

**Escuela Nacional de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública**

**Construcción de indicadores sintéticos para medir diferencias de género en
el contexto social cubano.**

Autora: Dra Ileana Elena Castañeda Abascal MSc.

Tutora: Dra. Leticia Fernández Garrote PhD.

Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias de la Salud

La Habana

2005

Dedicatoria

A mi hijo y a mi esposo
que son lo más importante de mi vida,
y parte de este empeño

A mis padres,
que aunque no están,
su recuerdo siempre me impulsa

AGRADECIMIENTOS

En este momento temo no mencionar a alguien que me haya ayudado o apoyado en esta empresa. No obstante, voy a hacer un esfuerzo.

A los primeros que quiero mostrar gratitud es a mi familia, mi hijo y mi esposo que son coautores de este trabajo, aunque no aparezcan en los créditos. Me han ayudado a cruzar todas las barreras que encontré, desde la comprensión por las horas robadas a ellos, por soportar los desesperos propios de este derrotero, hasta la ayuda técnica en la confección del trabajo. Sin ellos, no hubiera podido llegar hasta aquí.

Agradezco sinceramente a mi tutora, la Dra C. Leticia Fernández Garrote por haberme regalado parte de su tiempo y por sus sabias orientaciones que permitieron perfeccionar la memoria escrita de esta investigación.

Gracias a la dirección de la ENSAP por el apoyo brindado para la terminación de este trabajo.

No puedo postergar más, nombrar a mis compañeros de la Vicedirección de Ciencia y Tecnología, comenzando por nuestra jefa la Dra. Nereida Rojo y todos los que han trabajado o están trabajando actualmente en la misma, quienes junto al resto de los colegas de la ENSAP, me dieron ánimo, sugerencias y grandes ideas.

Conté con la ayuda de mis amigas de la Biblioteca en la búsqueda oportuna de literatura sobre el tema y en la importante asesoría recibida para la confección de la Bibliografía.

Quiero agradecer a mis colegas de Bioestadística, en quienes encontré, como siempre, a excelentes colaboradores y críticos. Hubo algunos que me acompañaron de cerca en esta investigación como la Dra. María Elena Astraín Rodríguez que dejó su profunda huella en este trabajo, la Dra Julia Pérez Piñero que participó también en una parte del estudio, la Dra. Miriam Gran Álvarez que me inspiró en

esta línea de investigación. Fue muy importante también la participación de los residentes y alumnos de las maestrías que desarrollaron tareas de este trabajo. Incluyo en este grupo a la Dra Aida Rodríguez Cabrera por la gran cooperación que recibí de ella.

Doy las gracias al filólogo y sociólogo Israel Albala que me revisó el informe final y he hizo importantes sugerencias.

Brindo mi reconocimiento a mis amigos que me han acompañado a lo largo de este camino.

Gracias a todos

SÍNTESIS

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 que conducen al establecimiento de desigualdades e inequidades. Existe la necesidad de disponer de procedimientos cuantitativos que permitan la medición de las diferencias entre mujeres y varones, como punto de partida para el análisis con perspectiva de género.

En esta investigación se construyeron indicadores sintéticos a los que se les denominaron "Índices de Igualdad", capaces de medir las diferencias entre mujeres y hombres en las etapas del ciclo vital de 14 a 19 años, 20 a 49 años, 50 a 64 años y 65 años y más, para el contexto social cubano. Se realizó una caracterización inicial de las relaciones de género en tres tipos de población: residentes en territorios con condiciones de vida diferentes, población homogénea según profesión y etapas del ciclo vital. A partir de lo cual, se seleccionaron los aspectos de la vida que marcaron con más fuerza las diferencias de género en cada periodo estudiado de la vida, que se midieron a través de los indicadores intermedios que componen los Índices de Igualdad. Se desarrolló el algoritmo de estimación y la validación de los indicadores construidos para cada grupo de edad. El enfoque general de la investigación se basó en concepción materialista y dialéctica del mundo y el condicionamiento histórico social de la interacción entre mujeres y varones. Se utilizaron procedimientos de investigación cuantitativos y cualitativos que permitieron dar respuesta a los Objetivos propuestos. Se respetaron los aspectos éticos propios de este tipo de estudio.

La caracterización de los patrones de género dio como resultado que el espectro de aspectos de la vida que producen diferencias entre los sexos es amplio, transita por los problemas de salud, la división sexual del trabajo, la subjetividad y la macroeconomía. Los aspectos de la vida que fueron

los medidos a través de los indicadores intermedios de cada Índice de Igualdad se dirigieron principalmente hacia los aspectos fenomenológicos del concepto. Los Índices de Igualdad permiten visualizar, de manera resumida, la situación las relaciones de género en los territorios estudiados y se mueve entre 0 y 1. Se comprobó que los Índices de Igualdad miden el concepto para el que fueron creados en el contexto cubano.

ÍNDICE

| | Pag. |
|--|------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| I. REFLEXIONES TEÓRICAS SOBRE EL GÉNERO Y SU MEDICIÓN | 12 |
| 1.1. Enfoque de género | 12 |
| Origen de la opresión de la mujer | 16 |
| 1.2. Sistema teórico sexo-género | 19 |
| Identidad de género | 22 |
| Características de la categoría analítica de género | 24 |
| 1.3. Inequidad y desigualdad de género | 24 |
| Aspectos de la vida donde se manifiestan las diferencias de género | 26 |
| Diferencias de género en etapas del ciclo vital | 36 |
| 1.4. Género y salud | 38 |
| 1.5. Medición de diferencias de género | 45 |
| Consideraciones sobre las condiciones de vida para el diseño de indicadores de género | 47 |
| II. MATERIAL Y MÉTODO | 53 |
| 2.1 Caracterización de las relaciones de género | 53 |
| En territorios de residencia con diferentes condiciones de vida | 53 |
| En una profesión homogénea | 59 |
| En etapas del ciclo vital | 63 |
| 2.2. Selección de aspectos de la vida que se medirán a través de los indicadores intermedios | 66 |
| 2.3. Estimación de los Índices de Igualdad | 69 |
| 2.4. Validación de los Índices de Igualdad | 72 |
| Aspectos Éticos | 73 |
| III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 75 |
| 3.1. Caracterización de las diferencias de género | 75 |
| 3.2. Selección de los indicadores intermedios | 91 |
| 3.3. Estimación de los Índices de Igualdad | 94 |
| 3.4. Validación de los Índices de Igualdad | 97 |

| | |
|---|-----|
| CONCLUSIONES | 103 |
| RECOMENDACIONES | 105 |
| Bibliografía | |
| Referencias Bibliográficas | |
| Bibliografía Complementaria | |
| Bibliografía de la autora sobre el tema de la tesis | |
| Anexos | |
| Anexo 1 Instrumentos | |
| Anexo 2 Tablas | |

ANEXO 1. Instrumentos

ANEXO 1A. Grupo de Discusión para Directores Municipales

ANEXO 1B. Encuesta De Género Y Salud

ANEXO 1C. Encuesta De Género

ANEXO 1D. Entrevista. Grupo de 14 a 19 años

ANEXO 1E. Variables del instrumento. Preguntas y puntuación. Grupo de 14 a 19 años

ANEXO 1F. Entrevista. Grupo de 20 a 49 años

ANEXO 1G. Variables del instrumento de 20 a 49 años, preguntas a que corresponden y puntuación.

ANEXO 1H. Entrevista del Grupo de 50 a 64 años

ANEXO 1I. Relación de variables del instrumento del grupo de edad de 50 a 64 años, preguntas y puntuación.

ANEXO 1J. Entrevista. Grupo de 65 años y más

ANEXO 1K. Variables del instrumento, preguntas y puntuación. Grupo de edad de 65 años y más.

ANEXO 1L. Consulta a informantes claves para seleccionar territorios con diferentes condiciones de vida

ANEXO 1M. Guía de entrevista. Grupos de Discusión para la validación

ANEXO 1N Consentimiento Informado

ANEXO 2 Tablas

- Tabla I. Residentes en las Áreas de Salud Reina y Boyeros según variables socio económicas, sexo y áreas de salud.
- Tabla II. Residentes en las Áreas de Salud Reina y Boyeros según variables del rol productivo, sexo y área de salud.
- Tabla III. Residentes en las Áreas de Salud Reina y Boyeros según variables de rol reproductivo, sexo y área de salud.
- Tabla IV. Residentes en las Áreas de Salud Reina y Boyeros según variables del rol comunitario, sexo y área de salud.
- Tabla V. Residentes en las Áreas de Salud Reina y Boyeros según percepción de enfermedades y hábitos tóxicos, sexo y área de salud.
- Tabla VI. Residentes en Reina y Boyeros según variables relacionadas con la salud, sexo y áreas de salud
- Tabla VII. Cirujanos según variables socioeconómicas y sexo.
- Tabla VIII. Cirujanos según variables del rol productivo y sexo.
- Tabla IX. Cirujanos según variables del rol reproductivo y sexo.
- Tabla X. Cirujanos según variables del rol comunitario y sexo.
- Tabla XI. Cirujanos según hábitos tóxicos, percepción de enfermedades y manifestaciones y sexo
- Tabla XII. Cirujanos según variables relacionadas con la salud y sexo.
- Tabla XIII. Cirujanos según participación en actividades recreativas y sexo.
- Tabla XIV. Resultados del Análisis Factorial Discriminante. Grupo de 14 a 19 años.
- Tabla XV. Resultados obtenidos por el Análisis Factorial Discriminante. Grupo de 20 a 49 años.
- Tabla XVI. Resultados obtenidos por el Análisis Factorial Discriminante. Grupo de Edad de 50 a 64 años.
- Tabla XVII. Resultados del Análisis Factorial Discriminante. Grupo de edad 65 años y más.
- Tabla XVIII. Índices de Privación de Igualdad (IPI). Grupo de 14 a 19 años.
- Tabla XIX. Privación de Igualdad Relativa (PIR) e Índice de Igualdad (II) según territorios. Grupo de 14 a 19 años.

Tabla XX. Resumen de los cálculos realizados en la determinación de los Índices de Privación de Igualdad. Grupo de 20 a 49 años.

Tabla XXI. Privación de Igualdad Relativa (PIR) e Índices de Igualdad (II) según territorios. Grupo de Edad de 20 a 49 años.

Tabla XXII. Resumen de los cálculos realizados en la determinación de los Índices de Privación de Igualdad (IPI). Grupo de edad 50 a 64 años.

Tabla XXIII. Privación de Igualdad Relativas (PIR) e Índices de Igualdad (II) según territorios. Grupo de edad 50 a 64 años.

Tabla XXIV. Índice de privación de Igualdad según variables y territorios. Grupo de edad 65 años y más.

Tabla XXV. Privación de Igualdad Relativa (PIR) e Índice de Igualdad (II) según territorios. Grupo de Edad de 65 años y más.

Tabla XXVI. Índices de Igualdad obtenidos en la validación según territorios y grupos de edad

SÍNTESIS

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 que conducen al establecimiento de desigualdades e inequidades. Existe la necesidad de disponer de procedimientos cuantitativos que permitan la medición de las diferencias entre mujeres y varones, como punto de partida para el análisis con perspectiva de género.

En esta investigación se construyeron indicadores sintéticos a los que se les denominaron “Índices de Igualdad”, capaces de medir las diferencias entre mujeres y hombres en las etapas del ciclo vital de 14 a 19 años, 20 a 49 años, 50 a 64 años y 65 años y más, para el contexto social cubano. Se realizó una caracterización inicial de las relaciones de género en tres tipos de población: residentes en territorios con condiciones de vida diferentes, población homogénea según profesión y etapas del ciclo vital. A partir de lo cual, se seleccionaron los aspectos de la vida que marcaron con más fuerza las diferencias de género en cada periodo estudiado de la vida, que se midieron a través de los indicadores intermedios que componen los Índices de Igualdad. Se desarrolló el algoritmo de estimación y la validación de los indicadores construidos para cada grupo de edad. El enfoque general de la investigación se basó en concepción materialista y dialéctica del mundo y el condicionamiento histórico social de la interacción entre mujeres y varones. Se utilizaron procedimientos de investigación cuantitativos y cualitativos que permitieron dar respuesta a los Objetivos propuestos. Se respetaron los aspectos éticos propios de este tipo de estudio.

La caracterización de los patrones de género dio como resultado que el espectro de aspectos de la vida que producen diferencias entre los sexos es amplio, transita por los problemas de salud, la división sexual del trabajo, la subjetividad y la macroeconomía. Los aspectos de la vida que fueron

los medidos a través de los indicadores intermedios de cada Índice de Igualdad se dirigieron principalmente hacia los aspectos fenomenológicos del concepto. Los Índices de Igualdad permiten visualizar, de manera resumida, la situación las relaciones de género en los territorios estudiados y se mueve entre 0 y 1. Se comprobó que los Índices de Igualdad miden el concepto para el que fueron creados en el contexto cubano.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

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 explicó las diferencias entre mujeres y hombres desde el análisis de los comportamientos sexuales. 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. Las luchas feministas dirigidas al logro de las reivindicaciones de la mujer condujeron al asentamiento del feminismo académico que ha sido otra fuente importante para la consolidación de esa teoría.

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, 13}

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.¹⁴⁻¹⁶

En la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada en Nueva York, entre junio y julio de 1999, se evaluó el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, después de cinco años de ejecución; en la misma, se exhortó a la comunidad científica a focalizar sus esfuerzos en el diseño y utilización de indicadores capaces de medir la situación de salud en general y la reproductiva en particular. Otra de las propuestas fue la planificación de servicios de salud más equitativos, donde las mujeres y los hombres pudieran recibir atención diferenciada de acuerdo a las necesidades particulares de cada sexo, en cada momento del ciclo vital.²

Actualidad y novedad

El carácter subjetivo de las relaciones entre los sexos, ha demandado la realización de estudios de corte cualitativo con la finalidad de profundizar en los aspectos de la vida donde se producen las diferencias entre mujeres y hombres. No obstante, se ha lanzado una convocatoria a la comunidad científica mundial para incorporar modelos cuantitativos de investigación en el abordaje de género. Dentro de esos procedimientos se encuentran la creación de los indicadores capaces de medir las diferencias entre mujeres y hombres en la cuanto a la salud y el bienestar en contextos sociales definidos.^{2, 17- 21}

La medición del concepto de género o de alguno de sus componentes es extremadamente difícil por su gran complejidad; de ahí, que sean de mucha utilidad la aplicación de los indicadores que resumen o engloban un conjunto de aspectos relacionados con las diferencias de género. Estos indicadores son nombrados por muchos autores como "indicadores sintéticos".^{22- 26}

En la literatura aparecen ejemplos de indicadores sintéticos: el Índice de Potenciación de Género (IPG) que explora diferencias entre los sexos en cuanto a decisión y participación en políticas, el Índice de Desarrollo de Género (IDG) que está compuesto por la relación entre mujeres y hombres en cuanto a la esperanza de vida al nacer, la alfabetización en adultos, la matrícula a nivel medio y superior, el producto interno bruto, los salarios y la población económicamente activa y el Índice de Inequidad Básica de Género (IBG) que resume de manera relacionada entre mujeres y hombres el acceso a los bienes básicos de educación, empleo y poder.^{22, 23, 27}

Los resultados de investigaciones que han empleado estos indicadores han situado a Cuba en posiciones ventajosas con relación a los países subdesarrollados del continente, debido a que el Estado Cubano ha realizado grandes esfuerzos por eliminar las injusticias sociales. La

discriminación entre hombres y mujeres ha disminuido ostensiblemente sobre todo en lo relacionado con la macroeconomía debido al logro alcanzado en muchas esferas, por ejemplo: la escolaridad, el trabajo, el derecho de hombres y mujeres a recibir el mismo salario cuando se desempeña una labor común.

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.^{28, 29}

En otras esferas de actuación, la presencia femenina se mantiene en niveles más bajos. Las mujeres representan el 30,1% de los militantes del partido y el 27,6% de los miembros del parlamento cubano. 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.^{28,30}

Cuba ha sido, en los últimos cuarenta 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.³¹ La condición patriarcal de esta sociedad se evidencia en su organización sexista.

Aunque las mujeres han asumido roles sociales que les han proporcionado niveles visibles de independencia y poder, la posición dominante del hombre dentro de la familia y en el marco más amplio de la sociedad se mantiene como una realidad preconcebida. Prevalece la concepción de que las mujeres tienen que asumir el rol "natural" del cuidado del hogar y la familia, como primera responsabilidad. Existen, por tanto, aspectos de la vida, relacionados con la cotidianidad, donde se manifiestan desigualdades entre los sexos, que no son reflejados a partir de los indicadores de género publicados hasta el momento.

Las inequidades de género se manifiestan de manera diferente de acuerdo a las formas de pensar y vivir que asumen las mujeres y los hombres de una sociedad, en dependencia de los factores sociales, culturales y económicos que la condicionan.^{3. 32} Esto explica el hecho de que a pesar de que en Cuba, exista una política encaminada a la igualdad entre todos los miembros de la sociedad, ya sean de un sexo u otro, de cualquier raza o edad, prevalecen diferencias de género explicadas por desigualdades injustas o inequidades.

Por lo anteriormente expuesto, el **Problema Científico** que motivó la realización de esta investigación fue la inexistencia de un sistema de indicadores propios del contexto social cubano, como instrumentos útiles para la profundización del conocimiento acerca de las diferencias de género.

Los indicadores de género se expresan a través de un valor que marca la distancia entre las mujeres y los varones que depende del contexto histórico, social y económico donde han sido aplicados. Los indicadores sintéticos de género, construidos en esta investigación, están conformados a su vez, por un conjunto de indicadores intermedios que expresan los aspectos de la vida que marcan con más fuerza las diferencias entre los sexos.

El lugar de residencia, la ocupación y la edad son aspectos de la vida que han sido considerados importantes, por algunos autores, ya que en ellos, se han evidenciado particulares relaciones de género.^{30, 32} Razón por la cual, son elementos considerados como básicos para la construcción de los indicadores que se desarrolla en esta investigación.

La comunidad de residencia es el lugar donde se expresa, más nitidamente, la cotidianidad de las personas que 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, 33} 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 nuestro país. 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 Cuba, en las que se ha abordado la influencia del género en la salud de la mujer y en su sexualidad; otros investigadores han enfatizado el estudio de las inequidades 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.³⁴⁻³⁷

Por ser la rama de la cirugía, dentro de las especialidades médicas, una de las actividades consideradas por muchos, como afín a los hombres, se consideró oportuno seleccionar esta esfera ocupacional para explorar a una población homogénea, según profesión.

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.

38, 39

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 enfermarse o morir por causas violentas y el consumo de drogas y alcohol.^{40, 41}

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.^{42, 43}

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 cerebro vascular, osteoporosis, incontinencia urinaria, artritis reumatoide y trastornos depresivos.

Aportes de la investigación

La construcción de indicadores que permitan medir las diferencias de género en contextos socio económicos determinados es un área de investigación de gran actualidad científica. En nuestro país, el análisis de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los "Índices de Igualdad" construidos en esta investigación, permite profundizar en los factores que conducen a las desigualdades e inequidades y a la planificación de acciones encaminadas a eliminarlas o

disminuirlas, de acuerdo a los requerimientos de cada etapa de la vida, además de que constituyen herramientas científicas útiles para el desarrollo futuro de la investigación en esta esfera.

Los principales aportes de esta investigación se refieren a:

- Profundización de los conocimientos sobre las características de las relaciones de género en el contexto social cubano.
- Propuesta de una metodología para la construcción de indicadores sintéticos de género.
- Propuesta de un sistema de indicadores sintéticos denominados "Índices de Igualdad".

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Construir indicadores sintéticos que midan diferencias de género en el contexto social cubano.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar las relaciones de género en territorios diferentes, profesión homogénea y etapas del ciclo vital.
2. Seleccionar los aspectos de la vida más importantes, dentro de los identificados en la caracterización de las relaciones de género.
3. Desarrollar el algoritmo para la estimación de los indicadores sintéticos.
4. Validar los indicadores sintéticos construidos

Estrategia metodológica

La tesis recorre el quehacer científico de la autora en el tema de género y salud que se desarrolló entre 1997 y el 2004. Sus resultados parciales han sido divulgados en 15 publicaciones y presentados en 17 eventos científicos nacionales e internacionales. El proyecto de investigación fue aprobado dentro del Programa Ramal de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del MINSAP porque sus resultados contribuyen al perfeccionamiento de la gestión del sector.

La investigación se clasifica como de desarrollo porque el aporte científico se refiere a la creación de nuevas tecnologías, sustentadas en la profundización teórica que se realiza sobre el tema.

El enfoque general de la investigación se basó en la concepción materialista y dialéctica del mundo y en el condicionamiento histórico y social de la interacción entre mujeres y hombres. El fundamento teórico del problema abordado se logró a través del método lógico abstracto y los objetivos propuestos se alcanzaron a través del método de análisis y síntesis a partir de las revisiones bibliográficas y documentales realizadas y de la aplicación de métodos cualitativos y cuantitativos de investigación.

El primer momento de la investigación exploró la presencia de las diferencias entre mujeres y hombres en los espacios donde los patrones de género tienen características particulares como son las zonas de residencia con condiciones de vida diferentes, la profesión y las etapas del ciclo vital, en el contexto social cubano. La identificación de las diferencias significativas entre los sexos de los residentes en territorios con distintas condiciones de vida, las diferencias significativas entre territorios, en cuanto a las relaciones de género y las diferencias significativas entre mujeres y hombres que realizan una profesión común se logró con la aplicación de encuestas y la utilización de técnicas estadísticas, como porcentajes para resumir la información y pruebas de hipótesis de homogeneidad y comparación de dos proporciones. Se utilizaron métodos cualitativos de investigación, como grupos de discusión y grupos nominales para la determinación de territorios con condiciones de vida diferente y para la identificación de los aspectos de la vida que producen diferencias entre mujeres y hombres en las etapas del ciclo vital estudiadas.

El segundo momento se dirigió a la selección de los aspectos de la vida, marcadores de las diferencias de género, dentro de los encontrados en el paso anterior. Estos aspectos fueron los que

se midieron a través de los indicadores intermedios que componen los Índices de Igualdad. Se utilizó el análisis factorial discriminante como método cuantitativo que permitió identificar los que discriminan significativamente entre mujeres y hombres.

El tercer momento estuvo dirigido a la elaboración y aplicación de los indicadores sintéticos. El procedimiento de estimación de estos indicadores está inspirado en el del Índice de Desarrollo Humano.²³

Finalmente se validaron los Índices de Igualdad a través de su estimación en dos momentos distintos en territorios con diferentes condiciones de vida. Además, se realizaron grupos de discusión en un territorio rural para comprobar que los aspectos de la vida que componen los Índices de Igualdad miden también el concepto en ese contexto.

Se respetaron los aspectos éticos que exige una investigación de este tipo. Se tomó en consideración la voluntariedad de participación de los sujetos participantes, la privacidad de la información brindada y la confidencialidad de los datos del estudio.

La **estructura de la tesis** cuenta con la introducción que contiene los objetivos, seguidos por los capítulos relacionados con el marco teórico, el material y método, donde se incluye la forma en que se garantizó el cumplimiento de los aspectos éticos de la investigación. En el capítulo final se presentan los resultados y la discusión de este estudio. Finalmente aparecen las conclusiones que pretenden expresar la generalización del conocimiento alcanzado. El Anexo 1 muestra los instrumentos de recogida de la información y el Anexo 2 contiene Tablas y resultados que permiten la comprensión del informe final. Se adjuntan las Referencias Bibliográficas, que se acotan en el texto y la Bibliografía Complementaria.

Capítulo I. REFLEXIONES TEÓRICAS SOBRE EL GÉNERO Y SU MEDICIÓN

En este capítulo se presentan los elementos teóricos que sustentan la medición de las diferencias de género, propósito central de la tesis. Se parte de los orígenes del enfoque de género y se transita por las definiciones y características más importantes, lo que permitió la comprensión del concepto que se pretende medir.

La salud de cada sexo es el producto social elaborado a partir de las exigencias que la sociedad acepta para pensar y actuar de forma femenina o masculina. El abordaje de género en salud permite la identificación de los riesgos y los daños que sufren mujeres y varones de manera particular. De ahí las formas de prevención y control específicos para cada uno.

1.1 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.^{40, 44-48}

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. Se comprendió que su situación de desventaja y subordinación respecto al acceso y control de los recursos que promueven el bienestar y el desarrollo no era solamente la condición de pobreza, sino las relaciones entre los sexos, en correspondencia con la organización genérica de las sociedades a favor del sexo masculino.³⁶

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" ...⁴⁹⁻⁵¹

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.⁵²⁻⁵⁴

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.⁵⁵ 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.⁵⁴

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. La mayor parte de las personas logran corresponder a dichas características psicológicas y actuar de acuerdo a los tipos que la sociedad necesita para funcionar; no obstante existen otros casos, en los que no se habían dado una serie de factores y las personas no alcanzan lo que las sociedades exigen.^{53, 56}

A principio de la década de los 50, 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 del 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.^{55, 57} 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 del 60 del siglo XX, cuyo propósito fundamental ha sido alcanzar mejores niveles de vida para la mujer e igualdad entre los dos sexos. Estas luchas han dado como resultado, reivindicaciones notables para la mujer, como la aprobación del voto para ellas, en muchos países del mundo y de leyes que igualen los derechos de mujeres y hombres.^{55, 58} Sin embargo, la igualdad jurídica no cambió la situación de desventaja y opresión de la mujer porque se necesita, además, que todos los individuos tengan las mismas oportunidades de solucionar sus necesidades y alcanzar sus aspiraciones, lo cual está condicionado por las formas de relación entre los seres humanos.

Durante mucho tiempo se le dio especial importancia a la connotación del sexo como un atributo biológico determinante, cuando se oyó, alrededor de 1949, la afirmación..." no se nace mujer, se llega a ser"...⁵⁹ Este fue un momento crucial en el pensamiento feminista porque se expuso la necesidad de un proceso de aprendizaje para alcanzar la definitiva identidad de la mujer, independiente del sexo.

El feminismo académico se consolida a partir de la década del 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.^{55, 60} En la región se están manifestando otras corrientes feministas como la postcolonial 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.^{46, 48, 51, 56, 61-66}

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".^{37, 67-69}

El feminismo académico también hizo transparente las diferencias entre lo privado y lo público, es decir, entre las relaciones que se originan en la vida doméstica y fuera de ella. Se hicieron visibles la violencia doméstica, el acoso sexual, la feminización de la pobreza y la exclusión de las labores domésticas en la economía del trabajo. A finales de la década de los 80 y a principios de la de los 90, se instalaron en muchos países del mundo instituciones que tienen como tarea fundamental los estudios sobre la mujer.

- Origen de la opresión de la mujer

Gayle Rubin expresó que el análisis de las causas de opresión de la mujer constituye la base de lo que habría que cambiar para alcanzar una sociedad sin jerarquía de género. El enfoque de género parte de la idea de que en la mayoría de las sociedades humanas, la mujer está en una situación de opresión respecto a los hombres.⁷⁰

Es bueno entonces, reflexionar acerca del origen de dicha opresión. Se ha tratado de explicar a través del marxismo: esta teoría sostiene que la mujer es la reserva de fuerza de trabajo para el capitalismo, donde los salarios de las féminas son generalmente más bajos, lo que proporciona más plusvalía. Además, las mujeres sirven al consumismo capitalista, e incluso, se ha señalado que existe relación entre el trabajo doméstico y la reproducción de la mano de obra. La labor doméstica es un elemento clave para la reproducción de la fuerza de trabajo, es preciso cocinar alimentos, coser ropa, cortar leña, pero, no se paga, lo que engrosa la plusvalía y contribuye al capital, que es el fundamento del capitalismo. Este enfoque explica la utilidad de las mujeres para el capitalismo, pero no el origen de la opresión sobre las mismas.⁷⁰ Si la opresión sobre las mujeres fuera solamente resultados de la producción del capital, no hubiera existido en otras formaciones socioeconómicas.

