

Artículo

Marco de análisis para la introducción de la perspectiva de género en los procesos de salud

Leticia Artilés Visbal¹

Resumen

El presente trabajo no pretende abarcar toda la dimensión en que la categoría género puede utilizarse para alcanzar una mayor calidad en la atención y disminuir inequidades en salud, pero sí recorrer su aplicación en algunas áreas que haga visible la factibilidad y los beneficios de su incorporación en las políticas, planificación, organización de los servicios y sobre todo para promover el reconocimiento consciente de los/las profesionales de la salud en contribución del género en la determinación de la salud y el bienestar de las personas. Se definieron las categorías de género y sexo, y se realizó una excursión a través de distintas esferas de la salud: la producción de la salud y los perfiles diferenciales, la diferencia entre análisis de género y de los problemas de salud de la mujer, políticas de salud, planificación en salud, organización de los servicios, la evaluación de la situación de salud. Por último se valora el estado de la introducción de la perspectiva de género en el sector salud en Cuba sus fortalezas y debilidades.

El estado de salud o bienestar es expresión de la calidad del entorno en que viven mujeres y hombres. El entorno, es el nicho ecológico donde se reproduce social y biológicamente el ser humano; en la literatura referida a la salud pública se le identifica con las condiciones de vida, las que se caracterizan por la interacción de cuatro procesos:^{1,2} los predominantemente económicos; los fundamentalmente ecológicos, los predominantemente biológicos y los reproductivos de las formas de conciencia y de conducta. Los procesos interactúan entre sí como un sistema para determinar la salud y la enfermedad.³ La interacción

se produce entre las condiciones físicas, la realidad social y cultural, los procesos biológicos que garantizan la homeostasis orgánica y el acervo genético de cada individuo. La relación entre estos componentes favorece el equilibrio en sentido positivo (salud) o negativo (enfermedad).

En este conjunto de interacciones, el ser humano no es un ente pasivo sino todo lo contrario; al respecto Pérez Lovelle⁴ señala, que la explicación de la causalidad de la salud y la enfermedad requiere de una aproximación que supere el esquema de un ser humano pasivo recibiendo influjos de un medio ambiente no estructurado.

¹ Profesora Titular. Vicerrectoría de Investigaciones Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

Algunas asignaciones sociales están condicionadas sobre las diferencias biológicas, y se consideran como determinantes de la salud y la enfermedad; tal es el caso de la categoría género, la que juega un importante papel, debido a que es expresión de la realidad social y cultural manifiesta en los procesos de reproducción y conducta, y atraviesa el resto de los procesos determinantes que conforman las condiciones de vida.

La incorporación de la categoría género en el campo de la salud para la determinación de acciones, el análisis de procesos e instrumentación en la prevención y curación de las personas están todavía limitadas al discurso y poco instrumentadas en la práctica.

El género, más que una categoría de análisis resulta una proyección ideológica, claramente supraestructural, por lo que como otros cambios en esta dimensión su incorporación en la práctica social resulta lenta y tropieza con la natural resistencia de los patrones culturales establecidos.

Este artículo no pretende abarcar toda la dimensión en que la categoría género puede utilizarse para alcanzar una mayor calidad en la atención y disminuir iniquidades en salud, pero sí recorrer su aplicación en algunas áreas que haga visible la factibilidad y los beneficios de su incorporación en las políticas, planificación, organización de los servicios y, sobre todo, para promover el reconocimiento consciente de los/las profesionales de la salud en contribución del género, en la determinación de la salud y el bienestar de las personas.

El alcance de los estudios realizados en Cuba para este problema son limitados, en este último lustro numerosas/os especialistas de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud han abordado el tema y ya se percibe una cierta producción científica en esta dirección. Producto de esta situación, el presente trabajo se ha elaborado esencialmente a partir de bibliografía internacional publicada y de los textos nacionales con que hemos contado para este efecto.

