

Enfoque de género en salud. Su importancia y aplicación en la APS

*María Clarivel Presno Labrador*¹ e *Ileana E. Castañeda Abascal*²

Resumen

El enfoque de género en salud permite visualizar las inequidades entre mujeres y hombres, y por tanto realizar intervenciones en correspondencia con las necesidades de cada sexo. Se realizó un análisis documental que permitió explicar la fundamentación teórica y la socialización de género, así como también cómo se manifiesta de acuerdo con las distintas etapas de la vida y las condiciones en que viven los hombres. Se expuso además la utilidad del uso de indicadores que permiten identificar las diferencias entre los sexos, y otros procedimientos usados para este fin.

DeCS: IDENTIDAD SEXUAL; CARACTERISTICAS SEXUALES; EQUIDAD; EQUIDAD EN EL ESTADO DE SALUD; MUJERES.

A través de los tiempos, junto a cambios y transformaciones económicas, políticas y culturales, fue también cambiando el modo de relacionarse de hombres y mujeres, el lugar que cada uno de ellos ocupó, y las diversas formas de subordinación de la mujer. Reflexionar sobre este asunto permite conocer cómo las diferencias biológicas fueron convirtiéndose y justificándose hasta llegar a ser desigualdades sociales.¹

Hoy en día son muchos los que se preguntan por qué si las mujeres tienen iguales condiciones para enfrentar el desarrollo tecnológico y el trabajo científico, no hay actividad que no pueda cumplirse con igual eficiencia por hombres y mujeres. Persiste el machismo, y se pretende postergar en muchos lugares del mundo a la mujer, con una discriminación que no tiene ninguna base de sustentación.

Cuando se produce un nacimiento, el sexo es el primer dato que identifica al bebé, y a partir de esto, la familia se relaciona enviándole mensajes que reflejan las pautas de la cultura en torno a lo que es y debe ser un varón y una hembra. Hay un despliegue de expectativas, prescripciones y prohibiciones que van señalando cuáles son los comportamientos esperados de ese bebé, ya sea hembra o varón.² Este conjunto de expectativas, aprobaciones y prescripciones, constituyen el estereotipo de género, el cual varía históricamente y se expresa de diferentes maneras.³

Las diferencias sexuales ubican a las personas en un lugar distinto frente a los hijos, la pareja y el proyecto de vida, y esta diferencia muchas veces se traslada al plano social para justificar situaciones de desigualdad, derechos y obligaciones de hombres y mujeres. Está demostrado que las diferencias de origen fisiológico devienen de la existencia de condiciones, enfermedades o riesgos que son exclusivos de cada sexo.⁴

En términos de equidad, el sector salud de muchos países del mundo se enfrenta a la exigencia de responder no solo a las necesidades y riesgos particulares ligados a la función reproductiva que recae exclusiva o predominantemente sobre el sexo femenino, sino también a la desventaja social que como grupo exhiben las mujeres frente a los hombres, en relación con los niveles de acceso y control sobre los recursos y procesos para proteger su propia salud y la de los demás. Mínima ha sido, por tanto, la atención dirigida a aspectos de salud de las mujeres no vinculados directamente a su función reproductiva, como mínima ha sido la consideración dada a las circunstancias del ambiente social y económico que afectan su habilidad para proteger y promover la salud propia y la de sus familias.

La reciente introducción de consideraciones de género en el análisis de la situación de salud, ha venido a visualizar las distintas maneras en que las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino moldean diferencialmente los perfiles de salud y de participación sanitaria de mujeres y hombres. Estas desigualdades se manifiestan no solo en términos de la exposición diferencial a los riesgos, sino de manera fundamental, en la cuota de poder de que disponen mujeres y hombres para enfrentar dichos riesgos, proteger su salud e influir en la dirección del proceso de desarrollo sanitario. Dicha cuota, de manera generalizada, ha privilegiado a los hombres y ha situado a las mujeres en una posición de desventaja y subordinación.⁵

No son pocos los países del tercer mundo donde las mujeres tienen condiciones de vida más bajas que los hombres, carecen de derechos políticos y civiles, tienen problemas con el acceso a la educación, la salud y el trabajo, están sometidas a la violencia y la prostitución como formas de discriminación, y ocupan además espacios sociales asignados. Esta, afortunadamente no es la situación de la mujer cubana.

