer. Podría ser útil lograr la participación de hombres cuyas esposas se han operado los ojos (y que han reconocido el valor de ésta cirugía) en las actividades de cabildeo.

Las viudas requieren un enfoque especial

En la mayoría de los países en desarrollo, una gran proporción de mujeres ancianas son viudas.

En algunos entornos, se rechaza, estigmatiza y descuida a las viudas. Por ende, llegar a las viudas puede representar un gran desafío, puesto que sus hijos tal vez vivan en otro lugar y el contacto con su madre sea mínimo. Los servicios de atención ocular, tales como la cirugía, suelen requerir el consentimiento de un miembro de la familia, y los trabajadores de atención ocular, deberían valerse de cualquier medio a su disposición, para contactar a los hijos de las viudas – ya sea a través de estructuras comunitarias o vía telefónica. Los grupos comunitarios de mujeres, donde los haya, son los que más probablemente sepan de viudas que necesitan servicios de atención ocular y pueden ser muy útiles para animarlas a utilizar estos servicios.

Las organizaciones religiosas pueden ser aliados poderosos

En la mayoría de los entornos en países en desarrollo, las organizaciones religiosas pueden ser socios sumamente útiles a la hora de llegar a las personas, en particular a las mujeres. Tal vez los grupos religiosos también puedan ayudar a las personas que

no pueden pagar los servicios de atención ocular. La credibilidad de los grupos religiosos proviene de dentro de la comunidad, y si bien generalmente las mujeres no están en posiciones clave de liderazgo, suelen contar con sus propios grupos especiales dentro de éstas organizaciones.

Conclusión

Lograr igual acceso a los servicios de atención ocular, tanto para hombres como para mujeres, es una meta a largo plazo y un cabildeo continuo a todos los niveles, es esencial para que VISIÓN 2020 llegue a las mujeres.

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 Courtright P, West SK. Contribution of sex-linked biology and gender roles to disparities with trachoma. *Emerg Infect Dis* 2004;10: 2012–16.
- 3 Lewallen S, Courtright P. Gender and use of cataract surgical services in developing countries. *Bull World Health Organ* 2002;80: 300–303.
- 4 Muhit MA, Shah SP, Gilbert CE, Hartley SD, Foster A. The key informant method: a novel means of ascertaining blind children in Bangladesh. *Br J Ophthalmol* 2007;91: 995–999.
- 5 Sightsavers International. Final evaluation report: 10 district comprehensive eye care programmes (NWF and FATA, Pakistan). SSI, Haywards Heath, UK: 2004.
- 6 Geneau R, Lewallen, S, Paul, I, Bronsard A, Courtright P. The social and family dynamics behind the uptake of cataract surgery: findings from Kilimanjaro Region, Tanzania. *Br J Ophthalmol* 2005;89: 1399–1402.
- 7 Geneau R, Massae P, Courtright P, Lewallen S. Using qualitative methods to understand the determinants of patients' willingness to pay for cataract surgery: a study in Tanzania. *Soc Sci Med* (in press).
- 8 WHO Information Sheet on Gender and Blindness, 2002. www.who.int/gender/other_health/en/gender-blind.pdf
- 9 Jefferis JM, Bowman RJC, Hassan HG, Hall AB, Lewallen S. Use of cataract services in eastern Africa: a study from Tanzania. *Ophthalmic Epidemiol* 2008;15(1): 62–65.
- 10 Chibuga E, Massae P, Geneau R, Mahande M, Lewallen S, Courtright P. Acceptance of cataract surgery in a cohort of Tanzanians with operable cataract. *Eye* 2008;22:830*833.
- 11 Vaidyanathan K, Limburg H, Foster A, Pandey, RM. Changing trends in barriers to cataract surgery in India. *Bull WHO* 1999;77: 104–109.