Género y sexo

Los procesos reproductivos de las formas de conciencia y de conducta, resultan de la capacidad de interacción del sujeto con su ambiente social, y están condicionados por el patrón genosocial.^a

Históricamente los seres humanos han adquirido funciones sociales asignadas a su sexo. En cada momento y en dependencia de las circunstancias socioeconómicas predominantes, a cada sexo le corresponde un patrón de conducta, unas responsabilidades y unas expectativas para su interacción con la sociedad, lo que se concreta o bien en el marco jurídico vigente, o bien directamente a través de valores predominantes en ella; el conjunto de rasgos que caracterizan el papel social que desempeña un sujeto en función de su sexo, es en cada momento expresión de un complejo entramado histórico y económico, el "acondicionamiento de género", cuya naturaleza res-

^a Patrón genosocial: herencia sociocultural apreendida y transferida de generación en generación, cuya transmisión social es similar a la biológica. Es la transferencia cultural de las costumbres, hábitos y relaciones, que el individuo reproduce en alguna medida en su comportamiento individual o social. Las costumbres heredadas de los antecesores, tales como la forma de crianza, las relaciones de pareja, la distribución de roles y la posición de la mujer en el hogar, son aspectos que independientemente de los cambios que pueden producirse en las generaciones en ciernes tienden a repetirse. La extracción social condiciona determinaciones pretéritas que se expresan en los patrones culturales precedentes y actuales, que cuando son agresores impactan negativamente la salud.

ponde a la construcción de la identidad de género.

El género es una categoría de las Ciencias Sociales que permite analizar la relación entre hombres y mujeres. Se puede entender como la red de símbolos culturales, conceptos normativos y patrones institucionales, que contribuyen a conformar la identidad de género.⁵ Este proceso de construcción social diferencia a los hombres y las mujeres, y a la vez los articula dentro de las relaciones de poder frente a los recursos. De esta manera, dentro de un sistema dado se establecen patrones de conducta, necesidades, riesgos, roles, responsabilidades y diferencias de acceso y control sobre los recursos para cada sexo. Estas diferencias pueden generar diferentes comportamientos de salud en mujeres y hombres, por lo que se habla de perfiles epidemiológicos de género.

El término sexo se reserva con mayor preferencia para referirse a características biológicamente determinadas, relativamente invariables del hombre y la mujer; mientras que género se utiliza para señalar las características socialmente construidas que constituyen la definición de lo masculino y lo femenino en diversas culturas. "Con el sexo se nace, el género se hace".⁶

La categoría analítica de género tiene las siguientes características:⁷

Relacional: no se refiere a mujeres u hombres por separado, sino a las relaciones entre unas y otros y a la manera en que estas relaciones se construyen en la sociedad.

Jerárquica: las diferencias que se establecen entre hombres y mujeres, lejos de ser neutras, tienden a atribuir mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con lo masculino y a producir, por ende, relaciones desiguales de poder.

Histórica: se nutre de elementos mutantes en el tiempo y en el espacio; por lo tanto, son elementos susceptibles de modificación a través de intervenciones.

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

Género y la producción de salud

La interacción entre los factores biológicos y sociales conducen a situaciones de desventaja o ventaja relativa para uno de los 2 sexos; en el ámbito de la salud estas situaciones se pueden medir, primero, en términos de las probabilidades de mantener la salud o de enfermar o morir por causas predecibles; y, segundo, en la equidad con que aparecen distribuidos los recursos, las responsabilidades y las retribuciones en el proceso de producción de la salud.⁷

Debido a que hombres y mujeres juegan en la sociedad diferentes roles, ellas/os son con frecuencia vulnerables a diferentes enfermedades. Por ejemplo en un estudio realizado en Zimbabwe se encontró que las mujeres padecían más de *schistosomiasis* que los hombres, lo que se atribuyó a que estaban más frecuentemente en contacto con el agua porque fregaban y lavaban dentro de un río y esto elevaba su riesgo de padecer la enfermedad. Los jóvenes adolescentes, también presentaban una mayor prevalencia de la enfermedad que las muchachas de la misma edad, lo que se explicó porque los jóvenes jugaban en la orilla del río y se exponían, al igual que las mujeres, por un mayor tiempo al agua.⁷ Como se observa, el riesgo de la exposición no estaba dada por el sexo, sino por las cargas y comportamientos sociales expresados de manera diferente para cada sexo.