A pesar de lo logrado, al igual que en el resto de los países de la región, ha prevalecido el enfoque biologicista y medicalista, debido a que no incorporan en toda su dimensión los factores sociales como determinantes del proceso salud-enfermedad.⁴

Cuando se analiza esta situación con un enfoque de género, se sostiene la iniquidad entre hombres y mujeres, y se coloca a uno y otro sexo en desventaja frente al acceso y control de los recursos necesarios para proteger la salud. Sin embargo, son muchos los esfuerzos que hoy en día se dirigen a corregir este desequilibrio entre la posición de las mujeres y los hombres frente a los recursos, tratando de buscar un estado de desarrollo ideal en el cual las relaciones de género sean equitativas.

El sector salud, como otros, no puede estar ajeno a esta realidad, la cual debe tenerse en cuenta en el diseño de sus políticas. Por esta razón hemos decidido tratar el tema, teniendo en cuenta que existen hoy más que nunca las condiciones para introducir en los planes y programas de salud la perspectiva de género.

Como objetivo general pretendemos explicar los elementos teóricos fundamentales del enfoque de género y su aplicación en el análisis de la salud, así como algunos procedimientos para su medición; y más específicamente, queremos explicar los elementos teóricos fundamentales del enfoque de género y su aplicación en el análisis de la salud, y describir algunos procedimientos para la medición de las diferencias de género.

Se realizó un estudio descriptivo con la utilización del análisis documental, y se definió la fundamentación teórica de género y su anclaje en el análisis de la salud de la población, las causas específicas de enfermedad y muerte que afectan a hombres y mujeres, las diferencias de género en las diferentes etapas del ciclo vital, las condiciones de vida y su repercusión en las diferencias de género, y también los procedimientos básicos que pueden ser utilizados para identificar las diferencias de género en una población.

Desarrollo

La definición de sexo que se refiere al conjunto de características que una cultura reconoce a partir de datos corporales genitales, señala que es una construcción natural, biológica e inmutable que diferencia a los hombres de las mujeres.^{5,6}

Por otra parte, el género identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y el quehacer femeninos y masculinos dentro de contextos específicos. Se podría entender como la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetiva que, a través de un proceso de construcción social, diferencia los sexos, y al mismo tiempo, los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos.^{5,6} El enfoque de género es el método que permite desarrollar conocimientos concretos sobre la situación de las mujeres con respecto a los hombres en el mundo. Su sentido filosófico es, precisamente, contribuir a visualizar las relaciones de poder y subordinación de las mujeres y conocer las causas que las provocan.^{5,6}

Las diferencias que exhiben los sexos en términos de oportunidades, acceso y uso de los recursos que les permiten garantizar su bienestar y desarrollo humano son definidas como brechas de género. Son construidas sobre las diferencias biológicas, y son el producto histórico de actividades y prácticas discriminatorias, tanto individuales como sociales e institucionales, que obstaculizan el disfrute y ejercicio equitativo de los derechos ciudadanos por parte de hombres y mujeres. La categoría analítica de género tiene las características siguientes:⁷

Relacional: No se refiere a mujeres y hombres de forma aislada, sino a las relaciones entre unos y otros, y a la manera en que estas relaciones se constituyen socialmente.

Jerárquica: Las diferencias que se establecen 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 producir, por ende, relaciones desiguales de poder.

Histórica: Se nutre de elementos mutantes en el tiempo y en el espacio, por tanto, son elementos susceptibles de cambio a través de intervenciones.

Contextualmente específica: Existen variaciones en el interior de las relaciones de género que subrayan la necesidad de incorporar la perspectiva de la diversidad en el análisis de género.

Los roles están relacionados con las formas de actuar de acuerdo con la apropiación de la identidad de género, ya sea masculina o femenina. Se reconocen 3 tipos de roles de género,^{5,8} clasificados en reproductivos, productivos y comunitarios:

Rol reproductivo: Este rol, en casi todas las culturas, es asumido por las mujeres, y está relacionado con la reproducción biológica y las actividades necesarias para garantizar el bienestar y sobrevivencia de los individuos que componen el hogar, la crianza, la educación, la alimentación, la atención y el cuidado de sus miembros, y la organización y mantenimiento del hogar. En este caso la participación del hombre se limita a ayudar.

Esta división social del trabajo por género tiene sus consecuencias con respecto al tiempo que cada uno de los sexos dedica al trabajo, pues se ha comprobado que las mujeres dedican más horas que los hombres al rol reproductivo, quizás por ser considerado como una función natural de la mujer.

