

REVISIÓN

Escuela Nacional de Salud Pública

Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género

[Ileana Elena Castañeda Abascal1](#)

Resumen

El género surge a través de un proceso de construcción social que define lo masculino y lo femenino a partir de los sexos biológicos, hasta establecer las posiciones de poder entre los mismos. Agendas políticas nacionales y organismos internacionales han tratado la situación de desventaja de las mujeres, en relación con las desigualdades a las que han sido sometidas a lo largo de la historia, respecto a los hombres. En la Tercera Conferencia de la Mujer celebrada en Nairobi en 1985 se reconoció la discriminación de este sexo en la vida económica, política y social, lo que se considera como un hecho natural. La Cuarta Conferencia de la Mujer celebrada en Beijing en 1995 discutió acerca de la equidad de género y el empoderamiento de la mujer, aceptados como piedra angular para la planificación de políticas de salud y programas de población. En este artículo se realiza una reflexión sobre el enfoque de género en el campo de la salud pública que se sustenta en el sistema teórico sexo-género.

Palabras clave: Salud pública, género, desigualdades, salud.

Introducción

El género se manifiesta a partir de la construcción social que define lo masculino y lo femenino, sobre las características biológicas establecidas por el sexo. Posee aspectos subjetivos como los rasgos de la personalidad, las actitudes, los valores y aspectos objetivos o fenomenológicos como las conductas y las actividades que diferencian a hombres y mujeres.¹⁻¹¹

Como categoría de análisis, el género, explica los factores que conducen a las desigualdades entre mujeres y hombres; pone de manifiesto el carácter jerarquizado de las relaciones entre los sexos, construidos en cada cultura, y por tanto facilita el cambio de esa realidad. El conocimiento profundo de los factores que condicionan las desigualdades de género relacionados con la salud, permite la realización de acciones tendientes a su eliminación o disminución.¹²

El sistema teórico sexo-género surge a partir de corrientes del pensamiento como el psicológico, que explica las diferencias entre mujeres y hombres desde el análisis de los comportamientos sexuales. La definición de género que ofrece este sistema es tal como aparece en el primer párrafo de esta introducción.

El sexo hace referencias a las características biológicamente determinadas ya sean anatómicas como fisiológicas, tales como, el sexo cromosómico, el gonadal, el genital, el endocrino, el hipotalámico-hipofisiario que establecen las diferencias de las especies sexuadas, hembra y macho.1-11

Sandra Bem, en 1989, definió que el sexo expresa diferencias biológicas y el género sirve para representar la elaboración cultural de esa diferencia como la apariencia personal, el uso del pelo y la ropa y afirmaba que el sexo se conserva, el género no.13

Marta Lamas en su artículo “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría Género”, cita la definición de género dada por *Scott* que complementa la aceptada en esta revisión y expresa que se utiliza para identificar los símbolos y mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples; conceptos normativos entendidos como doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas del significado entre lo femenino y lo masculino; instituciones y organizaciones sociales como el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo diferenciado por sexos e instituciones educativas; identidad individual y grupal de género que definen y relacionan los ámbitos del ser y el quehacer femeninos y masculinos dentro de contextos específicos.1,11,14,15

La autora entiende que el énfasis en lo social dentro del género no implica la exclusión del elemento biológico, por el contrario, el foco del análisis dentro de esta perspectiva se dirige al examen de ambos factores que conducen a situaciones de ventaja o desventaja para uno u otro sexo.

Por otra parte, el pensamiento antropológico puso de manifiesto que las relaciones de género establecidas y aprobadas por cada sociedad dependen de su cultura y organización.

Agendas políticas nacionales y organismos internacionales han tratado, desde hace más de dos décadas, la situación de desventaja de las mujeres, en cuanto a las desigualdades y las injusticias a las que han sido sometidas a lo largo de la historia, respecto a los hombres.

Un momento culminante fue la Tercera Conferencia de la Mujer celebrada en Nairobi en 1985, donde se reconoció a escala mundial la discriminación de este sexo en la vida económica, política y social, lo cual se consideraba como un hecho natural y no como un problema social evitable. En esta conferencia, se trazaron importantes estrategias para el desarrollo de la mujer, que fueron adoptadas por algunos países. En ellos, como resultado de esto, se obtuvo una mejoría en la situación económica y política de las mujeres. No obstante, dichas estrategias consideraron al sexo femenino como el centro del problema, es decir, como víctimas pasivas que demandan bienestar y tratamientos especiales.1,16

En la Cuarta Conferencia de la Mujer celebrada en Beijing en 1995, se enfatizó en el enfoque de género como reflejo de las discusiones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) llevada a cabo, en el Cairo, Egipto, el año anterior. En esta conferencia, la equidad de género y el empoderamiento de la mujer fueron aceptados como piedra angular para la planificación de políticas de salud y programas de población. Se asumió el enfoque de género, que considera que las relaciones entre

hombres y mujeres forman parte de la estructura que conforma las desigualdades sociales.¹⁷ (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Programa de acción. El Cairo, 13 de Septiembre, 1994), (IV Conferencia Mundial sobre la mujer. Plataforma de acción. Beijing, 14 de Septiembre, 1995).

Los beneficios de la política del Gobierno de la República de Cuba, basada en la igualdad para todos, han conllevado al incremento de la presencia de la mujer en esferas políticas, económicas y sociales del país. Del total de los graduados universitarios, el 56,5 % son mujeres y de los técnicos de nivel medio y superior, el 64,6 %. El 52,5 % de los dirigentes sindicales de base son féminas y la fuerza laboral activa en el sector estatal civil cuenta con el 42,5 % de mujeres.^{18,19}

En la esfera de la militancia política y en la gubernamental, la presencia femenina se mantiene en niveles más bajos. El acceso de la mujer a los cargos de decisión y poder es ventajosa si se compara con otros países de América Latina, pero no es lo esperado en el contexto cubano actual que cuenta con una masa femenina de elevado nivel técnico y profesional. *Mayda Álvarez* y *Patricia Ares* han expuesto en varios trabajos que la sobrecarga de roles de la mujer dentro del hogar como patrón actual de la cotidianidad, junto a las dificultades relacionadas con los recursos materiales y de los servicios de apoyo al hogar, son factores objetivos relacionados con las limitaciones en cuanto a la promoción a cargos de dirección, a lo que se suman los sentimientos de culpa que generan las actividades que ocupan parte del tiempo disponible para la atención a la familia.^{18,20}

Cuba ha sido, en los últimos 40 años, un escenario social de cambio donde la situación de la mujer respecto al hombre se ha transformado dentro de un patrón cultural que se mantiene patriarcal.²¹ Aunque las mujeres han asumido roles sociales que les han proporcionado niveles visibles de independencia y poder, existen aspectos de la vida relacionados con la cotidianidad en los que se manifiestan desigualdades entre los sexos.

La comunidad de residencia es el lugar donde se expresa, más nítidamente, la cotidianidad de las personas, se refiere al conjunto de relaciones e interacciones que les confiere la identidad social, cultural, histórica, moral y ética que se expresan en la práctica social intra y extra domiciliaria.³ Las comunidades poseen las condiciones de vida diferenciadas que imponen a las personas formas de actuar en correspondencia con ellas, las que se aprenden desde el nacimiento. La distribución de las tareas dentro del hogar, el acceso al poder y los recursos de hombres y mujeres en la vida doméstica, así como las posibilidades de superación, la realización de actividades laborales y comunitarias son el resultado de la organización familiar establecida, como reflejo de la organización de la comunidad a la que pertenecen. El estado de salud diferenciado entre las féminas y los varones es un producto de dicha organización social.