La diferencia entre análisis de género y problemas de salud de la mujer

Históricamente los problemas de salud de la mujer se han focalizado alrededor de la maternidad y el cuidado de los hijos. En contraste, el análisis de género⁷ no se restringe al ciclo reproductivo de la mujer, sino que enfatiza en el conjunto de factores sociales que pueden desfavorecer la salud de ambos sexos: los roles de género, la capacidad de acceso y control sobre los recursos, la identificación de necesidades prácticas y estratégicas, y valora el impacto que tales procesos de conducta tienen en la salud e identifica las vías para dar solución a las iniquidades que surgen por las diferencias en las relaciones de poder entre los sexos. El análisis de género favorece la visión holística de la salud en función de las sobrecargas sociales asignadas y asumidas en función del sexo.

Políticas de salud

La política es una categoría construida socialmente y su expresión será más o menos democrática en la medida que los diferentes grupos humanos, o los componentes de los mismos, según atributos diferenciales, tengan mayor o menor participación en su elaboración y puesta en práctica para su cumplimiento en la sociedad.

Las políticas públicas son mecanismos a través de los cuales se institucionalizan los procesos, por los organismos de planificación, los ministerios y los organismos rectores. En general la división genérica de la sociedad que hace de las mujeres, más que de los hombres, un ser subordinado está poco contemplada como un problema dentro de las políticas públicas. Es necesario generar acciones para llevar a las autoridades a que le presten atención.¹⁰

Un sector importante de la humanidad, aproximadamente la mitad, son mujeres; sin embargo, el predominio de una cultura patriarcal en la mayor parte del mundo, ha favorecido que los espacios de poder estén ocupados por hombres, luego, las líneas políticas fundamentales han sido enunciadas y puestas en prácticas por ellos. En este fin de siglo, las mujeres han ocupado espacios de poder en la sociedad civil; han logrado que de "derecho", aunque no siempre de "hecho", sus intereses, al menos los vinculados al espacio público sean refrendados en constituciones, leyes y normativas en algunos sectores sociales y económicos de algunos países.¹¹

A partir de los años 70, con el auge de los movimientos feministas, tomó mucha fuerza el reclamo de adopción de políticas públicas dirigidas a mejorar la situación de las mujeres, en condición y posición; las que por el "natural" desbalance de asignación de roles, fundamentalmente vinculados a la reproducción social, han estado sometidas a condiciones de exclusión y marginalización y, han sido omitidas o insuficientemente consideradas en las políticas públicas.

En los últimos años han existido algunos avances, fundamentalmente después de la celebración de la IV Conferencia internacional de mujeres, celebrada en Beijing, China en 1995. Al analizar los acuerdos de algunos foros internacionales que han tratado sobre la salud de la mujer, se pueden identificar las principales tendencias de las políticas públicas, así como observar la insuficiente incorporación de la perspectiva de género en las mismas.¹²⁻¹⁴

Las tendencias fundamentales se concentran en los temas de salud reproductiva, y se mantiene la responsabilidad de la reproducción biológica y social en la mujer, el discurso «Inverso», en que los varones ocupen lugares y desarrollen actividades equitativas en esta dirección han calado

muy poco.¹¹ En diferentes países las políticas están dirigidas a perfeccionar la atención a la mujer en los servicios de salud, otro tema recurrente, devenido en problema de salud lo constituye la violencia en sus distintas manifestaciones; los riesgos laborales del trabajo doméstico y la sobrecarga genérica ni siquiera son mencionados. Leyes jurídicas macrosistémicas, tales como la "prohibición de la mutilación femenina" promulgada en Francia, no responde realmente a la población francesa, cuyo patrón cultural no refiere estas prácticas, si no a minorías étnicas que viven en el país gallo o en países que se mantienen bajo su dominación. Como se observa la promulgación de políticas hace adelantos y retrocesos.

En este errático comportamiento, es necesario tener en cuenta que la integración del enfoque de género en las políticas no resulta fácil. La condición jurídica y las políticas, son procesos superestructurales que «"entran en conflicto con el orden social y cultural, que difícilmente incorpora lo nuevo y que muy al contrario, se rige por principios religiosos o laicos que dificultan los procesos de cambio en la estructura familiar y en los roles de género. Esta resistencia al cambio es intensificada por el sistema educativo y por la mayoría de los medios de comunicación, impermeables a la incorporación sistemática de contenidos emancipatorios para las mujeres".¹⁵

El diseño de políticas con enfoque de género exige información desagregada por sexo, con el fin de dirigir su proyección normativa a lograr la disminución de las iniquidades de género en términos de prioridades, coberturas, beneficios y financiamiento a programas de diversos tipos.