Rol productivo: En este tipo de rol entran todas las actividades que producen ingresos personales y para el hogar. Los ingresos pueden ser en dinero o en especie. Tradicionalmente se ha considerado el rol principal del hombre, aunque en la realidad de nuestro continente no siempre es así, pues la mujer juega un papel cada día más importante en lo que concierne al mantenimiento económico del hogar. Las mismas actividades pueden ser productivas o reproductivas dependiendo si se las remunera o no, ya sea en dinero o en especie.

Rol de gestión comunitaria: Son las actividades que se realizan para aportar al desarrollo o a la organización política de la comunidad. Se incluye toda la forma de participación voluntaria en la promoción y manejo de actividades comunales.

En este tipo de rol se refleja la división del trabajo entre hombres y mujeres. Las mujeres realizan actividades asegurando el mantenimiento y la provisión de recursos de consumo colectivo como agua, cuidados de salud, educación, etc., y se le considera trabajo voluntario realizado en su tiempo libre. Por su parte, los hombres realizan con más frecuencia que las mujeres, actividades relacionadas con el nivel político formal, ejerciendo papeles siempre de liderazgo.

Finalmente, es importante destacar que no son pocas las mujeres en las que en una misma jornada, a veces simultáneamente, cumplen 2 y hasta 3 tipos de roles. Todavía la doble jornada con su secuela de injusticia predomina en una buena cantidad de las familias cubanas, la cual establece una diferencia de posibilidades en la pareja, desfavorable para las mujeres.

Las condiciones actuales de nuestro país, sometido a un bloqueo económico, comercial y financiero por más de 40 años actualmente recrudecido, hace que estos roles se sobredimensionen en la mujer cubana de hoy. En la clausura del VI congreso de la FMC el Comandante Fidel Castro expresó; "Sería muy injusto que no tuviéramos siempre presente, que en estas especiales circunstancias que estamos viviendo, en este período especial, el peso fundamental de los sacrificios, la parte más dura de los sacrificios la llevan las mujeres."⁹

No obstante, se presentan dificultades objetivas y también subsisten prejuicios y creencias que actúan como frenos al ascenso de las mujeres, observándose que en algunos sectores en

las instancias superiores se reducen los porcentajes de mujeres. A más alto nivel de dirección, es menor la presencia de dirigentes femeninas.

Aún persiste también en buena parte de nuestra población la concepción de que los hombres son más aptos para dirigir porque tienen más tiempo y menos dificultades personales, e incluso, más capacidad por naturaleza para dirigir, partiendo del obsoleto concepto de que la educación y el cuidado de los hijos es responsabilidad exclusiva de la mujer, al igual que las labores domésticas y el cuidado de los enfermos y ancianos de la familia.

En el campo de la salud las mujeres representan el 72,4 % de los trabajadores. Los logros alcanzados en esta esfera son incuestionables, como lo es también el desarrollo del subsistema del Médico y Enfermera de Familia, surgido en nuestro país en 1984 en la APS y donde las mujeres representan el 65,3 % del total de los médicos y el 10,6 % ocupan cargos de dirección.¹⁰

La APS en Cuba, a partir del fortalecimiento que plantea la nueva estrategia sanitaria cubana, tiene el reto de perfeccionar su sistema gerencial, de modo tal que permita el logro de los objetivos que se propone el sistema para elevar la salud de la población cubana.

Los problemas de la salud susceptibles a ser investigados con perspectiva de género, para la aplicación de acciones destinadas a alcanzar la equidad, deben considerar 3 aspectos que se interrelacionan: las causas específicas de enfermedad y muerte, las etapas de la vida y las condiciones de vida.

A lo largo de toda la vida aparece diferenciado el perfil de salud para ambos sexos. El femenino, por ejemplo, se encuentra afectado por las causas relacionadas con la vida reproductiva, la anemia y la malnutrición sobre todo en la menarquia, la menopausia y en los embarazos. Otras de las causas que afectan más a las mujeres son la diabetes, la artritis, las colesistopatías y la hipertensión arterial. En cuanto al consumo de medicamentos son más propensas al consumo de tranquilizantes; además en el sexo femenino se observan con más frecuencia los problemas relacionados con la violencia intradomiliaria y los trastornos afectivos.

