

**CENTRO MUNICIPAL DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA.
CAIBARIÉN.**

SALA DE ANÁLISIS.

**TÍTULO: " GÉNERO Y SALUD EN LA ETAPA DEL CICLO VITAL DE 50 A 64
AÑOS". CAIBARIÉN. 2007.**

AUTORES:

MSc Dra. Ana Caridad Mesa Trimiño.

Especialista de primer grado en Higiene.

MSc Dra. Merki García Rovira.

Especialista de primer grado en MGI.

Especialista de primer grado en Bioestadística.

Msc Dr. Sergio Claro Pérez.

Especialista de primer grado en Higiene y Epidemiología..

Dr. Ernesto Amador Ugalde.

Especialista de primer grado en MGI.

Msc Dr. Francisco Hurtado García.

Especialista de primer grado en Higiene y Epidemiología..

**Centro de trabajo de los autores: CMHE Caibarién. Sala de
análisis.**

Teléfono: 364333.

e-mail: uatscaib@capiro.vcl.sld.cu

gobcaib@capiro.vcl.sld.cu

INTRODUCCIÓN

En un primer momento la teoría de género se restringió a la problemática de la vida de las mujeres, lo cual se sostiene en muchas ocasiones en la actualidad, es indiscutible que dicha teoría surgió a punto de partida de las luchas feministas. En un segundo momento se amplió la teoría y se usó para interpretar también la problemática de los hombres. En un tercer momento se ha logrado consolidar la teoría de enfoque de género a través de la relación entre las mujeres y los hombres, por lo que se ha puesto acento en los hechos relacionados entre ambos, es decir, lo específico de este análisis es lo que acontece a las mujeres, a los hombres y a todos entre sí, a partir de sus géneros. ⁽¹⁾

Se estudia género por el conjunto de características diferenciales que cada sociedad asigna a las mujeres y a los hombres, que son vitales, definen la existencia de las personas, es decir, no son particularidades de tipo formal, sino conductas, formas de actuar y pensar profundas que dan sentido a la vida y determinan en gran parte la existencia de la misma. El género es visto como un conjunto de fenómenos determinantes de la vida social, colectiva e individual, generalmente las sociedades reconocen dos géneros, sobre los cuerpos sexuados masculinos y femeninos, basados en un conjunto de cualidades y atributos vitales como parte de un proceso pedagógico que se enseña, se aprende y muchas veces se desobedece. ⁽²⁾⁽³⁾

El género de una persona es esencialmente una construcción social, no natural, que varía de un grupo social a otro y de una época a otra. Se construye mediante procesos sociales de comunicación y es transmitido a través de formas sutiles durante los procesos de crianza y educación. ⁽⁴⁾

La categoría de género se caracteriza por ser relacional: no sólo se refiere a mujeres u hombres aisladamente, sino a las relaciones entre unos y otros y a la manera en que estas relaciones se construyen socialmente. Jerárquico: las diferencias que establece entre mujeres y hombres, lejos de ser neutras, tienden a atribuir mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con lo masculino y a producir, por ende, relaciones desiguales de poder. Histórica: se nutre de elementos mutantes en el tiempo y en el espacio, por lo tanto son elementos susceptibles de modificación a través de intervenciones. Contextualmente específica: porque es una categoría

particular con sus principios que se relaciona con las ciencias sociales, la biología, la historia pero que se considera una identidad aparte. ⁽⁵⁾

La categoría de género se caracteriza por ser relacional: no sólo se refiere a mujeres u hombres aisladamente, sino a las relaciones entre unos y otros y a la manera en que estas relaciones se construyen socialmente. Jerárquico: las diferencias que establece entre mujeres y hombres, lejos de ser neutras, tienden a atribuir mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con lo masculino y a producir, por ende, relaciones desiguales de poder. Histórica: se nutre de elementos mutantes en el tiempo y en el espacio, por lo tanto son elementos susceptibles de modificación a través de intervenciones. Contextualmente específica: porque es una categoría particular con sus principios que se relaciona con las ciencias sociales, la biología, la historia pero que se considera una identidad aparte. ⁽⁶⁾