Psicoanalistas como Levi-Strauss y Sigmund Freud, sin proponérselo, dieron una explicación a las relaciones entre mujeres y hombres al hacer un profundo reconocimiento de la sexualidad en la sociedad y de las marcadas diferencias entre la experiencia social de ambos sexos. Se le atribuye a Freud una explicación biologista de este problema, centrado sobre todo en la presencia del pene en el sexo masculino y la ausencia en el sexo femenino. En la fase predipídica niños y niñas son bisexuales y sus inclinaciones libidinales son hacia la madre. Luego del reconocimiento de la tenencia del pene, los niños se apartan de la madre por miedo a la castración que pudiera provocarles el padre, pero seguros de poder satisfacer a una mujer. Las niñas se separan de la madre porque saben que no la pueden satisfacer y tras un sentimiento de envidia del pene, toman una actitud pasiva hacia el padre. Lacan trata de explicar este problema a través de la presencia o no del falo que es la simbolización del pene; por tanto, de lo que implica subjetiva y socialmente la castración.^{58, 70} No consideramos en esta investigación que estos procesos sean los causantes de la

opresión de la mujer, sino más bien son mecanismos que algunos científicos han encontrado para explicar su situación desventajosa.

Las diferencias de género se originaron con el surgimiento de la división sexual del trabajo, cuando se ocupó a la mujer sobre todo en la realización de las tareas domésticas y a los hombres en trabajos más rudos y fuera del hogar como la caza, la agricultura y sobre todo en tareas de dirección, lo cual facilitó la acumulación de riquezas para los últimos y, por tanto, posiciones de subordinación para las mujeres.

Se le atribuye a Federico Engels la explicación del origen de la opresión de la mujer más allá de la discriminación legal, la división sexual del trabajo y el poder de la propiedad privada. Según este autor, los hombres adquirieron las riquezas, sobre todo en forma de rebaños y quisieron pasarlas en herencia a sus hijos, sin embargo, no estaban seguros acerca de la paternidad debido a que, los seres humanos, se aparean para satisfacer el deseo sexual y no sólo para procrearse. Esto hizo que los hombres anularan el derecho materno en favor de la herencia patrilínea, controlaran la sexualidad de las mujeres a través del matrimonio y las confinaran al trabajo dentro del espacio del hogar. La mujer fue convertida en esclava de la lujuria del hombre y mero instrumento de la producción de hijos; se consolida así la organización patriarcal que se sustenta en el matrimonio y el parentesco, haciendo que esa mínima unidad económica, posea por lo menos un integrante de cada sexo.^{55, 60, 70} La autora concuerda con el criterio de que el origen de la opresión de la mujer estuvo en el derrocamiento del derecho materno y la derrota histórica mundial del sexo femenino.

El parentesco se refiere a una imposición cultural sobre los hechos de procreación biológica. Es organización, lo que implica poder, el cual se encuentra dominado por los hombres. Asume la presencia de la sexualidad, por lo que siempre están involucrados, mujeres y hombres y sus

destinos sociales diferenciados. Los sistemas de parentesco se construyen sobre una teoría de opresión sexual, patriarcal, a través del matrimonio. Esta es una forma básica de intercambio de regalos, en el que las mujeres constituyen el más precioso de ellos y donde se establecen lazos entre los participantes y con la descendencia.^{55, 70}

Al enfoque de género se arriba fundamentalmente, a través del conocimiento psicológico, antropológico y del feminismo académico y se logra entender a partir de la comprensión de la opresión histórica de la mujer. Se consolida dentro de la conciencia social, como una fuente de diferencia entre los seres humanos, a partir de los sexos.

1.2 Sistema Teórico Sexo - Género

Las corrientes del pensamiento psicológico y sobre todo el antropológico y el feminismo académico contribuyeron a la consolidación teórica del sistema sexo - género. A comienzos de la década del 70 del siglo XX, Gayle Rubin arribó a su primera definición del sistema que tuvo como antecedentes las ideas de autores como Federico Engels, que distinguió las diferencias entre los sistemas económicos y los sexuales y se definieron términos relacionados para cada uno como modos de producción y modo de reproducción respectivamente. Estos términos no resolvieron el problema totalmente porque en ambos modos hay procesos de producción y reproducción. Por ejemplo, la procreación para perpetuar la especie es un momento de reproducción mientras que la formación de la identidad de género es un momento de producción en el sistema sexual.⁷⁰

La definición de Gayle Rubin expresa que ...“toda sociedad tiene un sistema, de sexo - género, un conjunto de disposiciones por el cual la materia prima biológica del sexo y la procreación humana son conformadas por la intervención humana y social y satisfechas en una forma convencional, por extrañas que sean algunas convenciones”... Esta definición trata de explicar como el reino del sexo

es, en definitiva, un producto social. Ella identifica el reino del sexo como la identidad de género, el deseo y las fantasías sexuales y los conceptos de la infancia.⁷⁰ Aún en esta definición no hay claridad de lo que se entiende como sexo y género, al inclinarse hacia la explicación de la sexualidad.

Marta Lamas expresó que la propia Gayle Rubin autocriticó su propia definición argumentando que hay que deslindar analíticamente el sexo del género para delimitar su existencia social separada.⁵⁴

La definición actual de los vocablos sexo y género han necesitado de un proceso de transformación y maduración en correspondencia con el desarrollo de estudios y con la consolidación, tanto del enfoque, como de la perspectiva o punto de vista de género dirigidos a entender la existencia de diferencias entre ambos sexos y la necesidad de alcanzar la equidad entre mujeres y hombres para el desarrollo de la humanidad.

Todavía, en 1983, Huston afirmó..." el género es un hecho biológico básico, las mujeres pueden albergar hijos en su cuerpo, los hombres no"... tal criterio denotaba una forma de pensar extremadamente conservadora. Pocos años después, en 1988, Maccoby definió con más claridad, que el género es una categoría social, pero se continuó la utilización indistinta de los términos sexo y género. Sandra Bem, en 1989, empleó una acepción más actual cuando 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.⁷¹

El género surge a través de una construcción social que define lo masculino y lo femenino, a partir de los sexos biológicos, hasta establecer las relaciones de poder entre los mismos. 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. La autora asume la presente definición porque deslinda particularmente los aspectos objetivos o fenomenológicos del género, como la forma de manifestarse la identidad, sobre los que recae fundamentalmente, la presente investigación.

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

El género considera el conjunto de características diferenciales que cada sociedad asigna a las mujeres y a los hombres, que son vitales, definen la existencia de las personas, no son particularidades de tipo formal, sino conductas, formas de actuar y pensar que dan sentido a la vida y determinan en gran parte, la existencia de la misma. Es una categoría de análisis que explica los factores que conducen a las desigualdades entre mujeres y hombres; ha permitido desnaturalizar y destacar el carácter jerarquizado de las relaciones entre los sexos, construidos en cada cultura y por tanto, permite plantear las posibilidades de cambiar esa realidad. Las sociedades reconocen los géneros masculino y femenino, sobre los cuerpos sexuados, basados en un conjunto de cualidades y atributos vitales como parte de un proceso pedagógico que se enseña, se aprende y muchas veces se desobedece.^{55, 60, 72-74}

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 investigación 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, 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, 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, 54, 57}

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. Los factores sociales se manifiestan en la división sexual del trabajo, el acceso y control de los recursos y los beneficios que se obtienen de esa división. La categoría género aborda la dinámica de interdependencia y permite comprender si en un grupo social determinado, estas relaciones son de complementariedad, subordinación o equidad.

- Identidad de género

La identidad de género es la forma particular en que la personalidad asume su pertenencia a determinado sexo y actúa en correspondencia con este, en condiciones concretas de existencia, según las expectativas sociales transmitidas de generación en generación. Se ha descrito que la identidad de género se logra tras un complejo proceso de aprendizaje y consolidación que comienza desde los primeros años de la vida y concluye en la adolescencia temprana.^{11, 74-79}

Se describe en la literatura la existencia de tres instancias articuladas dirigidas a la instauración de la identidad de género. Cuando el niño llega al mundo o cuando se conocen los genitales a través de medios diagnósticos modernos, la sociedad le otorga un sexo de asignación. Se establecen expectativas familiares y sociales en cuanto al futuro rol sexual del recién nacido, es decir su sexo

social que incluye actividades, funciones, territorios, modos de vida, espacios, horarios, formas de pensar, formas de sentir, lenguajes, relaciones y poderes que habrá de incorporar, y moldeará su comportamiento masculino o femenino. Se determinará definitivamente el sexo psicológico o identidad de género cuya diferenciación se establece sobre todo en las edades de la niñez y se consolida posteriormente en la adolescencia temprana. La tercera instancia se refiere a las tareas o roles, responsabilidades, actividades que la sociedad y el propio individuo permiten realizar como proyección de la condición femenina o masculina.^{1, 57, 80} (En un momento posterior del presente capítulo se profundiza en los tipos de roles de género, sus características y en la forma de como producen las diferencias entre mujeres y varones).

La proyección individual ante la vida está dada por el establecimiento de la identidad de género, que indica la forma de pensar y de comportarse, así como las actividades o roles a desempeñar, de acuerdo al hecho de haber asumido la feminidad o la masculinidad.

El género a nivel individual es la subjetivización de las exigencias sociales de la raza, la clase que se construyen en cada persona a partir de su cuerpo y de sus experiencias. A nivel social, se construye a través de un proceso de comunicación e intercambio entre las personas acerca de los contenidos asignados y asumidos al mismo, a lo que se denomina representación social de género que está condicionado por el contexto socio histórico y la individualidad.^{55, 76}

La socialización diferencial establece lo que se considera importante para cada uno de los sexos, lo que condiciona, en gran medida, la autovaloración como la imagen que tienen hombres y mujeres de sí. Los hombres se realizan generalmente en función de ellos mismos, pendientes de su rendimiento social y sexual; las mujeres en dependencia de lo que son capaces de dar a los otros.⁸⁰⁻⁸²

Las sociedades esperan que los hombres se manifiesten de forma independiente, con imagen de dominio y de poder, lo que garantiza las relaciones jerárquicas de género.

- Características de la categoría analítica de género

El género se caracteriza por ser relacional, debido a que no se refiere a hombres y mujeres aisladamente, sino a las relaciones entre unos y otros y a la manera en que se construyen socialmente; es histórico ya que se nutre de elementos mutables en el tiempo y el espacio, por lo que es susceptible de modificarse mediante intervenciones; es ubicuo porque permea la micro y la macroesfera de la sociedad; es contextualmente específico porque se trata de una categoría particular, que posee sus principios y se relaciona con las ciencias sociales, la historia y la biología; es jerárquico porque la diferenciación que se establece entre hombres y mujeres, lejos de ser neutra, implica valoraciones que atribuyen mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con los varones.^{1, 8, 38, 41} Los indicadores sintéticos, construidos en esta investigación consideran dichas categorías para su estimación.

El sistema sexo - género tiene dos aristas definidas diferenciadamente y que a su vez se relacionan y articulan: el sexo y el género. El género posee características que lo distinguen de otras categorías de la ciencia. Se asume individualmente cuando se alcanza la identidad de género y se construye socialmente a través de la representación social de género.

1.3 Inequidad y desigualdad de género

La identificación de diferencias de género conlleva a la búsqueda de las desigualdades o inequidades que la originan, de ahí la importancia de incursionar en estas definiciones de trascendental importancia para el tratamiento de la salud. La inequidad se refiere a las diferencias innecesarias, evitables e injustas que pueden ser disminuidas, evitadas o eliminadas. Jorge

Aldereguía y col. 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.⁸³⁻⁹⁰

Desde la antigüedad se definió la equidad, en este sentido se alude a Aristóteles, filósofo de la Grecia antigua, reflexiones tales como que ...“a los iguales hay que tratarlos igualmente y a los desiguales, de acuerdo a las características de su desigualdad”... La discusión teórica sobre la equidad se ha sostenido sobre diferentes puntos de vista, dentro de los más avanzados se encuentra la teoría de la justicia de John Rawls que se fundamenta en la distribución de los bienes primarios como el derecho, la libertad, el poder, la oportunidad, los ingresos y las riquezas en función de las necesidades de cada cual, lo que trasciende al igualitarismo y la perspectiva marxista que explica que las diferencias de clases y la propiedad privada de los medios de producción son la base de la existencia de las inequidades.^{23, 89, 91, 92}

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.²³

Los afrontamientos teóricos expresados anteriormente permitieron arribar al posicionamiento teórico que la autora sostiene acerca de las desigualdades que producen las diferencias de género. De esta forma, entiende que se dirigen hacia la existencia de dos tipos fundamentales, las desigualdades biológicas, difícilmente modificables y las desigualdades sociales o inequidades de género que agrupan las desigualdades entre mujeres y hombres que pueden ser evitadas, son injustas e innecesarias. Las inequidades 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.

Cuba posee un soporte legislativo que tiende a garantizar la igualdad entre mujeres y hombres, sin embargo, prevalecen inequidades de género en el entorno doméstico y en el ámbito público. Todo lo cual se debe a que la sociedad está organizada con un patrón patriarcal que se hace más fuerte y evidente en la vida cotidiana del hogar y la familia. En este espacio privado, las relaciones jerárquicas de poder en manos de los hombres, son menos vulnerables a los cambios sociales.

- Aspectos de la vida donde se manifiestan diferencias de género

Existen aspectos subjetivos, sociales y de comportamiento donde se manifiestan de forma evidente las diferencias de género originadas por inequidades 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, 80}

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.^{36, 80}

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.⁹³ Es evidente 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 nuestra sociedad 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 con relación al 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 solo puede desempeñar labores auxiliares a pesar de que se conoce, que es capaz de lograr niveles de conocimiento científico tan altos como los hombres.^{94, 95}

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.⁷⁴ 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.³⁶

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, 36}

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.^{67, 68, 77} La autora considera que establecen una dicotomía de lo masculino y lo femenino, condicionado por la diferencia sexual, de acuerdo con lo que la sociedad aprueba.

Aún persisten prejuicios muy arraigados en las sociedades contemporáneas de que existen actividades propias de la mujer y otras de los hombres. En la crianza y educación de los varones, en muchas ocasiones, se les prohíbe aprender aquellas que la sociedad entiende que son de las

mujeres y se les enseña que su masculinidad se disminuye cuando se realizan, lo cual influye en la aceptación de la identidad de género; algo similar ocurre con la educación de las hembras, pero a la inversa. De esa forma se instalan estereotipos rígidos con patrones de masculinidad y feminidad, con los que hay que cumplir a lo largo de la vida.

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.^{75, 96}

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.^{97, 98}

En general, cuando la tasa de analfabetismo de un país es alta, mayor es la desproporción entre el número de hombres y mujeres que saben leer y escribir, a favor de los primeros. Esto está muy relacionado con el desarrollo, pues en la medida que este es más elevado, el nivel de escolaridad aumenta, a la vez que disminuyen las diferencias de género. Por ejemplo, en países como Egipto y Nigeria, donde aproximadamente la mitad de la población es analfabeta, la cifra de hombres que tienen acceso a la educación casi duplica la de las mujeres. En Bangladesh, por otra parte con una tasa de analfabetismo del 70,8%, la diferencia todavía es mayor, ya que frente al 20,9% de hombres que saben leer y escribir, sólo el 9,1% de las mujeres se encuentran en ese caso. Sin embargo, en regiones como España, donde hay poco analfabetismo, las tasas para hombres y mujeres son casi iguales.⁹³

En Cuba, el alfabetismo asciende a 96,2% y el grado de escolaridad promedio es de noveno grado para ambos sexos. La mujer representa el 50,2% del total de graduados en todos los niveles de enseñanza. Es importante destacar que la mayoría de los graduados universitarios son del sexo femenino a expensas sobre todo de las especialidades Pedagógicas, de Ciencias Médicas, y de Ciencias Sociales y Humanísticas. En las Ciencias Agropecuarias, Técnicas y de Cultura Física el predominio de graduados es masculino.^{99, 100}

Existe, en Cuba, un marcado interés social y político por la superación de la mujer con vistas a potenciar su capacidad de actuación para el desarrollo, junto a los hombres. De acuerdo con los criterios de la autora, cuando las mujeres alcanzan altos niveles de escolaridad, se acelera el desarrollo humano de la sociedad porque pasan a formar parte de las fuerzas ejecutoras de dicho desarrollo, con el aporte de sus propios conocimientos y experiencias.

El poder es omnipresente en la vida social en general y en las relaciones de género, casi siempre se encuentra en manos masculinas. En todos los grupos humanos algunos individuos tienen más autoridad e influencia que otros, mientras que los propios grupos varían según el nivel de su poder.^{56, 101} La autora considera que la desigualdad social y el poder tienden a estar estrechamente relacionados. Los poderosos son capaces de acumular recursos apreciados como la propiedad o la riqueza y la posesión de tales recursos es un medio de generar desigualdades.

El acceso a cargos de dirección es diferente para mujeres y hombres. La minoría de las mujeres ocupa cargos de dirección en la economía estatal civil y en el parlamento, lo que se evidencia en el hecho de que sólo el 6,0% ocupan asientos en gabinetes nacionales en el mundo. En Cuba, en comparación con otros países de la región, se ha producido un salto histórico en la participación de la mujer en los cargos de dirección y toma de decisiones. Sin embargo, todavía los hombres

acceden más a los cargos de poder que las mujeres en los niveles superiores, por ejemplo, en el 2004, sólo 19 mujeres eran presidentas de gobiernos municipales. En el documento “Las cubanas de Beijing al 2000. Acceso a la dirección en niveles decisorios” se plasma que las premisas esenciales para que la mujer tenga acceso a cargos directivos están dadas desde la legislación, que asegura sus derechos esenciales, así como, la voluntad política del partido y el gobierno.^{1, 7, 81, 97, 98, 101, 102} La situación desventajosa de la mujer está condicionada entonces, por las oportunidades desiguales respecto a los hombres.

En la ocupación existen sectores que evidencian una alta feminización de la fuerza laboral, como los de la salud y la educación, esta última con mayor representación de mujeres en las enseñanzas primaria y media. De acuerdo con resultados encontrados en diversos estudios, en la profesión médica existen especialidades típicamente masculinas y otras femeninas, por eso se dice que tienen género.^{35, 38}

En el mundo, se ha producido la llamada feminización de la fuerza de trabajo técnica, sin embargo, las categorías de dirigente son ocupadas por muy pocas mujeres lo que no guarda relación con la alta calificación técnica alcanzada por el sexo femenino.^{95, 98, 101, 103}

En Europa, así como en otros países del mundo, las mujeres ocupan posiciones más desventajosas que los hombres, en el mercado de trabajo, la entrada salarial y los sistemas de seguridad social. En la esfera política, en cargos de decisión, estas tampoco son representativas.⁹

En el sector salud cubano, 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.¹⁰¹ Estos datos concuerdan con los de

América, donde las especialidades de mayor representación femenina son la Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Clínica Médica.^{102, 103} 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 el desconocimiento del mismo, como fuente de placer, todo lo cual, influye en la salud y la calidad de vida.^{31, 80, 101} 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, 13, 56, 104-106}

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 existían 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.¹⁰⁶

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.

La utilización del tiempo marca importantes diferencias de género. La vigente estructura social descansa en una división del trabajo basada en la especialización, según la cuál el hombre es el responsable máximo del trabajo productivo y la mujer asume, casi exclusivamente, las actividades propias del trabajo reproductivo. La manera de emplear el tiempo está condicionada por esta división sexual del trabajo. Actualmente se observa una creciente incorporación de la mujer al mundo productivo, pero este fenómeno no va acompañado de un abandono de las tareas del hogar, sino que ha obligado al sexo femenino a llevar una doble jornada de trabajo, en detrimento de la dedicación a actividades de tipo personal, cultural o de ocio.^{102, 107, 108} La utilización del tiempo refleja diferencias entre hombres y mujeres en función del estado civil, la clase social, la distribución sexual del trabajo en el hogar, la existencia o no de hijos y el nivel de escolarización.

Otro aspecto importante es *la administración del dinero dentro del hogar*. Existe un dinero destinado al consumo cotidiano y al mantenimiento de la estructura familiar, su administración suele estar en manos de la mujer. Este dinero incluye, entre otras cosas, la provisión de alimentos, el mantenimiento de la estructura hogareña como la limpieza, los servicios básicos, la compra de la ropa de los miembros de la familia, fundamentalmente los hijos. A este dinero se le denomina "invisible", porque las decisiones que se toman sobre él dan poco margen para elegir con autonomía, ya que está destinado a necesidades que de una u otra manera deben obligatoriamente, ser cubiertas. La administración de este dinero implica un trabajo físico y psíquico que demanda tiempo y esfuerzo. La responsabilidad con el mismo, se articula con el trabajo doméstico de la mujer, lo que constituye otra fuente de sobrecarga para la misma.^{98, 101, 109} La dependencia económica es una forma de subordinación femenina que no se acaba con la responsabilidad de administrar dinero, es necesario sentirse con derecho a poseerlo y gastarlo para beneficio individual. El análisis en este sentido se hace diferente cuando se pone en función de la clase social, la tenencia o no de hijos, el nivel de ingresos, a quién corresponde la mayor parte de los mismos y la existencia de otras fuentes de ingresos no relacionadas con el trabajo remunerado.

El cuerpo legal que rige en Cuba mejora sustancialmente la situación de la mujer al estar conformado por leyes como la de Maternidad, la de Protección e Higiene del Trabajo, la de Seguridad Social, el Código de la Familia, el Código Penal y el Código del Trabajo. Según nuestra Constitución, se asegura, que todos los ciudadanos gocen de iguales derechos legales y estén sujetos a iguales deberes. La discriminación por motivos de raza, color, sexo y origen nacional está proscrita y es penada por la ley.

- Diferencias de género en las etapas del ciclo vital

El propio desarrollo de la investigación indicó la necesidad de construir indicadores sintéticos para cada etapa del ciclo vital al encontrar aspectos de la vida marcadores de diferencias de género particulares en cada periodo que implican problemas de salud específicos en cada sexo.

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, 36, 80}

En la presente investigación 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.¹¹⁰

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.¹¹⁰

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, 111, 112} Todo lo cual evidencia 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 evidencian 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.¹¹³

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.¹¹⁴

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 biológica 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, 113}

Las diferencias entre mujeres y hombres que se presentan en los aspectos de la vida, se explican a partir de las desigualdades e inequidades 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.

1.4 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, 14, 53,}

¹¹⁵ 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 inequidades 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.^{84, 85}

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, 36, 98, 108, 116}

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.¹¹⁶⁻¹¹⁹ 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.^{72, 83, 120}

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 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, 75, 121}

— *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. Las mujeres cubanas poseen un riesgo de morir por diabetes mellitus de 60,0%, respecto a los hombres. En cuanto a las enfermedades cerebrovasculares, asciende al 90,0%.¹⁰⁰ 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.^{122, 123} 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, 13, 122, 124, 125}

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.¹¹⁹ 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, 101, 102}

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.^{118, 122, 123, 126, 127}

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, incluyendo 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, 101, 128- 131}

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.⁸⁸

— 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, 36} 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, 33, 72, 101, 128}

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. Aunque, existen diferentes criterios al respecto, por ejemplo, los paquistaníes prefieren que su salud sea atendida por personas especializadas del mismo sexo.¹³²⁻¹³⁴

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, 83} 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. Se ha tratado de manera particular porque puede ser la resultante de otros aspectos que actúan diferenciadamente en mujeres y hombres o el propio factor que produce las diferencias entre los sexos.

1.5 Medición de las diferencias de género.

Las diferencias de género pueden ser identificadas a través de indicadores que son instrumentos de medición contruidos teóricamente para ser aplicado a un conjunto de unidades de análisis con el propósito de producir un número que cuantifica a algún concepto asociado a ese colectivo.^{24, 135-137}

Las diferencias de género se expresan a través de un valor que marca la distancia entre las mujeres y los varones. Se han realizado acciones encaminadas a crear sistemas de información estadística con perspectiva de género que produzcan indicadores de este tipo. No obstante, gran parte de su producción no toma en cuenta los roles, las responsabilidades, las actividades de la vida cotidiana que mujeres y hombres desarrollan en la sociedad. De ahí, la necesidad de contar con indicadores de género como los que se aportan en esta investigación.

Los indicadores de género son herramientas de trabajo útiles para los directivos de salud y los investigadores porque ayudan al proceso de diseño y aplicación de medidas para disminuir las inequidades, así como, en la evaluación de esas acciones.⁸⁶⁻⁸⁹

Tienen que contar, para su cálculo, con información sobre mujeres y hombres con el propósito de garantizar la relacionalidad entre los sexos y por tanto, los resultados obtenidos podrán representar las diferencias entre los mismos, en un contexto histórico determinado y modificarse cuando se utilizan en otra situación histórica social diferente. Lo cual responde a la realidad de que la situación de las mujeres en un determinado lugar tiene como mejor patrón de comparación la situación de los hombres, y no es independiente de esta.^{136, 138}

Entidades internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) han diseñado y utilizado indicadores de género;²⁴ no obstante, es necesario continuar la construcción de otros que aborden las aristas del concepto

relacionadas con la microeconomía y la vida cotidiana, lo que permitirá el perfeccionamiento de políticas encaminadas a mejorar la equidad entre mujeres y hombres. La necesidad de construir indicadores de género acorde a la realidad del contexto cubano justificó la realización de la presente investigación.

El género, como se ha visto a lo largo de este capítulo, es un concepto muy amplio, por lo que la construcción de un indicador para su medición global, es extremadamente difícil. El diseño de indicadores dirigidos a los diferentes componentes del género, ya sean los subjetivos u objetivos o partes de estos, optimizan su poder instrumental. Los indicadores diseñados en la presente investigación miden fundamentalmente las diferencias de género en los aspectos objetivos o fenomenológicos del género relacionados sobre todo con los roles, los estereotipos y la salud.

Los indicadores, en general, son capaces de reflejar situaciones en tres niveles de aproximación: el primer nivel mide el estado del evento específico, el segundo nivel es trazador de eventos afines, y en este sentido representa a un grupo mayor de indicadores de los cuales se considera representativo y el tercer nivel es indicativo de situaciones mucho más generales que se suponen asociadas al objeto de medición.^{135, 137} Con esta investigación se pretendió construir indicadores sintéticos en cuatro momentos del ciclo vital que miden el estado del género. Estos se componen por indicadores intermedios que pueden considerarse trazadores por ser los que con más fuerza marcan las diferencias de género.

La autora considera que los indicadores construidos en esta investigación deben cumplir con características deseables enunciadas por otros autores. Dentro de las que se pueden mencionar: que tengan la capacidad de medir, lo que supuestamente deben medir; que las fuentes de obtención de la información que necesita para su cálculo estén accesibles y sean veraces; que sean capaces

de ser sensible a los cambios, en la situación que se cuantifica, es decir que logren reflejar situaciones diferentes a través de su poder discriminativo; que sean simples de definir, calcular e interpretar; y que posean cotas que constituyan metas razonables e interpretables, esta propiedad facilita la utilización de los indicadores en la toma de decisiones y en la investigación, en tanto que delimitan puntos extremos de lo que pudiera considerarse lo mejor o lo peor del objeto estudiado. Lo que se persigue fundamentalmente es que el resultado se repita cuando el indicador sintético se aplica de forma reiterada.^{24, 135, 137}

- Consideraciones sobre las condiciones de vida para el diseño de indicadores de género

Si bien, las desigualdades de género siempre están presentes, se manifiestan de manera distinta en función de las condiciones de vida de cada territorio.^{12, 139} De ahí se desprende la importancia de reflexionar acerca del particular debido a que esa realidad sirvió de anclaje teórico en el proceso de construcción de indicadores sintéticos de género, en particular, en el momento de la validación.

Se hace necesario puntualizar en algunas definiciones. Se asume en esta investigación las de territorio y espacio brindadas por Luisa Ñíguez y Mariana Ravenet.^{140, 141} Ellas definen al territorio como “la delimitación real de poder”; se trata de una demarcación de límites más o menos duraderos, decididos o no por consenso. La heterogeneidad de un territorio depende de factores como los del ambiente físico, químico y biológico, así como los relacionados con la historia y las relaciones de producción. Por otra parte, el espacio es el conjunto indisoluble de objetos fijos como, los edificios, las carreteras, entre otros y de sistemas de acciones o flujos, de personas, ideas y mercancías. La forma en que los fijos se disponen y los flujos se organizan entre ellos, constituye la estructura. Existen desigualdades espaciales y territoriales que se hacen menos evidentes en la medida en que se desciende la unidad de observación. Este último criterio condujo a que, el proceso

de construcción de los indicadores sintéticos se realizara en territorios pequeños, con características homogéneas en sus condiciones de vida.