Por otra parte, en el sexo masculino, los accidentes cobran una marcada importancia, así como las enfermedades provocadas por el riesgo físico dado por la actividad laboral que realizan y el cáncer de pulmón, este último por el hábito de fumar y las consecuencias del consumo de las drogas y el alcohol.^{5,11}

Hay causas que afectan más a los hombres que a las mujeres y viceversa al estar en correspondencia directa con el sexo de asignación; es decir, con el sexo biológico, como es el caso de padecer o morir por cáncer de próstata, en los hombres, o de cáncer de útero, en las mujeres. Existen por otra parte causas que dependen de la propia identidad de género asumida por cada individuo, lo que provoca la proyección de un estereotipo dado, y por tanto, una actitud determinada ante la vida que se corresponde en gran medida con las actividades que se realizan y con el proceso de socialización hacia la masculinidad y feminidad. Por ejemplo, en Cuba, las defunciones por accidente del tránsito son más

frecuentes en los hombres, mientras los accidentes ocurridos en el hogar alcanzan mayores cifras en las mujeres.

Se han descrito 4 etapas importantes en el tratamiento del género,¹² que están en correspondencia con los cambios biológicos, subjetivos y sociales que se producen a lo largo de la vida. En estas etapas los patrones de salud son diferentes para ambos sexos. La influencia del propio proceso de socialización de género impone la necesidad de que cada individuo se comporte y asuma tareas y responsabilidades que producen daños a la salud de forma diferenciada. A continuación se describe cada una de ellas.

Infancia y niñez: Comprende las edades de menos de 1 año, de 1 a 4, y de 5 a 9.

A lo largo de toda la vida se mantiene una sobremortalidad masculina. En los menores de 1 año se atribuye a las ventajas genéticas con que nacen las niñas, fenómeno este que se aprecia desde la etapa fetal cuando se producen más abortos espontáneos de fetos varones que de hembras.

En algunos países del mundo, el sexo femenino, sobre todo entre 1 y 9 años, es el más afectado por la desnutrición. Se ha descrito por muchos autores que se prioriza la alimentación a los niños, y luego a los hombres, argumentando que son los que trabajan.

El maltrato a las niñas es un fenómeno también muy conocido, incluso antes del nacimiento. Hay países del mundo que recurren al aborto inducido para eliminar fetos femeninos por considerarlos no valiosos. Las niñas son sometidas con frecuencia a maltratos sexuales, físicos y psicológicos, sobre todo en el ámbito doméstico.

Adolescencia: Se considera de 10 a 19 años.

En esta etapa se inicia la actividad sexual, lo que hace que aparezcan para ambos sexos las enfermedades de transmisión sexual. En las hembras, los abortos y los embarazos precoces son causas frecuentes de morbilidad y mortalidad. Igualmente, en muchos países, el mantenimiento de la estética femenina se torna muy importante para las adolescentes, es incluso un compromiso femenino con la sociedad. Las adolescentes se someten entonces a procedimientos peligrosos para su salud, como son la bulimia y la anorexia que pueden provocar la desnutrición.

En otras latitudes la priorización del llamado sexo fuerte hace que los alimentos sean suministrados preferentemente a los varones, lo que conlleva a que la desnutrición de las hembras sea un fenómeno común.

Los varones son más propensos a los accidentes, y las causas violentas y el consumo de drogas y alcohol surge como un problema de salud para ese grupo de edad.

Juventud y edad adulta: De 15 a 49 años.

Las mujeres sufren de las causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, infecciones del tracto reproductivo, tumores malignos de los órganos reproductores y mamas. Están más afectadas por trastornos depresivos que los hombres como consecuencia del tránsito por la etapa de la vida en la que se crea la familia y nacen los hijos, y al mismo tiempo se asumen las tareas laborales, sin abandonar las responsabilidades con el hogar, la familia y la sociedad.

Los procesos de salud-enfermedad en los hombres se relacionan frecuentemente con los accidentes del tránsito y ocupacionales.

Por otra parte, el control de la natalidad recae mayormente sobre la mujer con el uso de anticonceptivos como dispositivos intrauterinos, píldoras, diafragmas y esterilizaciones quirúrgicas fundamentalmente, mientras, los hombres utilizan el condón, y rara vez se someten a esterilizaciones quirúrgicas.

Edad mediana y vejez: De 50 a 64 años, y de 65 y más.