La información epidemiológica tradicional enmarca una gran parte de los problemas de mayor prevalencia e incidencia en los dos géneros. Las féminas están expuestas a condiciones de privación extremas de recursos para desempeñar doble o triple jornada diaria en nuestras sociedades, la práctica doméstica depende casi totalmente del trabajo femenino, la mujer padece de subvaloración en el empleo, de discriminación sistemática en el campo de la alimentación, en la recreación, en la formación, al sometimiento a formas de vida cotidianas, bajo patrones de dominación patriarcal, al menor acceso a los servicios públicos y todo aquello con una mínima cuota de poder de participación en la conducción de la vida social. Algunos de esos problemas van tornándose crecientemente visibles como rasgos característicos y masivos de la mayor parte de las sociedades de América. Todo lo cual puede provocar perfiles de salud característicos para cada sexo. ⁽²⁾

El género se manifiesta de forma distinta de acuerdo a las condiciones de vida de cada territorio, nivel de escolaridad, características étnicas, grupos de edad, entre otros, en aquellos en que son favorables, las diferencias de género son menores y viceversa. Con esta fundamentación teórica se han diseñado algunos indicadores sintéticos que ponen en evidencia las variaciones de género entre países con diferente desarrollo socioeconómico, entre los que se pueden señalar: algunos que están relacionados con la medición de la inequidad y otros vinculados a la observación de impactos en la salud. Entre los primeros está el índice de Inequidad Básico de Género, construido por el Centro de Estudios y Asesoría de la Salud de Ecuador (CEAS), que tiene en cuenta el grado relativo de acceso de mujeres y varones a los bienes básicos de educación,

empleo y participación en los organismos de poder. Si bien en todos los países de la región existe tal inequidad, hay sociedades donde esta es mucho más marcada, hay países como Jamaica, Estados Unidos, Canadá y Cuba que tienen niveles menores de 25,5 sobre un puntaje máximo de 100, hay 13 países que poseen registros de 26 a 35 puntos, y siete países llegan a tener puntajes de inequidad que superan los 36 puntos, se establece si en todas las sociedades del continente arrojan un grado de inequidad por lo menos 25 % mayor que en un país como Suecia que goza de un alto nivel de estilo de vida, más beneficioso para la sociedad. ⁽⁷⁾

Existen indicadores propios de género como el Índice de Inequidad Básica de Género (IBG) que considera el acceso femenino con respecto a los niveles masculinos en las variables de calidad básica de vida social: alfabetización, educación primaria y secundaria, empleo y participación en el parlamento, según datos proporcionados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Otros indicadores utilizados para la medición del género son el índice de Inequidad Básica Social y el Desarrollo Básico de la Mujer, Índice de Desarrollo Humano (IDH), Índice de Desarrollo de Género (IDG).

Es por ello que las variables que utilizan para sus cálculos, todos los indicadores antes mencionados registran resultados más satisfactorios para nuestro país que para la mayoría de los territorios de la región, lo que no quiere decir que no existan otros factores que incidan en la desigualdad entre hombres y mujeres.

El grupo de 50 a 64 años que es el que nos ocupa, es un período de tránsito, una parte de la población se acoge al retiro, en nuestro país está legislado que sea, 55 años para las mujeres y 60 años para el hombre, esto provoca que estas edades se caractericen por un proceso de adaptación al mismo después de una vida laboral, otras de las características es que los hijos son generalmente adultos por lo que no demandan de la atención directa de los padres que es definida como una de las tareas del rol reproductivo más importantes en las edades más jóvenes.

En esta etapa aparecen también características biológicas y psicosociales particulares que se expresan por los cambios propios del climaterio tanto endocrinos como hormonales, en segundo lugar por los siguientes factores sociales: se evidencian con más fuerza la pérdida del atractivo y el vigor físico, hay temores a una vejez inmediata, existe preocupación por los problemas que conlleva la jubilación, además hay preocupación al pensar en lo que se ha conseguido y en lo que no, así como dudas en

la forma en que se ha vivido. ⁽⁸⁾

Es por ello que con este estudio se traten de identificar el comportamiento de las variables que más diferencias marcan entre los géneros en el municipio de Caibarién.

El presente trabajo tiene como propósito identificar estas desigualdades para establecer las estrategias de intervención en función del género.

OBJETIVO:

OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar las desigualdades de género en el grupo de edad de 50 a 64 años.
Municipio de Caibarién, 2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❑ Identificar las desigualdades según sexo.
- ❑ Caracterizar las desigualdades según áreas de salud.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

En la tabla 1 se muestra el comportamiento de las diferencias y el Índice de Privación de Igualdad según las áreas de salud estudiadas, las variables contenidas en el cálculo del indicador y el sexo de los encuestados.