Otro abordaje del género, que pudiera resultar complementario, es cuando se estudian poblaciones que realizan una misma profesión u oficio. La concepción de que los hombres poseen más aptitud para desempeñar algunas profesiones y las mujeres otras, se sustenta sobre todo en los procesos de socialización a los que se someten las personas desde su nacimiento y que determinan las formas de pensar y actuar ante la vida. En muchas ocasiones, se asocia al sexo femenino con tareas que se pudieran considerar como extensión del rol reproductivo, como por ejemplo, el cuidado de la salud en

enfermería o el cuidado de los hijos en las tareas relacionadas con el sector educacional; estas actividades agrupan un importante número de mujeres.^{3,4,22} Otras profesiones como técnicos agrícolas, muchas ingenierías e incluso algunas especialidades médicas, como las quirúrgicas, que demandan de esfuerzo físico o enfrentamiento a situaciones agresivas y cruentas, son mayormente realizadas por hombres, aún en Cuba. Todo esto es un reflejo de la división sexual del trabajo que se aprecia no solamente en la vida privada del hogar, sino también en el espacio público, así como, por la manifestación de los estereotipos, de acuerdo a lo aceptado por la sociedad.

Se han realizado investigaciones en el país, en las que se aborda la influencia del género en la salud de la mujer y en su sexualidad; otros investigadores han enfatizado el estudio de las iniquidades de género en el ámbito doméstico, sin embargo, son escasos los estudios nacionales que exploran las diferencias entre mujeres y hombres que realizan una profesión común.²³⁻²⁵ (González S. Comportamiento sexual en la mujer de la mediana edad. Trabajo presentado en el VII Congreso Iberoamericano de Educación y Terapia Sexual. La Habana, 1994).

Otra arista relacionada con los patrones de género son las etapas del ciclo vital. La demarcación de dichas etapas se establece a partir de las características particulares que hay que enfrentar ante la vida, por la manifestación de las relaciones de género y su implicación en la salud en cada periodo.^{26,27}

En la adolescencia es cuando se produce el inicio de la actividad sexual, por lo que aparecen, para ambos sexos, las enfermedades transmitidas por esta vía. Frecuentemente, las adolescentes se enfrentan a los abortos y los embarazos precoces. El mantenimiento de la estética femenina es muy importante para ellas, muchas veces se logra a través de la bulimia y la anorexia provocadas, que pueden producir serias complicaciones como la desnutrición. En algunos países, la priorización dentro del hogar del llamado sexo fuerte, hace que sean suministrados preferentemente a los varones, la mayor cantidad de alimentos y los de mejor calidad, lo que conlleva a que la desnutrición en el sexo femenino sea un fenómeno común. Por otro lado, los adolescentes tienen más riesgo a sufrir lesiones por la práctica de juegos y deportes rudos y son más propensos a enfermar o morir por causas violentas y el consumo de drogas y alcohol.²⁸

En la juventud y en la edad adulta, las mujeres padecen de causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, así como infecciones del tracto reproductivo, tumores malignos de los órganos reproductores y mama, además, son más propensas que los varones a sufrir de trastornos depresivos. El control de la natalidad recae mayormente sobre la mujer con el uso de anticonceptivos como dispositivos intrauterinos, píldoras, diafragma y esterilizaciones quirúrgicas fundamentalmente, mientras los hombres utilizan el condón y rara vez se someten a esterilizaciones quirúrgicas. El sexo masculino está más expuesto a riesgos ocupacionales y del tránsito.^{29,30}

En la edad mediana y en la vejez, aparecen los problemas relacionados con la longevidad de la mujer que se acompaña de una calidad de vida peor que la de los hombres. Las mujeres padecen con más frecuencia de diabetes, enfermedad cerebrovascular, osteoporosis, incontinencia urinaria, artritis reumatoide y trastornos depresivos.

Esta revisión se propone exponer referentes teóricos relacionados con el enfoque de género con énfasis en su relación con la salud.

Enfoque de género

El enfoque de género sustenta que una de las dimensiones de la desigualdad social es la relación entre mujeres y hombres, junto a otras como la clase social, etnia, región de residencia. Todo lo cual está en dependencia de las circunstancias históricas, el lugar y el momento que se trate.³¹⁻³⁵ La utilización de este enfoque enriquece los marcos explicativos del proceso salud-enfermedad.

El enfoque de género nace de la idea de que la mujer había quedado fuera de los procesos de desarrollo, siendo necesario reconocer que lejos de esto, la mujer había sido parte invisible e indispensable de dicho proceso.²⁴

Carlos Marx expresó en la Sagrada Familia que el grado de emancipación femenina constituye la medida natural de la emancipación general, posteriormente *Fidel Castro* profundizó que no puede haber desarrollo social (...) *donde la mujer, el indio, el negro son discriminados* (...)³⁶⁻³⁸

En un primer momento, se entendió como género sólo a la problemática de la vida de las mujeres, lo cual se sostiene en muchas ocasiones en la actualidad. En un segundo momento se usó para interpretar también la problemática de los hombres. En un tercer momento se ha logrado consolidar el 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.^{14,39,40}

Junto a los cambios y transformaciones económicas, sociales, culturales y políticas, ocurre el cambio en el modo de relación de hombres y mujeres, así como el lugar que ocupa cada uno de ellos en la sociedad, que han determinado las diversas formas de subordinación de la mujer.

El enfoque de género en las investigaciones surge desde dos procesos, uno de carácter social y otro relacionado con el pensamiento. La Antropología tuvo un aporte significativo en el surgimiento del enfoque de género. *Norma Vasallo* cita un trabajo realizado en la década del 30 del siglo XX, por *Margaret Mead*, en Nueva Guinea donde encontró que las sociedades estudiadas tenían características particulares en su organización social que producían relaciones entre mujeres y hombres diferentes a las occidentales, lo que cuestionó el carácter natural de la situación de la mujer.⁴¹ Estos análisis se hicieron en un momento en que la teoría de género no era aún comprendida y la explicación de las diferencias entre los sexos era solamente desde lo biológico.

Los estudios antropológicos han permitido comprender las definiciones actuales de género a partir del orden simbólico en que cada cultura elabora la diferencia sexual hasta llegar a la feminidad y la masculinidad.¹⁴

El enfoque de género surge también con el aporte de la Psicología, en el proceso del pensamiento. Los psicólogos se preguntaban por qué existían personas que tenían comportamientos extraños desde el punto de vista sexual, que no se correspondían con

lo esperado y que no se ajustaban ni a la cultura ni a las normas sociales establecidas. Se propuso la teoría del género para explicar que lo más frecuente son los comportamientos sexuales semejantes, sistemáticos; cualquier otra desviación se debía a algo que había pasado en la formación del género. Así, llamaron género a la relación entre las características sexuales y psicológicas.^{40,42}

A principio de la década de los años 50 del siglo pasado, *John Money*, estudioso de los trastornos de identidad sexual, atribuyó al sexo su propiedad biológica y reservó para el término género la influencia cultural, fundamentalmente la educativa en la formación de la identidad sexual y para nombrar un conjunto de conductas referidas a la mujer y otras a los hombres. Luego, en la década de los años 60, otro psicoanalista, *Robert Stoller*, elaboró conceptualmente el término, siguiendo el pensamiento de *Money*, para explicar la imposibilidad de clasificar a algunos individuos como hembras o machos por su dimorfismo sexual y otros que morfológicamente estaban bien definidos sexualmente, pero, no se sentían bien con su cuerpo.^{15,41} Estos análisis dieron un importante paso hacia la comprensión de que los procesos de la sexualidad no son solamente biológicos, aunque en ese momento, era la idea que prevalecía.