Las mujeres pueden alcanzar una esperanza de vida más elevada que los hombres, sin embargo, la larga longevidad femenina está acompañada en muchas ocasiones por mala calidad de vida y pérdida de la salud, que comienza a manifestarse desde edades más jóvenes. La diabetes, las enfermedades cerebrovasculares, la osteoporosis, la incontinencia urinaria, la artritis reumatoidea y los trastornos depresivos afectan frecuentemente a las mujeres de estos grupos de edad.

Los diferenciales de la esperanza de vida son distintos para cada zona geográfica. Su tendencia al ascenso se debe al mejoramiento de las condiciones higiénicas, o los cambios socioeconómicos favorables que provocan la disminución de los riesgos de morir por muchas causas, sobre todo de la mujer. La utilización de métodos apropiados y más saludables para el control de la natalidad, así como la existencia de servicios de salud adecuados para la atención de la maternidad son ejemplos elocuentes de ello.

Es importante destacar que las relaciones de género se manifiestan de manera particular de acuerdo con el lugar de residencia de la población que delimita un patrón de condiciones de vida dado.¹² Se entiende por condiciones de vida a la expresión concreta de la forma en que cada grupo poblacional participa en el proceso de reproducción de la sociedad en un lugar y momento determinado. La operacionalización de este concepto toma en cuenta 4 dimensiones del proceso de reproducción social: procesos biológicos, procesos ecológicos, procesos de conciencia y conducta, y procesos económicos.

Las condiciones de vida ofrecen el perfil de oportunidades que tienen mujeres y hombres de un grupo social para satisfacer sus necesidades y aspiraciones en término de acceso a los bienes y servicios de que se dispone, tales como la alimentación, la vivienda, la educación. La salud puede ser considerado un componente de las condiciones de vida o un resultado de ellas.

Los grupos humanos se integran en espacios-población homogéneos dentro de sí y heterogéneos entre ellos, que condicionan relaciones de género de acuerdo con el

conglomerado a que pertenezcan. En territorios con condiciones de vida favorables, las diferencias de género son inferiores y viceversa. Los factores que provocan dichas diferencias de género dependen también del grado de desarrollo socioeconómico que se alcance.

El análisis de la situación de salud debe ser realizado con un enfoque de género que ponga de manifiesto la situación diferenciada de hombres y mujeres, para poder actuar en correspondencia en cada sexo y tratar de disminuir al máximo las inequidades. Uno de los procedimientos más utilizados para estos fines es el uso de indicadores, y se entiende como tal a cualquier cifra absoluta o relativa que describe total o parcialmente el estado o situación de un objeto de estudio, así como sus cambios o modificaciones de forma individual o en relación con otra información. Se puede interpretar como valor capaz de indicar las características de un problema de estudio o una parte de este.¹³

En la identificación del problema de salud, los indicadores muestran de forma numérica los aspectos donde los diferenciales entre el sexo masculino y el femenino son mayores, y por tanto, hay más necesidad de actuar. Si bien es verdad, que sexo y género no significan lo mismo, ya que el sexo hace referencia a las características biológicamente invariables desde el punto de vista anatómico y fisiológico del hombre y de la mujer, mientras el género se refiere a la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades, que a través de un proceso de construcción social diferencia a los hombres de las mujeres, una aproximación al género se logra, sin dudas, a través de la determinación de las diferencias existentes entre hombres y mujeres para posteriormente identificar las causas que las provocan, lo cual es muy importante en salud porque permite planificar y ejecutar programas e intervenciones de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres.

De la misma forma, en la ejecución y el control de las acciones de salud, el decisor de salud puede conocer a través de los indicadores cómo se alcanzan avances en la solución de los problemas, y si se disminuyeron las brechas existentes entre mujeres y hombres. Estas son las herramientas que pueden detectar las diferencias entre los sexos en las variables relacionadas con salud, como la mortalidad, la morbilidad, el consumo de medicamentos, el descanso y la recreación, e incluso, aquellas que influyen en la pérdida de la salud, es decir, las relacionadas con los roles y el acceso y control a los recursos. Los indicadores tienen que poseer características deseables, o sea, deben poseer atributos de calidad para que sean confiables y puedan ser utilizados con la seguridad de que midan eficazmente los objetos de estudio.