Las condiciones de vida han sido preocupación de políticos y estadistas desde hace mucho tiempo. Se puede mencionar a Mao Tse Tung cuando expresó en las conclusiones del II Congreso Internacional de Representantes Obreros y Campesinos celebrado en enero de 1934 en la Yuichín, provincia de Chiangsi"se debe atender a los intereses de las grandes masas y sus condiciones de vida para ganar la guerra"..... Agregó que como condiciones de vida se entendía a las posibilidades de alimentación, sobre todo de arroz, aceite y sal, vestido, vivienda, combustible, salud, higiene y condiciones del matrimonio.¹⁴³

El abordaje de las condiciones de vida ha estado relacionado estrechamente con el nivel de pobreza, de ahí, que muchos estudios se hayan dirigido a clasificar territorios e incluso hogares de acuerdo con la solución de las necesidades básicas insatisfechas. Se ha entendido como pobre a la condición por la cual una o más personas tienen un nivel de bienestar inferior al mínimo necesario para poder sobrevivir. Haciendo un esfuerzo por recopilar variables a través de las cuales han sido medidas las necesidades básicas insatisfechas se pueden citar el abasto de agua potable, el saneamiento, el alcantarillado, el servicio eléctrico, la educación, la capacidad de subsistencia del hogar en términos de ingresos, el hacinamiento, el analfabetismo, la insuficiente matrícula escolar, la atención de salud, la participación laboral y las condiciones de la vivienda incluyendo la posesión de bienes duraderos como efectos eléctricos.¹⁴³⁻¹⁴⁵

En Cuba se ha asumido por algunos autores la definición que Castellanos propone sobre condiciones de vida: "Conjunto de procesos que caracterizan la forma particular de cada grupo de la población en el funcionamiento del conjunto de la sociedad, es decir en la producción, distribución y

consumo de bienes y servicios que dicha sociedad ha desarrollado, y además en las relaciones de poder que caracterizan la organización política de la sociedad". Se operacionaliza a través de los procesos: biológicos, ecológicos, de reproducción de conciencia y conducta y económicos.²⁶ De acuerdo a esta línea de pensamiento, los procesos actúan y se interrelacionan de forma armónica sin preponderancia ostensible de ninguno. Esta definición es aceptable para esta investigación, si se toma en cuenta la realidad social y económica del momento en que se ejecuta.

La situación de Cuba a partir de los inicios de la década de los 90 estuvo determinada por la caída del campo socialista, el recrudecimiento del bloqueo y las limitaciones económicas internas. Todo lo cual hizo necesario la realización de reajustes imprescindibles para que se sostuviera el proyecto social cubano, lo que conllevó al aumento de las desigualdades y a la reestratificación social con su consecuente reorganización de las clases existentes y aparición de otras nuevas, la heterogenización de los actores propios de la producción y de la agricultura y la polarización de ingresos.^{146, 147}

De todo lo anterior se desprende que los procesos los cuales componen las condiciones de vida, expresados por Castellanos, se han manifestado de forma asimétrica en el contexto social cubano, a partir de la difícil situación económica enfrentada desde el derrumbe del campo socialista. En este sentido, el proceso económico ha condicionado, en gran medida, a los procesos ecológicos y de reproducción de conciencia y conducta y en un menor grado al proceso biológico. Esta idea está sustentada por estudios sociológicos que han profundizado en la realidad cubana. Patricia Ares afirma, como resultado de su investigación, que las familias con mejores condiciones de vida son aquellas que tienen más poder adquisitivo, más acceso a la moneda convertible, al tener garantizado los requerimientos psicológicos que demandan las etapas de la vida y el propio nivel de vida como el arreglo y mantenimiento de la vivienda, el transporte, el acceso a bienes de consumo. Maida Espina

alega que el mayor factor de desigualdad en el país es el poseer ingresos en divisas.^{148, 149, 150} Lo anteriormente expresado constituyó un importante basamento para la identificación de territorios según condiciones de vida en la presente investigación. Las relaciones de género se expresan de acuerdo a esta realidad. La desigualdad de oportunidades económicas se hace aún más grave en las mujeres y ello arrastra una situación de desventaja en el resto de los aspectos relacionados con las condiciones de vida.

En estudios realizados en América se ha constatado que las diferencias de género se evidencian de forma distinta donde existen factores contrarios al bienestar de las personas, en comparación a regiones que poseen mejores condiciones de vida. Resultados de esas investigaciones han situado a Estados Unidos en las mejores posiciones, mientras en países de escaso desarrollo como Haití, se han situado en posiciones de desventaja.^{139, 151, 153, 158} Cuba se ha ubicado dentro de los países más favorecidos debido a que los indicadores utilizados están compuestos por variables en las que se ha logrado un alto nivel de igualdad.

Es importante señalar los resultados de la investigación que buscó la correlación entre el Índice de Inequidad Básica de Género (IBG), construido por el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), que considera el acceso a los bienes de educación, de empleo y a los organismos de poder de hombres y mujeres y otros dos indicadores que miden la calidad de vida. Uno de ellos fue el Índice de Inequidad Social Básica (ISB) creado también por el CEAS de Ecuador, que considera información correspondiente acerca del peso al nacer, calorías per cápita, nivel de educación secundaria, atención profesional al parto, cobertura de vacunas, y acceso al agua potable, el otro fue el Indicador Global de Accesibilidad al Desarrollo Acumulado (IGADSA) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que tiene como variables la cobertura profesional al parto, los niveles de atención perinatal, la esperanza de vida al nacer, el nivel de educación secundaria y la

mortalidad temprana. Se encontró alta correlación entre el Índice de Inequidad Básica de Género (IBG) y los dos indicadores antes mencionados, lo que manifiesta que las relaciones entre hombres y mujeres están estrechamente relacionadas a los niveles de desarrollo humano.¹³⁹ La relación entre las condiciones de vida y las relaciones de género es una premisa teórica fundamental que apoya la propia construcción de los indicadores que se realizan en esta investigación.

Desde 1990, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) asume la dimensión del desarrollo humano con un criterio más amplio. Se concibe no sólo a través del crecimiento económico, sino también con el florecimiento pleno y cabal de la capacidad humana, de forma tal que las personas puedan alcanzar sus aspiraciones, resolver sus necesidades con opciones adecuadas. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es uno de los indicadores que mide esa definición; posee tres dimensiones: la longevidad, los conocimientos y los ingresos las cuales están compuestas por variables que los caracterizan y que han variado en diferentes momentos. Es difícil medir la amplitud del desarrollo humano con un sólo indicador. De esa forma el PNUD ha propuesto un grupo de indicadores complementarios, en algunos de los cuales se abordan las diferencias de género. El Índice de Desarrollo de Género (IDG) posee información de ambos sexos, compuesto por variables relacionadas con la longevidad, la escolaridad, los ingresos y participación proporcional en la población total y de la población económicamente activa. Los niveles alcanzados para Cuba, en 1999 estuvieron cercanos a los países más desarrollados del mundo. Otro indicador es el Índice de Potenciación de Género (IPG) que mide los ingresos junto a participación en el parlamento, en puestos administrativos y de dirección, en puestos profesionales y técnicos y de la población económicamente activa. Cuba se situó en el lugar 21 dentro de los 121 países estudiados.¹⁵²

Las investigaciones que han utilizado estos indicadores han arrojado resultados ventajosos para Cuba, pero no quiere decir que se hayan alcanzado los niveles óptimos de equidad entre ambos

sexos, sino que los aspectos que miden están relacionados con la macroesfera económica y social, en las cuales se ha logrado alcanzar altos niveles de igualdad.

De aquí se desprende la necesidad de construir indicadores sintéticos de género propios del contexto cubano. Los resultados que se obtienen de los mismos ponen en las manos de investigadores y directivos de salud información necesaria para la toma de decisiones en cuanto a las acciones que se deben realizar en aras de mejorar la salud y la calidad de vida de mujeres y hombres en consonancia con los requerimientos de su sexo y de la etapa de la vida que transitan.

CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO

En este capítulo se expone detalladamente el método utilizado en el proceso de construcción de los indicadores sintéticos de género. Se realizó inicialmente, una caracterización de los aspectos de la vida que producen diferencias entre mujeres y hombres en tres tipos de población, en las cuales, las relaciones de género, se perfilan con patrones específicos, de acuerdo a su organización y dinámica. Estas poblaciones fueron: territorios de residencia, ocupación y ciclo vital. Los indicadores sintéticos no deben estar formados por muchos indicadores intermedios porque ello dificulta su estimación. Por esta razón, a partir de la caracterización inicial, se efectuó un proceso de selección de los aspectos de la vida que por ser los más importantes, serían los que constituirían los indicadores intermedios. Finalmente se tuvieron las condiciones precisas para aplicar el algoritmo conveniente de estimación de los indicadores sintéticos de género, los que también fueron validados.

La investigación se desarrolló entre los años 1997 y 2004. Se clasifica como un estudio de desarrollo que tiene como productos científicos la metodología para la construcción de los indicadores sintéticos de género y un sistema de cuatro indicadores sintéticos correspondientes a las etapas del ciclo vital, denominados Índices de Igualdad. Por otra parte, se enriqueció el conocimiento acerca de las diferencias entre mujeres y hombres en el contexto social cubano.

2.1 Caracterización de las relaciones de género.

- En territorios de residencia con diferentes condiciones de vida

Para la selección de los territorios con diferentes condiciones de vida, se convocó a tres grupos de discusión^{80, 154} donde participaron los directores municipales de salud de Ciudad de La Habana. El objetivo de estas sesiones fue lograr criterios que calificaran los municipios en términos de su desigualdad social y económica. Se diseñó una guía de preguntas relacionadas con dichos criterios:

desarrollo económico, estado de la vivienda, hacinamiento y situación social delictiva y alcoholismo. Los pasos que se siguieron durante los grupos de discusión aparecen en el Anexo 1A de este trabajo.

Se establecieron dos estratos, el de condiciones de vida desfavorables y el de condiciones de vida favorables. Dentro de los municipios con condiciones de vida desfavorables se seleccionó Centro Habana y dentro de los de condiciones de vida favorables, Boyeros. Se solicitó a sus directores municipales que eligieran el área de salud que, a su juicio, representara mejor las condiciones de vida del municipio.

Así quedaron seleccionadas, el Área de Salud Reina, del municipio Centro Habana, situada en el centro de la capital con precarias condiciones higiénicas de las viviendas y el entorno, marcado hacinamiento, alto índice de delincuencia y poco desarrollo industrial dentro de sus límites geográficos y el Área de Salud Boyeros, del municipio el mismo nombre que es una zona con nuevos asentamientos humanos producidos como consecuencia del considerable desarrollo industrial y agropecuario del territorio, las condiciones higiénicas de las viviendas y del entorno son buenas, la composición poblacional es joven, formada fundamentalmente por técnicos y profesionales, lo que favorece que la situación social sea más ventajosa que la del Área de Salud Reina.

El universo de estudio estuvo constituido por todas las personas de 14 años y más que residían en las áreas de salud Reina y Boyeros y que tuvieran al menos una pareja formalizada legalmente o en unión consensual. Se seleccionaron parejas con el fin de estudiar más fácilmente las relaciones entre mujeres y hombres que se establecen en el núcleo social básico.

Para la elección de la muestra, en los dos territorios, se utilizó el Muestreo Estratificado Polietápico. Se consideraron como estratos los grupos básicos de trabajo de cada área; las unidades de primera etapa fueron los consultorios, de los que se eligieron 10 en Boyeros y 15 en Reina, con medidas proporcionales al tamaño. Las unidades de segunda etapa fueron familias mediante Muestreo Sistemático. En los casos en que había más de una pareja conviviente en la casa, se seleccionó sólo una, por sorteo simple. El tamaño de la muestra fue de 640 personas, de ellas, 300 correspondieron al Área de Salud Reina y 340 al Área de Salud Boyeros. Se consideró un error de muestreo de 5% de la proporción de mujeres que siempre realizan las tareas del hogar.

Se diseñó para este estudio la “Encuesta Género y Salud” (Anexo 1B) con el fin de obtener información sobre las variables relacionadas con la vida cotidiana y la salud.

La encuesta se sometió a la consideración de cinco expertos con el fin de realizar la validación de aspecto y contenido. Estos emitieron sus criterios sobre la pertinencia de las variables incluidas y la necesidad de tomar en cuenta otros aspectos no contemplados entre los ítems. Posteriormente se realizó un estudio piloto en el que se aplicó el cuestionario a 30 parejas (15 de cada área de salud) que no formaron parte de la muestra del estudio. Esto permitió evaluar la comprensión de las preguntas por los encuestados y realizar las modificaciones necesarias para la versión final.

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

| Variables | Escala de clasificación | Definición |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Caracterización social | | |
| Área de Salud | Reina Boyeros | Unidad básica de salud |
| Sexo | Masculino Femenino | Sexo biológico |
| Edad | 15 a 24 25 a 34 35 a 44 | Años cumplidos |

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| | 45 a 54 55 a 64 65 años y más | |
| Escolaridad | Primaria Secundaria Preuniversitario o Tecnológico Universitario | Nivel escolar terminado |
| Ocupación | Estudiante Obrero Técnico medio Profesional Cuentapropista Sin ocupación: ama de casa y jubilado | Actividad laboral actual |
| Rol Productivo | | |
| Entrada salarial | Baja: Menos de 100 pesos. Se incluyen los que no trabajan. Alta: 100 pesos y más | Dinero que recibe mensualmente como pago de la actividad laboral |
| Relaciones de trabajo | Buenas Regulares Malas | Criterio de los encuestados sobre las características de las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo |
| Superación | Sí No | Criterio de los encuestados acerca de la posibilidad de su superación profesional |
| Reconocimiento Laboral | Sí No | Percepción de que la labor que realiza es reconocida por sus superiores |
| Satisfacción con su trabajo | Sí No | Percepción de los encuestados acerca de la satisfacción por la actividad que realizan |
| Cumplimiento con las tareas asignadas | Sí No | Criterio de los encuestados acerca la posibilidad de cumplir con las tareas que demanda la actividad que realiza |
| Trabajar junto al sexo opuesto | Favorable Desfavorable | Criterio de los encuestados sobre si les gusta o no trabajar con el sexo opuesto |
| Rol Reproductivo | | |
| Tareas del Hogar | Cada tarea se midió de acuerdo al criterio del encuestado en: Casi siempre A veces Casi nunca | Dimensión que agrupa las variables relacionadas con las tareas que se realizan en el hogar encaminadas al cuidado y bienestar de la familia: limpiar, cocinar, lavar, planchar, cuidado de enfermos, mantenimiento del hogar, compra de alimentos, planificación de alimentos, responsabilidad con el cuidado de los hijos cuando están enfermos o de vacaciones, asistencia a las reuniones de padres, atención a la higiene de los hijos |

| | | |
|--|---|---|
| Planificación familiar | Mujer Hombre Ambos | Personas a las que se atribuye la responsabilidad del tamaño de la familia |
| Métodos anticonceptivos | DIU Condón Píldoras Diafragma Esterilizaciones quirúrgicas Otros | Tipos de métodos anticonceptivos que se hayan utilizado |
| Aporte familiar | Menor aporte Mayor aporte | Criterio de los encuestados sobre el grado del aporte que hacen al dinero destinado a sufragar los gastos del hogar en relación con lo que aporta el resto de la familia |
| Rol Comunitario | | |
| Integración organizaciones políticas y de masa | Cada organización se midió en: Sí No | Dimensión que se refiere a ser miembro de organizaciones como: Partido Comunista de Cuba (PCC), Central de Trabajadores de Cuba (CTC), Unión de Jóvenes Comunistas (UJC) y Comité de Defensa de la Revolución (CDR) |
| Participación en actividades comunitarias | Cada actividad se midió en: Participa No participa | Dimensión que se refiere a la asistencia en actividades como: trabajos voluntarios, guardias cederistas, reuniones de organizaciones políticas y de masa y actividades religiosas o fraternas |
| Salud | | |
| Padecimiento de enfermedades | Cada causa se midió en: Sí No | Dimensión que grupa la percepción o el conocimiento sobre el padecimiento de enfermedades: artrosis, trastornos del sueño, hipertensión arterial, diabetes mellitas, úlcera, trastornos nerviosos, otras |
| Accidente | Sí No | Criterio del encuestado sobre si ha sido víctima de algún tipo de accidente |
| Lugar del accidente | Hogar Vía Pública Centro de trabajo Otro | Lugar donde ocurrió el accidente |
| Maltrato | Sí No | Percepción el encuestado de haber sido víctima de maltrato |
| Tipo de Maltrato | Físico Psicológico Sexual Mixto | Percepción del encuestado acerca del tipo de maltrato que fue víctima |
| Recreación | 2 horas o menos Más de dos horas | Tiempo diario dedicado a la recreación |
| Hábitos nocivos y | Cada hábito se midió | Dimensión que agrupa los criterios de dependencia |

| | | |
|---------|--------------------------|---|
| tóxicos | en: Tiene No tiene | actual de hábitos nocivos: cigarro: si fuma actualmente alcohol: si consume bebidas alcohólicas cada tres días o menos café: si toma más de dos tazas diarias autoconsumo de medicamentos: si se automedica |
|---------|--------------------------|---|

Los cuestionarios fueron aplicados por los médicos y enfermeras de los dos territorios estudiados, que se adiestraron a través de talleres donde se les brindó información acerca de los aspectos esenciales de la teoría de género y sobre el instrumento en particular.

El análisis estadístico utilizado consistió en:

- Para identificar las diferencias entre hombres y mujeres dentro de cada Área de Salud se construyeron tablas de contingencia de dos dimensiones, en las que se relacionó el sexo con cada variable estudiada y se aplicó la prueba estadística de homogeneidad, con el estadígrafo X^2 de Pearson. En las tablas de 2 x 2 se utilizó la prueba estadística de homogeneidad, haciendo uso del estadígrafo X^2 de Pearson con la corrección de Yates y en los casos en que la variable fue ordinal se utilizó la prueba de Bartholomew, siempre con una confiabilidad del 95%.
- Para medir la importancia de las diferencias de sexo entre los territorios, se construyó el indicador "Porcentaje de diferencia de sexo" que se describe como la relación porcentual entre la diferencia de hombres y mujeres de una categoría (i) en la variable (y), respecto al total de encuestados de la misma categoría.

Se expresa formalmente como:

$$\text{Porcentaje de diferencia de sexo}_{(i,y)} = \frac{\text{Efectivos Masculinos categoría } i - \text{Efectivos Femeninos categoría } i}{\text{Total de Efectivos de categoría } i} \times 100$$

El porcentaje puede ser negativo o positivo. Cuando es negativo expresa mayor presencia de mujeres que de hombres en una categoría dada y cuando es positivo, lo contrario.

- Con el fin de comprobar si existían diferencias entre las dos áreas de salud, en cuanto a la proporción de diferencia de sexo de cada una de las categorías de las variables estudiadas, se utilizó la prueba estadística de comparación de dos proporciones.

Para el procesamiento de las preguntas abiertas del cuestionario, se utilizó el análisis de contenido.^{155, 156} Se consideraron como juicios importantes aquellos que se repitieron con más frecuencia o que por su correspondencia con la teoría sobre el tema fuera necesario destacarlos.

- En una profesión homogénea

Con el fin de estudiar una profesión homogénea se seleccionó un perfil profesional poco explorado cuyas especialidades son desempeñadas por uno u otro sexo, además de que existen criterios subjetivos con relación a posibles diferencias de género intrínsecas a la especialidad misma. De esta forma, el universo estuvo constituido por el total de cirujanos generales y de otras especialidades quirúrgicas que laboraban en los hospitales que se subordinan a la Dirección Provincial de Salud de Ciudad de La Habana.

Para la selección de la muestra se utilizó el Muestreo por Conglomerados con submuestreo. La selección de los conglomerados se realizó con probabilidades variables al tamaño. Se consideró cada hospital como un conglomerado y de los 29 conglomerados existentes, se eligieron 10. Se

seleccionó al azar, a partir de una lista creada al efecto, el 15 por ciento de cirujanos(as) de cada hospital, lo que correspondió a 122 sujetos, 61 de cada sexo. Para la estimación del tamaño muestral se consideró un error del 10% de la proporción de mujeres que siempre realizan las tareas del hogar.

Se diseñó el cuestionario “Encuesta de Género” (Anexo 1C) que contiene las variables relacionadas con los aspectos de la vida cotidiana, la salud y las particularidades de la profesión que fue aplicada a la muestra de cirujanos.

El cuestionario se sometió a la consideración de cinco expertos, dos cirujanos, un sociólogo y dos psicólogos que colaboraron en la etapa de diseño del instrumento definitivo. Una profesional, colaboradora del estudio fue entrenada para la aplicación del instrumento a la muestra de cirujanos.

Se estudiaron las variables siguientes:

| Variables | Escala de clasificación | Definición |
|-------------------------------|--|---|
| Caracterización social | | |
| Sexo | Masculino Femenino | Sexo biológico |
| Edad | Menos de 30 años 30 a 39 40 a 59 60 años y más | Edad cumplida |
| Estado civil | Casado Soltero Divorciado Unión consensual Viudo | De acuerdo a la condición actual del encuestado |
| Rol Productivo | | |
| Especialidad | Primer grado Segundo grado | De acuerdo con la condición actual del encuestado |
| Categoría docente | Tiene No tiene | De acuerdo con la condición actual del encuestado |
| Categoría investigador | Tiene No tiene | De acuerdo con la condición actual del encuestado |

| | | |
|---|---|---|
| Relaciones de Trabajo | Buenas Malas | Percepción de los encuestados sobre las relaciones con los compañeros de trabajo |
| Responsabilidades administrativas | Sí No | Ejercicio actual de responsabilidades administrativas |
| Superación | Sí No | Criterios de los encuestados sobre la posibilidad de superación |
| Reconocimiento laboral | Sí No | Criterio individual de ser reconocida la actividad que realiza |
| Cumplimiento | Sí No | Criterios sobre la posibilidad de cumplir con las tareas laborales |
| Satisfacción laboral | Sí No | Sentimiento de bienestar ante la labor que realiza |
| Trabajo con el sexo opuesto | Favorable Desfavorable | Consideración de ventaja o desventaja de trabajar con el sexo opuesto |
| Posibilidad de desarrollo personal | La mujer El hombre Ambos No existe | Criterio del encuestado sobre quien(es) poseen posibilidades de desarrollo de hombres y mujeres |
| Rol Reproductivo | | |
| Tareas del hogar | Cada una de las tareas se midió según el criterio de los encuestados en: Casi siempre A veces Casi nunca | Dimensión que agrupa las variables relacionadas con las tareas que se realizan en el hogar encaminadas al cuidado y bienestar de la familia. Se estudiaron las siguientes: cocinar, limpiar, lavar, planchar, cuidado de enfermos, compra de alimentos, mantenimiento del hogar, planificación de la económica del hogar, cuidado de los hijos cuando se enferman y en las vacaciones, cuidado de la higiene diaria de los hijos y asistencia a reuniones de padres |
| Ingreso a la economía familiar | Único ingreso Mayor ingreso Mitad del ingreso Una parte del ingreso | Aporte de dinero que se hacen los encuestados para los gastos del hogar y la familia |
| Planificación de la economía familiar | Sí No | Si el cirujano(na) tiene la responsabilidad de planificar la economía familiar |
| Responsabilidad de la economía familiar | Esposa(so) Madre Suegra Suegro Hijos En conjunto | Miembro de la familia responsable de planificar la economía familiar |
| Hijos | Sí No | Si el encuestado tiene hijos |
| Responsabilidad con la planificación familiar | Hombre Mujer | Criterio el encuestado sobre la persona responsable de controlar el tamaño de la familia |

| | | |
|---|--|--|
| | Ambos | |
| Rol de Gestión Comunitaria | | |
| Participación en actividades comunitarias | Cada una de las actividades se midió en: Participa No participa | Dimensión que agrupa la asistencia de los encuestados a este tipo de actividades: trabajos voluntarios, reuniones o actividades de organizaciones políticas, de masa y de organizaciones religiosas o fraternas. |
| Integración social | Cada una de las organizaciones se midió en: Pertenece No pertenece | Dimensión que agrupa la pertenencia de los encuestados a las organizaciones políticas y de masa del país: Partido Comunista de Cuba (PCC), Central de Trabajadores de Cuba (CTC), Unión de Jóvenes Comunistas (UJC) y Comité de Defensa de la Revolución (CDR) |
| Salud | | |
| Actividades recreativas | Cada una de las actividades se midió en: Sí No | Participación en actividades recreativas como: Fiestas, paseos, mirar televisión, lectura, otras |
| Presencia de enfermedades | Cada una de las enfermedades se midió en: Sí No | Percepción individual o conocimiento de padecer de alguna enfermedad. |
| Hábitos nocivos | Cada uno de los hábitos nocivos se midió en: Sí No | Criterio individual de dependencia a hábitos como: Fumar, consumo de alcohol, automedicación, ingestión de café |
| Práctica de deportes | Sí No | Práctica sistemática de algún deporte |
| Manifestaciones | Cada una de las manifestaciones se midió en: Sí No | Dimensión que agrupó la percepción de los cirujanos(as) sobre el padecimiento de alguna manifestación física o psíquica como: cansancio, estrés, irritabilidad, otros |
| Accidente | Sí No | Criterio de haber sido víctima de algún tipo de accidente |
| Lugar del accidente | Hogar Vía pública Centro de trabajo Otro lugar | Lugar donde ocurrió el accidente |
| Maltrato | Sí No | Percepción del encuestado de haber sido víctima de maltrato |
| Tipo de maltrato | Físico | Percepción del encuestado acerca del tipo de |

| | | |
|--|--------------------------------|--------------------------|
| | Psicológico Sexual Mixto | maltrato que fue víctima |
|--|--------------------------------|--------------------------|

El análisis estadístico utilizado consistió en:

- La información se resumió en frecuencias absolutas y porcentajes.
- Para conocer si existían diferencias significativas entre cirujanos y cirujanas con relación a las variables estudiadas, se utilizó la prueba estadística de homogeneidad, con el estadígrafo X^2 de Pearson. En los casos de tablas de contingencia de 2×2 , se utilizó la prueba estadística de homogeneidad con el estadígrafo X^2 de Pearson y la corrección de Yates con un nivel de significación de 0.05.

El procesamiento de las preguntas abiertas se efectuó a través del análisis de contenido.^{155, 156} Se consideraron como juicios importantes aquellos que se repitieron con más frecuencia o que por su correspondencia con la teoría sobre el tema fue necesario destacarlos.

- En etapas del ciclo vital

Se utilizaron métodos cualitativos de investigación que permitieron la identificación de los aspectos de la vida que más aportan a las diferencias entre mujeres y hombres, de acuerdo con los criterios de los sujetos que participaron en las técnicas utilizadas.

Se profundizó en las etapas del ciclo vital donde las relaciones de género y su implicación a la salud se manifiestan de forma particular.^{1, 36, 80}

Se tomaron en consideración las siguientes etapas del ciclo vital:

- Adolescencia media y tardía: de 14 a 19 años
- Etapa reproductiva: de 20 a 49 años

- Edad adulta mediana: de 50 a 64 años
- Edad adulta avanzada: de 65 años y más

El tratamiento aplicado para cada etapa del ciclo vital fue el siguiente:

- El conocimiento de las relaciones de género en los adolescentes es compleja y poco investigada. Por tal motivo, se exploró en los propios integrantes de ese grupo de edad, acerca de los aspectos de la vida que podrían producir diferencias de género. Se realizaron cuatro grupos de discusión en el “Preuniversitario Manolito Aguiar” del municipio Marianao y en las Escuelas Secundarias Básicas Urbanas “Juan F. Noyola Vázquez” del municipio Playa, “Juan Manuel Márquez” del municipio Marianao y “Osvaldo R. Sánchez Cabrera” del municipio La Lisa. El criterio de selección estuvo basado en la condición de régimen externo que tienen estas escuelas.