El proceso social en el surgimiento del enfoque de género está vinculado con las luchas feministas que comenzaron desde el siglo XIX y tuvieron un auge notable en la década de los años 60 del siglo pasado cuyo propósito fundamental ha sido alcanzar mejores niveles de vida para la mujer e igualdad entre los dos sexos. El feminismo académico se consolida a partir de la década del año 70 del siglo XX como una corriente del pensamiento que trata de explicar los factores que conducen a la opresión sobre la mujer. Han existido enfoques diferentes como el feminismo liberal que argumenta que las causas de opresión de la mujer están en la injusta discriminación legal; el feminismo radical encuentra la explicación en la división sexual del trabajo y el patriarcado, como forma de poder del hombre condicionado por la naturaleza biológica masculina, el feminismo marxista o socialista atribuye a la propiedad privada, los orígenes de la subordinación femenina.^{41,43-45} En la región se están manifestando otras corrientes feministas como la poscolonial que estudia la situación desventajosa de las mujeres que viven sobre todo en Estados Unidos y que provienen de las antiguas Colonias Británicas.

La teoría social feminista, que emana del feminismo académico, cuestiona, de un modo fundamental, la teoría masculina en la forma de hacer ciencia, lo que se ha puesto de manifiesto en publicaciones recientes que afirman que hasta la década del 90 del pasado siglo, se solía excluir a las mujeres de la investigación médica, incluyendo los estudios de medicamentos. Se basaban en el supuesto, para esos fines, de que mujeres y hombres sólo eran diferentes en cuanto a sus órganos reproductivos y descuidaban las particularidades fisiológicas e inmunológicas que diferencian a los dos sexos.^{33,35,38,42,46-51}

Por otra parte, con frecuencia se tiende a equiparar de forma automática y errónea las cuestiones de género con las de sexo. Se tiende a pensar que sólo las mujeres pueden desarrollar una ciencia feminista y que los hombres, por ser tales, están necesariamente excluidos de esta empresa; por lo tanto, se asume “que lo que está en juego no es la fuerza del género sino la fuerza del sexo”.^{25,52-54}

Iniquidad y desigualdad de género

La identificación de diferencias de género conlleva a la búsqueda de las desigualdades o iniquidades que la originan, de ahí la importancia de incursionar en estas definiciones de trascendental importancia para el tratamiento de la salud. La iniquidad se refiere a las diferencias innecesarias, evitables e injustas que pueden ser disminuidas, evitadas o eliminadas. *Jorge Aldereguía* y otros entienden como equidad a la imparcialidad y justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre mujeres y hombres; constituye, por tanto, un imperativo de carácter ético y moral asociado a los principios de los derechos humanos y de la justicia social. Las mujeres y los hombres tienen diferentes necesidades que pueden ser rectificadas en aras de disminuir el desbalance entre sexos y lograr la equidad. Cuando los recursos son limitados, el aseguramiento de la equidad no depende de entregar algo para todos, sino para los más necesitados, es por ello, que la identificación de factores de riesgo ayuda al establecimiento de prioridades y por tanto, a garantizar la equidad.⁵⁵⁻⁶¹

La equidad de género toma en cuenta las diferencias entre los sexos y evita que se transformen en manifestaciones de exclusión social. Considera la igualdad en el acceso a las oportunidades, pero no, la de los resultados, pues lo que cada uno haga con sus oportunidades entra en la esfera de la capacidad individual.⁶²

Los afrontamientos teóricos expresados anteriormente permitieron arribar al posicionamiento teórico acerca de las desigualdades que producen las diferencias de género. De esta forma, se entiende que se dirigen hacia la existencia de dos tipos fundamentales, las desigualdades biológicas, difícilmente modificables y las desigualdades sociales o iniquidades de género que agrupan las desigualdades entre mujeres y hombres que pueden ser evitadas, son injustas e innecesarias. Las iniquidades de género se producen a su vez, a partir de dos fuentes: la desigualdad de derechos y la de oportunidades. La desigualdad de derechos está relacionada con la justicia, se puede solucionar cuando existe la voluntad de crear un sistema de leyes dirigido hacia la igualdad entre mujeres y hombres. Mientras, que la de oportunidades depende de los diferentes posicionamientos, condicionamientos y capacidades de cada ser humano en función de su forma de pensar y de vivir; su eliminación no se logra tan solo con la igualdad de derechos, al contrario, muchas veces se agrava. Se logra con el compromiso social de ayudar a cada quien, de acuerdo a sus características particulares.

Aspectos de la vida donde se manifiestan diferencias de género

Existen aspectos subjetivos, sociales y de comportamiento donde se manifiestan de forma irrefutable las diferencias de género originadas por iniquidades o desigualdades de género. A continuación se mencionan un grupo de los más representativos.

Los roles de género son uno de los aspectos fenomenológicos más importantes. Se desarrollan en la vida cotidiana relacionados íntimamente con la división sexual del trabajo. Se han descrito tres tipos de roles que se definirán a continuación:^{1,63}

Rol reproductivo, se refiere a la reproducción biológica y a todas las actividades necesarias para garantizar el bienestar y la supervivencia de los individuos que componen la familia, tales como, la crianza, la educación, la alimentación, la atención y el cuidado de sus integrantes, así como la organización y mantenimiento del hogar.

Rol productivo, se refiere a las actividades que producen ingresos personales y para el hogar que pueden ser en dinero o en especies.

Rol de gestión comunitaria, se refiere a todas las actividades que se realizan para aportar al desarrollo de la comunidad. Toma las formas de participación comunitaria en la promoción y manejo de actividades sociales.^{24,63}

El rol reproductivo, caracterizado por las tareas domésticas, las obligaciones con la familia y los enfermos, se desarrolla en el mundo privado del hogar. Estas actividades han sido realizadas mayormente por las mujeres, ha llegado a ser considerado el rol natural de ellas, el hombre generalmente realiza labores de ayuda y mantiene una distancia prudencial y una conciencia de seres servidos, mientras las féminas mantienen posición de servidoras.¹

El hogar debe funcionar como una unidad socioeconómica en la que debe existir igual acceso, control y poder de decisión de los miembros adultos de la familia sobre los recursos. Se entiende como acceso a la oportunidad de usar los recursos, que pueden ser materiales como el trabajo, los créditos, la tierra, el dinero, los equipos, las herramientas y los servicios de salud; políticos como el liderazgo, la credibilidad, la confianza en si mismo, la capacidad de movilización; los recursos de información que representan insumos para tomar decisiones y los recursos de tiempo incluso los dedicados al propio individuo.⁶⁴ Es indiscutible que la dinámica antes mencionada no se cumple frecuentemente, lo que agudiza la situación de desventaja de la mujer, agravada, por la sobrecarga actual producida por el trabajo fuera del hogar.