En cuanto a los hábitos tóxicos existió mayor privación de igualdad o sea más diferencias en el área del poli 1, pero de manera general se observa que la media de hombres adictos a hábitos tóxicos es mayor que el sexo femenino.

En cuanto a la Salud existió mayor privación de igualdad en el área del Policlínico 1, pero de manera general se observa que las mujeres son las que más padecen de enfermedades crónicas no transmisibles y son las responsables del cuidado de la salud de la familia.

En cuanto a la sexualidad hay mayores diferencias entre los géneros en el área del policlínico 2, predominando al sexo masculino como más independiente en la toma de decisiones en este aspecto con relación a la mujer.

Las tareas del hogar son sobrecarga de la mujer, sobre todo en el área del Poli 2 y en esta misma zona marcan más las diferencias entre hombres y mujeres las toma de decisiones, y el pertenecer a las organizaciones políticas y de masas.

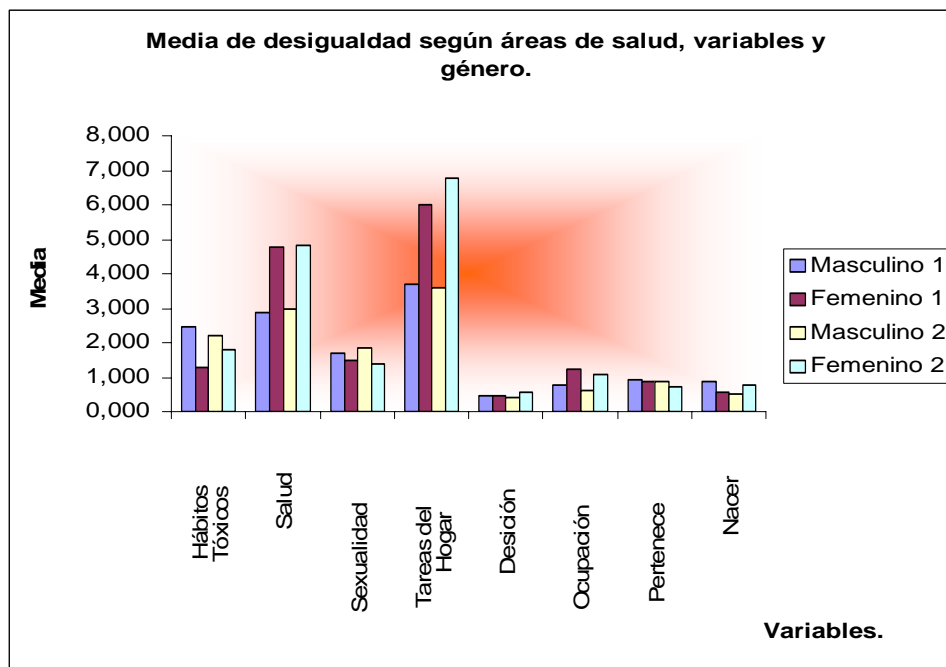
Consideramos que estas diferencias entre las áreas está dada por su composición ya que el Policlínico 2 contiene todas las áreas rurales del Municipio.

Tabla 1: IPI en grupo de 50 a 64 años según policlínico y variables. Caibarién. 2006.

Variable	Policlínico	Media masculina	Media femenina	X_i	IPI
Hábitos tóxicos	Poli 1	2.472	1.303	1.169	1
	Poli 2	2.207	1.792	0.416	0
Salud	Poli 1	2.861	4.750	1.889	1
	Poli 2	3.000	4.83	1.833	0
Sexualidad	Poli 1	1.694	1.500	0.194	0
	Poli 2	1.833	1.375	0.458	1
Tareas hogar	Poli 1	3.667	6.020	2.353	0
	Poli 2	3.583	6.792	3.209	1

Decisión	Poli 1	0.444	0.471	0.027	0
	Poli 2	0.417	0.542	0.125	1
Ocupación	Poli 1	0.772	1.250	0.526	1
	Poli 2	0.625	1.083	0.458	0
Pertenece	Poli 1	0.94	0.89	0.054	0
	Poli 2	0.875	0.708	0.167	1
Nacer	Poli 1	0.861	0.55	0.311	1
	Poli 2	0.50	0.792	0.292	0

GRÁFICO 1



En la tabla 2, Se muestran los resultados del Índice de Igualdad en el grupo de 50 a 64 años donde de manera general este se comportó de manera similar en ambas áreas de salud a pesar de que se diferenció en cuanto a las avariables contenidas en el indicador.