Para introducir el enfoque de género en las políticas públicas es necesario que aquéllos que participan en su formulación y deciden su aplicación reconozcan: los recursos no pagos y el valor económico que

se invierte en el trabajo reproductivo, la división de trabajo por género, las relaciones de subordinación intergeneracionales como factor de riesgo de salud para hombres y mujeres y como determinante de la vulnerabilidad de algunos grupos sociales, las condiciones de las mujeres en cuanto a oportunidades reales en el mercado de trabajo, las diferencias y oportunidades de mujeres y hombres en el espacio público y en el acceso al poder, el impacto particular por sexo de los factores biológicos y sociales en la determinación del estado de salud y de sus necesidades diferenciales. Tal reconocimiento por quienes diseñan las políticas exige una sensibilización real, no formal, de la determinación del género sobre la salud; la incorporación de esta categoría en los procesos de decisión favorecerá un desarrollo integral y más humano en todas la esferas del sistema de salud.

Planificación en salud

La incorporación la perspectiva de género en la planificación está dirigida a reducir las iniquidades de género presentes tanto en el proceso de producción de la salud como en la distribución de los beneficios derivados de este proceso.

El fin último que persigue este tipo de planificaciones es lograr cambios en aquellas relaciones intergrupales, particularmente entre mujeres y hombres, que sitúan a uno de los sexos en posición de desventaja en el ámbito de la salud, por ende, la metodología utilizada en este proceso pone el énfasis en la planificación como un proceso iterativo.¹⁶

El proceso de planificación con enfoque de género no es simple, dado que involucra un cambio de actitudes, una transformación social donde los procesos se sustenten en la negociación y el debate respecto a la redistribución de recursos de poder dentro de los hogares, la sociedad civil, el estado y el sistema global.

Para la planificación de género se identifican 6 herramientas básicas.¹⁶ 1) identificación de roles de género, 2) ponderación de las diferencias de género en el acceso y el control sobre recursos; 3) evaluación de necesidades de género 4) balance de roles y planificación intersectorial; 5) la relación entre roles y necesidades, 6) incorporación de grupos de interesadas(os) en el proceso de planificación.

La planificación con enfoque de género está vinculada con la existencia de una voluntad y una política dirigida a lograr un desarrollo de la salud equitativo y sustentable: donde hombres y mujeres por igual participen conscientemente en el proceso de negociación y toma de decisiones.

Organización de los servicios de salud

La atención en salud y su calidad resultan expresión de políticas que reflejan y refuerzan los patrones culturales y sociales. Las políticas para el cambio en la calidad de los servicios, tienen que ver con transformaciones culturales que modifiquen la actual aproximación a la salud y los estereotipos de género de quienes intervienen en el proceso de atención.¹⁷

La organización y calidad de los servicios, constituye un importante indicador del bienestar y el ejercicio de derechos, la calidad de la atención y de la prestación del servicio son elementos indisolubles en la potenciación de derechos, dignidad, autonomía y poder de mujeres y hombres.

Por lo general, los servicios de salud juzgan la atención que brindan en base a la mejoría en los índices de salud, disminución de la mortalidad o garantías de eficiencias con preeminente sesgo médico. No se incorpora el criterio de satisfacción de necesidades y el ejercicio de derecho de las/los usuarias/os; a lo más se mencionan

expresiones de satisfacción por parte de éstas, que al no analizarse con visión de género, no dan cuenta de que «quienes no deciden, ni desean, piden poco, lo que genera evaluaciones autocomplacientes».¹⁷

La organización de los servicios con un enfoque de género requiere que las/los involucradas/os en estos procesos conozcan como identificar e instrumentar las acciones para disminuir los efectos originados por las diferencias generadas por las inequidades de género en la prestación de los servicios de salud. Este abordaje en la organización de los servicios requiere el reconocimiento de las diferencias de necesidades que permita una asignación equitativa.

La calidad de la atención con enfoque de género debe incluir desde ofrecer un trato digno, la limpieza y señalización adecuada de los locales hasta la participación activa de los/las pacientes en las decisiones terapéuticas; en todos los casos las/los prestadoras/es de los servicios de salud tendrán en cuenta, para las normas de atención, los factores inherentes al condicionamiento de género.