El sexo masculino es considerado por muchos responsable del rol productivo, propio del mundo público, lo que les confiere ventajas, al obtener a cambio del trabajo bienes que determinan en definitiva, su poder.¹

En estos momentos se aprecia aumento de la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar. En la sociedad cubana es un objetivo concreto encaminado a lograr que alcancen la mayor realización posible, además, se hace cada vez más necesaria la ayuda monetaria que esto representa para el mantenimiento económico de la familia. Este último motivo es el que prevalece en otros países del mundo donde las diferencias en relación con el trabajo remunerado del sexo femenino y el masculino están dadas en la ocupación y el puesto de trabajo que desempeña cada uno y por el salario diferenciado que perciben. Aún, en la actualidad, hay lugares donde se considera que la mujer sólo puede desempeñar labores auxiliares a pesar de que se conoce, que es capaz de lograr niveles de conocimiento científico tan altos como los hombres.^{65,66}

Algunos autores piensan que los hombres tienen más tiempo y menos dificultades personales para desarrollar determinadas tareas en el ámbito del rol productivo e incluso opinan que están físicamente mejor preparados.⁶⁷ El último criterio no es totalmente cierto, porque en muchas ocasiones el desempeño de una actividad depende más del empeño que preste el individuo ante su realización, que a las posibilidades biológicas que se poseen.

En la ejecución de las tareas comunitarias, los hombres hacen generalmente funciones de dirección relacionadas con el liderazgo y las mujeres se dedican a actividades que

son proyecciones del rol reproductivo, como provisión de agua, educación, sanidad, es decir, labores de aseguramiento del bienestar de la colectividad.²⁴

La mujer es el centro de la dinámica familiar porque es la responsable de la atención y cuidado de los hijos, ancianos y nietos, así como de la administración de la economía del hogar y del trabajo doméstico lo que se combina con la jornada laboral y las responsabilidades sociales.

La realización de un tipo de rol no excluye que se haga otro tipo. Es muy frecuente que, sobre todo, las mujeres tengan que realizar dos o más roles simultáneamente, lo que se ha denominado la triple carga o la carga múltiple. Esta práctica sistemática afecta en gran medida la utilización del tiempo dedicado al descanso y la recreación individual y repercute desfavorablemente sobre la salud física y mental.^{7,9,24}

El estereotipo es otro de los aspectos donde se manifiestan diferencias entre mujeres y hombres. Se refiere a las características físicas, psicológicas, positivas y/o negativas que son representativas de una persona o grupo social. Constituyen ideas fijas sobre los comportamientos "típicos" que caracterizan a determinados grupos. Los estereotipos de género consiguen proyectar la masculinidad o la feminidad a través de las conductas en función de los sentimientos y la autoimagen.^{52,53,68} Se considera que establecen una dicotomía de lo masculino y lo femenino, condicionado por la diferencia sexual, de acuerdo con lo que la sociedad aprueba.

El nivel de instrucción o escolarización se manifiesta de forma diferente entre mujeres y hombres. Los estudios sobre la educación plantean que las niñas tienen un mejor aprovechamiento que los varones para algunas áreas del saber, son más disciplinadas, requieren de menos atención de los maestros y se mueven en espacios escolares específicos más limitados por su tendencia a desarrollar los juegos en un menor espacio físico que los varones.⁶⁹

Cuando las féminas alcanzan altos niveles de educación son mucho más receptivas a los cambios necesarios relacionados con la salud, la planificación familiar y el medio ambiente, son también capaces de transmitir sus conocimientos a otras mujeres, sus familiares e hijos.^{70,71}

En relación con la salud, en Cuba el 80,4 % de los técnicos y el 90,8 % de los enfermeros son féminas. El 72,2 % de los puestos de trabajo están ocupados por mujeres, aproximadamente la mitad corresponden a los médicos especialistas, con mayor representación en las especialidades de Medicina General Integral, Pediatría y Medicina Interna.⁷² Estos datos concuerdan con los de América, donde las especialidades de mayor representación femenina son la Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Clínica Médica.^{73,74} Esta situación no se da por casualidad o por simple influencia de mercado, sino por una marcada influencia de determinación sociocultural de los papeles femeninos cristalizados y legitimados por la sociedad. La atención a la salud tiene como referente el cuidado de los hijos y de la familia que la mujer ha realizado históricamente en el espacio privado del hogar, de ahí que en este sector haya una representación femenina muy marcada.

Otro de los aspectos en que existe una manifestación diferente entre varones y mujeres son los relacionados con *la salud sexual y reproductiva*. Las mujeres tienen más

dificultades para acceder al ejercicio pleno de su sexualidad, para ellas, se presenta una limitación considerable en el contacto y manipulación de su cuerpo y resulta alarmante su desconocimiento como fuente de placer, todo lo cual, influye en la salud y la calidad de vida.^{21,63,72} Las condiciones de vida de las féminas y algunas circunstancias vinculadas al transcurso vital repercuten en la posibilidad de asumir y vivir plenamente la sexualidad que se ha reducido, en muchas ocasiones a los fines reproductivos.

La capacidad biológica de concebir hijos, permite a la mujer recibir más cuidados de salud específicos en la esfera reproductiva que el hombre. No obstante, en los países en desarrollo, los cuidados de salud relacionados con el embarazo y el puerperio no son suficientes, lo que unido a las cargas sociales provocan gran número de defunciones maternas.

En otras latitudes, se realizan prácticas nocivas para la salud de la mujer, como la mutilación genital femenina que provoca complicaciones como hemorragias, shock, infecciones, retención urinaria y muerte a cerca de un millón de mujeres, unido a esto, la pérdida de las posibilidades del ejercicio pleno de la sexualidad.^{1,16,42,75-77}

La panorámica que se aprecia en el mundo varía de una cultura a otra, expresión de ello se pueden encontrar en investigaciones referidas a la salud sexual como la realizada en Juliaca, México, en 1996 donde se encontró que no existen diferencias entre los sexos en cuanto al nivel de conocimiento y las prácticas sexuales en escolares secundarios. En algunas regiones de África, la práctica de la heterosexualidad se prohíbe en gran medida, lo que hace que la homosexualidad se acentúe como una solución a la necesidad.⁷⁷

En Cuba, existen políticas de salud, específicamente la dirigida a la salud sexual y reproductiva, que establecen las estrategias que garantizan el derecho a la asistencia médica gratuita para la atención de problemas del aparato reproductivo y del embarazo, así como, la libertad de la pareja en cuanto a la determinación del tamaño de la familia y las facilidades para elegir los métodos de control de la natalidad.

Diferencias de género en las etapas del ciclo vital

Existen cuatro periodos que marcan relaciones de género en correspondencia con la propia dinámica de la vida: adolescencia media y tardía, entre 14 y 19 años, etapa reproductiva, de 20 a 49 años; edad adulta mediana, de 50 a 64 años y edad adulta avanzada, de 65 años y más.^{1,24}

En la presente revisión se aborda el ciclo vital desde la adolescencia media y tardía en adelante, atendiendo que, en la adolescencia temprana, de 11 a 13 años, es cuando se consolida la identidad de género. La adolescencia debe ser vista como un momento en la etapa evolutiva de crisis y crecimiento, tanto para el adolescente, como para los padres. El adolescente, en su tarea de descubrir nuevas direcciones y formas de vida, desafía y cuestiona el orden familiar preestablecido; en su dicotomía independencia-dependencia, crea inestabilidad y tensión en las relaciones familiares, lo que a menudo resulta en conflictos intensos que eventualmente pueden tornarse crónicos.⁷⁸

Los problemas de salud de los adolescentes, deben ser analizados de forma particular. La manifestación y la solicitud de los servicios de salud no son similares a la edad

adulta. Es frecuente que los padres soliciten exámenes generales para su hija, cuando en realidad desean saber si la niña es activa sexualmente. Otra demanda de la atención médica frecuente en esta etapa de la vida es la solicitada para la interrupción de embarazos no deseados. Se han descrito síntomas o actitudes de los adolescentes que no se corresponden con la presencia de verdaderas enfermedades, uno de ellos es la manifestación de dolores en el pecho como la expresión somática de duelo por la pérdida de un ser querido o las hospitalizaciones frecuentes de los asmáticos como mecanismo para neutralizar conflictos presentes en la familia, más que por la gravedad de la crisis.⁷⁸

En la etapa 20 a 49 años la mujer está sometida a diversos riesgos, como el embarazo, el trabajo en el hogar y fuera de él, cuidado de los niños y enfermos, entre otros. Mientras, los hombres están en la plenitud de su vida laboral, son víctimas frecuentes de invalidez y muerte provocadas por el trabajo que realizan y son presa fácil de prácticas inadecuadas para la salud como el consumo de sustancias tóxicas, lo que se ha intensificado cada vez más con la creciente ruptura de los preceptos de la religión.^{1,79,80} Lo anterior muestra diferencias en las formas de vivir, enfermar y morir de cada sexo.