Los grupos de discusión se realizaron de la forma siguiente:

1. Se escribió en la pizarra la pregunta que motivó la discusión: ¿Cuáles son, según su criterio, los principales aspectos de la vida que marcan las diferencias entre los sexos en los adolescentes de 14 a 19 años en nuestro medio?.
2. En el primer momento de la discusión, el moderador escribió en pancartas las ideas emitidas por los participantes que fueron ampliamente debatidas.
3. Después que no quedó ninguna idea nueva por expresarse, se realizó un proceso mediante el cual se agruparon las que fueron referidas de forma diferente, pero, que significan lo mismo, además, se seleccionó una, dentro de las ideas repetidas. De esta forma se logró obtener una lista de los aspectos de la vida que marcan diferencias de género entre muchachas y muchachos.

Posteriormente se cotejaron las listas obtenidas en los cuatro grupos de discusión con el fin de otorgar un orden de prioridad en los aspectos mencionados, de acuerdo a la frecuencia de repetición de los mismos.

- Para el estudio de las etapas reproductivas, adulta mediana y adulta avanzada, se aplicaron grupos nominales por ser una técnica de consenso y establecimiento de orden jerárquico que se utiliza para la priorización de problemas.^{155, 156}

Los expertos participantes en los grupos nominales fueron investigadores de género y conocedores de las características sociales y de salud de las diferentes edades. Esto facilitó la identificación de los aspectos de la vida que más aportan a las diferencias entre varones y mujeres y, de este modo, se estableció un orden de prioridad en cada grupo de edad estudiado.

La pregunta que inició el trabajo de los grupos nominales fue: ¿Cuáles son, según su criterio, los principales aspectos de la vida que marcan las diferencias entre mujeres y hombres en nuestro medio, en esta etapa del ciclo vital?. Se especificó la etapa que se estaba estudiando.

El desarrollo de los grupos nominales se organizó por pasos:

1. Reflexión individual: los participantes anotaron en hojas de papel las ideas que generaron en relación con la pregunta formulada.
2. Construcción de la lista de ideas: cada participante leyó las ideas, una a una dentro de cada ronda y el registrador las anotó en pancartas. Esto permitió la despersonalización y la participación de todos.
3. Análisis y discusión de la lista: es la etapa más compleja e importante. Los expertos analizaron cada una de las ideas para seleccionar las definitivas. Se eliminaron en ruedas sucesivas las que se dictaron con diferentes nombres, pero, que expresaban lo mismo y las de menos interés.

4. Votación: cada participante anotó en una hoja de papel la calificación que le otorgó a cada idea según su criterio, en una escala del 1 al 10. Se consideró que a medida que el valor alcanzó mayor puntuación, marcaba más diferencias de género para el grupo de edad que se estaba estudiando. Finalmente se promediaron los puntos que los participantes dieron a cada idea y se estableció el orden de importancia definitivo de las variables.

La información obtenida en los residentes de Reina y Boyeros, en los cirujanos(as) y en las cuatro etapas del ciclo vital permitió la caracterización de las diferencias de género en el contexto social cubano, con lo que dio salida al primer objetivo de esta investigación.

2.2 Selección de los aspectos de la vida que se medirán a través de los indicadores intermedios.

Se tomaron de los estudios anteriores en Reina, Boyeros y en los cirujanos(as) las variables que resultaron significativas en el análisis univariado y de los grupos de discusión y nominales realizados para las etapas de la vida de 14 a 19 años, 20 a 49 años, 50 a 64 años y 65 años y más, los aspectos de la vida que producen diferencias de género, de acuerdo al criterio de los participantes. A partir de esos resultados, se realizó un proceso de selección para identificar los aspectos que serían cuantificados a través de los indicadores intermedios que componen los indicadores sintéticos contruidos. De esta forma se dio salida al segundo objetivo de este trabajo.

- Se diseñaron cuatro entrevistas estructuradas (Anexos 1D, 1F, 1H y 1J), para los cuatro grupos de edad estudiados, cuyos ítemes se construyeron a partir de los resultados de la caracterización anterior. Las entrevistas estuvieron compuestas por preguntas cerradas con escalas de respuestas cuantitativas (Anexos 1E, 1G, 1I y 1K) y preguntas abiertas dirigidas a explorar las opiniones y criterios subjetivos de los individuos estudiados. Los instrumentos se sometieron al criterio evaluativo de cinco expertos en

género y salud y se realizaron estudios pilotos para cada etapa del ciclo vital, todo lo cual permitió mejorar el diseño de las mismas. Los profesionales que aplicaron las entrevistas se capacitaron con la finalidad de lograr criterios homogéneos.

- Se decidió estudiar a residentes de territorios con condiciones de vida bien diferenciadas para garantizar la validación de los indicadores apoyada en el conocimiento de que las relaciones de género varían en función de las condiciones de vida de la población.^{12, 139}

El proceso de selección de los territorios fue el siguiente:

- Se realizaron dos consultas a informantes claves (Anexo 1L) con la finalidad de buscar información acerca del número de estratos que se debían considerar, las características de cada uno y la selección de municipios que cumplieran con los criterios establecidos para cada estrato. Una de las consultas se realizó a profesores de la antigua Facultad de Salud Pública, que habían trabajado como dirigentes en el sector salud por más de cinco años. La otra consulta fue a funcionarios de la Dirección Provincial de Salud de Ciudad de La Habana.

Los informantes claves refirieron que se podían formar tres estratos de territorios según condiciones de vida: favorables, medianamente favorables y desfavorables que debían poseer las siguientes características:

| Condiciones de vida favorables | Condiciones de vida medianamente favorables | Condiciones de vida desfavorables |
|--|--|---|
| Elevada cantidad de personas en edad laboral con vínculo de trabajo conocido y con alto nivel de vida derivado por los ingresos en salarios elevados y (o) ingresos en moneda convertible. | Elevada cantidad de personas en edad laboral con vínculo de trabajo conocido que le propiciara la entrada de salarios medios y poca o ninguna entrada de ingresos en moneda convertible. | Elevada cantidad de personas en edad laboral desocupadas o con salarios bajos y no entrada de moneda convertible, por concepto de salario o remesa. |
| Número importante de casas de | Número importante de casas de | Número importante de |

| | | |
|---|---|---|
| mampostería y placa, con baño interior y acceso al agua por cañería, fabricadas hace 45 años o menos y con mantenimiento constructivo manifiesto. | mampostería y placa con baño interior y acceso al agua por cañería, con poco mantenimiento constructivo. | ciudadelas, casas construidas con madera u otros materiales no duraderos, casas construidas hace más de 45 años y sin mantenimiento, con baño común o sin baño y no acceso al agua por cañería. |
| Entorno comunitario debía ser limpio, no presencia de basureros permanentes ni de desagües de aguas albañales por las calles. | Entorno comunitario podría caracterizarse con la presencia ocasional de basureros. | Entorno comunitario poco higiénico, presencia de basureros y aguas albañales permanentes en las calles. |
| Bajo índice de actividad delictiva y que el consumo de alcohol no fuera una práctica común. | Que la actividad delictiva en el territorio no constituyera un problema social y que el consumo de alcohol no fuera una práctica común. | Que la actividad delictiva en el territorio constituyera un problema social y que el consumo de alcohol fuera una práctica común. |

Los informantes claves refirieron que los territorios con condiciones de vida favorables, medianamente favorables y desfavorables podían encontrarse en los municipios Playa, Marianao y La Lisa respectivamente.

- Después de seleccionados los municipios, se realizó un intercambio con sus directores donde se les explicó los criterios que conllevaron a la elección del territorio y se les solicitó que escogieran el área de salud que correspondiera mejor con las condiciones de vida del municipio, y dentro del área de salud, que eligieran el consultorio más representativo, que fue el estudiado en esta investigación.

Los directores municipales decidieron que se estudiaran al consultorio 35 del Área de Salud "26 de Julio" del municipio Playa como territorio con condiciones de vida favorables, el consultorio 4 del Área de Salud "Ramón González Coro" del municipio Marianao como territorio de condiciones de vida medianamente favorables y el consultorio 9.2 situado en la zona del Palenque en el Área de Salud

“Aleida Fernández Chardiet” del municipio La Lisa, como territorio con condiciones de vida desfavorables.

Dentro de cada consultorio, se seleccionaron, aplicando el Muestreo Simple Aleatorio, cuatro muestras de mujeres y hombres de los grupos de edad de 14 a 19 años, 20 a 49 años, 50 a 64 años y 65 años y más, a las que se les aplicó las entrevistas correspondientes.

- El procedimiento estadístico utilizado fue el Análisis Discriminante. En este se consideró como variable dependiente o endógena el sexo y como variables explicativas los aspectos de la vida contemplados en las entrevistas realizadas en cada grupo de edad.

- Los aspectos de la vida que discriminaron significativamente entre mujeres y hombres, fueron los indicadores intermedios que conformaron los indicadores sintéticos que se construyeron en la investigación. En algunos casos, para optimizar la cantidad de los indicadores intermedios, se crearon dimensiones formadas por grupos de aspectos relacionados. El valor de una dimensión se tomó como la suma de los puntos de los aspectos contenidos en la misma.

2.3. Estimación de los Índices de Igualdad

Los indicadores sintéticos construidos se denominaron “Índices de Igualdad y se inspiraron en el Índice de Desarrollo Humano.^{23, 151}

El proceso de estimación de los Índices de Igualdad se desarrolla por pasos:

Primer Paso

Se estiman los indicadores intermedios X_i que componen los Índices de Igualdad a partir de la diferencia modular de las medias de hombres y mujeres de cada aspecto de la vida seleccionado para formar parte de los mismos. Su expresión formal es la siguiente:

$$X_i = | \bar{X}_{mas} - \bar{X}_{fem} |$$

Donde:

$$\overline{X}_{mas} = \sum_{i=1}^n \frac{X_i}{n_{mas}}$$

Siendo:

n_{mas} : tamaño de la muestra de hombres en el territorio estudiado

x_i : se obtiene del total de puntos que alcanzan los hombres para un aspecto de la vida, en un territorio dado.

Donde:

$$\overline{X}_{fem} = \sum_{i=1}^n \frac{X_i}{N_{fem}}$$

Siendo:

n_{fem} : tamaño de muestra de mujeres dentro de cada territorio estudiado

x_i : se obtiene del total de puntos que alcanzan las mujeres para un aspecto de la vida, en un territorio dado.

Segundo Paso:

Se estima el "Índice de Privación de Igualdad" para un aspecto de la vida i (IPI_i). Es una medida de cuanto dista, en términos relativos, el valor de X_i , respecto al mejor valor alcanzado u óptimo (X_{im}). Es decir, cuando el X_i , de un territorio, sea mínimo. Se aplica la siguiente expresión:

$$IPI_i = \frac{X_i - X_{im}}{X_{iM} - X_{im}}$$

Donde:

X_i : es el valor que toma cada aspecto de la vida en el territorio, como resultado de la diferencia por sexo $/ \overline{X}_{mas} - \overline{X}_{fem} /$

X_{im} : es la diferencia mínima entre la media masculina y femenina para el aspecto de la vida, en un territorio.

X_{iM} : es la diferencia máxima entre la media masculina y femenina para el aspecto de la vida, en un territorio.

Tercer Paso

Se estima la Privación de Igualdad Relativa Promedio del territorio y (PIR_y). Se refiere a la media de los Índices de Privación de Igualdad (IPI_i). Su expresión formal es la siguiente:

$$\overline{PIR}_y = \sum_{i=1}^k \frac{IPI_i}{k}$$

Donde:

k: número de variables

IPI_i: es el índice de Privación de Igualdad de cada aspecto de la vida en el territorio dado.

En esta expresión se le otorga igual ponderación (1/k) a todos los aspectos de la vida que se miden a través de los indicadores intermedios que componen los Índices de Igualdad. Lo que se justifica, por el hecho de que fueron los encontrados como los más importantes, en el proceso de selección.

Cuarto Paso

Se halla el Índice de Igualdad del territorio y (II_y). Puede tomar valores entre 0 y 1, mientras más cerca esté de 1, indica que existen menos diferencias de género y mientras más cerca esté de 0, indica que existen más diferencias de género.

Se estima mediante la expresión:

$$II_y = 1 - PIR_y$$

La construcción de los Índices de Igualdad se basó en las características de la categoría analítica del género. Su *carácter relacional* se pone de manifiesto al necesitar de información de mujeres y de hombres para su estimación. El carácter *jerárquico* del género se evidencia a través de la asimetría de las medias de mujeres y hombres para cada aspecto de la vida medidos a través de los indicadores intermedios. La *historicidad* del género se visualiza porque los valores de los indicadores sintéticos varían según el momento y el territorio donde sean estimados.

2.4 Validación de los Índices de Igualdad

La validación de los Índices de Igualdad construidos se desarrolló en tres momentos:

- El primer momento se realizó cuando se analizaron los resultados obtenidos en la primera estimación, durante el proceso de construcción de los Índices de Igualdad. Se contrastó el valor obtenido, con las condiciones de vida de cada territorio; lo que se apoyó en la teoría que expresa que las diferencias de género se manifiestan en correspondencia con las condiciones de vida en las que se desarrolla la sociedad.^{12, 139}
- En el segundo momento de la validación se definieron como poblaciones a los residentes en los territorios correspondientes a los consultorios que habían sido elegidos en el proceso de construcción de los indicadores sintéticos: 35 del Área de Salud “26 de Julio” del municipio Playa como territorio con condiciones de vida favorables, 4 del Área de Salud “Ramón González Coro” del municipio Marianao como territorio de condiciones de vida medianamente favorables y como de desfavorable, el 9.2 situado en el Área de Salud “Aleida Fernández Chardiet” del municipio La Lisa. Dentro de los mismos, se seleccionaron otras cuatro muestras aleatorias de mujeres y hombres, pertenecientes a los grupos de edad para los que fueron construidos los Índices de Igualdad, que no integraron las seleccionadas inicialmente. A los sujetos que integraron estas, se les aplicaron entrevistas (Anexos 1D, 1F, 1H y 1J), las cuales, fueron simplificadas hasta contar sólo con los ítemes relacionados con los aspectos de la vida que conforman los Índices de Igualdad. La validación consistió nuevamente en la confrontación de los resultados obtenidos por los indicadores de cada territorio y las características de sus condiciones de vida.
- En el tercer momento de la validación, se hicieron cuatro grupos de discusión (Anexo 1M) en el municipio Caibarién, en Villa Clara, donde puso a la consideración de los participantes los aspectos

de la vida seleccionados para ser medidos a través de los indicadores intermedios que conforman los Índices de Igualdad de cada grupo de edad. Con esta técnica se persiguió identificar si dichos aspectos, identificados en Ciudad de La Habana, se corresponden con la realidad de otra provincia que posee un contexto particular. Se seleccionó a este municipio por poseer diferencias con la capital en cuanto a sus características socio económicas, especialmente por ser una zona eminentemente rural. Por otra parte, existe un grupo de investigadores que incursiona en los temas de género y su relación con la salud por lo que han adquirido los conocimientos necesarios para la exploración que demandaba este estudio. Los expertos que participaron fueron dirigentes de la Federación de Mujeres Cubanas y de la comunidad del municipio, directivos de salud, médicos de familia. Además, de acuerdo con el grupo de edad correspondiente a las etapas del ciclo vital se incorporaron un profesor de secundaria básica y un geriatra.

Aspectos Éticos

Se garantizaron los aspectos éticos más relevantes en una investigación de este tipo. La voluntariedad de participación de los sujetos involucrados en el estudio fue respetada haciendo uso de un consentimiento informado (Anexo 1N) que fue leído a los individuos seleccionados en las muestras. Cada instrumento diseñado contiene además, información sobre los fines del estudio y el agradecimiento por la cooperación de los participantes. Se garantizó la imposibilidad de revelar la identidad, ya que ninguno de los instrumentos utilizados poseía datos de identificación personal. Se procuró la privacidad en el momento de la toma de información ya fuese esta, de forma verbal, en los casos de entrevistas o en el llenado de cuestionarios. No se admitieron personas ajenas al estudio en los locales en que fueron aplicados los instrumentos o donde se desarrollaron las actividades grupales. Toda la información generada en la investigación fue utilizada solamente con

fines científicos, de forma agregada y sin hacer alusiones a personas o familias para no dañar los principios de la confidencialidad.

Capítulo III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Caracterización de las diferencias de género

Con la finalidad de facilitar la comprensión de este acápite, se elaboró el cuadro resumen Tabla 1, a partir de los resultados que se presentan en las Tablas de la I a la XIV que aparecen en el Anexo 2 del presente trabajo. Los resultados alcanzados en las poblaciones de los residentes en las Áreas de Salud Reina y Boyeros, en los cirujanos(as) y en las etapas del ciclo vital permitieron la caracterización de los patrones de género, lo que responde al Objetivo Específico No 1 de esta investigación.

Tabla 1. Cuadro Resumen
Diferencias de género en los grupos poblacionales estudiados

| Aspectos de la vida identificados como diferenciadores de género | Residentes Reina | Residentes Boyeros | Cirujanos (as) | 14 a 19 años | 20 a 49 años | 50 a 64 años | 65 y más |
|--|------------------|--------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|----------|
| 1. Tareas del hogar | X | X | X | X* | X* | X* | X* |
| 2. Problemas de salud | X | X | X | X* | X* | X* | X* |
| 3. Sexualidad. Salud sexual y reproductiva | X | X | | X* | X | X* | X |
| 4. Hábitos tóxicos. | X | X | X | X* | | X* | X* |
| 5. Automedicación | X | X | | | X* | X* | X |
| 6. Rol productivo | X | X | X | | X* | X* | X* |
| 7. Rol comunitario | X | X | X | | | X* | X |
| 8. Aporte a la economía familiar | X | X | | | | X | |
| 9. Tiempo dedicado al descanso. Recreación | X | | X | | X* | X | |
| 10. Planificación del dinero al hogar | X | X | X | | X | | |
| 11. Entrada salarial | X | X | | | | | |
| 12. Ocupación que se realiza | X | | | | | X | |
| 13. Maltrato | X | | | | | X | X* |
| 14. Accidentes | X | | | | | | |
| 15. Aspiraciones y proyectos de vida | | | | X | X | X | X |
| 16. Expresión de sentimientos | | | | | X | X | X |
| 17. Autovaloración y autoestima | | | | | X | X* | X |
| 18. Manifestación de estereotipo. Porte y aspecto | | | | X | X | | |
| 19. Legislación | | | | | | X | X |
| 20. Toma de decisiones | | | | | X | X* | X |
| 21. Nivel educacional | | | | | | X | X |
| 22. Creencias sobre responsabilidad en el hogar | | | | X* | | | |
| 23. Cualidades sociales | | | | X | | | |
| 24. Búsqueda de consejo | | | | X | | | |
| 25. Práctica de deportes | | | | X* | | | |
| 26. Ejercicios físicos | | | | X* | | | |
| 27. Capacidad de pensar | | | | X | | | |
| 28. Resultados académicos | | | | X* | | | |
| 29. Tiempo para el estudio | | | | X* | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|----|
| 30. Espacios y límites | | | | | X | | |
| 31. Clases sociales | | | | | X | | |
| 32. Prioridad para la alimentación | | | | | | X | |
| 33. Jubilación | | | | | | | X* |
| 34. Percepción sobre la muerte | | | | | | | X |
| 35. Limitación física y motora. Validez y discapacidad | | | | | | | X |
| 36. Depresión | | | | | | | X |
| 37. Viudez | | | | | | | X |
| 38. Estado civil | | | | | | | X* |
| 39. Atención a los nietos | | | | | | | X* |

Notas:

- Las cruces (X) indican en la población en que fueron identificados los aspectos de la vida como diferenciadores de género.
- Los sombreados indican el grupo de edad en el que se seleccionaron para ser medidos a través de los indicadores intermedios de los Índices de Igualdad

Las tareas del hogar fue uno de los aspectos más importantes al exhibir diferencias significativas entre mujeres y hombres en todas las etapas del ciclo vital, en los residentes de las áreas de salud Reina y Boyeros y en los cirujanos(as) (Tablas 1). Las actividades propias del quehacer doméstico fueron ejecutadas generalmente por mujeres, sin embargo, la compra de alimentos fue realizada por ambos sexos, esto puede deberse a que es una actividad fuera del hogar que reclama de una dinámica de gestión, por lo que es más afín al estereotipo masculino y por tanto más fácil de asumirse por los hombres, valoración que ha sido aceptada también en investigaciones realizadas en otros países. Por otra parte, las actividades correspondientes al mantenimiento del hogar se encontró a cargo, principalmente de los hombres por estar relacionado con actividades socialmente concebidas para esta sexo, como la carpintería y la electricidad, entre otras.^{81, 157-160}

En la edad adulta avanzada (65 años y más) tomó importancia particular dentro de las tareas del hogar, la atención a los nietos, por lo que se consideró un aspecto que debía ser tratado independientemente. En los adolescentes fue muy importante la creencia de quien debe realizar las tareas domésticas; las muchachas opinaron que ambos sexos, mientras los muchachos, que eran

ellas, las responsables, lo cual muestra criterios que responden a la cultura patriarcal que prevalece en el país, a pesar de ser los más jóvenes.

Los resultados de esta investigación concuerdan con lo expresado por otros autores de que las labores del hogar, el cuidado de los hijos y de los enfermos, la responsabilidad con la dinámica familiar y la reproducción han sido encomendadas a la mujer en la mayoría de las comunidades humanas. Por todo lo cual, las féminas han quedado situadas en posiciones de desventaja al no tener acceso al poder, que se obtiene en gran medida por la supremacía financiera, que no se alcanza con las tareas propias del rol reproductivo. La división del trabajo dentro del hogar es un reflejo de la división del trabajo dentro de la sociedad donde existe una jerarquía sustentada en la supremacía masculina.^{12, 25, 27, 33, 36, 46, 111}

Otros de los aspectos que aporta a las relaciones entre mujeres y hombres fueron los problemas de salud (Tabla 1). Se encontró que el sexo femenino fue el más afectado en la percepción de enfermedades o síntomas, tratamientos recibidos, enfermedades diagnosticadas y demanda de atención médica, lo que se corresponde con la bibliografía revisada.^{7, 9, 161-163}

En el territorio con condiciones de vida desfavorables (Reina) los trastornos del sueño presentaron diferencias entre los sexos, con predominio femenino, mientras que en el de condiciones de vida favorables (Boyerros), las diferencias estuvieron en trastornos del sueño, trastornos nerviosos y artrosis, también con predominio femenino. Esta es una zona de nuevos asentamientos urbanos, con familias que comienzan a estructurarse, razón por la cual puede explicarse que las mujeres padezcan más de trastornos nerviosos. Esa situación familiar implica serios esfuerzos de adaptación sobre todo en la mujer, lo que provoca desequilibrios agravados por la sobrecarga que

tienen en relación con las tareas del hogar, la toma de decisiones y los conflictos de la vida que deben enfrentar.

Las manifestaciones como el cansancio y el estrés fueron más importantes en las cirujanas, quienes desempeñan múltiples roles. Esto coincide con resultados de otros autores¹⁶⁵ que expresan que, en el caso de las mujeres, que realizan trabajos remunerados y domésticos simultáneamente, sufren una combinación de exigencias que pueden afectar a la salud, por el insuficiente descanso, tener pocas horas de sueño, sufrir de mayor tensión por las responsabilidades y a pesar de ello, no sentirse satisfecha con el resultado de su trabajo remunerado. Las enfermedades cardiovasculares afectaron más a los cirujanos, lo que se asocia a un mayor consumo de alcohol y al hábito de fumar.

No se encontró, en los residentes de los territorios estudiados, diferencias entre los sexos en hipertensión arterial, diabetes mellitus y úlcera péptica aunque son afecciones que han sido identificadas como resultantes de los fenómenos que median entre los procesos de desigualdades biológicas y sociales y el proceso salud-enfermedad.^{5, 21, 84, 100, 164}

Los sujetos que participaron en el análisis de las etapas del ciclo vital refirieron que los problemas de salud se manifiestan de forma diferente entre mujeres y hombres, a lo largo de la vida, siendo las mujeres las más afectadas. Específicamente, en el grupo de edad de 20 a 49 años y de 50 a 64 años, opinaron que se asocian a la solicitud de asistencia médica y a la automedicación. En la edad adulta avanzada la solicitud de atención médica y la automedicación se consideraron, por su importancia, como aspectos independientes.

La autora concuerda con lo planteado en la literatura de que las desigualdades de género están relacionadas con los roles o funciones que el estereotipo masculino y femenino aprueba de acuerdo

a la cultura y a las costumbres de las comunidades a la que se pertenece, todo lo cual condiciona en gran medida, la presencia de enfermedades que sufren los integrantes de la colectividad.³³

El mejoramiento del estado de salud de la población constituye uno de los pilares primordiales de nuestra sociedad, donde se garantiza el acceso de todos a los servicios de salud. No obstante, existen diferencias entre mujeres y hombres, que se expresan en el hecho que unos enfermen más que otros; padecen de enfermedades propias de cada sexo, o son más frecuentes en uno u otro. Por otra parte, las mujeres demandan con mayor frecuencia los servicios de salud, se dedican al cuidado de la salud de los demás miembros de la familia y tienen una percepción diferente de la enfermedad en relación a los hombres.^{37, 59, 104, 133, 166}

La automedicación es uno de los hábitos nocivos que ocasiona más daños a la salud. Las mujeres residentes en las Áreas Salud Reina y Boyeros mostraron mayor consumo de fármacos y automedicación que los hombres. Situación similar fue también identificada por los expertos que estudiaron las etapas del ciclo vital de 20 a 49 años, 50 a 64 años y 65 años y más (Tabla 1), lo cuál coincide con lo planteado en la literatura.^{36, 76, 108, 109} Los medicamentos que refirieron autoconsumir con más frecuencia fueron: el diazepam, el nitrazepan y medicamentos para dolencias del sistema osteomioarticular. La automedicación se practica por gran parte de la población cubana, sobre todo por las mujeres, debido a la preparación sanitaria y la cultura adquirida, así como los conocimientos obtenidos a través del personal médico y por los medios de difusión. Pero, esta práctica puede producir, en muchas ocasiones, más daños que ventajas para la salud.

La depresión fue mencionada, en la etapa de 65 años y más, como un aspecto productor de diferencias de género (Tabla 1), por lo que merece ser analizada especialmente. Se han identificado en otros estudios factores desencadenantes de la depresión, dentro de los que se encuentran las

enfermedades desgastadoras, la pérdida de familiares, la salida de los hijos del hogar, el cese de la vida productiva, la dependencia física y(o) económica, la pérdida del atractivo físico. Otros factores descritos han sido la personalidad, las experiencias ligadas a tipos de socialización y las oportunidades diferenciales de hombres y mujeres.^{1, 9, 36, 152, 167, 168}

La tensión que entraña soportar tantos años de subordinación, de jornadas dobles y triples de trabajo, de acometer múltiples responsabilidades y funciones junto al padecimiento de enfermedades exponen a las mujeres a un riesgo muy alto de sufrir problemas psicológicos en épocas avanzadas de la vida. Se ha dicho, que todo esto, las coloca en una situación de "hipervigilancia", por lo que reaccionan a los acontecimientos que perturban la vida de otros como los de sí misma.¹⁵²

En el grupo de edad de 65 años y más se identificaron diferencias de género en los problemas de validez y discapacidad que pueden provocar las limitaciones físicas y motoras diferenciadas para cada sexo (Tabla 1). En otros estudios realizados en Cuba se han encontrado diferencias entre mujeres y hombres de la tercera edad en cuanto a la discapacidad física y mental con más afectación en las mujeres. Se ha descrito, por algunos autores, que las mujeres ancianas son más susceptibles a contraer enfermedades como artritis reumatoide, artrosis, enfermedad de Alzheimer y osteoporosis, asociada esta última al hábito de fumar, deficiencias nutricionales de calcio y pobre actividad física.^{1, 114, 165, 169}

Los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva se identificaron dentro de los aspectos de la vida que producen diferencias de género en las cuatro etapas del ciclo vital (Tabla 1). Los adolescentes opinaron que las diferencias de género se manifiestan, sobre todo, en la utilización de los métodos anticonceptivos. En la etapa reproductiva, los expertos manifestaron que las diferencias de género son marcadas en cuanto a la calidad de la sexualidad y de la vida

reproductiva. El pleno ejercicio de la sexualidad ayuda al mantenimiento de una buena salud, sin embargo, el sexo femenino se encuentra en situación de desventaja en cuanto a su disfrute, lo que concuerda con lo encontrado en otros estudios.^{33, 52, 170-172} En las etapas más avanzadas de la vida, la preocupación mayor estuvo en la ausencia de pareja que frecuentemente sufren las mujeres por la viudez, al tener los hombres una esperanza de vida inferior.