La calidad de los indicadores se garantiza cuando estos se expresan de la forma más exacta posible, reflejan la realidad de lo que se mide de una forma clara, son sensibles a que los cambios estén disponibles y sean confiables los datos para su cálculo; además que el cálculo y la interpretación sean sencillos, que perduren en el tiempo, aunque haya cambios en los sistemas de información que los nutren, y que exista correspondencia entre los datos del numerador y el denominador.

Cualquiera de los indicadores conocidos puede ser utilizado para medir diferencias de género. La única condición que tiene de existir es que se cuente con información para

hombres y mujeres. Un ejemplo de utilización de la información proveniente de los sistemas estadísticos de información puede ser la que aparece en el Anuario Estadístico del MINSAP, del año 200010 sobre mortalidad por accidentes que se resume en la tabla que se presenta.

TABLA. *Ejemplos de la información de los sistemas estadísticos*

Indicadores	Sexos	
	Masculino	Femenino
Fallecidos por accidentes	3 029	1 949
Total de fallecidos por todas las causas	42 049	34 399
Por ciento de fallecidos por accidentes	7,2	5,7
Tasa de mortalidad por accidentes	54,1	34,9

La razón de tasas por sexo arrojó que el riesgo de morir por accidentes fue 1,6 veces mayor en los hombres que en las mujeres. Los indicadores evidenciaron claramente que existen iniquidades entre sexos que pueden explicarse por procesos de socialización que someten a los hombres a acciones o situaciones prevenibles más peligrosas, que con acciones de promoción y prevención pudieran ser evitadas.

Igualmente los indicadores relativos a información cuantitativa como son las medidas de tendencia central, la media y la mediana, también son útiles en los estudios de género. Por ejemplo, es posible que exista el criterio de que en un territorio la sobrecarga laboral a la que se encuentran sometidas las mujeres puede provocarles estrés, que a su vez se puede traducir en un síntoma somático como la hipertensión arterial. Es necesario comprobar entonces que efectivamente la sobrecarga laboral difiere entre hombres y mujeres, y para ello se construye un instrumento compuesto por preguntas que se miden a través de puntos, los cuales se suman y dan un puntaje dado a cada persona estudiada. Se puede, así promediar los puntos obtenidos por las mujeres y los obtenidos por los hombres, y si la media femenina es mayor que la masculina, hay evidencias que fundamentan la necesidad de realizar acciones de promoción de salud tendientes a la disminución de la sobrecarga laboral de la mujer.

La OPS ha propuesto para la región la utilización de un grupo de indicadores que deben ser considerados en las estadísticas de todos los países, que son lo que pueden manifestar con más claridad las diferencias de género.¹⁴ Los indicadores han sido sometidos a varios procesos de validación. La última versión propone 2 tipos de indicadores, los básicos y los de monitoreo.

Los indicadores se han clasificado en los que miden la situación de salud que están relacionados con la morbilidad, la mortalidad y la salud reproductiva; los de atención de la salud que contemplan la cobertura, la calidad y la utilización de los servicios de salud; los

de financiamiento de la atención y los de gestión de la salud que expresan la participación, el reconocimiento y la distribución de beneficios del sector salud. Los sistemas de información estadísticos de Cuba brindan un volumen importante de información desagregada por sexos que abarca casi todo el abanico que propone la OPS. La estructura estadística de salud del país permite la obtención de la información en todos los niveles del sistema, desde el consultorio del Médico de Familia hasta el nivel nacional.

El estudio de la mortalidad con perspectiva de género permite identificar las brechas de las causas de muerte más graves. En ocasiones, no basta con tener el por ciento de defunciones o las tasas, se hace necesario buscar cuántas veces varía la mortalidad entre 2 poblaciones en un momento dado, o en la misma población en 2 períodos diferentes. Esto se puede lograr con la utilización de un indicador denominado razón estandarizada de mortalidad¹⁵ (REM), que expresa la mortalidad evitable o excesiva, en tanto que usualmente la comparación se realiza con una población paradigmática. Por ejemplo, se necesita conocer en cuánto difiere la mortalidad por accidentes en los hombres de la provincia Pinar del Río respecto a los de Ciudad de La Habana en el año 2000. Si este indicador hubiera dado 2,1 quiere decir que si Pinar del Río hubiera tenido la estructura de mortalidad de Ciudad de La Habana en el 2000, la mortalidad por accidentes hubiera aumentado en aproximadamente 2 veces. Se debe calcular también para el sexo femenino, y así ver si la variación entre los 2 territorios es similar al del sexo masculino.