Las edades entre 50 a 64 años están enmarcadas en un período de tránsito dentro de la vida, una parte de la población se acoge al retiro, en Cuba está legislado que sea, 55 años para las mujeres y 60 años para el hombre. Estas razones conllevan a que este periodo se caracterice por un proceso de preocupación por los problemas que conlleva la jubilación. 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 una de las tareas del rol reproductivo más importantes en las edades más jóvenes. En esta etapa aparecen los cambios biológicos, endocrinos y hormonales, así como, los psicosociales del climaterio. Además, se aprecia con más fuerza la pérdida del atractivo y el vigor físico, hay temores a una vejez inmediata, 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.⁸¹

Las generaciones de mujeres al final de la vida reproductiva y en la etapa anterior a la vejez han sido denominadas “generación sándwich ó mujeres en el medio“, porque además de estar en muchas ocasiones incorporadas a la vida laboral activa y ocuparse de las tareas del hogar, tienen que brindar cuidados a sus familiares ancianos u otros representantes de la descendencia por lo que disponen de menos tiempo para el descanso. Por otra parte, sufren los cambios biológicos propios de su edad y los de su pareja. Todo lo cual conlleva a un mayor deterioro de su salud, a que se automedique más y acuda más frecuentemente a las consultas médicas.⁸²

En la etapa de 65 años y más se alcanza el envejecimiento poblacional que representa un éxito para la humanidad. La longevidad se ha convertido en un indicador que refleja desarrollo. Entonces, lo importante es la garantía de la calidad de vida de los ancianos. La mujer logra mayor esperanza de vida al nacer que los hombres, lo que se explica por las ventajas de tipo biológico que se mantienen desde el nacimiento hasta la menopausia. La longevidad femenina trae consigo la aparición de mayor número de discapacidades y enfermedades en las edades avanzadas.^{1,81}

Las diferencias entre mujeres y hombres que se presentan en los aspectos de la vida, se explican a partir de las desigualdades e iniquidades de género; de ahí la necesidad de

puntualizar en esas definiciones. Se dio especial importancia al ciclo vital porque las diferencias de género se manifiestan de forma particular, en función de las características del periodo que se vive. La construcción de indicadores sintéticos capaces de medir las diferencias de género tiene que tomar en consideración dichos aspectos de la vida productores de diferencias entre los sexos.

Género y salud

En muchos países el tema del género ha sido reducido al conocimiento de la salud materno-infantil, al estudio de indicadores de morbilidad y mortalidad de la mujer y en el mejor de los casos a la descripción de diferenciales de la salud de la mujer con respecto al varón. El análisis del proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de género permite identificar las diferencias entre mujeres y hombres y a partir de las mismas hallar los factores que actúan de forma particular sobre cada sexo y aplicar las acciones para la solución de los problemas y necesidades de cada uno con la finalidad de que todos los seres humanos logren alcanzar altos niveles de salud y desarrollo humano.^{1,17,40,83} El presente estudio aporta herramientas útiles para la realización de investigaciones y el desempeño de la dirección de la salud con perspectiva de género.

Las iniquidades en salud se refieren, en gran medida, a las oportunidades desiguales de ser saludable, por pertenecer a grupos sociales distintos, como mujeres, negros, campesinos. Se relacionan con cuatro afrontamientos diferentes: el estado de salud de la población, expresado en los perfiles epidemiológicos, que se presentarán posteriormente, en función de la presencia y frecuencia de los problemas de salud de cada sexo; la posibilidad de la utilización de los recursos y los servicios para satisfacer las necesidades de hombres y mujeres; la gestión de salud referida a la oportunidad de desarrollar responsabilidades y ocupar cargos de decisión en el sector, de acuerdo a sus expectativas y aspiraciones de los individuos; y por último, el financiamiento de la atención de salud.⁵⁶

La perspectiva de género permite abordar la salud como resultado de la organización y funcionamiento de la sociedad. Desborda el análisis de la determinante biológica, es decir, la diferencia sexual anatómica y fisiológica; presupone un nivel de análisis dirigido a contextualizar la influencia de los factores sociales que conforman la subjetividad diferencial entre hombres y mujeres y por ende, los modos de vivir, enfermar y morir, a lo que se ha llamado perfiles epidemiológicos de género.^{9,24,71,84,85}

La salud se define a través de un proceso dinámico que se extiende desde la mortalidad prematura como peor expresión de la enfermedad hasta el elevado nivel de bienestar físico, mental y social y la capacidad óptima de funcionamiento, como máxima expresión posible de salud.⁸⁵⁻⁸⁸ Este proceso está influenciado por factores biológicos y psicológicos y del ambiente físico y social que pueden producir daños a la salud que se expresan fundamentalmente en la percepción de enfermedad y el acceso a los servicios de salud.

La salud no puede ser tratada de la misma manera en hombres y mujeres, no sólo por las características biológicas, sino porque ambos desempeñan distintos roles, se les han asignado diferentes espacios para llevarlos a cabo, tienen distintos estilos de vida y responsabilidades y las circunstancias que moldean la existencia social de la mujer distan de ser las mismas que para el hombre. Es decir, viven de manera diferente, lo que

conlleva a que las enfermedades y la exposición a riesgos tales como hábitos de alimentación, ambiente de trabajo, estrés cotidiano, entre otros, los coloquen en situaciones de salud diferentes.^{55,89}

Los denominados perfiles epidemiológicos de género, mencionados anteriormente, se pueden clasificar en las cuatro categorías que se describen a continuación:

- *Exclusivos para cada sexo*: están relacionado con las características biológicas de hombres y mujeres. Las mujeres son las únicas que sufren de cáncer cervicouterino, menopausia, mortalidad materna, son las que tienen la capacidad de embarazarse y padecer de complicaciones relacionados con los abortos y los partos. Los hombres, por su parte, son los únicos que pueden sufrir de cáncer de próstata y de hemofilia.^{9,90}
- *Más relevantes en uno de los dos sexos*: se refiere a las causas que son padecidas por ambos sexos pero que son más frecuentes en uno de ellos, se refleja con tasas de prevalencia diferentes entre hombres y mujeres. Se pueden mencionar como más frecuentes en el femenino la obesidad, la incontinencia urinaria, la osteoporosis que es ocho veces más alta que en los varones y los trastornos óseos como fractura de la pelvis que se manifiestan frecuentemente en las edades adultas. Los hombres cubanos poseen riesgo de morir por diabetes mellitus de 60,0 %, respecto a las mujeres. En cuanto a las enfermedades cerebrovasculares, asciende al 90,0 %.⁹¹ El hombre sufre más frecuentemente de esquizofrenia y enfermedades coronarias.
- *Con características diferentes entre los sexos*: es un perfil de salud que tiene correspondencia con el afrontamiento cultural del individuo ante el medio que lo rodea. Está influenciado por diferentes factores de riesgo y produce manifestaciones y consecuencias de diferente naturaleza y severidad. Los hombres se afectan más frecuentemente que las mujeres por cirrosis hepática ocasionada fundamentalmente por abuso del consumo de alcohol; cáncer de pulmón, asociado con el tabaquismo; hernias, relacionadas con el esfuerzo físico en las actividades que desempeñan.