La inclusión del enfoque de género en los servicios de salud se ha incrementado en las últimas décadas, con una direccionalidad hacia la salud femenina.¹⁷⁻²¹ Sin embargo, ya en algunos sectores de la literatura se trata el género como un proceso social que afecta la salud de ambos sexos.^{22,23}

Algunos autores precisan que los asuntos de salud y bienestar de los hombres debe ser más debatido, ya que mueren más jóvenes y entre las causas fundamentales de muerte se encuentran los accidentes y las asociadas con el estilo de vida (infartos, violencia, cáncer (esencialmente del pulmón), cirrosis hepática), también la drogodependencia, la tendencia a los abusos sexuales y los suicidios son mayores en ellos.^{24,25} Patricia Arés ha denominado²⁴ "patologías de la omnipotencia" a las

derivadas de las formas con que los hombres resuelven el malestar que les produce la vida cotidiana debido a la asignación del rol de género, competencia sexual "siempre óptima y sabia", crisis de identidad para dar respuesta a las nuevas exigencias y demandas de un reordenamiento en la distribución de tareas del hogar como fregar, limpiar las que no asumen como "propias" de su sexo; adición a éstas, el estrés sostenido, que en ocasiones genera, mantener a ultranza el rol de proveedor de la familia, y el no demandar "a tiempo" atención en salud a desmedro del menoscabo de su hombría...".

Entonces, se propone no restringir la categoría género solamente a lo femenino, sino que sea utilizada como herramienta conceptual, que enriquezca los marcos explicativos del proceso salud-enfermedad; que modifique el levantamiento de los perfiles epidemiológicos y recontextualice los procesos de planificación de acciones en salud. Para ello, es necesario considerar que las producciones culturales construidas sobre la diferencia sexual, mediante estereotipos, ideales, normas y regulaciones; tanto en usuarias/os como en prestadoras/es del sistema de salud, han condicionado esquemas de necesidades y demandas (con sesgo de género)^b, posibilitando, limitando o hasta impidiendo, riesgos y responsabilidades en los servicios,²⁶ que desde ahora exigen una respuesta efectiva para incrementar la calidad de la atención.

El sesgo de género afecta a uno y otro sexo en la investigación y la asistencia sanitaria; por una parte, se ha mantenido re-

petidamente la ausencia de cohortes femeninas y se han privilegiado los estudios biomédicos sobre el sexo masculino generando sus aplicaciones al sexo femenino, sin tener en cuenta la diversidad biológica; así también, se trata de diagnosticar y tratar patologías de predominio masculino (por ejemplo, la enfermedad coronaria) y no valorar en toda su dimensión el comportamiento para igual enfermedad en el sexo femenino,²⁷ cuando la brecha que existe del riesgo relativo de infartarse los varones en comparación con las mujeres disminuye con la edad.²³ Tampoco se ha incorporado de forma consciente que el machismo asignado y asumido en las culturas occidentales, coloca a los hombres en una posición singular de: ser fuerte, resistente al dolor, poder con todo, es decir, "ser hombre" que genera estereotipos de actuación frente al acceso y demanda de la atención, entre otros comportamientos, que conspiran contra la atención oportuna y rápida, y otras conductas de riesgo para la salud que han sido insuficientemente estudiadas.

La inclusión de la perspectiva de género en el perfeccionamiento de los servicios de salud requiere de:

La voluntad política de hacerlo.

Establecer una estrategia de formación de recursos humanos que incluya la perspectiva de género en la formación así como la capacitación de los actores de salud.

Reconocer la diversidad biológica y la inequitativa distribución del poder y de

^b El sesgo de género en medicina se está manifestando de tres formas distintas: en primer lugar partiendo de la suposición de que los problemas y riesgos para la salud de mujeres y hombres son iguales cuando no lo son; en segundo lugar partiendo de la base de que existen diferencias biológicas y psicológicas donde finalmente solo hay similitudes; y en tercer lugar partiendo de la suposición de que los problemas de salud son provocados sólo por la discriminación cultural y social, sin otras interferencias basadas en las diferencias biológicas. Los problemas de salud no son visibles, porque existe un sesgo inconsciente de que los problemas son similares entre hombres y mujeres y que es posible extrapolarlos. Desigualdades de Género en Salud Pública. Valls-Llobet C. CAPS. Barcelona. España 1999 (mecanuscrito).

cargas sociales asignadas en función del sexo.