La inadaptación a la soledad producida por la viudez fue un aspecto de desventaja encontrado en los ancianos. La pareja perdida en esta etapa de la vida, generalmente no logra ser reemplazada por la ayuda o la presencia de otro familiar.^{168, 170}

Los residentes en las Áreas de Salud Reina y Boyeros mostraron diferencias entre los sexos en la planificación familiar, responsabilizando mayormente a las mujeres (Tabla 1). Los dispositivos intrauterinos, las tabletas, el diafragma, la esterilización femenina fueron los métodos anticonceptivos que refirieron ser utilizados por las mujeres, mientras que los hombres refirieron ayudar a controlar la natalidad casi exclusivamente con el uso del condón. Aunque la mujer sea la que posea las posibilidades biológicas de la concepción, es la pareja, en su conjunto, la que debe decidir sobre el número de hijos que se desean y la forma de controlar la natalidad. Se ha logrado de manera paulatina, la comprensión en gran parte de las personas de que la planificación familiar es responsabilidad de ambos sexos porque la llegada de los hijos provoca cambios en la familia en relación a la dinámica del hogar y en la esfera económica, aunque como se aprecia, todavía existen brechas entre los sexos.

En los cirujanos(as) no se encontró diferencias en la planificación familiar (Tabla 1). Esto puede estar condicionado por la preparación de ambos, como médicos. Cuando las comunidades alcanzan niveles de desarrollo que permiten poseer cultura general y sanitaria elevada, se produce la

disminución de la fecundidad a partir de la utilización de métodos anticonceptivos eficaces y menos dañinos pero, que generalmente se aplican sobre la mujer.^{1, 159, 173-177}

Los hábitos tóxicos son factores predisponentes que conducen a procesos mórbidos diferenciados en mujeres y hombres. Se encontró como uno de los aspectos de la vida que producen diferencias de género en casi todo el periodo de la vida estudiado (Tabla 1). El consumo de alcohol presentó diferencias significativas en los residentes en Reina y Boyeros y en los cirujanos, con predominio del sexo masculino, sobre todo de forma ocasional, vinculado a las normas de nuestra cultura. Algunos autores concuerdan con que los hombres, en ocasiones, encubren sus debilidades tras el consumo de alcohol, cuyos efectos les permite expresar sentimientos que están reprimidos por la fórmula obligada de dureza que deben representar. Se ha considerado en ocasiones que el consumo de alcohol es una conducta de riesgo masculina.^{6, 114}

El hábito de fumar fue solamente diferente entre mujeres y hombres en los residentes de Boyeros, con predominio masculino. La no diferencia entre sexos en los residentes del Área de Salud de Reina, en los cirujanos y en las edades entre 20 y 49 años, no es un resultado positivo. La autora coincide con otros investigadores que han argumentado que el consumo de tabaco se ha convertido en una "epidemia", donde las mujeres han sido afectadas. Este hábito se expandió dentro del sexo femenino como un falso patrón de liberación junto a las ganancias que se han logrado en la educación y el trabajo desde el siglo pasado.^{36, 165}

Los adolescentes argumentaron que las razones que tenían para comenzar a fumar estaban encaminadas a que se considera un comportamiento que refleja autonomía y poder, sin tomar en consideración los riesgos que implican tal práctica.

Se encontraron diferencias entre mujeres y hombres en todos los aspectos de la satisfacción y la realización profesional en los residentes de las Áreas de Salud Reina y Boyeros, donde el sexo masculino fue el más favorecido (Tabla 1). En los cirujanos, sólo se encontraron diferencias entre los sexos en la posibilidad de desarrollar cargos de dirección, lo que se explica por ser un grupo poblacional común, según profesión, lo que conlleva, de alguna forma, similares expectativas laborales, posibilidades de superación, reconocimiento y satisfacción laboral para cualquier sexo; mientras, la diferencia entre los cirujanos(as) en la realización de responsabilidades administrativas puede deberse, por un lado, a que las reales posibilidades de desempeñarlas compiten con las tareas del rol reproductivo, de las cuales no están exentas las mujeres y por otro a que, en muchas ocasiones, no son convocadas para desarrollarlas por considerar que no poseen las condiciones idóneas para una ejecución exitosa.

De forma general, se encontró que los hombres tienen más posibilidades de desempeñar cargos de dirección, son promovidos con más frecuencia a mejores puestos de trabajo, tienen más posibilidad de trabajar horas extras y el matrimonio, los hijos y las labores en el hogar no interfieren con sus responsabilidades laborales cotidianas.

En la Unión Europea se han identificado mayores diferencias de género en el acceso a las posiciones de influencia y poder en salud pública. Existe un número reducido de mujeres directivas y están poco representadas en organismos de salud. Algunos autores consideran que la escasez de los servicios de apoyo al hogar y la persistencia de relaciones sexistas que subvaloran a la mujer son factores que influyen en que ellas no estén más representadas en actividades de dirección. En un estudio realizado en Cubana de Acero y en el Centro de Inmunoensayo se encontró que la minoría de los dirigentes eran mujeres. Sin embargo, la representación femenina es fuerte dentro de

los dirigentes municipales de salud de Ciudad de La Habana, las cuales desarrollan sus funciones a expensas sobre todo de sus horas de descanso.^{9, 28, 52, 56, 112, 136, 178, 179}

Los aspectos de la vida relacionados con el rol productivo se expresaron como moduladores de las diferencias de género a partir de los 20 años (Tabla 1). En el periodo entre los 20 a 49 años los expertos opinaron que diferenciación entre mujeres y hombres toma importancia en la distribución de los perfiles laborales específicos, la promoción laboral y las posibilidades de realizar horas extras. La ocupación que se realiza se manifestó como un aspecto de la vida que produce diferencias de género en la etapa de 50 a 64 años, lo que se correspondió con lo encontrado en el territorio con favorables condiciones de vida. En la edad adulta mediana, las personas transitan por una redefinición del proyecto de vida, por ser el momento cuando se produce la jubilación.

Las expectativas ante la jubilación fueron diferentes entre los sexos en la edad adulta avanzada (Tabla 1); se opinó que las mujeres desean el retiro laboral más tempranamente que los hombres, lo que tiene relación con la multiplicidad de roles que desempeñan durante la vida laboral activa, como se ha encontrado en otros estudios ⁷¹. Mientras, los hombres mantienen un interés elevado en el ingreso salarial y el aporte de dinero al hogar y, por tanto, luego de jubilarse, cuando se sienten capaces, se contratan nuevamente. Los ancianos deciden continuar trabajando en labores que se corresponden con las que la sociedad entiende apropiados para cada sexo, dentro de las que mencionaron, poncheros, jardineros, carpinteros, chóferes particulares y vendedores en establecimientos privados; mientras las mujeres se dedican al cuidado de niños ajenos a la familia, coser, planchar o lavar.

En muchos países del mundo, las necesidades económicas agobiantes de la familia han exigido la incorporación femenina a la fuerza laboral, sobre todo en puestos laborales mal pagados, sin abandonar

las responsabilidades del hogar lo que les ocasiona menos oportunidad para el descanso y la recuperación.^{1, 9, 72, 160}

En cuanto a las actividades del rol comunitario, se encontraron diferencias de género en pertenecer al Partido Comunista de Cuba (PCC) en los residentes en Boyeros y Reina y en los cirujanos(as), con mayor presencia masculina (Tabla 1), lo que puede explicarse porque la realización de las tareas de la organización demandan de dedicación fuera del horario laboral. La edad de incorporación es a partir de los treinta años, cuando las mujeres, en su mayoría, son las responsables del cuidado de la familia y el hogar, por lo que se ven más imposibilitadas que los hombres de participar en esta actividad de la gestión comunitaria. Los expertos señalaron que en la etapa adulta mediana y avanzada, las mujeres participan menos que los hombres en las tareas organizadas por la comunidad, argumentando que en este periodo de la vida, tienen un compromiso especial con la familia por ser las responsables de la descendencia y de los ancianos, hay muchas que se encuentran aún trabajando fuera del hogar y generalmente se mantienen como responsables de las tareas domésticas.

El rol comunitario puede reflejarse en nuestro medio a través de la incorporación a organizaciones de masa o políticas y en la participación de las actividades que derivan de ellas porque están encaminadas a solucionar las necesidades y requerimientos de la sociedad. Otro espacio de participación comunitaria son las actividades religiosas o fraternas. En Cuba, tanto hombres como mujeres, realizan una actividad social y política organizada, sistemática y masiva. La mujer cubana participa activamente en la vida socio-política del país desde 1959, lo que le ha permitido alcanzar niveles de igualdad en muchas esferas de la vida respecto al hombre; situación diferente lo que se presenta en los demás países de la región.¹⁷⁹

El aporte de dinero a la economía familiar fue significativamente diferente entre mujeres y hombres en los dos territorios estudiados. Fueron los hombres los que brindan más dinero para el hogar (Tabla 1), lo que coincidió con lo encontrado en la edad adulta mediana.

La autora comparte los criterios emitidos por otros investigadores que tratan de explicar el imaginario social acerca de la posición que alcanzan los hombres en la familia, tras el respaldo del aporte de dinero al hogar. Las comunidades, aún actualmente, consideran que el que debe aportar mayor cantidad de dinero, debe ser preferentemente el hombre, como una demostración de su masculinidad.^{25, 179}

La planificación del dinero dedicado a solucionar las necesidades del hogar y la familia presentó diferencias significativas entre mujeres y hombres en los dos territorios estudiados, en los cirujanos(as) y fue mencionado como diferenciador entre mujeres y varones en la etapa del ciclo vital de 20 a 49 años. Esta tarea es asumida generalmente por las mujeres (Tablas 1), lo que impone una sobrecarga adicional debido a que el dinero que administran no está dedicado a satisfacer necesidades individuales sino a cubrir todos los gastos comunes de la casa y la familia. Se trata de una complicada obligación, sobre todo en estos momentos, en nuestro país, sometido a una crisis económica que tiene clara trascendencia en la economía privada.^{139, 149} La autora considera que las tareas como esta, que refuerzan la relación familiar deben ser responsabilidad compartida de los hombres y de las mujeres para lograr la consolidación de la familia que han fundado y el desarrollo armónico de sus componentes.

Se encontró que los residentes en Reina presentaron diferencias significativas entre mujeres y hombres en cuanto al tiempo dedicado al descanso, siendo las féminas las que tienen menos oportunidad para disfrutar del mismo (Tabla 1). Otro resultado relacionado fue la diferencia

encontrada entre los cirujanos y las cirujanas en cuanto a la recreación, específicamente en la realización de paseos, lo que puede ser producida porque las labores domésticas mantienen mayor tiempo ocupada a las mujeres que a los hombres dentro del hogar, junto a las labores productivas que complementan el abanico de tareas que realizan y que les impiden dedicar tiempo a otras actividades de interés personal y al descanso, lo que ha sido descrito en la literatura.^{3, 12, 160} La lectura de libros y ver la televisión pueden ser realizadas con mayor frecuencia por las mujeres porque se desarrollan dentro del hogar combinadas muchas veces con la realización de tareas domésticas.

El tiempo dedicado al descanso se evidenció como productor de diferencias de género en la etapa entre 20 y 64 años (Tabla 1). Abarca la vida laboral y reproductiva activa. Los hijos nacen y crecen y sobre las mujeres recae mayormente su cuidado, a su vez desarrollan una actividad laboral que complementa la responsabilidad anterior y son convocadas, por su juventud, a participar ampliamente en las actividades comunitarias. Abarca también la etapa alrededor de la jubilación.

En este sentido, se encontró en una investigación en médicas españolas, que ellas mantienen una lucha constante entre ser buenas profesionales y buenas madres, lo que genera sensación de frustración o culpa que provoca estrés y falta de control sobre su propia vida. Las madres que trabajan afrontan dificultades en la distribución de las horas dedicadas al trabajo remunerado, a las tareas domésticas y al cuidado de los hijos.^{8, 125, 158}

El maltrato se entendió en la investigación como la manifestación de la violencia que implica daños a la salud. En la Tabla 1 puede observarse que estuvo presente con más fuerza dentro de los residentes en el Área de Salud de Reina, como expresión de un medio social que posee las condiciones idóneas para que se desarrollen actitudes de este tipo. El potencial delictivo de ese

territorio es mucho mayor, las condiciones de la vivienda, el hacinamiento, la gran cantidad de familias extendidas, las propias características de la convivencia social que establecen los patrones masculinos de poder sobre las mujeres, pueden estar provocando en esta área situaciones de desventaja sobre ese sexo. Los expertos que colaboraron en el análisis de los grupos de 50 a 64 años y en el de 65 años y más, opinaron que la violencia se percibe y se manifiesta de manera diferente para mujeres y varones en esas etapas de la vida. Refirieron que la imposibilidad de expresar los sentimientos y la percepción de soledad son expresados de forma distinta por los sexos y pueden ser la consecuencia de maltratos y desatenciones que sufren los ancianos.

La violencia contra la mujer predomina en todo el mundo y afecta a las niñas y a las mujeres de todos los grupos socioeconómicos y culturales. No sólo mutila y da lugar a lesiones físicas, sino que impide el bienestar y el desarrollo de los hijos y a menudo es un obstáculo directo para la participación de los proyectos de desarrollo, por lo que es considerado por muchos como la inequidad más frecuente entre los sexos.^{5, 119, 173, 180-186}

Investigaciones recientes sobre violencia doméstica han demostrado que las víctimas son, sobre todo las mujeres, quienes frecuentemente no tienen conciencia de sufrir daños emocionales o sexuales; sólo se sienten maltratadas cuando los ataques son cruentos. Cuando el maltrato ocurre en el hogar es muy difícil de identificar.^{168, 174, 175}

Los hombres fueron los más afectados por los accidentes, con brechas mas marcadas en los residentes en el Área de Salud Reina (Tabla 1). De acuerdo a los resultados del presente estudio, los hombres son más propensos a los accidentes por la manifestación del estereotipo masculino, sobre todo los ocurridos en centros de trabajo y en la vía pública, mientras, las mujeres son víctimas

con más frecuencia de accidentes provocados en el hogar. Sólo uno de los cirujanos estudiados refirió haber sido víctima de un accidente de tránsito.

En la única población estudiada donde la "entrada salarial" exhibió diferencias significativas entre mujeres y hombres fue en los residentes en Reina y Boyeros (Tabla1). Sin embargo, los expertos que trabajaron el grupo de edad adulta avanzada expresaron que los ancianos sienten frecuentemente la necesidad de continuar trabajando, luego de la jubilación, para mantener su salario.

Es conveniente destacar algunos aspectos de la vida que resultaron diferenciadores de género en algunas etapas específicas del ciclo vital (Tabla 1). En las edades entre 14 y 19 años se enfatizó con fuerza que la práctica de deportes y la realización de ejercicios físicos diferían entre muchachos y muchachas, todo lo cual está relacionado con los estereotipos masculino y femenino que exigen que los varones tienen que ser fuertes, impetuosos, agresivos y poderosos para poder garantizar su rol dentro de la sociedad. Esto explica lo referido por los adolescentes quienes refirieron que practican deportes como el football y la pelota. Se han descrito en otras investigaciones la ocurrencia de severos daños físicos generados por deportes tradicionalmente masculinos como el rugby, el boxeo, el football, en los que el deportista se somete al dolor y se sacrifica por las heridas en pos del triunfo.^{71, 165, 183} Por el contrario, las muchachas deben ser bellas, delicadas y tiernas, por lo que se dedican más a la realización de ejercicios destinados al mantenimiento de la estética corporal, lo que fue planteado por las adolescentes estudiadas.

Elementos relacionados con la educación como los resultados académicos y el tiempo dedicado al estudio, fueron identificados como aportadores de diferencias entre muchachas y muchachos (Tabla 1).

Se coincide con otros autores que esto pudiera estar relacionado con el proceso de maduración tanto física como psicológica, que de forma general, ocurre primero en las muchachas.

Otros de los aspectos de la vida que se manifestaban de forma diferente entre los sexos, de acuerdo a la opinión de los adolescentes fueron las cualidades sociales, la búsqueda de consejo, la capacidad de pensar, la posibilidad de expresiones artísticas y los espacios y límites (Tabla 1).

Los sujetos que participaron en el estudio de las etapas del ciclo vital plantearon un grupo de aspectos de vida que son diferenciadores de género en determinadas etapas (Tabla 1). Los proyectos y aspiraciones ante la vida se destacaron en todas las etapas del ciclo vital estudiadas. La posibilidad para la toma de decisiones se presentó a partir de los 20 años, al igual que la autovaloración y autoestima lo que puede estar en correspondencia con las dificultades de la vida actual en cuanto a la carga de tareas, los problemas de soledad e incluso la presencia de enfermedades que aquejan sobre todo a las mujeres y la historia acumulada de sobrecarga de roles. La preocupación por el porte y el aspecto físico se mantuvo entre los 14 y 49 años y la legislación y el nivel educacional a partir de los 50 años.

La comparación que se realizó entre los residentes en las Áreas de Salud Reina y Boyeros, consideradas como poblaciones heterogéneas por vivir en territorios con condiciones de vida diferentes tuvo el propósito de conocer en que medida los patrones de género varían en el contexto cubano. Para facilitar la comprensión de los resultados, se presenta a continuación la Tabla 2, donde se exponen las variables que resultaron significativas entre los dos territorios. Esta Tabla se construyó con información contenida en las Tablas de la I a la VI, que aparecen en el Anexo 2 del presente trabajo.

Tabla 2
Variables que resultaron significativas entre los residentes de Reina y Boyeros

| Variables | P |
|--|-------|
| Entrada salarial baja | 0,000 |
| Ocupación de técnico medio | 0,008 |
| Ocupación de obrero | 0,010 |
| Limpiar | 0,010 |
| Cuidado de enfermos | 0,001 |
| Mantenimiento del hogar | 0,000 |
| Compra de alimentos | 0,000 |
| Planificación familiar | 0,006 |
| Responsabilidad con el cuidado de los hijos | 0,000 |
| Asistencia a reuniones de los hijos | 0,000 |
| Atención a higiene de los hijos | 0,011 |
| Trastornos nerviosos | 0,032 |
| Consumo de alcohol | 0,048 |
| Automedicación | 0,000 |
| Horas dedicadas a la recreación. | 0,000 |
| No maltrato | 0,000 |
| Responsabilidad de ambos sexos con la planificación familiar | 0,026 |
| Responsabilidad de la mujer con la planificación familiar | 0,000 |

Todo lo cual refleja un patrón de género que tiende a comportarse de forma distinta en los dos territorios con características particulares. No obstante, se consideró que los patrones de género podrían estar más delimitados en un espacio territorial más pequeño, como producto de su organización social más homogénea.¹³⁸

3.2 Selección de los indicadores intermedios

En este acápite se muestran los aspectos de la vida que fueron seleccionados como representativos del contexto cubano y de la propia etapa del ciclo vital y que constituyen los indicadores intermedios que componen los Índices de Igualdad. Aparecen sombreados y marcados por * en la Tabla 1.

Las Tabla 3, que aparecen a continuación, presenta de una forma resumida, las variables que discriminaron significativamente entre mujeres y varones. Se muestran además, las dimensiones

compuestas por grupos de variables afines, que junto a las que se consideraron de forma individual, fueron las seleccionadas para medirse a través de los indicadores intermedios de los Índices de Igualdad de cada grupo de edad.

En las Tablas XV, XVI, XVII y XVIII del Anexo 2, se encuentran los resultados completos de los análisis discriminantes de los cuatro grupos de edad.

Tabla 3
VARIABLES QUE RESULTARON SIGNIFICATIVAS EN EL ANÁLISIS FACTORIAL DISCRIMINANTE Y ASPECTOS DE LA VIDA MEDIDOS A TRAVÉS DE LOS INDICADORES INTERMEDIOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD.

| Variables significativas | p | Aspectos medidos por los indicadores intermedios |
|--|-------|--|
| 14 a 19 años | | |
| Consumo de cigarro | 0,001 | Hábitos Tóxicos |
| Consumo de alcohol | 0,020 | |
| Padecimiento de enfermedad | 0,007 | Problemas de salud |
| Tratamiento médico | 0,050 | |
| Decisión sobre el uso del condón | 0,002 | Salud sexual y reproductiva |
| Conocimiento sobre utilidad del condón | 0,004 | |
| Responsabilidad sobre la anticoncepción | 0,003 | |
| Realización de ejercicios físicos | 0,033 | Realización de ejercicios físicos |
| Práctica de deportes | 0,000 | Práctica de deportes |
| Criterios de quien realiza las tareas del hogar | 0,049 | Criterios de quien realiza las tareas del hogar |
| Realización de las tareas del hogar | 0,003 | Realización de las tareas del hogar |
| Resultados académicos | 0,023 | Resultados académicos |
| Tiempo dedicado al estudio individual | 0,019 | Tiempo dedicado al estudio individual |
| 20 a 49 años | | |
| Percepción de estar enfermo Automedicación | 0,010 | Problemas de salud |
| Cargos de dirección desempeñados Posibilidad de promover a cargos de dirección o puestos de trabajo Posibilidad de trabajar horas extras e interferencias de la familia con el trabajo | 0,000 | Trabajo remunerado |
| Descanso en días laborables | 0,033 | Descanso en días laborables |
| Tareas del hogar | 0,000 | Tareas del hogar |
| 50 a 64 años | | |
| Asistencia al médico | 0,000 | Problemas de salud |
| Presencia de enfermedades | 0,000 | |
| Automedicación | 0,001 | |
| Percepción de síntomas o molestias | 0,000 | |

| | | |
|--|-------|--|
| Consumo de Alcohol | 0,000 | Hábitos tóxicos |
| Consumo de café | 0,047 | |
| Frecuencia de ingestión de alcohol | 0,000 | |
| Consumo de cigarro | 0,000 | |
| Toma de decisiones en el hogar de forma individual | 0,038 | Toma de decisiones |
| Toma de decisiones en el trabajo de forma colectiva | 0,000 | |
| Toma de decisiones en trabajo de forma individual | 0,000 | |
| Presencia de pareja estable | 0,000 | Salud sexual y reproductiva |
| Estado civil | 0,025 | |
| Mantenimiento de relaciones sexuales | 0,000 | |
| Ocupación | 0,000 | Trabajo remunerado |
| Actividad que le reporte dinero | 0,000 | |
| Salario | 0,000 | |
| Criterios en el trabajo | 0,000 | |
| Tiempo dedicado a labores del hogar | 0,000 | Tareas del hogar |
| Realización de las tareas del hogar | 0,000 | |
| Autovaloración | 0,005 | Autovaloración |
| Participación en organizaciones políticas y sociales | 0,044 | Participación en organizaciones políticas y sociales |
| 65 años y más | | |
| Realización de tareas domésticas | 0,000 | Tareas del hogar |
| Tiempo dedicado a las tareas del hogar | 0,000 | |
| Gritos y(o) golpes | 0,000 | Maltrato |
| Desatención | 0,029 | |
| Indiferencias | 0,001 | |
| Irritación | 0,000 | |
| No hablar | 0,032 | |
| Hipertensión arterial | 0,003 | Problemas de salud |
| Enfermedad de los nervios | 0,026 | |
| Sentimientos de soledad | 0,032 | |
| Llanto | 0,000 | |
| Depresión | 0,000 | |
| Automedicación | 0,011 | |
| Hábito de fumar | 0,000 | Hábitos tóxicos |
| Consumo de alcohol | 0,000 | |
| Atención a los nietos | 0,000 | Atención a los nietos |
| Actitud ante la jubilación | 0,000 | Actitud ante la jubilación |
| Estado civil | 0,035 | Estado civil |

En la Tabla 3 se puede observar que en el *grupo de edad de 14 a 19 años* se prefirió mantener separadas la creencia sobre quién debe realizar las tareas del hogar y la realización de las tareas del

hogar ya que la primera se refiere a la percepción que tienen los adolescentes acerca de qué tareas son propias de los muchachos y cuáles son propias para las muchachas y la segunda se relaciona con la realización en de cada tarea. Lo cual refleja, que aún en las generaciones jóvenes, la sociedad cubana mantiene sus características patriarcales. Integraron también el Índice de Igualdad otros aspectos como los problemas de salud y los hábitos tóxicos, así como otros que reflejan las características de ese periodo de la vida.

En la *edad reproductiva*, los indicadores intermedios de género miden aspectos de la vida vinculados estrechamente a la división sexual del trabajo. La salud puede afectarse como consecuencia e la sobrecarga de tareas y el tiempo de descanso insuficiente.

Los problemas de salud y las tareas del hogar se encuentran reflejados en los indicadores intermedios del *grupo de 50 a 64 años*, al igual que en los anteriores. Los hábitos tóxicos se manifiestan como diferenciador de género al igual que en el grupo de 14 a 19 años. En la edad adulta mediana, la salud sexual y reproductiva se dirige hacia la presencia de pareja y calidad de las relaciones sexuales. Toman importancia la autovaloración y la toma de decisiones, lo que puede deberse a ser un periodo de transición, cuando, sobre todo la mujer, se adhiere a la jubilación, por lo que el poder que se sustenta con la posesión del dinero disminuye.

Las problemas de salud, las tareas del hogar y los hábitos tóxicos, al igual que en el grupo de edad anterior, son aspectos de la vida medidos por los indicadores intermedios que conforman el Índice de Igualdad de *65 años y más*. La atención a los nietos, por la importancia que cobra en este periodo de la vida, se consideró como una variable independiente junto con el maltrato y el estado civil.

3.3 Estimación de los Índices de Igualdad

En este acápite se exponen los resultados encontrados en el proceso de estimación de los Índices de

Igualdad. Además, se hace referencia a los resultados del primer momento de validación de los indicadores sintéticos construidos cuando se relacionaron los valores estimados de cada territorio con las condiciones de vida de los mismos.

Los resultados de la estimación de los indicadores intermedios X_i , junto a los Índices de Privación de Igualdad de los aspectos de la vida que componen los indicadores sintéticos construidos pueden verse en las Tablas XIX, XXI, XXIII y XXV del Anexo 2. Para facilitar la lectura del documento se construyó la Tabla 4, que se presenta a continuación, en la que se exponen los Índices de Privación obtenidos.