Es conocido que la mujer sufre con más frecuencia que los hombres de algunas afecciones relacionadas con el estilo de la vida. Ellas padecen, en muchas ocasiones, de anemia por deficiencia de hierro provocada por prácticas culturales que privilegian al hombre en la distribución de alimentos ricos en proteínas. En el 50 % de los países de la región, el sexo femenino está afectado por mala nutrición, sobre todo en la niñez, lo que provoca importante aporte a la mortalidad por esta causa, en esas edades.^{90,91} Las enfermedades de transmisión sexual son asintomáticas por más tiempo en las mujeres y tienen consecuencias más severas para ellas, como la esterilidad.

Se han reconocido la presencia de alteraciones respiratorias y cardiovasculares crónicas provocadas por las condiciones adversas donde las mujeres de escasos recursos desarrollan sus actividades domésticas.^{1,16,90,91}

Los accidentes son otras de los problemas de salud propios de este perfil. Las mujeres están más afectadas por los que ocurren en el hogar debido a que frecuentemente están en contacto con los factores de riesgo relacionados con el trabajo doméstico, en el espacio privado.⁸⁸ Los hombres sufren más los accidentes asociados con actitudes y conductas estereotipadamente masculinas sobre todo, a partir del primer año de edad, lo

que provoca que la mortalidad prematura, la incapacidad por accidentes del trabajo, del tránsito y los ocasionados por deportes peligrosos sean elevados en ese sexo.9,72,73,90,91

Dentro de este perfil se puede incluir a la violencia. Se entiende como tal a la utilización de la fuerza física o moral por parte de un individuo o grupo contra sí mismo, otra persona o grupo de personas. Pueden ocasionar la muerte de seres humanos o afectar su integridad física, moral, mental o espiritual. La violencia es una forma de ejercicio del poder para eliminar los obstáculos que se interponen en las decisiones y acciones donde se usa la fuerza. Lleva por tanto implícita una condición de asimetría de poder.87,92-95

La violencia contra la mujer o violencia de género puede entenderse como cualquier acto de poder, basado en el género, que resulta o puede resultar en daño físico, psicológico o sexual, que incluye la amenaza a dichos actos, la coerción o la privación de la libertad tanto en la vida pública o como en la privada. Ocurre en todas las esferas de la sociedad en mayor o menor grado sin distinción de ingresos, clase social y cultura. Las mujeres suelen ser víctimas de abuso sexual, como las violaciones por conocidos o extraños y el acoso sexual, la esterilización y el aborto forzado. Los factores que la originan pueden estar relacionados con la dinámica interpersonal y familiar, las situaciones económicas, las desigualdades sociales o los patrones culturales.9,72,92-96

La salud mental es muy vulnerable a las interacciones entre el individuo y el medio en que vive. En la Región, la depresión grave afecta al doble de las mujeres, al ser las menos favorecidas dentro de la sociedad, por sufrir con más fuerza que los hombres de escasa autoestima, pocas aspiraciones y marcada sobrecarga laboral.59

El último perfil epidemiológico de género se refiere a *causas que reciben diferentes respuestas en el sistema de salud* de acuerdo al hecho de ser varón o mujer. La esterilización voluntaria se realiza con más frecuencia en mujeres que en hombres. Los problemas cardiovasculares se reconocen como enfermedades típicas del hombre, por lo que son tratados con mucho más interés en pacientes de ese sexo, que cuando son mujeres.

Se ha descrito que mujeres y hombres no solicitan atención médica por los mismos motivos y que la demanda es también diferente por especialidad. La condición distintiva de la mujer de embarazarse, parir y amamantar a los hijos hace que acudan a los servicios de salud para recibir atención referida a la función reproductiva con más frecuencia que los hombres.

Por otra parte el acceso y control de los recursos dedicados a la salud son diferentes para ambos sexos, a veces desfavorables para el sexo masculino y otras para el femenino, este último con más posibilidades en todo lo relativo a la salud reproductiva.9,24 Las mujeres son afectadas en muchos países del mundo por sistemas financieros que impiden solucionar adecuadamente sus necesidades de salud a través del acceso a los servicios, por tener menos participación en la fuerza de trabajo remunerada, mayor desempleo y concentración en ocupaciones de baja remuneración, ocupación en plazas no cubiertas por la seguridad social, pocas posibilidades de promover a cargos mejor pagados y discontinuidad de la historia de trabajo ocasionadas por la gestación y el cuidado de los hijos.

Las mujeres consumen de tres a cuatro veces más analgésicos que los hombres, utilizan en mayor medida los psicofármacos y se automedican con más frecuencia, como medidas para disminuir los malestares de la cotidianidad y la depresión, sin tratar de actuar sobre los factores sociológicos y psicológicos que la produce.^{6-9,22,72,90,91}

Otro aspecto relacionado con la salud trata sobre las diferencias del desempeño de los médicos de distintos sexos. Las mujeres son más receptivas, escuchan más detenidamente a los pacientes, que se sienten más ayudados y comprendidos que cuando son atendidos por hombres.

Se afirma por algunos autores que las desigualdades en salud se manifiestan no solo en términos de la exposición diferencial al riesgo, sino de manera fundamental en la cuota de poder que disponen las mujeres y hombres de enfrentar dichos riesgos, proteger su salud e influir en la dirección del proceso de desarrollo sanitario, esa cuota ha privilegiado a los varones y ha situado a las mujeres en desventaja. La identificación de factores de riesgo ayuda al establecimiento de prioridades y por tanto, a garantizar la equidad.^{5,55} El afianzamiento del significado de la hipótesis central de la perspectiva de género sobre la influencia que confiere la sociedad al hecho de ser hombre o mujer y lo que esto representa para la salud de las poblaciones puede provocar comportamientos y actitudes que determinen diferentes formas de exposición al riesgo.

Los problemas de salud son otros de los aspectos de la vida que deben considerarse en el proceso de construcción de indicadores sintéticos para medir diferencias de género, aspecto que serán discutidos en otros artículos.

Summary

Theoretical reflections on differences in health attributable to gender

Gender emerges from a process of social construction that defines what is masculine and what is feminine on the basis of biological sexes to the extent of setting the positions of power between them. National political agendas and international bodies have addressed the unfavorable situation of women with respect to men caused by inequalities to which females have been subjected to throughout the history. In the Third Conference on Woman held in Nairobi in 1985, discrimination of females in the economic, political and social contexts was recognized, which is considered as a natural event. The Fourth Conference on Woman held in Beijing in 1995 discussed gender equity and woman empowerment, both accepted as a milestone for the planning of health policies and population programs. The UN General Assembly session held from June to July, 1999 in New York City called upon the scientific community to focus its efforts on the design and use of indicators capable of measuring the real health situation in general and the reproductive health in particular, paying special attention to gender approach. This article made a reflection on gender approach in the field of public health based on the theoretical sex-gender system.