Si se necesita conocer en cuánto difiere la mortalidad por accidentes en los hombres de la provincia Ciudad de La Habana en el año 2000 respecto a los hombres de esa provincia en el año 1980, también se puede utilizar la REM. Si este indicador hubiera dado 0,52 quiere decir que si Ciudad de La Habana en el 2000 hubiera tenido la estructura de mortalidad de la provincia en 1980, la mortalidad por accidentes hubiera disminuido en aproximadamente la mitad. Se debe calcular también para el sexo femenino y así ver si la variación entre los 2 territorios es similar a la del sexo masculino.

Es importante destacar que en los estudios de género lo más importante no es solo el cálculo y la interpretación del indicador por sexo, sino la búsqueda de las razones que provocan las iniquidades.

Es usual que los estudios con perspectiva de género complementen el uso de indicadores con procedimientos empíricos de recolección de información de corte cualitativo como las entrevistas a profundidad, los grupos focales y los grupos nominales que permiten explorar los factores que conducen a la existencia de las brechas de género.

Consideraciones finales

- El tratamiento del género en un aspecto específico de la gestión en salud que permite identificar los factores que provocan diferencias entre mujeres y hombres y los daños relacionados con su sexo. En tal sentido, posibilita el trazado de acciones de salud en función de las necesidades de cada uno.
- Las diferencias de género se manifiestan de forma diferente en función de la edad y las condiciones de vida de las personas.

- Existen procedimientos para la medición de las diferencias de género como el uso de indicadores o de técnicas cualitativas, entre otros, que permiten identificar las diferencias de género en una población.

Summary

The gender approach in health care allows visualizing the inequalities that exist between men and women and thus making interventions in line with the needs of each sex. A documentary analysis was made, which explained the theoretical reasons and the gender socialization as well as how this is reflected throughout the various phases of life and according to the conditions in which the man lives. Also, the usefulness of the use of indicators making it possible to identify differences between sexes and other procedures to attain this objective were presented.

Subject headings: GENDER IDENTITY; SEX CHARACTERISTICS; EQUITY; EQUITY IN HEALTH CONDITION; WOMEN.

Referencias bibliográficas

1. Mujer, género y salud Taller Lúdico-Creativos: Mujer e historia. 1991;(2):2.
2. Mujer, género y salud Taller Lúdico-Creativos: Mujer estereotipos. 1991;(3).
3. La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: Viejos problemas y nuevos enfoques. Programa mujer, salud y desarrollo. Washington, DC: 1994.
4. Rodríguez Calderón M. Queda mucho por andar. Agencia de Naciones Unidas en Cuba; 1995.
5. Gender and Health a Technical Paper. Women's Health: WHO (citado mayo-junio 2001): (50 pantallas). Disponible en: URL <http://www.who.int/frhhd/GandH/Ghreport/genderlech.htm//Acknowledgements> 8 de octubre 2001.
6. Gender Mainstreaming in EU Public Health. Relatoría del Gender Equity Conference. Sept 2000. disponible en: <http://www.eurohealth.ie/gender>
7. Castañeda I. Algunas reflexiones sobre género. Rev Cub Salud Pública 1999;1(2).
8. OMS, OPS. Mujer, salud y desarrollo. Taller de capacitación. Ciudad Habana, 1995.
9. Castro Ruz F. Discurso de clausura del VI Congreso de la FMC. Granma 1995.
10. Cuba. MINSAP. Anuario Estadístico 2000. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
11. Draverman T. Health inequalities and social inequalities in health. Bull World Organ 2000; 78 (2).
12. Murray CJL. Health inequalities and social group differences: what should we measure. Bull World Health Organ 1999; 537-41.
13. Silva LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
14. Carpeta del Taller de Validación de Indicadores de Género. Washington: OPS;2002.
15. Castañeda I. Indicadores para medir la mortalidad. Monografía Docente. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública;2002.

Recibido: 18 de junio de 2003. Aprobado: 18 de junio de 2003.

Dra. *Claribel Presno Labrador*. Calle Línea esquina I, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.

1 Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Pública. Profesora de la Escuela Nacional de Salud Pública.

2 Especialista de II Grado en bioestadística. Máster en Salud Pública. Profesora de la Escuela Nacional de Salud Pública.

[Índice Anterior](#) [Siguiente](#)