Tabla 4
Índice de Privación de Igualdad según aspectos de la vida, territorios y grupos de edad.

| Aspectos de la vida que componen los Índices de Igualdad | Consultorio 35 Área "26 de Julio Playa | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández Chardiet" La Lisa |
|--|--|--|---|
| 14 a 19 años | | | |
| Hábitos tóxicos | 0,00 | 1,00 | 0,41 |
| Problemas de salud | 0,00 | 0,23 | 1,00 |
| Salud sexual y reproductiva | 0,00 | 0,06 | 1,00 |
| Resultados académicos | 0,00 | 0,70 | 1,00 |
| Tiempo dedicado al estudio individual | 0,00 | 1,00 | 0,44 |
| Realización de ejercicios físicos | 0,00 | 1,00 | 1,00 |
| Práctica de deportes | 0,51 | 0,00 | 1,00 |
| Creencias sobre quien debe realizar las tareas del hogar | 0,10 | 0,00 | 1,00 |
| Realización de las tareas del hogar | 0,00 | 0,28 | 1,00 |
| 20 a 49 años | | | |
| Descanso en días laborables | 0,00 | 0,83 | 1,00 |
| Realización de las tareas del hogar | 1,00 | 0,35 | 0,00 |
| Problemas de salud | 0,00 | 0,50 | 1,00 |
| Trabajo remunerado | 0,00 | 0,04 | 1,00 |
| 50 a 64 años | | | |
| Realización de las tareas del hogar | 0,00 | 0,97 | 1,00 |
| Hábitos tóxicos | 0,00 | 0,56 | 1,00 |
| Autovaloración | 0,45 | 0,00 | 1,00 |

| | | | |
|--------------------------------------|------|------|------|
| Trabajo | 0,00 | 1,00 | 0,31 |
| Problemas de salud | 0,00 | 0,39 | 1,00 |
| Toma de decisión | 0,00 | 1,00 | 0,14 |
| Salud sexual y reproductiva | 0,94 | 0,00 | 1,00 |
| Pertenecer a organizaciones sociales | 0,00 | 0,90 | 1,00 |
| 65 años y más | | | |
| Realización de las tareas del hogar | 0,00 | 1,00 | 0,45 |
| Estado civil | 0,09 | 1,00 | 0,00 |
| Atención a los nietos | 0,00 | 1,00 | 0,50 |
| Jubilación | 0,41 | 0,00 | 1,00 |
| Problemas de salud | 1,00 | 0,00 | 0,98 |
| Hábitos tóxicos | 0,63 | 0,00 | 1,00 |
| Maltrato | 0,00 | 0,52 | 1,00 |

El consultorio 35 del Área de Salud “26 de Julio” del municipio Playa, con condiciones de vida favorables, mostró los mínimos Índices de Privación de Igualdad en la mayoría de los aspectos de la vida medidos por los indicadores intermedios que componen los indicadores sintéticos construidos. Esto se debe a que la diferencia entre mujeres y hombres fue la óptima alcanzada en los mismos. La situación encontrada en el Consultorio 9.2 del Área de Salud “Aleida Fernández Chardiet” del municipio La Lisa, con condiciones de vida desfavorable, fue inversa; se encontró una marcada distancia entre las diferencias de género de ese territorio y el de mejor situación en la mayoría de los aspectos de la vida que componen los Índices de Igualdad.

En el Anexo 2 se muestran las Tablas XX, XXII, XXIV y XXVI donde aparecen los Promedios de Igualdad Relativa y los Índices de Igualdad estimados en cada territorio y para cada grupo de edad. La Tabla 5, que se presenta a continuación, presenta de forma resumida los Índices de Igualdad de cada grupo de edad y territorio.

Tabla 5
Índice de Igualdad según territorios y grupos de edad

| Territorios | Índices de Igualdad | | | |
|---|---------------------|--------------|--------------|---------------|
| | 14 a 19 años | 20 a 49 años | 50 a 64 años | 65 años y más |
| Consultorio 35. Área de Salud "26 de Julio". Playa | 0,62 | 0,75 | 0,83 | 0,70 |
| Consultorio 4. Área de Salud "Ramón González. Coro". Marianao | 0,53 | 0,57 | 0,40 | 0,50 |
| Consultorio 9.2. Área de Salud "Aleida Fernández Chardiet". La Lisa | 0,44 | 0,25 | 0,19 | 0,30 |

Los Índices de Igualdad resumen en un valor único las relaciones de género de un territorio. Se puede observar en la Tabla 5 que en los cuatro grupos de edad fueron superiores en los territorios con condiciones de vida favorables y alcanzaron los valores más bajos en el de condiciones de vida desfavorables, situándose en una posición intermedia en el de condiciones medianamente favorable. Estos resultados avalan satisfactoriamente la calidad de los indicadores construidos porque se mueven en función de las condiciones de vida del lugar donde se apliquen.^{12, 139} Cuando las condiciones de vida son más favorables, las diferencias de género fueron menores y viceversa, lo cual se corresponde con lo referido en la bibliografía revisada. La posibilidad de que el valor varíe de un territorio a otro prueba el poder discriminativo de cada Índice de Igualdad.

Es importante destacar que cuando se trabaja con un número mayor de territorios, los Índices de Igualdad pueden ser ordenados a través de medidas de posición, como cuartiles o percentiles, con la finalidad de clasificarlos en categorías lo que favorece la evaluación de los resultados e incluso puede ayudar a intervenir según lo demande las características de cada clase.

3.4 Validación de los Índices de Igualdad

- Se realizó la primera validación en el propio proceso de construcción de los Índices de Igualdad,

cuando se contrastaron los resultados obtenidos con las condiciones de vida de los territorios, como se expuso en el acápite anterior.

- El segundo momento de validación se realizó cuando se estimaron nuevamente los cuatro indicadores construidos en muestras de sujetos que residían en los territorios con condiciones de vida diferentes y que no habían formado parte de las muestras iniciales. En la Tabla 6 aparecen los Índices de Igualdad encontrados.

Tabla 6
Índice de Igualdad según territorios y grupos de edad. Validación de los indicadores

| Territorios | Índices de Igualdad | | | |
|---|---------------------|--------------|--------------|---------------|
| | 14 a 19 años | 20 a 49 años | 50 a 64 años | 65 años y más |
| Consultorio 35. Área de Salud "26 de Julio". Playa | 0,68 | 0,59 | 0,79 | 0,75 |
| Consultorio 4. Área de Salud "Ramón González. Coro". Marianao | 0,46 | 0,52 | 0,29 | 0,74 |
| Consultorio 9.2. Área de Salud "Aleida Fernández Chardiet". La Lisa | 0,44 | 0,32 | 0,14 | 0,23 |

Se evidenció una distancia marcada en los valores alcanzados por los Índices de Igualdad entre el territorio con condiciones de vida favorables y el de condiciones de vida desfavorables (Tabla 6). En el territorio con condiciones de vida medianamente favorables, los Índices de Igualdad se situaron en una posición intermedia, lo que se corresponde una vez más con presupuesto teórico establecido para validar los indicadores.^{12, 139} El hecho de que en el grupo de 65 años y más, los valores obtenidos en los territorios con condiciones de vida favorables y medianamente favorables se acercaron, pudo deberse, por un lado, al azar y por otro, a que aunque los territorios se clasificaron de acuerdo a condiciones de vida que tenían características bien específicas, los patrones culturales reflejados en el entramado subjetivo de las personas y por tanto en su comportamiento se mantienen

en el tiempo o se trasladan desde los lugares donde se residía anteriormente.

Otros atributos importantes de estos indicadores fueron la facilidad de su estimación que requiere sólo de operaciones aritméticas básicas; la de contar con un instrumento de recogida de la información corto y sencillo que garantiza la veracidad de los datos y estar compuesto por un número reducido de indicadores intermedios. El hecho de moverse entre 0 y 1 delimita valores extremos, lo que favorece, su utilidad para la toma de decisiones y la investigación.

- A continuación se presentan los resultados encontrados en el tercer momento de la validación, cuando se realizaron los cuatro grupos de discusión en el municipio de Caibarién de la provincia de Villa Clara, con la finalidad de comprobar si los aspectos de la vida que componen los Índices de Igualdad, son los que marcan diferencias de género en un contexto eminentemente rural.

Grupo de 14 a 19 años

Los participantes en el grupo de discusión estuvieron de acuerdo con los aspectos de la vida que componen el indicador por ser los que con más fuerza marcan más diferencias entre muchachos y muchachas. Se produjo desacuerdos en el cuidado de niños y enfermos dentro de las tareas del hogar. Algunos participantes argumentaron que casi nunca, ni muchachas, ni muchachos realizan esa actividad. Los criterios de la mayoría estuvieron en el sentido de que cuando la realizan, son mayoritariamente las adolescentes las que se ocupan de dichos cuidados, junto al resto de las actividades domésticas clásicas, como lavar, limpiar, cocinar, fregar y planchar, razones que condujeron a que considera este aspecto, como muy importante.

Otro foco de debate estuvo en el tiempo dedicado al estudio individual. Se emitió el argumento de que tanto las, como los adolescentes tienen igual cantidad de tiempo para esta tarea. Pero, la mayoría de los participantes defendieron que es un aspecto de la vida marcador de diferencias de

género, porque las muchachas utilizan el tiempo que disponen para estudiar y mientras, los muchachos, en muchas ocasiones lo utilizan para realizar otras actividades.

Los participantes expresaron que la sexualidad y el tiempo libre podían producir también diferencias entre los sexos. Pero, finalmente hubo consenso en que los aspectos de la vida marcadores de diferencias de género fueron los presentados como componentes del Índice de Igualdad de 14 a 19 años.

Grupo de Edad de 20 a 49 años

Se entendió por el grupo, que la mayoría de los aspectos de la vida presentados como marcadores de diferencias de género eran los más importantes. Sólo la satisfacción profesional que es un componente de la variable trabajo remunerado motivó algunas discrepancias. Los argumentos esgrimidos en su contra fueron que las dificultades de recursos que enfrenta el país atenta a ambos sexos en cuanto al alcance de la satisfacción laboral esperada. La mayoría estuvo en desacuerdo con el criterio anterior, cuando expresaron, que el asunto fundamental no está en los problemas de recursos sino en que las mujeres son las más afectadas al tener dificultades en la realización de las labores que desempeñan, en la posibilidades de superación y de ocupar cargos de dirección, pues se mantienen responsables de las tareas domésticas y del cuidado de la familia, lo que les resta tiempo y atención al trabajo fuera del hogar. La discusión terminó con el consenso de que este aspecto de la vida produce importantes diferencias de género en este grupo de edad.

Grupo de Edad de 50 a 64 años

Este fue el grupo de discusión donde se produjo más debate, lo que pudo estar dado por el hecho de que es un periodo de tránsito hacia la edad adulta avanzada. Dentro de los aspectos de la vida más cuestionados fueron la pertenencia a organizaciones políticas y sociales. Se expresó por los

detractores que las organizaciones sociales de nuestro país agrupan a todos, sin distinción de sexo. Sin embargo, la mayoría estuvo de acuerdo en que las posibilidades de pertenecer a las organizaciones políticas es distinto para hombres y mujeres, la situación de estas últimas es más desventajosa porque sufren de problemas de salud que se lo impiden y porque aún están responsabilizadas con el cuidado de los más viejos y los más jóvenes de la familia y con las tareas del hogar.

Los participantes que abogaron a favor de que la salud sexual y reproductiva no fuera fuente de diferencia de género, dirigían más su discurso hacia los beneficios que existen en el país en salud reproductiva. La balanza se inclinó hacia la mayoría, cuando se definió que también había que considerar el disfrute de la sexualidad, en su sentido amplio, aspecto en que la mujer se encuentra en desventaja.

La ocupación provocó un interesante debate donde la mayoría estuvo de acuerdo en que en esta etapa del ciclo vital, uno de los rasgos importantes que diferencia a mujeres y hombres es la actitud ante la jubilación en el sentido del enfrentamiento a la pérdida de salario. Los hombres se sienten más preocupados ante la idea de contar con menos dinero propio.

Finalmente, los participantes del grupo de discusión concordaron en que los aspectos de la vida que conforman el Índice de Igualdad de 50 a 64 años son las más importantes.

Grupo de Edad de 65 años y más

Hubo prácticamente consenso en que todos los aspectos de la vida mostrados como marcadores de diferencias de género en esa etapa del ciclo vital son los más importantes. Sólo el estado civil motivó alguna discusión, pero se consideró que se manifiesta de manera diferente en estas edades, debido a que la longevidad femenina ocasiona con bastante frecuencia la viudez, situación difícil para la

mujer que queda sola, en el sentido que generalmente no logran encontrar una nueva pareja.

Los debates ocurridos en los grupos de discusión, motivados por discrepancias con algunas de los aspectos de la vida considerados marcadores de diferencias de género y por tanto, componentes de los Índices de Igualdad profundizaron el conocimiento sobre los patrones de género y las características del contexto y se pudo concluir de forma consensuada de que los indicadores son capaces de medir las diferencias de género en las cuatro etapas del ciclo vital en el contexto social cubano, por estar compuestos por los aspectos de la vida más importantes.

En otro orden, se debe enfatizar en que el algoritmo para la construcción de los Índices de Igualdad permite ser utilizado para diseñar indicadores sintéticos similares en otras subetapas de la vida, de ahí el aporte científico que brinda la presente investigación. De hecho, ya fue aplicada la metodología para la construcción de un Índice de Igualdad para medir diferencias de género en la etapa menopaúsica con muy buenos resultados.¹⁸⁷ El seguimiento del modelo de actuación permite también rediseñar los indicadores, en un territorio dado, cuando se considere que exista variación de las características del contexto.

Los Índices de Igualdad construidos han sido aplicados en el municipio Plaza de la Revolución en Ciudad de La Habana y en el municipio Caibarién de Villa Clara.^{188, 189} Estas investigaciones brindaron información valiosa para la toma de decisiones sobre la planificación estratégica de salud con perspectiva de género, en función de las necesidades de cada territorio.

Los Índices de Igualdad construidos en la presente investigación fueron incorporados dentro del sistema de indicadores del Programa de Salud Familiar del Ministerio de Salud Pública.¹⁹⁰

CONCLUSIONES

1. El patrón de diferencias de género del contexto social cubano se caracteriza por el amplio espectro de aspectos de la vida y se extiende desde los relacionados con los problemas de salud, sus riesgos y daños; los roles reproductivos, productivos y comunitarios; hasta los de las esferas de la subjetividad y de la macroeconomía del género
2. Los aspectos de la vida seleccionados para ser medidos a través de los indicadores intermedios que componen los Índices de Igualdad reflejan fundamentalmente el componente fenomenológico del concepto. Pueden estar presentes durante toda la vida, en periodos específicos o ser específicos para un grupo de edad en particular. Son los que con más fuerza propician el establecimiento de las relaciones de género en cada etapa de la vida.
3. En el proceso de estimación de los indicadores sintéticos construidos se obtiene el Índice de Privación de Igualdad que brinda información acerca de la distancia entre un territorio, con el de mejor resultado, en cuanto a las diferencias de género de cada aspecto de la vida. El resultado final de los Índices de Igualdad de 14 a 19 años, 20 a 49 años, 50 a 64 años y 65 años y más es un valor único que se mueve en un rango entre 0 y 1 y que de una manera resumida, expresa la situación de las relaciones de género en un territorio dado.
4. Los Índices de Igualdad de 14 a 19 años, 20 a 49 años, 50 a 64 años y 65 años y más poseen poder discriminativo porque su valor cambia en función de las características del lugar donde se estimen. Son capaces de medir el concepto para el que fueron construidos al estar conformados por los aspectos de la vida que marcan con más fuerza las diferencias de género en cada grupo de edad, lo que se comprueba al existir correspondencia entre las condiciones de vida del lugar donde se aplica y el valor que alcanzan los indicadores construidos. Los instrumentos de recogida de

información son cortos y sencillos lo que posibilita que los datos recogidos sean veraces. El procedimiento de estimación es fácil y son útiles para la toma de decisiones y la investigación porque alcanzan valores entre dos cotas, 0 y 1.

RECOMENDACIONES.

⇒ Realizar investigaciones que apliquen los cuatro Índices de Igualdad construidos para brindar información que garantice la gestión efectiva de salud a través de la planificación y ejecución de acciones encaminadas a disminuir las inequidades entre mujeres y hombres y aumentar la salud y la calidad de vida de la comunidad.

⇒ Capacitar a los directivos de la salud y de otros sectores relacionados, sobre la importancia del uso de los Índices de Igualdad construidos, lo que permitirá el perfeccionamiento en la toma de decisiones con perspectiva de género y por tanto la planificación de acciones, en dependencia de las necesidades de cada sexo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gender and Health a Technical Paper. Women's Health: WHO. [Fecha de acceso octubre 2001]; Disponible en URL: <http://www.who.int/frh-whd/GandH/GHreport/genderlech.htm//Acknowledgements>.
2. El Foro de La Haya y el Consenso del Cairo. [Fecha de acceso febrero 2001]. Disponible en URL: <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 DF: 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. Artilos Visbal L. Políticas de salud con perspectiva de género a las puertas del milenio. 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. [Fecha de acceso noviembre 2001]. Disponible en URL: http://www.nodo50.org/mujeresred/salud-diferencias_de_sexo.html.
9. Gender Mainstreaming in EU Public Health. Relatoría del Gender Equity Conference. Sept 2000. [Fecha de acceso noviembre 2001]. Disponible en URL: <http://www.eurohealth.ie/gender>.
10. Legato M. The Impact of Gender of Health. International Women's Health. [Fecha de acceso 28 septiembre 2001]. Disponible en URL: <http://www-personal.iuowa.edu/~denegke/gender.html>.
11. Artilos L y col. 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. 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.
14. 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. [Fecha de acceso Marzo 2005]. Disponible en URL: <http://www.laneta.apc.org/cgi-bin/WebX?230@78.oDMXa99KmCT%5EO@ee730bo>.

15. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Programa de acción. El Cairo, 13 de Septiembre, 1994.
16. IV Conferencia Mundial sobre la mujer. Plataforma de acción. Beijing, 14 de Septiembre, 1995.
17. Indicadores básicos de referencia aprobados durante el examen de la CIPD+5. Estado de la Población Mundial. Género y Salud. [Fecha de acceso Mayo 2002]. Disponible en URL: <http://www.unfpa.org/swp/2000/español/boxes/box7.html>.
18. Draveman T y col. Health inequalities and social inequalities in health. Bulletin of the World Health Organization, 2000; 78 (2): 232 - 234.
19. Estadísticas del Sistema Nacional de Salud y Enfoque de Género. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas; 1998.
20. Castañeda Abascal I, Bayarre Vea H. Indicadores de salud. Una alternativa para el análisis de la salud desde la perspectiva de género. Género: Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico - Técnica; 2000.
21. Zubieta G J. Red de indicadores de ciencia y tecnología, RCI y T. V Taller Iberoamericano e Interamericano de Indicadores de Ciencia y Tecnología. Primer Taller de Indicadores de Ciencia y Tecnología. Octubre 15 - 18 Montevideo, Uruguay. [Fecha de acceso junio 2004]. Disponible en URL: <http://www.ricyt.org/Biblioteca/Documentos/DL5t/zubieta5tg.doc>.
22. Breilh J. Género, poder y salud. Aportes críticos a la construcción intergenerérica de una sociedad sin subordinación. Quito: CEAS; 1993. 39-43.
23. Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba, 1999. La Habana: Edit. Caguayo S.A; 2000.
24. Silva LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Madrid: Edit. Díaz de Santos; 1997.
25. Castañeda Abascal I y col. Indicador sintético para medir diferencias de género. Rev. Cub. Salud Pública 1999; 25 (1): 54-63.
26. Astraín Rodríguez M E, Gran Álvarez MA, Pría Barros M del C y Rubén Quesada M. Alternativas metodológicas para la clasificación de territorios y el estudio de la mortalidad evitable según condiciones de vida. Informe Final del proyecto de investigación del Programa Ramal de ISSS. La Habana: ENSAP; 2004
27. Breilh J. "Mujer, trabajo y salud". Quito: CEAS; 1994 17, 304, 305, 307.
28. Álvarez M. Mujer y Poder en Cuba. Género Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.
29. Álvarez M. Mujer y Poder en Cuba. Revista Temas 1998; No.14:113-125

30. Ares Muzio P. Ser mujer en Cuba. Riesgos y conquistas. Género: Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico Técnica, 2000.
31. Espín V. La mujer en Cuba: Historia. La Habana: Editorial de la Mujer; 1990.
32. Alfonso A. Salud mental de las mujeres y vida cotidiana. Género: Salud y cotidianidad. La Habana: Editorial Científico - Técnica; 2000. 55 -76.
33. Helman C G. Culture, Health and Illness. Gender and reproduction. Oxford: Planta Tree; 2000. 108.
34. González S. Comportamiento sexual en la mujer de la mediana edad. Trabajo presentado en el VII Congreso Iberoamericano de Educación y Terapia Sexual. Ciudad de La Habana, 1994.
35. Artilles Visbal L. La contribución de los roles de género en la determinación del síndrome climatérico. [Tesis Doctoral]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2001.
36. Carpeta metodológica del Taller de Capacitación en Género, Salud y Desarrollo. Washington: OPS; 1995.
37. Presno Labrador M C, 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. Medicina General Integral, junio 2004; 20(3). [Fecha de acceso marzo 2005]. Disponible en URL: http://www.imbiomed.com/1/1articulos.php?method=show&Detail&id_articulo=2018id_secci{on=799&id_ejemplar=2996&id_revista=69.
38. Castañeda Abascal I, Solís Solís S. Desigualdades atribuibles al género en cirujanos(as) de Ciudad de La Habana. Rev. Cub. Salud Pública 2002; 2(28): 112 - 148.
39. The gender and Health Group. Gender and Analysis Framework. Liverpool: School of Tropical Medicine; 2000
40. División de Salud y Desarrollo Humano del Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Propuesta de desarrollo de indicadores básicos para el análisis y vigilancia de la situación de salud de las mujeres y el comportamiento de los diferenciales por sexo en salud. Washington: OPS; 1997.
41. Gran Álvarez M. Interrupción voluntaria del embarazo y la anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad. [Tesis Doctoral]. La Habana: ENSAP; 2004. [Fecha de acceso Abril 2005]. Disponible en URL: <http://www.sld.cu/sitios/revsalud/temas.php?idv=1148>.
42. Organización Panamericana de la Salud. Género, salud y desarrollo, un enfoque en construcción. Washington: OPS, 1994. Publicación 541.
43. ¿Desaparecerán los géneros cuando desaparezca el sexismo?. Revista Sexología y Sociedad 1995; 1(2): 18-19.

44. Castañeda Abascal I y col. Algunas reflexiones sobre género. Rev. Cub. Salud Pública, 1999; 1(2): 129 - 142.
45. Sarduy C. Postmodernidad, genero y salud. Género: Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico - Técnica; 2000.
46. Rohlf's I. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. España: Gaceta Sanitaria; 2000. 14 (2): 146-155.
47. Breilh J. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. Quito: CEAS; 1998.
48. Díaz E. Socialismo cubano: los ajustes y las paradojas. Conferencia en Mesa Redonda de los especialistas de FLACSO presentada en el Encuentro Internacional de Juventud, 1995.
49. Engels F, Marx C. Sagrada familia y otros escritos filosóficos de la primera época. México: Grijalbo SA; 1958 260-262.
50. Caner Román A. Mujeres cubanas: el largo camino hacia la libertad. Narrative femmini cubane tra mito e realtà. Comitato per le pari opportunità. Materiali e studi. Venezia: Università Ca' Foscari; 2003.
51. 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
52. Presno Labrador M C, Castañeda Abascal I. Enfoque de género en salud. Algunas consideraciones. [CD-ROM]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública, 2003.
53. Robles SC. Desarrollos metodológicos en el Análisis de la Situación de Salud según condiciones de Vida. Washington: OPS; 1996
54. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. Cuerpo: Diferencia sexual y género. México DF: Editora Tauros; 2002.
55. 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.
56. Caram T. Mujer cubana y participación social: Un estudio sobre el empoderamiento femenino en Cuba. [Tesis Doctoral]. La Habana: Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales. Programa Cuba; 2000.
57. Money J, Ehrhardt A. Desarrollo de la sexualidad humana. Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género. Madrid: Ediciones Morata; 1992.
58. Giddens A. Género y sexualidad. Sociología. Cultura, individuo e interacción social. Madrid: Alianza; 1997
59. Beauviour, S de. El segundo sexo. México DF: Editorial Patria; 1990.

60. Toledo C. Mujeres, el género que nos une, las clases nos divide. *Marxismo Vivo*. [Fecha de acceso 24/09/04]. Disponible en URL: <http://www.mrxismaline.org/toledo2esp.html>.
61. Díaz E. *Género y Poder en Cuba*. La Habana: Universidad de La Habana; 1997.
62. Escalante Herrera A C. Las relaciones entre mujeres y el poder en el gran caribe. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica* 1997. No. 76: 89-97.
63. Díaz E. *Turismo y prostitución en Cuba*. La Habana: FLACSO; 1997.
64. Bengelsdorf C. Terreno en debate: la mujer en Cuba. Un ensayo bibliográfico. *Rev. Temas* 1997. No 9: 121-123.
65. Herrera G. Los dilemas de la diferencia. *Rev. Iconos* 1999. No 6: 1-122.
66. Pamiás González E y Vega Botana M. Análisis de diferencias entre hombres y mujeres con relación a las enfermedades. [Fecha de acceso 27/09/04]. Disponible en URL: <http://jama.ama-assn.org>.
67. Valdés T. *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Chile: UNFPA; 1998.
68. Kaufman M. *Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres*. Chile: ISIS 1997; No 24.
69. Ziegel J. The gender gap health care's next frontier. *Business&health* on nov. 1998. [Fecha de acceso septiembre 2001]. Disponible en URL: <http://www.bnh.pds.net/bnh/public.htm?path=content/journal/b/data/1998/bba/bba029.html>.
70. Rubin G. El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo. [Fecha de acceso noviembre 2004]. Disponible en URL: <http://www.cholonautas.edu.pe/pdf/rubin.pdf>.
71. ¿Como se define la identidad de género?. La Habana: I.S.P. Enrique José Varona; 1995.
72. Sabo D. *Understanding Men's Health. A Relational and Gender Sensitive Approach*. Global Health Equity Initiative. Washington: Harvard Center for Population and Development Studies; 1999.
73. Lagarde, M. *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Editorial Horas y Horas; 1996
74. Ruiz X. *Sociedad, Cultura y género. Sexología y Sociedad*. La Habana: Edit. Publicitur; 1998. 3-7.
75. Hanson K. *La medición del estado de salud. Género, carga de morbilidad y establecimientos de prioridades en el sector salud. Género, equidad y salud*. Washington: OPS, Harvard Center for Population and Development Studies, Publicación Ocasional No 5, 2000.
76. Sarduy C. *La salud de las mujeres. Un acercamiento a esta realidad desde la perspectiva de género: una mirada desde la Atención Primaria de Salud, Marianao. Cuba 1997. [Trabajo para optar por el título de especialista de Primer Grado en Psicología de la Salud]*. La Habana, 1998.

77. Almaguer L. Categorización y constancia de género en niños de siete a nueve años de la escuela primaria Mártires del Corinthia. Primer semestre 1997. [Trabajo para optar por el Título de Máster en Psicología de la Salud 1997]. Facultad de Salud Pública, La Habana.
78. Breilth J. El género entre fuegos: Inequidad y esperanzas. Quito: CEAS; 1996.
79. La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres. México DF: UNICEF; 1997. 139.
80. Colectivo de autores. La investigación en salud sexual y reproductiva. Propuestas metodológicas y experiencias. La Habana: Publicaciones Azucareras, 2004
81. Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing. La Habana: MINSAP; 2002
82. Daskal Ana M. Permiso para quererme. Reflexiones sobre la autoestima femenina. México DF: Edit. Paidós; 1994. 58-67
83. 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.
84. Propuesta de indicadores básicos para el análisis de la salud de las mujeres en el contexto de las inequidades de género en la salud. Washington: OPS; 2002
85. Braveran P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. Bulletin of World Health Organization 2003; 81(7): 539 - 545.
86. 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: Instituto Nacional de las Mujeres; 2003
87. CEPAL. Estadísticas de Género. Actualizado en Noviembre 2003. Naciones Unidas. [Fecha de acceso enero 2004]. Disponible en: URL <http://www.eclac.cl/mujer/proyectos/perfilesdefault/htm>.
88. FAO. Women in Development Services, Women and Population Division. Gender sensitive indicator: A key tool for gendermainstreaming, June 2001. [Fecha de acceso enero 2004]. Disponible en: URL http://www.fao.org/sd/2001/PEO602a_en.htm.
89. Amaro Cano M del C. Género e Inequidades 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.
90. Organización Panamericana de la Salud. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción, 2002. Washington: OPS. Publicación Científica No 585

91. Pérez Cárdenas M et-al. *Ética Médica y Bioética. Perspectiva Filosófica. Lecturas de Filosofía, Salud y Cotidianidad*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000
92. Marx C, Engels F. *Manifiesto del Partido Comunista y otros escritos políticos*. México DF: Edit. Grijalbo, 1970
93. Moser C. *Género y Desarrollo. Cuaderno de Ciencias Sociales 60. Programa de Costa Rica*. La Habana: FLACSO; 1995.
94. Hasselhan M. *Occupational health for health workers*. Estocolmo: Instituto de Karolinska; 1999.
95. Veleza da Silva S M. *Trabajo informal, género y cultura*. Barcelona: Biblioteca Universitaria. [Fecha de acceso Marzo 2005] Disponible en URL: <http://www.tdx.cesca.es/TDX-0701104-170835>
96. *Informe Anual*. Washington: Fondo de las Naciones Unidas; 2002
97. *Seminario Nacional de Evaluación y Difusión: Las cubanas de Beijing al 2000. Acceso a la dirección en niveles decisorios*. La Habana: Edit. de la Mujer; 1996.
98. Álvarez M. *Prólogo. Género Salud y Cotidianidad*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000
99. *Anuario Estadístico de Cuba 2001*. La Habana: Oficina Nacional de Estadística; 2002.
100. *Anuario Estadístico de Salud*. La Habana: FNUAP; 2004.
101. Giddens A. *Estructuras de Poder. Sociología. Cultura, individuo e interacción social*. Madrid: Alianza Editorial; 1997
102. *Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing*. República de Cuba. La Habana: Gaceta Oficial de la República de Cuba. [Fecha de acceso marzo 2005]. Disponible en URL: <http://www.ain.cubaweb.cu/mujer/beijing.htm>.
103. Organización Panamericana de la Salud. *La mujer en el mercado del trabajo en el sector salud en las Américas. ¿Hegemonía Femenina?*, 1993. Washington: OPS Publicación Científica N0 541. 255.
104. *Las barreras médicas suelen ser necesarias*. *Netwok en Español*. 2002; 21(3): 4 - 6.
105. H. *El género y la reforma del sector salud. Género, equidad y salud*. Washington: OPS/OMS, 2000. Publicación ocasional No 3,
106. Vargas W. *Conocimientos sobre sexualidad y prácticas sexuales en escolares adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la ciudad de Juliaca*. México: UNAS; 1996. 81.
107. Astelarra J. *El sistema de género, nuevos conceptos y metodología. Sistema de género: Rupturas conceptuales y metodológicas*. [Fecha de acceso marzo 2005]. Disponible en URL: http://www.cubaliteraria.com/estudios-género/género_con_met.asp.