Eliminar las actitudes de los/las médicos/as frente a los estereotipos de clasificación de las demandas de los problemas de salud según sexo (varones, demandas más serias; mujeres, demandas más emocionales).

Reconocer como marcadores de riesgo factores que desde el enfoque de género comprometen la salud de mujeres y hombres.

Incorporar la contribución de roles y funciones en la esfera de lo público y lo privado, de la vida cotidiana y de la articulación entre éstos para realizar el diagnóstico, clínico y epidemiológico, asumiendo la existencia de perfiles epidemiológicos de género.

Alcanzar la calidad en la atención y la prestación de los servicios de salud con enfoque de género potencia los derechos, la dignidad, la autonomía y el poder de los/las prestadores/as y es exponente de la calidad del desarrollo y del decoro con que una sociedad cuida de los suyos.

La evaluación de la situación de salud

La vigilancia de la situación salud con enfoque de género tiene como propósito acopiar, sistematizar, analizar y utilizar información que permita incorporar un enfoque de género a las acciones de planificación, organización y sistematización de la salud; que fortalezcan el diseño de políticas, de planes y programas, que puedan responder apropiadamente a las necesidades diferenciales por sexo, y contribuir a la reducción de las iniquidades de género en la salud y el desarrollo humano.

Para realizar una vigilancia epidemiológica con enfoque de género resul-

ta perentorio obtener información que permita delinear perfiles particulares de salud para mujeres y hombres, identificar entre los mismos, y detectar la presencia de iniquidades de género. La actual falta de información es debida a que con frecuencia no se incorpora en los instrumentos de recolección de información el desglose por sexo; y mucha veces cuando aparece se pierde en la tabulación, y no se utiliza propiamente en los análisis.²⁸

Para obtener y analizar información con perspectiva de género, es necesario partir del reconocimiento de la desigualdad entre los sexos, dentro y fuera del ámbito reproductivo biológico, incorporar más allá de un enfoque funcionalista el impacto del desempeño del roles, de sobrecargas sociales diferenciales, asignadas y asumidas sobre el proceso salud-enfermedad, tomar en cuenta las necesidades, contribuciones, los riesgos y las oportunidades particulares de cada sexo no sólo desde las diferencias biológicas, sino también, desde la forma en que se articulan las posiciones de mujeres y hombres en lo social, político y económico.

La vigilancia y análisis de la situación de salud requieren del delineamiento de perfiles de salud que identifiquen y analicen las diferencias por sexo y sus determinantes dentro de subgrupos poblacionales particulares; en este tipo de aproximación analítica se requiere no sólo de la identificación de las similitudes y las diferencias entre los sexos, sino también, de las variaciones intragénero, las que resultan de las diferencias en las condiciones de vida encaradas por los distintos grupos poblacionales.²⁸

Para incluir en los sistemas de vigilancia el enfoque de género es necesario 1) definir y seleccionar los problemas que serán objeto de vigilancia, 2) definir los indicadores que serán utilizados y las metodologías de recolección y análisis de

la información. Las formas propuestas pueden ser consultadas en bibliografía de carácter metodológico publicada al efecto.²⁸

³⁰ Tal propuesta es un nuevo reto que permitirá el perfeccionamiento de los sistemas y servicios de salud. El tema es abarcador y sobrepasa el margen del presente trabajo.

La incorporación de la perspectiva de género en el sistema de salud en Cuba

El sistema nacional de salud cuenta con importantes fortalezas que favorecen la incorporación de la perspectiva de género al sistema de salud:

- Como fortaleza esencial está la voluntad política del gobierno cubano, en concordancia con su proyecto de justicia social, de desarrollar una lucha tenaz para eliminar toda forma de discriminación y opresión por razones de clase, género y raza, expresados en la Resolución del Consejo de Estado que aprueba y pone en vigor el plan de acción nacional de seguimiento a la conferencia de Beijing.³¹ De esta manera, se establece como voluntad política la necesidad de analizar críticamente las políticas de salud existente a partir del examen selectivo de los programas y estrategias de salud, brindar particular atención a las estadísticas de morbilidad y mortalidad, analizar y formular los programas de salud con este enfoque, promover el desarrollo de investigaciones en el sector salud que consientan el perfeccionamiento de los servicios de la atención en salud incorporando los factores sociales, y en particular el condicionamiento de género, no como una variable de análisis sino con una nueva perspectiva de vida.