Key words: Public health, gender, inequalities, indicators.

Referencias bibliográficas

1. Gender and Health, a Technical Paper. Women's Health: WHO [serie en Internet]. [citado octubre 2001]. Disponible en: <http://www.who.int/frh-whd/GandH/GHreport/genderlech.htm//Acknowledgements>
2. El Foro de La Haya y el Consenso del Cairo [serie en Internet]. [citado Feb 2001]. Disponible en: <http://www.unfpa.un.hn/notiinfpa/ene/cap1.htm>
3. Álvarez M. La familia cubana, cambios, actualidad y retos. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas;1996.
4. Lagarde M. Género e identidades. Metodología del trabajo con mujeres. México, D.F.: UNICEF;1994.
5. Organización Panamericana de la Salud. Género, Mujer y Salud en las Américas. Washington: OPS;1994 (publicación Científica No. 541).
6. Shallat L. Concepto de género en la planificación y desarrollo. Washington: Naciones Unidas;1995.
7. Artiles Visbal L. Políticas de salud con perspectiva de género a las puertas del milenio. En: Género: Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.
8. Sánchez M. Cuando el sexo marca diferencias. La práctica clínica depende de si el paciente es hombre o mujer y varía entre médicos y médicas. Madrid: El País [serie en Internet]. [citado Nov 2001]. Disponible en: http://www.nodo50.org/mujeresred/salud-diferencias_de_sexo.html
9. Gender mainstreaming in EU public health. Relatoría del Gender Equity Conference [serie en Internet]. [citado Nov 2001]. Disponible en: <http://www.eurohealth.ie/gender>
10. Legato M. The impact of gender of health. International Women's Health [serie en Internet]. [citado 28 Sep 2001]. Disponible en: [http://www-personal.iuowa.edu/\(denegke/gender.html](http://www-personal.iuowa.edu/(denegke/gender.html)
11. Artiles L. Consideraciones epidemiológicas y psicológicas: impacto de los procesos sociales en el climaterio. Menopausia y longevidad. Santiago de Chile: Editorial Baywaters;1998.
12. Ostlin P, George A, Sen G. Género, salud y equidad: las intersecciones. Desafío a la falta de equidad en la salud de la ética a la acción. Washington: OPS;2002.
13. ¿Cómo se define la identidad de género?. La Habana: Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona";1995.
14. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. Cuerpo: Diferencia sexual y género. México,D.F.: Editora Tauros; 2002.
15. Money J, Ehrhardt A. Desarrollo de la adridad humana. adridadcción y dimorfismo de la adridad de género. adrid: Ediciones Morata;1992.
16. Ahmed Obaid T. Acuerdos mundiales sobre derechos humanos, medio ambiente, desarrollo, salud reproductiva e igualdad de género. El Estado de la Población Mundial 2001. Población y Cambios del Medio Ambiente. New York: FNUAP;2001.
17. La investigación en salud para el desarrollo y el enfoque de género: una contribución necesaria para la equidad en salud.. Conferencia Internacional sobre investigación en salud para el desarrollo, Bangkok, 2000. Santiago de Chile: RSMLAC [serie en Internet]. [citado Mar 2005]. Disponible en: <http://www.laneta.apc.org/cgi-bin/WebX?230@78.oDMXa99KmCT%5EO@ee730bo>
18. Álvarez M. Mujer y Poder en Cuba. Género Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.
19. Álvarez M. Mujer y Poder en Cuba. Revista Temas. 1998;(14):113-25.

20. Ares Muzio P. Ser mujer en Cuba. Riesgos y conquistas. Género: Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica;2000.
21. Espín V. La mujer en Cuba: Historia. La Habana: Editorial de la Mujer;1990.
22. Helman CG. Culture, Health and Illness. Gender and reproduction. Oxford: Planta Tree; 2000:108.
23. Artiles Visbal L. La contribución de los roles de género en la determinación del síndrome climatérico [tesis]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2001.
24. Carpeta metodológica del Taller de Capacitación en Género, Salud y Desarrollo. Washington: OPS;1995.
25. Presno Labrador MC, Castañeda Abascal I. Consideraciones organizativas y funcionales del sistema municipal de salud de Ciudad de La Habana desde la óptica de directores de diferentes sexos. Rev Med Gen Integr.2004;20(3).
26. Castañeda Abascal I, Solís Solís S. Desigualdades atribuibles al género en cirujanos(as) de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Salud Pública. 2002;2(28):112-48.
27. The gender and Health Group. Gender and Analysis Framework. Liverpool : School of Tropical Medicine;2000.
28. Gran Álvarez M. Interrupción voluntaria del embarazo y la anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública;2004 [serie en Internet]. [citado Abr 2005]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revsalud/temas.php?idv=1148>
29. Organización Panamericana de la Salud. Género, salud y desarrollo, un enfoque en construcción. Washington: OPS;1994 (publicación científica No. 541).
30. ¿Desaparecerán los géneros cuando desaparezca el sexismo?. Revista Sexología y Sociedad. 1995; (2):18-9.
31. Castañeda Abascal I. Algunas reflexiones sobre género. Rev Cubana Salud Pública. 1999;1(2):129-42.
32. Sarduy C. Postmodernidad, genero y salud. Género: Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica;2000.
33. Rohlf I. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. España: Gaceta Sanitaria. 2000;14 (2):146-55.
34. Breilh J. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. Quito: CEAS;1998.
35. Díaz E. Socialismo cubano: los ajustes y las paradojas. La Habana: FLACSO;1995.
36. Engels F, Marx C. Sagrada familia y otros escritos filosóficos de la primera época. México,D.F.: Grijalbo;1958.
37. Caner Román A. Mujeres cubanas: el largo camino hacia la libertad. Narrative femminili cubane tra mito e realtà. Comitato per le pari opportunità. Materiali e studi. Venezia: Università Ca' Foscari;2003.
38. Castro Ruz F. Discurso en la Conferencia Mundial sobre Desarrollo Social. Copenhague, Marzo, 1995. Por un mundo de paz, justicia y dignidad. Discursos en conferencias cumbres 1991-1996. La Habana: Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado;1996.
39. Presno Labrador MC, Castañeda Abascal I. Enfoque de género en salud. Algunas consideraciones [CD-ROM]. La Habana: MINSAP, Escuela Nacional de Salud Pública;2003.
40. Robles SC. Desarrollos metodológicos en el Análisis de la Situación de Salud según condiciones de Vida. Washington: OPS;1996.