108. Preso Labrador C, Castañeda Abascal I. Perspectiva de género en la gestión en salud. Temas de Actualización en Salud Pública. [CD-ROM]. La Habana: ENSAP; 2004
109. Coria, C. El sexo oculto del dinero. Formas de la dependencia femenina. México DF: Edit. Paidós; 1992. 80.
110. Castañeda Abascal I, Segura Sardiñas O y 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: ENSAP; 2004.
111. García Quiñones R y 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.
112. Hartigan P. Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. Género, equidad y salud. Washington: OPS/OMS, 2001. Publicación Ocasional No 7,
113. 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.
114. 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
115. 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.
116. 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.
117. 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
118. Franco S. El Quinto: No matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia. Colombia: Editorial Tercer Mundo; 1999. 3
119. La Salud en Las Américas. Conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington: OPS/OMS; 2002.
120. 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 DF: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer; 1997.
121. Promoción de la salud. Mejoramiento del estado de salud de la mujer. Washington: OPS; 1993.

122. Artilos de León I. Violencia y sexualidad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1998. 25.
123. Souza, M.C de. A Violencia como desafio a Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2000. 3.
124. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington: OPS, 1998. Publicación Científica No. 569.
125. Santana Vega L, González Herrera AL. ¿Tienen sexo las profesiones?. Rev. Sexología y Sociedad, 1997, 2 (8): 20 - 23.
126. División de Salud Familiar y Reproductiva. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritaria. Washington DC: OPS; 1998.
127. Velásquez S. Violencias cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender y ayudar. Buenos Aires: Edit. Paidós; 2003. 23 - 30.
128. Alvarado G. Prevalencia de violencia doméstica en la Ciudad de Durango. Rev. Salud Pública Mex. Vol 40 No 6 Cuernavaca, Nov- Dic 1998. [Fecha de acceso junio 2001]. Disponible en URL junio 2001 http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50036341998000600004&lng=en&nrm=iso.
129. Ramírez JC. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: Resultados de un estudio piloto. Cuadernos de Salud Pública 12(3). [Fecha de acceso julio 2001]. Disponible en URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50102-311x1996000300014&lng=en&nrm=iso.
130. La violencia basada en género en la salud sexual y reproductiva. Boletín ¡Basta! 2004: 1-11.
131. La conexión entre la violencia basada en género y la salud sexual y reproductiva. Boletín ¡Basta! 2004: 3-8.
132. Organización Panamericana de la Salud. Gender, Health and Development: an Approach in the Making. Género, Mujer y Salud en las Américas 1993. Washington: OPS. Publicación Científica No. 541.
133. Whittaker A. Isaan Women. Ethnicity, Gender and Health in Northeast Thailand. Thesis submitted in accordance with the requirement of degree of Doctor of Philosophy. University of Queensland, July 1994. Pro Quest Information and Learnig. [Fecha de acceso mayo 2001]. Disponible en: URL www.ums.com/proquest.
134. Nell M. Los hombres como aliados. Experiencias de cuatro continentes. [Fecha de acceso Enero 2002]. Disponible en URL: <http://www.unfpa.un.hn/notinfpa/ene/cap4.html>.
135. Rojas Ochoa F, López Pardo C, Silva Ayzcaguer LC. Indicadores de salud y bienestar para municipios saludables. Washington DC: OPS; 1994.

136. ¿Qué son los indicadores?. Indicadores de género y TICs. Metodología de evaluación para INTERNET y TICs desde una perspectiva de género. APC - PARM. [Fecha de acceso junio 2004]. Disponible en URL: <http://www.opewomen.org/gem/esp/indicadores.htm>.
137. Jiménez Paneque R. Indicadores de calidad y eficiencia en los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana de Salud Pública 2004; 30(1): Ene - Marz. [Fecha de acceso Marzo 2005]. Disponible en URL: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&irm=iso&tlng=es.
138. Indicadores para el seguimiento y la evaluación del Programa de Acción Regional para las mujeres de América Latina y el Caribe, 1995 - 2001 y la Plataforma de acción de Beijing. Chile: CEPAL; 1999.
139. Mujer, Trabajo y Salud. Serie Mujer y Salud. Quito: CEAS; 1994.
140. Iñiguez Rojas L. Desigualdades espaciales en Cuba. Entre herencias y emergencias. Heterogeneidad social en la Cuba actual. [CD-ROM]. La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana; 2004.
141. Ravenet Ramírez M. Espacio y Territorios en los estudios sociológicos en Cuba. [Tesis Doctoral]. La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos, Universidad de La Habana, 2002.
142. Tse Tung M. Obras Escogidas. Ediciones en lenguas extranjeras, 1968. Edición Marxista INTERNET Archive, Mayo 2001. [Fecha de acceso Febrero 2005]. Disponible en URL: <http://www.marxist.org/espanol/mao/WMMW34s.html>.
143. Necesidades Básicas Insatisfechas. Indicadores SIISE. [Fecha de acceso enero 2005]. Disponible en URL: <http://www.siise.gov.ec/fichai/pobr9wdx.htm>.
144. Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras. Censo de Población y Viviendas, 2001. [Fecha de acceso enero 2005]. Disponible en URL: http://www.ine-hn.org/Trifolios/nbi_cortes.pdf.
145. Cetraro Cardo C. El patrimonio y condiciones de vida de hogares en Perú. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Fecha de acceso 6 de Enero de 2005]. Disponible en URL: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/est/lib0382/PRESENTA.htm>.
146. Espina M et-al. Heterogenización y desigualdades en la ciudad. Diagnóstico y perspectivas. Heterogeneidad social en la Cuba actual. [CD-ROM]. La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana; 2004.
147. Ravenet Ramírez M. Experiencias y retos del análisis sociológico en salud. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29(4). [Fecha de acceso enero 2005]. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetos&pid=0864-346620030004&lng=es&nrm=iso.
148. Espina Prieto M. Efectos sociales de las medidas del reajuste económico sobre la ciudad. Diagnóstico y perspectiva. Componentes socioestructurales y distancias sociales en la ciudad. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas; 2003.

149. Acanda JL. Sociedad Civil y Superación de la pobreza. Heterogeneidad social en la Cuba actual. [CD-ROM]. La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana; 2004.
150. Ares P. El poder oculto del dinero. Heterogeneidad social en la Cuba actual. [CD-ROM]. La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana; 2004.
151. Concepto de Género. Necesidades prácticas de género. Tecnologías de la información y la comunicación para el desarrollo. IDRC. [Fecha de acceso 6de Marzo de 2005]. Disponible en URL: http://web.idrc.ca/es/ev-23233-201-1-DO_TOPIC.html.
152. Investigación sobre desarrollo humano en Cuba 1996. La Habana: Ediciones Caguayo; 1997.
153. Indicadores básicos para el seguimiento y la evaluación del Programa de Acción Regional para las mujeres de América Latina y el caribe, 1995 - 2000 y la Plataforma de Acción de Beijing. Santiago de Chile: CEPAL; 1999.
154. Papel Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible. Grupos de Discusión. [Fecha de acceso Abril 2004]. Disponible en URL: <http://www.cimas.eurosur.org/global/fiches/ficcha.php?entidad=Harramientas&id=5>.
155. Berg BL. Qualitative Research Methods for the Social Science. United States of America: Allyn and Bacon; 2001.
156. Metodología de la Investigación. [CD-ROM]. La Habana: ISCM-H; 2004
157. Torres González M. Familia, unidad y diversidad. ¿Por qué y para que la familia?. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2003. 15-34
158. Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género. La violencia sobre la mujer. Informe de Cuba. Washington: Naciones Unidas; 2002. [Fecha de acceso marzo 2005]. Disponible en URL: <http://www.google.es/search?hl=s&q=Informe+cubano+de+Beijing&meta>.
159. Alfonso Rodríguez A, Sarduy Sánchez C. Salud y trabajo doméstico. Género: Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2000.
160. Castañeda Abascal I. Género en las áreas de salud Reina y Boyeros. [Trabajo para optar por el Título de Master en Salud Pública] 1998. Facultad de Salud Pública, La Habana.
161. García M. Lo maravilloso y lo cotidiano. La Habana. Rev. Alma Mater 1998; (3): 3.
162. Familia y reparto de responsabilidades. Madrid: Instituto de la Mujer, 1996. 40.
163. Burken Draucken C. Learnig the harsh realities of live: sexual violence, disillusionment and meanig. Health care for women international. The Journal of International Council on Women s Health Issue. 2001; 22(12): 67 - 84.

164. Presno Labrador M C y Castañeda Abascal I. Enfoque de género en salud. Su importancia y aplicación en la Atención Primaria. Revista Cub. Medicina General Integral 19(3), Mayo - Junio 2003. [Fecha de acceso diciembre 2004]. Disponible en URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_3_03/mgisu303.htm.
165. Organización Panamericana de la Salud. Las mujeres como proveedoras de soporte principal para los ancianos. El caso Puerto Rico. Washington DC: OPS; 1994. Publicación Científica 541.
166. Gallegos R. La importancia de la participación de las mujeres en la atención a la salud. Rev. Portadores de sueño. Pensamiento y acción en salud. 2002; 1(2): 18 - 20.
167. Inequidad de género y salud de la mujer. Notiinf. 1999; 16(14). [Fecha de acceso febrero 2003]. Disponible en URL: <http://www.unfpa.un.hn/notiinf/ere/cap5.htm>.
168. Solsona M. La segunda transición demográfica desde la perspectiva de género. Desigualdades de género en los viejos y nuevos hogares. Madrid: Montserrat Solsona I Pairó; 1996. 17.
169. Bayarre H. Enfoque de Género: una necesidad de la investigación gerontológica en el contexto cubano. Género: Salud y cotidianidad. La Habana: Editorial Científico - Técnica; 2000
170. Mulet C, et-al. La salud reproductiva en el adolescente. Algunas consideraciones importantes. La Habana: CNES/FNUAP; 1998. 56.
171. Sarduy Sánchez C. Descorriendo velos: hacia una nueva cultura reproductiva. Rev. Cubana Sexología y Sociedad 2004; 10(26): 30-37
172. Colectivo de autores. Percepción y comportamiento de la sexualidad y la reproducción según los hombres. La Habana: Publicaciones Azucareras, 2004.
173. Hassoouneh-Phillips D. Poligamy and wife abuse: A qualitative study of muslim women in America. Health care for women international. The Journal of International Council on Women s Health Issue. 2002; 22 (8): 735 - 748.
174. Hassoouneh - Phillips D. American muslim women's experience and leaving abusive relationship. Health care for women international. The Journal of International Council on Women s Health Issue. 2001; 22 (4): 415 - 432.
175. Artilles JI. Salud y violencia de género. Género Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.
176. En busca de medios para mejorar la anticoncepción de emergencia. Netwok en Español. 2001; 21 (1): 10 - 13.
177. Castañeda Abascal I, Molina M. Factores biosociales que influyen en la aparición del aborto provocado. Rev. Cub. Obstet y Ginecol, 1999; 25(1): 55-60.

178. Lims J, Butter E. Equidad de género y salud ambiental. Género, equidad y salud. Washington: OPS/OMS, 2002. Publicación ocasional No 10,
179. Pittman P. Género en la provisión de servicios de salud. Argentina: OPS; 1995.
180. Andrade MA. La categoría de género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte de varones y mujeres. México DF: Universidad de Xochimilco; 1995.
181. Gender-Based Violence: A public health and human right problem. Violence against woman: The health sector response. Washington DC: PAHO, 2003. Publicación Ocasional No 12. 4-12.
182. Los servicios de salud y la ética. Network en Español 2001; 21 (2): 10 - 13.
183. Gender-Based Violence: A public health and human rights problem. Violence against women. The health sector responds. Washington: OPS; 2003
184. García-Moreno C. Violencia contra la mujer. Género, equidad y salud. Washington: OPS/OMS. 2000. Publicación ocasional No 6.
185. Castañeda Abascal I, Solares Carreño J M, Valdés Pérez E M. Diferencias de género en las Áreas de Salud Reina y Boyeros. [CD-ROM]. Relatoría del VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y el XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud. La Habana: Editora Homago Experimental; 2000.
186. Perspectiva de género en la salud y el desarrollo. Washington: OPS; 1995.
187. Velásquez Carbonell E. Construcción de un indicador sintético para medir diferencias de género en la edad media de la vida. [Tesis para optar por el grado de Especialista en Bioestadística] 2002. La Habana: ENSAP.
188. Martell García J A. Diferencias de género en las edades del ciclo vital de 14 a 19 años y de 20 a 49 años. Municipio Plaza de la Revolución. [Tesis para optar por el grado de Especialista en Bioestadística] 2004. La Habana: ENSAP.
189. García Rovira M. Diferencias de género en las edades del ciclo vital de 50 a 64 años y de 65 años y más. Caibarién, Villa Clara. [Tesis para optar por el grado de Especialista en Bioestadística] 2004. La Habana: ENSAP.
190. Castañeda Abascal I y col. Género y Salud. Informe Final del Proyecto de Investigación. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública, 2005
-

ANEXO 1N CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido seleccionado para participar en una investigación auspiciada por la Escuela Nacional de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública que tiene el objetivo de indagar sobre el papel que desempeña el hombre y la mujer en la sociedad actual y su relación con los problemas de salud. Todo lo cual estará dirigido a la creación de indicadores capaces de medir las diferencias de género.

Le estamos solicitando su autorización para contar con su ayuda, que consideramos de suma importancia, pues sus criterios y experiencias emitidos en las preguntas de las entrevistas, cuestionarios o grupos de trabajo colectivo enriquecerán el estudio.

Le garantizamos que no existe la posibilidad de divulgar la información personal brindada por usted ya que los instrumentos de recogida de la información son anónimos. Por otra parte, se aplican en lugares con la privacidad necesaria y no se permite la presencia de extraños a la investigación. Por último, es necesario que conozca que los resultados del estudio solo serán publicados con fines científicos y con información resumida, nunca de forma personalizada.

Esperamos contar con su ayuda, muchas gracias
La autora

ANEXO 1A GRUPO DE DISCUSIÓN PARA DIRECTORES MUNICIPALES

Estimados colegas: Se está realizando una investigación para construir indicadores capaces de medir diferencias de género. Es necesario seleccionar dos territorios con condiciones de vida bien diferenciadas. Por su experiencia en el sector salud y en el municipio que dirige, ha sido seleccionado como informante clave para que nos ayude en esta tarea. Sus criterios serán de suma importancia por lo que esperamos contar con su participación, si usted está dispuesto.

Muchas gracias.
La autora

Instrucciones

1. Explicar los propósitos del grupo de discusión.
2. Colocar el lugar visible los parámetros a considerar para la selección de los municipios con diferentes condiciones de vida y explicarlos.
3. Solicitar que cada participante realice una propuesta de un municipio con favorables y otro con desfavorable condiciones de vida.
4. Hacer tantas rondas de propuesta y discusión, hasta que se logre consenso.

Luego de seleccionado el municipio:

1. Su director debe elegir el Área de Salud que represente las condiciones de vida del municipio.
2. Se creará el perfil de cada Área de Salud, de acuerdo a los parámetros establecidos.

Parámetros a considerar

- Desarrollo económico del territorio
- Estado constructivo de la vivienda y tiempo de fabricación
- Hacinamiento
- Situación social expresada en índice delictivo, consumo de alcohol e indisciplina social

Guía de preguntas

1. ¿Esta de acuerdo con los criterios expuestos, o cree conveniente variar o agregar alguno?
2. ¿Qué municipio usted considera que posee condiciones de vida favorable y cuál desfavorables?
3. ¿Cuál es el área de salud que representa mejor las características del municipio?
4. ¿Cuál es el perfil que caracteriza el área de salud seleccionada?

ANEXO 1B

ENCUESTA DE GÉNERO Y SALUD

El presente cuestionario forma parte de una investigación auspiciada por la Escuela Nacional de Salud Pública que tiene el objetivo de indagar sobre el papel que desempeña el hombre y la mujer en la sociedad actual y su relación con los problemas de salud. Por lo que es muy importante su colaboración, a través de sus respuestas a las preguntas, de forma tal, que podamos contar con sus opiniones. El carácter anónimo de la encuesta garantiza la extrema discreción que usted se merece.

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria por lo que contestará la encuesta si así lo desea. Le agradecemos su valiosa cooperación.

La autora

1- EDAD: _____

Escriba su edad en años cumplidos

2- SEXO: Marque con una cruz donde corresponda

M _____ F _____

3- ESCOLARIDAD: Marque con una cruz donde corresponda de acuerdo al nivel de escolaridad vencido.

Primaria sin Terminar _____

Primaria Terminada _____

Secundaria Terminada _____

Preuniversitario o Tecnológico _____

Universitario _____

4- OCUPACION: Marque con una cruz donde corresponda. Debe seleccionar una sola alternativa de acuerdo con la actividad laboral que realiza actualmente.

Estudiante _____

Ama de Casa _____

Obrero _____

Técnico Medio _____

Profesional _____

Jubilado _____

Cuentapropista _____

Sin Ocupación _____

5- SALARIO: Marque con una cruz de acuerdo al salario que usted gana mensualmente. Si no percibe ninguno marque en la primera línea.

Menos de 100 pesos _____

100 pesos o más _____

6- ¿TRABAJA FUERA DEL HOGAR?

Sí _____ No _____

Si respondió SI, marque con una cruz donde corresponda,

6 A) Las relaciones con los compañeros de trabajo son:

Buenas _____

Malas _____

Regulares _____

6 B) ¿Considera que tiene posibilidades de seguir superándose?

Sí _____ No _____

Si respondió NO, diga por qué?

6 C) ¿Se siente reconocido en su trabajo?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

6 D) ¿Se siente satisfecho con su trabajo?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

6 F) Considera que trabajar junto al sexo opuesto es:

Favorable _____ Desfavorable _____

¿Por qué?

7- TAREAS DEL HOGAR: Ponga una cruz de acuerdo a la frecuencia con que las realiza.

| <u>TAREAS</u> | <u>Casi Siempre</u> | <u>A veces</u> | <u>Casi Nunca</u> |
|---------------|---------------------|----------------|-------------------|
| A) Cocinar | _____ | _____ | _____ |
| B) Limpiar | _____ | _____ | _____ |
| C) Lavar | _____ | _____ | _____ |

- | | | | |
|---|-------|-------|-------|
| D) Planchar | _____ | _____ | _____ |
| E) Cuidado de los Hijos | _____ | _____ | _____ |
| F) Mantenimiento del Hogar | _____ | _____ | _____ |
| G) Compra de Alimentos | _____ | _____ | _____ |
| H) Planificación de Alimentos | _____ | _____ | _____ |
| I) Cuidado de los Enfermos | _____ | _____ | _____ |
| J) Responsabilidad con la Higiene diaria de los Hijos | _____ | _____ | _____ |
| K) Responsabilidad del cuidado de los hijos en las vacaciones y cuando enferman | _____ | _____ | _____ |
| L) Asistencia a reuniones de padres | _____ | _____ | _____ |

8- PLANIFICACION FAMILIAR: Marque con una cruz según su criterio

¿Quién o quienes deciden sobre el número de hijos que debe tener la familia?

Mujer _____

Hombre _____

Ambos _____

Mencione los métodos anticonceptivos que usted haya utilizado:

9- APOORTE FAMILIAR: Se refiere al dinero que usted destina a los gastos del hogar y la familia. Marque con una cruz donde corresponda.

Menor Aporte _____ Si no aporta ningún ingreso o lo que aporta no es el mayor.

Mayor Aporte _____ Si usted aporta la mayor cantidad de dinero al hogar y los gastos familiares.

10- ACTIVIDADES COMUNITARIAS: Marque con una cruz donde corresponda

INTEGRACIÓN:

A) ¿Es miembro del PCC? Sí _____

No _____

B) ¿Es miembro de la CTC? Sí _____

No _____

C) ¿Es miembro de los CDR? Sí _____

No _____

D) ¿Es miembro de la UJC? Sí _____

No _____

Participación en actividades y tareas

Ponga una cruz según corresponda de acuerdo a su participación en las mismas.

A) Trabajos Voluntarios: Participa _____
No participa _____

B) Guardia Cederista: Participa _____
No participa _____

C) Reuniones Organizaciones de Masa: Participa _____
No participa _____

D) Actividades Religiosas: Participa _____
No participa _____

11- SALUD

11 A- ¿Cuántas horas diarias usted dedica a la recreación? Marque con una cruz de acuerdo al tiempo empleado.

2 horas o menos _____

Más de 2 horas _____

11 B- ¿Usted padece de alguna de estas enfermedades?

- Artrosis Sí _____ No _____

- Trastornos del sueño Sí _____ No _____

- Hipertensión arterial Sí _____ No _____

- Diabetes mellitus Sí _____ No _____

- Úlcera péptica Sí _____ No _____

- Trastornos nerviosos Sí _____ No _____

- Enumere otras enfermedades que padezca

11 C- ¿Usted ha sufrido accidentes?

Sí _____ No _____

Si respondió afirmativamente, diga donde ocurrieron.

11 D- ¿Usted ha sido víctima de abusos físicos, sexuales o psicológicos?

Sí _____ No _____

Si respondió afirmativamente, especifique de que tipo

11 E- ¿Usted fuma?

Sí _____ No _____

11 F- ¿Usted ingiere bebidas alcohólicas cada tres días o menos?

Sí _____ No _____

11 G- ¿Usted toma más de dos tazas de café diarias?

Sí _____ No _____

11 H- ¿Acostumbra a ingerir o utilizar medicamentos sin ser orientados por el médico?

Sí _____ No _____

ANEXO 1C
ENCUESTA DE GÉNERO

El presente cuestionario forma parte de una investigación que está realizando la Escuela Nacional de Salud Pública, con el objetivo de indagar posibles diferencias de género en los especialistas de Cirugía y otras especialidades quirúrgicas, cuyos resultados ayudarán a obtener los conocimientos necesarios que permitan tomar acciones para mejorar las condiciones de trabajo y de vida. Por lo que, solicitamos su colaboración para responder el cuestionario que le presentamos, así como su más absoluta sinceridad. La encuesta es de carácter anónimo.

Muchas gracias
La autora

Hospital_____Especialidad_____

Coloque una cruz según corresponda

1. Sexo: Masculino__ Femenino__

2. Edad: _____

3. Estado civil:

Casado ____

Soltero ____

Divorciado__

Unión consensual ____

Viudo ____

4. Integración social:

PCC __ UJC __ CTC __ FMC __ CDR__

5. Especialista:

Primer grado ____ Segundo grado ____

6. ¿Tiene categoría docente?

Sí ____ No__

Si respondió Sí, diga cuál

7. ¿Tiene categoría de investigador?

Sí ____ No__

Si respondió Sí, diga cuál

8. Las relaciones con sus compañeros de trabajo son:

___ Buenas ___ Malas

¿Por qué?

9. ¿Tiene usted responsabilidades administrativas?

Sí ___ No ___ Si respondió Sí, diga cuáles

10. ¿Considera usted que tiene posibilidades de seguir superándose?

Sí ___ No ___

Si responde negativamente exponga las razones

11. ¿En qué actividad de superación ha participado?

12. ¿Se siente reconocido(a) en su trabajo?

Sí ___ No ___

¿Por qué?

13. ¿Se siente satisfecho(a) con la labor que realiza?

Sí ___ No ___

¿Por qué?

14. Considera usted que trabajar con el sexo opuesto es:

___ Favorable ___ Desfavorable

¿Por qué?

15. ¿Cree usted que puede cumplir con las tareas asignadas en su trabajo?

Sí ___ No ___

¿Por

qué

?

16. Emita sus criterios en relación a las posibilidades de desarrollo en la especialidad que tienen las mujeres y los hombres

17. Marque con qué frecuencia participa en las tareas del hogar.

Casi Siempre A veces Casi Nunca

| | | | |
|---|-------|-------|-------|
| Cocinar | _____ | _____ | _____ |
| Limpiar | _____ | _____ | _____ |
| Lavar | _____ | _____ | _____ |
| Planchar | _____ | _____ | _____ |
| Fregar | _____ | _____ | _____ |
| Cuidar los enfermos de la familia | _____ | _____ | _____ |
| Compra de los alimentos que se consumen en el hogar | _____ | _____ | _____ |
| Mantenimiento del hogar (arreglos, pintura, etc.) | _____ | _____ | _____ |

18. Su salario constituye:

El único ingreso familiar _____

El mayor ingreso familiar _____

Una parte menor del ingreso familiar _____

19. ¿Usted es quién realiza la planificación de la economía familiar?

Sí _____ No _____

Si respondió negativamente, diga ¿sobre quién recae?

Esposo(a) _____

Madre _____

Suegra _____

Suegro _____

Hijos _____

En conjunto _____

20. La planificación familiar es responsabilidad de:

El hombre _____

La mujer _____

Ambos _____

21. Señale con una cruz (X) las actividades de la comunidad que usted realiza regularmente.

Trabajos voluntarios _____

Reuniones de organizaciones de masas _____

Asambleas del Poder Popular _____
Guardia cederista _____

22. Participa con su familia en actividades recreativas como:
Fiestas ___ Paseos ___ Lecturas de libros _____ TV ___

23. De los hábitos que se relacionan diga los que padece:
Fumar _____ Ingerir bebidas alcohólicas _____
Automedicación _____ Café ___

24. ¿Usted padece de alguna enfermedad?
Sí ___ No _____
Si respondió Sí, diga cuáles

25. ¿Practica algún deporte?
Sí _____ No _____

26. ¿Siente frecuentemente algunas de estas manifestaciones?
Cansancio _____
Stress _____
Irritabilidad _____
Otros _____
¿Cuáles? _____

27. ¿Usted ha sido víctima de abusos físicos, psicológicos o sexuales?
Sí _____ No _____
Si respondió afirmativamente, especifique de que tipo

28. ¿Usted ha sufrido accidentes?
Sí _____ No _____
Si respondió afirmativamente, especifique donde ocurrieron

ANEXO 1L

CONSULTA A INFORMANTES CLAVES PARA SELECCIONAR TERRITORIOS CON DIFERENTES CONDICIONES DE VIDA.

Estimados colegas: Se está realizando una investigación para construir indicadores capaces de medir diferencias de género en cuatro etapas del ciclo vital. Es necesario seleccionar tres territorios con condiciones de vida bien diferenciadas. Por su experiencia en el sector salud y en la Salud Pública ha sido seleccionado como informante clave para que nos ayude en esta tarea. Sus criterios serán de suma importancia por lo que esperamos contar con su participación, si usted está dispuesto.