- La existencia de una organización femenina con participación en las decisiones estatales, la Federación de Mujeres Cubanas, que desempeña un papel relevante en la promoción del avance de la mujer en la conquista de sus verdaderos derechos;
- La introducción del Plan de acción nacional en el ministerio de Salud Pública, sobre todo por la Dirección nacional de estadísticas, también la incorporación del enfoque de género en algunos sectores de la formación y capacitación de recursos humanos en salud, esencialmente en el ámbito del postgrado y de la investigación científica de la Universidad médica, de la Escuela nacional de salud y de la Sociedad cubana de medicina familiar;
- La integración del Grupo coordinador de género y salud de la asociación latinoamericana de medicina social (ALAMES) adscripto a la Universidad médica.

También tenemos debilidades, la incorporación del género en la salud aún se encuentra en un nivel discursivo y falta la apropiación consciente en los decisores de salud, de la magnitud con que al género determina la salud y la enfermedad; el condicionamiento de género, se analiza como una variable más y no como real condición de vida, involucrada en las desigualdades en el acceso y distribución de los recursos; es insuficiente el reconocimiento de perfiles epidemiológicos de género en el análisis de la situación de salud y en el sistema de vigilancia epidemiológica. El Grupo de trabajo de género de la Organización Mundial de la Salud trazó como meta para el año 2002 "la igualdad y la equidad de género" para el Programa desarrollo y salud de las mujeres.³² Cuba, tiene mejores condiciones que cualquier otro país de la región de Las Américas para introducir, en toda su dimensión la perspectiva de género en el sistema de Salud.

Valga este marco de análisis para que muchos se sensibilicen en la necesidad y valoren la factibilidad de su introducción en la práctica.