Tabla 2: Índice de igualdad para grupo de 50 a 64 años según policlínicos.

Policlínico	PIR	II
POLI 1	0.500	0.500
POLI 2	0.500	0.500

CONCLUSIONES:

- ❑ En el área rural del Municipio las mujeres están más sobrecargadas de tareas domésticas, y son más propensas que los hombres a las enfermedades crónicas no transmisibles.
- ❑ La autoestima, las decisiones, la participación en las organizaciones políticas y de masas, marcan diferencias entre los géneros favoreciendo a los hombres.
- ❑ Los hombres practican con más frecuencias que las mujeres los hábitos tóxicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Breith J. Mujer, trabajo y salud. Quito: CEAS, 1994;vol 1:17,304-7.
2. Lagarde M. Género e identidades . Metodología de trabajo con mujeres. 2 ed. La Habana: UNICEF, 1994: 1-2.
3. Lagarde M. Género y desarrollo desde la teoría feminista. La Habana: Centro de Información y Desarrollo de la Mujer. 1988:6-11.
4. Carpeta metodológica del taller de capacitación en género, salud y desarrollo. Washington, DC: OPS, 1995:1-10, 17-9.
5. Ríos R. Gender, health and development: an approach in the making. Washington, DC: OPS. 1993. Publicación Científica No. 541.
6. Gómez Gómez E. Mujer y salud en las Américas. Washington, DC: OPS, 1994: 9-19.
7. Mujeres latinoamericanas en cifras. Santiago de Chile: Editorial FLACSO, 1992:6-9, 51-84.
8. Investigación de Desarrollo Humano en Cuba 1996. La Habana: Editora Caguayo, 1997:105-10.
9. Bleichmar E. Antología de la sexualidad humana. México, DF: CONAPO, 1994:273-4.
10. Conceptualización de género para la planificación en salud. Programa de mujer, salud y desarrollo. Washington, DC: OPS/OMS, 1995:7-12.
11. Alvaro Page M. Los usos del tiempo como indicadores de la discriminación entre los géneros. Madrid: Instituto de la Mujer, 1996:48-50.
12. Moore HL. Antropología feminista. Nuevas aportaciones. Espejos y travesías. Antropología y mujer en los 90. Isis Internacional. Santiago de Chile: Ediciones de la mujer No. 16, 1995: 11-23.
13. Díaz E. Socialismo cubano: los ajustes y las paradojas. Conferencia en el I Encuentro Internacional de Juventud: 1995; La Habana. Santiago de Chile: Editorial FLACSO. 1995.
14. Espinosa Martínez E. La economía cubana 1989-1995; crisis, reformas, apertura y relanzamiento. Ponencia presentada en el Taller Internacional

América Latina de Hoy: abril 1995; La Habana. Santiago de Chile: Editorial FLACSO. 1995: 1-3.

15. Viedma C. Un atlas de salud y nutrición. Motivos de reflexión. Educación de la Mujer. Salud Mundiales. 1988, mayo:18-21.
16. Verdeses M. ¿Mujer y género. La mujer cubana?. Ponencia en la mesa redonda Género y Sexualidad. Congreso de la FLACSO: 1994; La Habana. Santiago de Chile: Editorial FLACSO. 1994.
17. Valle T del. La violencia de las mujeres en la ciudad. Lectura desde la marginalidad. Madrid. Editorial Pablo Iglesias. 1989.
18. Las cubanas de Beijing al 2000. Acceso a la dirección en niveles decisorios. Seminario de Evaluación y Difusión 3 al 5 de Junio de 1996 en La Habana. La Habana: Editora de la Mujer y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 1996:3-5.
19. Anuario estadístico 1996. La Habana: Ministerio de Salud Pública y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1997:104-5.
20. Machado ME. Women and the health sector's labor market in the America. ¿Female hegemony?. Washington: OPS/OMS, 1993. Publicación Científica No. 541.
21. Onís M de, Villar J. La mujer y la salud en España. Informe básico. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1992; vol 1:29:105-245.
22. Daskal AM. Permiso para quererme. Reflexiones sobre la autoestima femenina. México, DF: Editorial Paidós, 1994:58-67.
23. Coria C. El sexo oculto del dinero. Formas de independencia femenina. México, DF: Editorial Paidós, 1992:14,80.
24. Las cubanas de Beijing al 2000. Legislación. Seminario Nacional de Evaluación y Difusión 3 al 5 de junio de 1996 en La Habana. La Habana: Editora de la Mujer y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 1996:1-3