41. Vasallo Barrueta N. Un análisis de la naturalización de las desigualdades [CD-ROM]. La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana;2004.
42. Caram T. Mujer cubana y participación social: un estudio sobre el empoderamiento femenino en Cuba [tesis]. La Habana: Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales. Programa Cuba;2000.
43. Giddens A. Género y sexualidad. Sociología. Cultura, individuo e interacción social. Madrid: Alianza;1997.
44. de Beauvoir S. El segundo sexo. México,D.F.: Editorial Patria;1990.
45. Toledo C. Mujeres, el género que nos une, las clases nos divide. Marxismo Vivo[serie en Internet]. [citado 24 Sep 2004]. Disponible en: <http://www.mrxismaline.org/toledo2esp.html>
46. Díaz E. Género y Poder en Cuba. La Habana: Universidad de La Habana;1997.
47. Escalante Herrera AC. Las relaciones entre mujeres y el poder en el gran caribe. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica. 1997(76):89-97.
48. Díaz E. Turismo y prostitución en Cuba. La Habana: FLACSO;1997.
49. Bengelsdorf C. Terreno en debate: la mujer en Cuba. Un ensayo bibliográfico. Revista Temas. 1997(9):121-3.
50. Herrera G. Los dilemas de la diferencia. Revista Iconos. 1999 (6):1-122.
51. Pamas González E, Vega Botana M. Análisis de diferencias entre hombres y mujeres con relación a las enfermedades[serie en Internet]. [citado 27 Sep 2004]. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org>
52. Valdés T. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Chile: UNFPA; 1998.
53. Kaufman M. Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. Chile: ISIS 1997(24).
54. Ziegel J. The gender gap health care's next frontier. Business&health on nov. 1998 [serie en Internet]. [citado Sep 2001]. Disponible en: <http://www.bnh.pds.net/bnh/public.htm?path=content/journal/b/data/1998/bba/bba029.html>
55. Aldereguía Henríquez J, Núñez Jover J, Fernández Felipe R. Salud, mujer y desarrollo. Enfoque epidemiológico de riesgo y estado de salud de la población femenina. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas;1995.
56. Braveran P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. Bull WHO. 2003; 81(7):539-45.
57. El Enfoque de género en la producción de estadísticas sobre familias, hogares y viviendas en México. Una guía para el uso y una referencia para la producción de información. México,D.F.: Instituto Nacional de las Mujeres;2003.
58. CEPAL. Estadísticas de Género. Actualizado en Noviembre 2003. Naciones Unidas [serie en Internet]. [citada Enero 2004]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/mujer/proyectos/perfilesdefault/htm>
59. FAO. Women in Development Services, Women and Population Division. Gender sensitive indicator: a key tool for gendermainstreaming, June 2001[serie en Internet]. [citada Enero 2004]. Disponible en: http://www.fao.org/sd/2001/PEO602a_en.htm
60. Amaro Cano M del C. Género e Iniquidades desde la perspectiva de la Bioética. Boletín de la Red Cubana de Género y Salud Colectiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. 2003;2(1):1-3.
61. Organización Panamericana de la Salud. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción. Washington: OPS; 2002 (publicación científica No. 585).

62. Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba,1999. La Habana: Editorial Caguayo;2000.
63. Colectivo de autores. La investigación en salud sexual y reproductiva. Propuestas metodológicas y experiencias. La Habana: Publicaciones Azucareras;2004. Pérez Cárdenas M. Ética Médica y Bioética. Perspectiva. Filosófica. Lecturas de Filosofía, Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
64. Moser C. Género y Desarrollo. Cuaderno de Ciencias Sociales 60. Programa de Costa Rica. La Habana: FLACSO;1995.
65. Hasselhan M. Occupational health for health workers. Estocolmo: Instituto de Karolinska;1999.
66. Veleza da Silva SM. Trabajo informal, género y cultura. Barcelona: Biblioteca Universitaria [serie en Internet]. [citado Mar 2005] Disponible en: <http://www.tdx.cesca.es/TDX-0701104-170835>
67. Ruiz X. Sociedad,cultura y género. Sexología y Sociedad. La Habana: Editorial Publicitur;1998;3-7.
68. Almaguer L. Categorización y constancia de género en niños de siete a nueve años de la escuela primaria Mártires del Corinthia. [tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública;1997.
69. Fondo de las Naciones Unidas. Informe Anual. Washington: FNUD; 2002.
70. Seminario Nacional de Evaluación y Difusión: Las cubanas de Beijing al 2000. Acceso a la dirección en niveles decisorios. La Habana: Editorial de la Mujer;1996.
71. Álvarez M. Género Salud y Cotidianidad [prólogo]. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.
72. Giddens A. Estructuras de Poder. Sociología. Cultura, individuo e interacción social. Madrid: Alianza Editorial;1997.
73. Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing. República de Cuba. La Habana: Gaceta Oficial de la República de Cuba [serie en Internet]. [citado Mar 2005]. Disponible en: <http://www.ain.cubaweb.cu/mujer/beijing.htm>
74. Organización Panamericana de la Salud. La mujer en el mercado del trabajo en el sector salud en las Américas. ¿Hegemonía Femenina? Washington: OPS; 1993 (publicación científica N0. 541).
75. Las barreras médicas suelen ser necesarias. Network en Español. 2002;21(3):4- 6.
76. El género y la reforma del sector salud. Género, equidad y salud. Washington: OPS/OMS;2000 (publicación ocasional No. 3).
77. Vargas W. Conocimientos sobre sexualidad y prácticas sexuales en escolares adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la ciudad de Juliaca. México,D.F.: UNAS;1996.
78. Castañeda Abascal I, Segura Sardiñas O, Pérez Piñero J. Construcción de un indicador sintético para medir diferencias de género en la etapa media y tardía de la adolescencia. Temas de Actualización en Salud Pública [CD-ROM]. La Habana: MINSAP, ENSAP; 2004.
79. García Quiñones R, Alfonso León AC. Disimilitudes en las actitudes y conductas de las cubanas frente a los factores de riesgo para la salud [CD-ROM]. La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana;2004.
80. Hartigan P. Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. Género, equidad y salud. Washington: OPS/OMS;2001 (publicación ocasional No. 7).

81. Danuay G. La mujer de edad avanzada. Urgencia de cambios para el desarrollo social. Ciudad de La Habana: Centro Iberoamericano de la Tercera Edad;1997.
82. Valdespino F. Alimentación, nutrición y cotidianidad. Enfoque de Género: una necesidad de la investigación gerontológica en el contexto cubano. Género: Salud y cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.
83. Sen G, George A, Ostlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas. Washington: Harvard Center for Population and Development Studies;2005.
84. Presno Labrador C, Castañeda Abascal I. Perspectiva de género en la gestión en salud. Temas de Actualización en Salud Pública [CD-ROM]. La Habana: MINSAP, ENSAP; 2004.
85. Fortalecimiento de las capacidades nacionales para la identificación y reducción de las inequidades de género en el contexto de las reformas de salud y la seguridad social. Washington: OPS;1997.
86. Proceso Salud Enfermedad en Salud Pública: generalidades de la salud pública y el estado de salud de la población. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas;1999.
87. Franco S. El quinto: no matar. Contextos explicativos de la violación en Colombia: Colombia: Tercer Mundo;1999.
88. La Salud en Las Américas. Conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington: OPS/OMS;2002.
89. Paz M. Seminario regional sobre enfoque de género y las fuentes de información estadísticas. Posibilidades de análisis de la información en salud desde una perspectiva de género. México,D.F.: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer;1997.
90. Promoción de la salud. Mejoramiento del estado de salud de la mujer. Washington, D.C.: OPS;1993.
91. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: FNUAP; 2004.
92. Artilos de León I. Violencia y sexualidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica;1998.
93. de Souza MC. A violencia como desafío a saúde pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz;2000.
94. División de Salud Familiar y Reproductiva. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritaria. Washington DC: OPS; 1998.
95. Velásquez S. Violencias cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender y ayudar. Buenos Aires: Paidós;2003.
96. Santana Vega L, González Herrera AL. ¿Tienen sexo las profesiones? Revista Sexología y Sociedad. 1997;2 (8):20-3.

Recibido: 12 de octubre de 2006. Aprobado: 31 de octubre de 2006.

Ileana Elena Castañeda Abascal. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle Línea esq. I, El Vedado. La Habana 10400, Cuba. e-mail: ileca@infomed.sld.cu

[1DraC., Especialista de II Grado en Bioestadística, Profesora de la Escuela Nacional de Salud Pública](#)