Referencias bibliográficas

1. Castellanos, P.L. Sistemas Nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. (Documento de Trabajo). Mayo 1991.
2. Breilh J. La salud-enfermedad como hecho social. En: Betancourt O, Breilh J, Campaña A y Granda E. Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras. Colección Fin de Milenio. Serie medicina Social. Universidad de Guadalajara, México. 1991.
3. Morales Calatayud F. Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. Editorial Científico Técnica. La Habana, Cuba. 1999.
4. Pérez Lovelle R. La psiquis en la determinación de la salud. Editorial Científico- Técnica. La Habana. 1987.
5. Gómez Gómez E. Introducción. En: Mujer, Salud y Desarrollo. Publicación Científica No. 541. OPS/OMS. Washington, D.C. 1993.
6. Artiles L, Navarro D, Manzano BR. Impacto de los procesos sociales en el climaterio. En: González Campos O, Arteaga Urzúa E, Contreras Castro P, Menopausia y Longevidad. Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio. 1998.
7. Organización Panamericana de la Salud. Definiciones Sexo-Género. En: Taller de Capacitación en Género, Salud y Desarrollo. Mayo 2-5. La Habana, Cuba. 1995.
8. Vlassoff C. And Bonilla E. Gender-Related Differences in the Impact of Tropical Diseases on Women. What do we know? Journal of Biosocial Sciencia, 1999, 26:37-53.
9. Liverpool School of Tropical Medicine. Department for Interntional Development. Gender Health Group. Guidelines for the analysis of Gender & Health. January 1999.
10. Lorenzo F. Mujer, ciudadanía y políticas públicas. En: Género y sociedad. Centro de Estudios del Género. Volumen 3. Número 2. Septiembre-Diciembre. 1995.
11. Méndez E. Políticas públicas a favor de las mujeres en España: un proceso democrático inacabado. En: Quadern CAPS. CAPS. Barcelona, España. 1996.
12. _____. Follow-up to de Fourth World Confernces on Women: implementation of strategic objectives and action in the critical areas of concern. 1-12 March. 1999.
13. OPS/OMS. Infome Final 18ª Sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, Washington, D.C. 8-9 de Febrero. 1999.
14. United Nations. División for the Advancements of Women. Women and Health. Mainstreaming the Gender Perspective into Health Sector. Expert Group Meeting. 28 Septiember -2 October. 1998.
15. Acosta Vargas G. El caso de Colombia en el contexto andino. En: Vargas Valiente V (Editora). Caminos a Beijing. IV Conferencia Mundial de la Mujer en América Latina y el Caribe. Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristan". Perú. 1998.
16. Moser C. Gender Planning and Development, 1993. (Modificado y adaptado por PWD para talleres de entrenamiento de género). En: Taller de Capacitación en Género, Salud y Desarrollo, Mayo 2-5. La Habana. Cuba. 1995.
17. Matamala MI, Berlagosky F, Salazar G, Nuñez L. Calidad de atención en salud reproductiva desde un enfoque de género. Investigación cualitativa con mujeres beneficiarias del servicio de salud occidente de la Región Metropolitana. Santiago de Chile. 1998.
18. Federación de Planificación Familiar de España (FPFE). Cooperación en salud con perspectiva de género. 1997.
19. Costa AM: Desenvolvimento e implementaVao do PAISM no Brasil. Em: Giffin D. e Hawker Costa S. (Organizadoras) Questoes da Saúde Reprodutiva. Editora FIOCRUZ. 1999.
20. Pires Lucas AF e Bilma Schraiber. Violencia de Género, Saúde Reprodutiva e ServiVos. En: Giffin D. e Hawker Costa S. (Organizadoras) Questoes da Saúde Reprodutiva. Editora FIOCRUZ, 1999.
21. Prado Valladares D. AVôes de contracepVão e assistência ao parto: a experiênciã do Rio de Janeiro. Em: Giffin D. e Hawker Costa S. (Organizadoras) Questoes da saúde Reprodutiva. Editora FIOCRUZ, 1999.
22. Pittman P. Equidad de género en ladimensión oscioemocional de la calidad de atención en salud: el caso de hipertensión y diabetes en sectores urbanos-marginales en Argentina. En: Relatoría de la Oficina de Trabajo: Género y Salud Colectiva. VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Buenos Aires, Argentina. 1997.
23. Tajer D. Sobremortalidad masculina a edad temprana: varones, género y enfermedad cardiovascular (1). En: Relatoría de la Oficina de Trabajo: Género y Salud Colectiva. VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Buenos Aires, Argentina. 1997.

24. Arés P. Virilidad: conocemos el costo de ser hombre. Universidad de la Habana. 1997 (material de estudio).
25. Guerrero Borrego N. Género y diversidad: desigualdad, prejuicios y orientación sexual en Cuba. En: Temas No. 1998.
26. Zaldúa G y Fabi G. Salud, género y prevención: necesidades, espacios y demandas. En: Relatoría de la Oficina de Trabajo: Género y Salud Colectiva. VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Buenos Aires, Argentina. 1997.
27. Valls-Llobet C. El impacto de género en la salud física y mental de las mujeres. En: Salud y servicios Sociales. Barcelona. España. 1998.
28. OPS/OMS. División de Salud y Desarrollo Humano. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Propuesta de desarrollo de indicadores básicos para el análisis y la vigilancia de la situación de salud de las mujeres, y del comportamiento de los diferenciales por sexo en salud. Primera etapa: selección de problemas. Washington D.C., Febrero. 1997 (Documento para discusión).
29. OPS/OMS. Comité ejecutivo del Consejo Directivo. subcomité especial sobre la mujer, la Salud y el Desarrollo. 13ª Reunión. Propuesta de un sistema regional de monitoreo y evaluación de la situación de salud de la mujer y los diferenciales entre los sexos. Washington, D.C. 5-7 de abril 1993.
30. ECLAC. Economic Commission for Latin America and The Caribbean. Gender Indicators for follow-up and evaluation of the Regional Programme of Action for the Women of Latin America and the Caribbean, 1995-2001, and the Beijing Platform for Action. Santiago de Chile. 1999.
31. Consejo de Estado de la República de Cuba. Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing. 7 de Abril de 1997. Gaceta Oficial de la República de Cuba. 5 de Mayo de 1997.
32. World Health Organization (WHO). Gender and Health: technical paper. In: Women's Health and Development. Switzerland. 1998.