Muchas gracias.
La autora

1. Consideramos que los criterios para seleccionar los territorios deben fundamentarse en:
 - Ingresos económico medidos según personas trabajando y magnitud y tipo de entrada por salario u otro concepto.
 - Calidad de la vivienda en cuanto a materiales de construcción, situación del baño, situación del abasto de agua, tiempo de fabricación, mantenimiento constructivo.
 - Hacinamiento
 - Entorno comunitario
 - Situación social
- ¿Esta de acuerdo con los criterios expuestos, o cree conveniente variar o agregar alguno?
- De acuerdo con sus conocimientos cuantos estratos de condiciones de vida podemos considerar y cuáles son las características de cada uno?.
- ¿Qué municipio usted considera que cumple con los estratos que considera que deben existir? ¿Por qué?

ANEXO 1D Entrevista. Grupo de 14 a 19 años

La presente encuesta se realiza con el objetivo de identificar algunos criterios y comportamientos que caracterizan a las muchachas y muchachos de tu edad. Esta encuesta es personal y anónima por lo que todos los datos son estrictamente confidenciales. Te solicitamos que respondas con cuidado y sinceridad. Gracias por tu cooperación.

La autora

- 1.-Edad _____
- 2.-*Sexo: Masculino _____ Femenino _____
- 3.-Grado _____

4.-*Territorio _____

5.-*¿Consumes algunos de los siguientes productos?:

Café _____ Cigarro _____ Alcohol _____

Otros _____ Cuál(es)?

6.-*¿Sientes algún síntoma o molestia relacionado con tu salud?

Sí ___ No ___

Si respondió sí, diga cuál(es)

7.-*¿Padeces alguna enfermedad? Sí ___ No ___

Si respondió sí, diga cuál(es)

8.-*¿Tienes algún tratamiento médico? Sí ___ No ___

Si respondió sí, diga cuál(es)

9.- ¿Tienes actualmente novio(a)? Sí ___ No ___

10.- ¿Has mantenido relaciones sexuales? Sí ___ No ___

De responder sí, diga edad de comienzo _____

11.- ¿Has tenido alguna otra práctica sexual? Sí ___ No ___

Diga cuál o cuáles:

12.- ¿Tienes pareja sexual en la actualidad? Sí ___ No ___

De responder sí a la pregunta anterior, diga qué método anticonceptivo utilizas.

13.- ¿Cuántas parejas sexuales has tenido desde el inicio de tus relaciones sexuales? _____

14.-*¿Qué utilidad tiene el uso del condón?

15.-*¿Quién decide el uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales?

El muchacho solamente _____

La muchacha solamente _____

El muchacho y la muchacha _____

16.-* Señalar con una "M" en los anticonceptivos que son utilizados por el sexo masculino y una "F" los utilizados por el sexo femenino:

T de cobre _____ Anillo _____ ASA _____
Condón _____ Diafragma _____ Vasectomía _____ Pastillas anticonceptivas _____

17.-* Los métodos anticonceptivos son responsabilidad de:

El muchacho solamente _____
La muchacha solamente _____
El muchacho y la muchacha _____

18.- ¿Te sientes satisfecho(a) con el hecho de ser hombre o mujer?

Sí ___ No ___

19.- ¿Te gustaría superarte profesionalmente? Sí ___ No ___

20.- ¿Qué te gustaría ser en el futuro?

Universitario _____
Técnico medio _____
Obrero calificado _____
Ninguno de los anteriores _____
Otros _____ ¿Cuáles?

21.-* ¿Qué resultados académicos alcanzaste en el curso pasado?:

90–100 puntos _____
80–89 puntos _____
70–79 puntos _____
60–69 puntos _____
Menos de 60 puntos _____

22.-* ¿Cuántas horas diarias dedicas al estudio individual? _____

23.-* ¿Realizas ejercicio físico? Sí ___ No ___

23A.-* ¿Con qué frecuencia? _____

24.-* ¿Practicas algún deporte? Sí ___ No ___

*Si resondeste sí, diga cuáles _____

24A.-* ¿Con qué frecuencia? _____

25.-* ¿A quién corresponde realizar las siguientes tareas?

| | Muchacho | Muchacha | Ambos |
|---------|----------|----------|-------|
| Limpiar | _____ | _____ | _____ |
| Lavar | _____ | _____ | _____ |
| Fregar | _____ | _____ | _____ |

| | | | |
|------------------|-------|-------|-------|
| Planchar | _____ | _____ | _____ |
| Cocinar | _____ | _____ | _____ |
| Hacer mandados | _____ | _____ | _____ |
| Reparar el hogar | _____ | _____ | _____ |
| Reparar equipos | _____ | _____ | _____ |

26.- * ¿Con qué frecuencia realizas las siguientes tareas?:

Casi siempre Casi nunca Nunca

| | | | |
|------------------|-------|-------|-------|
| Limpiar | _____ | _____ | _____ |
| Lavar | _____ | _____ | _____ |
| Fregar | _____ | _____ | _____ |
| Planchar | _____ | _____ | _____ |
| Cocinar | _____ | _____ | _____ |
| Hacer mandados | _____ | _____ | _____ |
| Reparar el hogar | _____ | _____ | _____ |
| Reparar equipos | _____ | _____ | _____ |

27.- ¿Cuáles trabajos son apropiados para los hombres, las mujeres o ambos?

Hombres Mujeres Ambos

| | | | |
|--------------|-------|-------|-------|
| Mecánico | _____ | _____ | _____ |
| Electricista | _____ | _____ | _____ |
| Enfermería | _____ | _____ | _____ |
| Secretaría | _____ | _____ | _____ |
| Medicina | _____ | _____ | _____ |
| Carpintería | _____ | _____ | _____ |
| Chofer | _____ | _____ | _____ |
| Peluquería | _____ | _____ | _____ |

28.- Cuando tienes algún problema, ¿a quién prefieres acudir por consejo o ayuda?

A mi papá _____ A mi mamá _____ A amigos _____
 A amigas _____ A un profesor _____ A una profesora _____
 A otra persona _____, ¿Quién? _____

29.- ¿Quiénes consideras que tienen más facilidades para ir a fiestas, a paseos, a la playa?

Las muchachas _____
 Los muchachos _____
 Las muchachas y los muchachos _____

¿Por qué? _____

30.- De las cualidades que relacionamos a continuación, ¿cuáles consideras son propias de las muchachas, de los muchachos o de ambos?

| | | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|-------|
| | Muchachos | Muchachas | Ambos |
| Facilidad para hacer amistades | _____ | _____ | _____ |

| | | | |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|
| Sinceridad | _____ | _____ | _____ |
| Timidez | _____ | _____ | _____ |
| Fortaleza | _____ | _____ | _____ |
| Infidelidad a la pareja | _____ | _____ | _____ |
| Curiosidad | _____ | _____ | _____ |
| Capacidad de pensar los problemas | _____ | _____ | _____ |
| Ternura | _____ | _____ | _____ |
| Delicadeza | _____ | _____ | _____ |
| Agresividad | _____ | _____ | _____ |

31.- ¿Quién se preocupa más por los siguientes aspectos?

Muchachos Muchachas Ambos

| | | | |
|-----------------|-------|-------|-------|
| Aseo | _____ | _____ | _____ |
| Peinado | _____ | _____ | _____ |
| Forma de vestir | _____ | _____ | _____ |
| Uso de prendas | _____ | _____ | _____ |
| Maquillaje | _____ | _____ | _____ |

32.- ¿Consideras que la forma de expresarse (el lenguaje) utilizada por los muchachos y las muchachas es diferente? Sí ____ No ____

¿Por qué?

33.- De las expresiones artísticas relacionadas a continuación, ¿cuáles consideras son propias de hombres, de mujeres o de ambos sexos?

| | | | |
|------------|---------|---------|-------|
| | Hombres | Mujeres | Ambos |
| Danza | _____ | _____ | _____ |
| Literatura | _____ | _____ | _____ |
| Cine | _____ | _____ | _____ |
| Pintura | _____ | _____ | _____ |
| Escultura | _____ | _____ | _____ |
| Música | _____ | _____ | _____ |
| Teatro | _____ | _____ | _____ |
| Fotografía | _____ | _____ | _____ |

34.- ¿Cuáles actividades realizas en tu tiempo libre?

Ir a la playa _____

Ir al cine _____

Ver televisión _____

Ir a discotecas _____

Practicar deportes _____

Otra(s) _____ ¿Cuál(es)?

ANEXO 1E
Relación de variables del instrumento. Preguntas y puntuación.
Grupo de 14 a 19 años.

| Variables | Preguntas | Puntuación |
|---|-----------|---|
| Consumo de Café | 5 | Cero si no consume café y un punto si lo consume. |
| Consumo de Cigarro | 5 | Cero si no fuma y un punto si marca que fuma. |
| Consumo de Alcohol | 5 | Cero si no consume alcohol y un punto si lo consume. |
| Consumo de otros tóxicos | 5 | Cero puntos si no refiere consumir cualquier otro producto tóxico para la salud y un punto si consume. |
| Presencia de síntomas o molestias para la salud | 6 | Cero puntos si no tiene algún síntoma o molestia relacionada con su salud y un punto si refiere algún síntoma o molestia para su salud. |
| Presencia de enfermedad | 7 | Se le otorgó cero punto si respondió que no padecía ninguna enfermedad y un punto si marcó padecer alguna enfermedad. |
| Presencia de tratamiento médico | 8 | Cero puntos si no tiene tratamiento médico y un punto si tiene algún tratamiento médico. |

| | | |
|---|-----|---|
| Tenencia de novio(a) | 9 | Se le otorgó cero puntos si marcó tener novio(a) y un punto si no tenía. |
| Tenencia de relaciones sexuales coitales | 10 | Cero puntos si no ha mantenido relaciones sexuales coitales y un punto si ha tenido dichas relaciones. |
| Edad de comienzo de las relaciones sexuales | 10 | Se computó la edad en que mantuvo por vez primera las relaciones sexuales coitales. |
| Otras prácticas de relaciones sexuales | 11 | Un punto si ha tenido otro tipo de práctica sexual y cero puntos lo contrario. |
| Tenencia de pareja sexual actual | 12 | Un punto si tiene pareja sexual actual y cero puntos lo contrario. |
| Uso de anticonceptivos | 12a | Dos puntos si no usa anticonceptivos en la relación sexual. Un punto si usa cualquier otro anticonceptivo que no sea el condón. Cero puntos si usa condón. |
| Número de parejas sexuales | 13 | Se computó el número de parejas sexuales que ha tenido desde el inicio de las relaciones sexuales. |
| Conocimiento sobre la utilidad del condón | 14 | Cero puntos si responde que se usa para proteger de ETS y VIH/SIDA y evitar embarazo en la adolescencia. Un punto si responde una de las dos anteriores opciones y dos puntos si no responde o lo hace mal. |
| Decisión en el uso de anticonceptivos | 15 | Cero puntos si marca el muchacho y la muchacha y un punto si marca el muchacho o la muchacha. |
| Conocimiento sobre tipos de anticonceptivos | 16 | Se le otorgará un punto por cada respuesta Incorrecta: Si marca F en condón y vasectomía Si marca M en t de cobre, anillo, ASA, diafragma y pastillas anticonceptivas Se alcanzan de 0 a 7 puntos |
| Responsabilidad del uso de anticonceptivos | 17 | Cero punto si responde el muchacho y la muchacha, un punto lo contrario. |
| Satisfacción con el hecho de ser hombre o mujer | 18 | Cero puntos si está satisfecho con ser hombre o mujer y un punto si no está satisfecho. |
| Superación profesional | 19 | Cero punto si le gusta superarse profesionalmente y un punto lo contrario. |
| Aspiración profesional | 20 | Universitario cero punto Técnico medio un punto Obrero calificado dos puntos Ninguno de los anteriores tres puntos Otros cuatro puntos. |
| Resultados académicos | 21 | Cero puntos: de 90 a 100 Un punto: de 80 a 89 Dos puntos: de 70 a 79 Tres puntos: de 60 a 69 Cuatro puntos: menos de 60 |
| Tiempo dedicado al estudio individual | 22 | Se computó el tiempo en horas dedicado al estudio individual diario. |

| | | |
|--|----|--|
| Realización de ejercicio físico | 23 | Cero puntos si realiza ejercicios físicos y un punto si no lo realiza. |
| Práctica de deportes | 24 | Cero puntos si practica algún deporte y un punto si no practica deportes. |
| Creencia sobre quienes deben realizar las tareas del hogar | 25 | Cero punto si marca ambos, un punto si marca muchacho o muchacha (0 a 8 puntos) |
| Frecuencia de realización de las tareas del hogar | 26 | Cero puntos si marca casi siempre y un punto Si marca casi nunca o nunca (0 a 8 puntos). |
| Creencia sobre quién debe realizar cada trabajo | 27 | Cero puntos si marca ambos, un punto si marca hombres o mujeres (0 a 8 puntos). |
| Búsqueda de consejo o ayuda | 28 | Cero punto si marca uno o los dos padres; un punto por cada uno de los otros que marque (0 a 8 puntos). |
| Libertad (Facilidades para salir) | 29 | Cero puntos si marca los muchachos y las muchachas y un punto si marca otra opción. |
| Creencia sobre cualidades | 30 | Cero punto si marca ambos y un punto si marca muchachos o muchachas (0 a 10 puntos). |
| Cuidado del porte y aspecto personal | 31 | Cero puntos si marca ambos y un punto si marca muchacho o muchacha (0 a 5 puntos). |
| Uso apropiado del lenguaje | 32 | Cero punto si marca si y un punto si marca no. |
| Creencia sobre expresiones artísticas | 33 | Cero puntos si marca ambos y un punto si marca hombres o mujeres (0 a 8 puntos). |
| Realización de actividades en el tiempo libre | 34 | Cero puntos si marca tres o más actividades, un punto si marca dos actividades y dos puntos si marca una sola actividad. |

ANEXO 1F
Entrevista. Grupo de 20 a 49 años

La presente encuesta se realiza con el objetivo de determinar en que aspectos existen desigualdades entre el hombre y la mujer cubanos. La encuesta es anónima, por lo que todos los datos son estrictamente confidenciales y no son objeto de publicación. Le pedimos su más atenta colaboración y de antemano le damos las gracias.

La autora

I Territorio _____

II Sexo _____

1.- *¿En su trayectoria laboral ha desempeñado cargos de dirección?

Sí _____ No _____

2.- *¿Ha sido promovido a algún cargo de dirección o mejor puesto laboral?

Sí _____ No _____

3.- *¿Trabaja horas extras en su puesto de trabajo?

Sí _____ No _____

4.- *¿El matrimonio, los hijos y/o el trabajo en el hogar ha interferido o interfiere en la labor que usted realiza?

Sí _____ No _____

5.- ¿Son tenidos en cuenta sus criterios en:

Su trabajo? Sí _____ No _____

Su hogar? Sí _____ No _____

6.- ¿Puede usted tomar las decisiones en:

- Su trabajo?

En forma individual _____

En forma colectiva _____

No puede _____

- Su hogar?

En forma individual _____

Con su familia _____

No puede _____

7.- ¿De quien es la mayor responsabilidad del cuidado y atención de los niños?

La madre _____ Del padre _____ De ambos _____

8.- ¿La educación que la familia brinda a los hijos varones es diferente a la de las hembras?

Sí _____ No _____

9.- Su mayor aspiración en la vida es:

Constituir hogar y familia _____

Gozar de prestigio y consideración en el trabajo _____

Alcanzar alto desarrollo técnico y profesional _____

Ocupar altos cargos de dirección _____

Otras. ¿Cuáles? _____

10.- *En los días laborables, ¿qué tiempo dedica al descanso regularmente? (No considere sueño nocturno)

ACTIVIDAD TIEMPO EN HORAS

Descanso _____

Ver TV _____

Leer _____

Compartir con la familia _____

Otros _____ ¿Cuáles?

11.- En los días laborables, ¿qué tiempo dedica a la recreación regularmente?

ACTIVIDADES DE
RECREACIÓN TIEMPO EN HORAS

Ir al cine _____

Ir a una fiesta _____

Ir al teatro _____

Otras _____ ¿Cuáles?

12.- En los días no laborables, ¿qué tiempo dedica al descanso regularmente? (No considere sueño nocturno)

DESCANSO TIEMPO EN HORAS

Ver TV _____

Leer _____

Compartir con la familia _____

Otros _____

¿Cuáles? _____

13.- En los días no laborables, ¿qué tiempo dedica regularmente a la recreación?

ACTIVIDADES DE
RECREACION TIEMPO EN HORAS

Ir al cine _____

Ir a una fiesta _____

Ir al teatro _____

Otras _____.
¿Cuáles? _____

14.- ¿Siente o expresa con cierta frecuencia los siguientes sentimientos?

Ira _____ Culpa _____
Hostilidad _____ Depresión _____
Agresividad _____ Miedo _____
Temores _____
Otros. ¿Cuáles?

15.- Piensa usted que de tener otro sexo cambiarían sus posibilidades de éxito o desarrollo en la vida.

Sí _____ No _____

16.- Considera usted, que el funcionamiento del hogar es más afectado por la infidelidad de:

El hombre _____ La mujer _____ De ambos por igual _____

17.- *En el hogar usted realiza:

| | Casi Siempre | Casi Nunca |
|---|--------------|------------|
| Búsqueda de los alimentos que se consumen | ___ | ___ |
| Preparación de los alimentos para la familia | ___ | ___ |
| Limpieza de la casa | ___ | ___ |
| Planchar la ropa de la familia | ___ | ___ |
| Reparación de roturas nuevas que se produzcan en los bienes de la familia | ___ | ___ |
| Las gestiones de reparación o mantenimiento de los bienes familiares | ___ | ___ |
| Lavado de ropa de la familia | ___ | ___ |
| Ayudar a los hijos en las tareas escolares | ___ | ___ |
| Asistir a reuniones de padres | ___ | ___ |
| Cuidar a los hijos, cónyuge u otro familiar en caso de enfermedad | ___ | ___ |
| Participa con la familia en actividades recreativas | ___ | ___ |
| Otras actividades | ___ | ___ |

¿Cuáles? _____

18.- *¿Se automedica usted con frecuencia?

Sí _____ No _____

19.- *¿Tiene usted algún tratamiento médico?

Sí _____ No _____

20.- Siente y/o expresa con frecuencia por la persona que se siente atraído/a

Amor _____ Ternura _____ Mimos _____
Piropos _____ Besos _____ Abrazos _____
Caricias _____ Comprensión _____

ANEXO 1G
Relación de variables del instrumento. Preguntas y puntuación.
Grupo de 20 a 49 años.

| Variables | Preguntas | Puntuación |
|---|-----------|--|
| Trabajo | 1,2,3 y 4 | A cada ítem se le otorgó un punto en caso de ser afirmativa la respuesta, excepto el cuarto en que se le asignó el punto si la respuesta era negativa, hasta alcanzar un máximo de 4 puntos. |
| Posibilidad de emitir criterios y toma de decisiones | 5 y 6 | Se dio un punto cuando se respondió Sí a cada uno de los aspectos del ítem 5. Un punto si respondió en forma individual o colectiva el ítem 6-a y 0.5 punto si respondió en forma individual o con su familia el ítem 6-b, hasta totalizar 2.5 puntos. |
| Educación de los hijos | 7 y 8 | Un punto si en el ítem 7 se responde que la responsabilidad fuera es ambos y un punto si en el ítem 8 se responde que la educación no es diferente para ambos sexos. Se podrán alcanzar de 0 a 2 puntos |
| Aspiraciones | 9 | Se otorgó un punto a cada aspiración que tuviera cada individuo, hasta alcanzar un total de 5. |
| Tiempo dedicado al descanso en días laborables | 10 | Se recogió el tiempo en horas que dedica cada individuo al descanso en los días laborables |
| Tiempo dedicado a la recreación en días laborables | 11 | Se recogió el tiempo en horas dedicado por cada individuo a la recreación en los días laborables |
| Tiempo dedicado al descanso en días no laborables | 12 | Se recogió el tiempo en horas que dedicó cada individuo al descanso en los días no laborables |
| Tiempo dedicado a la recreación en días no laborables | 13 | Se computó el tiempo en horas dedicado por cada individuo a la recreación en días no laborables |
| Posibilidad de expresar sentimientos | 14 | Se dio un punto a cada sentimiento expresado, hasta alcanzar un total de 8 puntos. |
| Autovaloración | 15 y 16 | Se le asignó un punto, si las respuestas eran NO en el ítem 15 y un punto si responden Ambos por igual, en el ítem 16, hasta un valor máximo de 2 puntos. |
| Labores en el hogar | 17 | Se dio un punto a cada actividad que refirió realizar casi siempre, hasta alcanzar un total de 12 puntos. |
| Salud | 18 y 19 | Se le asignó un punto a cada ítem cuando la respuesta era No, hasta alcanzar un máximo de 2 puntos |
| Sentimientos Afectivos | 20 | Se dio un punto a cada sentimiento expresado hasta alcanzar un total de 8 puntos. |

ANEXO 1H

Entrevista del Grupo de 50 a 64 años

La presente encuesta se realiza con el objetivo de determinar en que aspectos aún existen desigualdades entre el hombre y la mujer cubanos en el rango de 50 a 64 años de edad. La encuesta es anónima, por lo que todos los datos son estrictamente confidenciales y no son objetos de publicación. Le pedimos su más atenta colaboración y de antemano le damos las gracias.

La autora

1) *Sexo

M___ F___

2) *Municipio _____

3) *Edad _____

4) *Estado civil

Soltero _____

Casada _____

Divorciada _____

Viudo/a _____

Unión consensual----

5) Diga el grado escolar que tiene.

Primaria sin terminar _____

Primaria terminada _____

Secundaria _____

Preuniversitario o Técnico medio _____

Universitario _____

6) Usted vive:

Solo _____

Con su esposa/o _____

Con sus hijos _____

Con otros familiares _____,

¿Quiénes? _____

7) *¿Cuál es su ocupación actual?

Ama de casa _____

Pensionado _____

Jubilado _____

Desempleado _____

Trabajador _____

Otro _____

En caso de ser jubilado, pasar a la pregunta 7.1. Si es trabajador activo, pasar a las preguntas 8, 8.1 y 8.2, en otro caso pasar directamente a la pregunta 9.

7.1) ¿Se dedica a alguna tarea laboral no doméstica?

Sí _____ No _____

Si respondió Sí, diga:

a) ¿Cuáles?

b) ¿Por qué se acogió al retiro?.

8) Si tiene vínculo laboral activo diga:

| | Sí | No |
|---|-------|-------|
| Se siente realizado con su trabajo | _____ | _____ |
| Se siente sobrecargado de tareas en el trabajo | _____ | _____ |
| Tiene posibilidades de superación | _____ | _____ |
| Trabajar con el sexo opuesto le satisface | _____ | _____ |
| Tiene posibilidades de alcanzar puesto de dirección | _____ | _____ |

8.1) ¿Si tiene vínculo laboral activo, su familia interfiere en la realización de sus funciones?

Sí _____ No _____ ¿Por qué?

8.2) ¿En su vida laboral ha sido promovido a algún cargo de dirección o mejor puesto de trabajo?

Sí---- No----

En caso afirmativo. ¿Cuál(es)? _____

Cuándo? _____

9) *¿Realiza usted las siguientes tareas del hogar?

| | Casi siempre | Casi Nunca |
|--|--------------|------------|
| Limpieza | _____ | _____ |
| Lavar | _____ | _____ |
| Fregar | _____ | _____ |
| Cocinar | _____ | _____ |
| Planchar | _____ | _____ |
| Compra de alimentos. | _____ | _____ |
| Cuidado de enfermos. | _____ | _____ |
| Reparación de los bienes de la familia | _____ | _____ |

9.1) ¿Tiene usted nietos? Sí _____ No _____

Si responde sí, diga que cuidados proporciona a los nietos:

- Lo Lleva y recoge al círculo infantil y/o escuela. _____
- Lo ayuda en sus tareas escolares. _____
- Atiende su alimentación. _____
- Lo atiende cuando esta enfermo. _____

9.2) Los cuidados que proporciona a los nietos:

- Los realiza usted solo ____

Los realiza con ayuda de otras personas ____

10) Las tareas del hogar se comparten entre todos los miembros de la familia por igual?

Casi siempre ____ A veces ____

¿Por

qué? _____

10.1) ¿Sobre quién recaen las tareas del hogar?

11) *Son tenidos en cuenta sus criterios en:

Su trabajo? Sí ____ No ____ ¿Por qué? _____

En su hogar? Sí ____ No ____ ¿Por qué? _____

12) *¿Puede usted tomar decisiones en:

Sí No

Su trabajo? :

En forma individual ____ ____

En forma colectiva ____ ____

Sí No

En su hogar?

En forma individual ____ ____

Con su familia ____ ____

13) ¿Qué tiempo en horas dedica usted diariamente al descanso? (excepto horas de sueño)

_____ Horas

14) Cuántas horas en promedio usted duerme diariamente?

_____ Horas

15) Qué tiempo dedica durante el día para realizar las siguientes actividades?.

Tiempo en horas

Tareas del hogar. _____

Alguna labor que le reporte dinero _____

Actividades recreativas _____

16) ¿Qué tipo de actividad realiza en sus momentos de recreación

Ver TV ____

Ir al cine ____

Escuchar la radio ____

Visita a familiares y/o amigos ____

Otras.
¿(Cuáles)? _____

17) ¿Qué salario, pensión o jubilación usted recibe mensualmente?
_____ pesos.

18) ¿Recibe usted alguna otra entrada económica?

Sí ____ No ____

En caso afirmativo, diga:

Es por familiar en el exterior ____

Es por otra actividad que usted realiza ____

Es por otra/s vías ____

Cuál/es _____

19) ¿Hay personas en su familia que requieren de la atención directa de usted?

Ancianos ____

Discapacitados ____

Niños ____

Otros ____, ¿Quién/es? _____

20) ¿Considera usted que aún tiene buena apariencia física?

Sí ____ No ____

21) *¿Si volviera a nacer cambiaría su forma de ser?

Sí ____ No ____

22) ¿Se siente satisfecho con las cosa que ha logrado?

Sí ____ No ____

23) ¿Las cualidades de su personalidad le han ayudado al desempeño en su vida cotidiana? Sí ____ No ____

24) ¿Existen, en el seno de su familia, conflictos frecuentes?

Sí ____ No ____

25) ¿Ha recibido usted algún tipo de maltrato en los últimos dos años?

Sí---- No----

En caso afirmativo, ¿de que tipo?

Golpes ____

Abuso sexual ____

Gritos ____

Falta de atención ____

Otros ____, ¿Cuál/es? _____

26) Diga las personas que propiciaron dichos maltratos.
Esposo(a) ___ Padres ___ Hijos ___ Nietos ___
Otro familiar ___ Desconocido ___

27) ¿Siente con cierta frecuencias los siguientes sentimientos?
Ira ___ Agresividad ___ Depresión ___
Culpa ___ Temores ___
Otros ___, ¿cuáles? _____

28) ¿Se irrita usted con facilidad?
Sí ___ No ___
En caso afirmativo, ¿cómo usted manifiesta dicha irritación?
Proporciona golpes _____
Genera peleas ___
Habla en voz alta ___
Otras ___, ¿cuáles? _____

29) Expresa con frecuencia sus sentimientos a través de:
Besos ___ Caricias ___ Palabras dulces ___
Otras ___, ¿cuáles? _____

30) *¿Siente usted algún síntoma o molestia relacionado con su salud?
Sí ___ No ___
Si respondió Sí, diga cuáles _____

31) *¿Cuántas veces usted acude al médico de la familia?
Todos los días ___
Dos veces a la semana ___
Tres veces a la semana ___
Ocasionalmente ___
Nunca ___

32) ¿Acude a consultas especializadas en el Hospital?
Sí ___ No ___
En caso afirmativo, diga ¿cuál/es?

33) *¿Usted padece alguna de las enfermedades siguientes?
HTA ___ Diabetes Mellitus ___ Asma Bronquial ___ Úlcera ___
Artritis ___ Enfermedades del corazón ___ Trastornos nerviosos ___
Otras ___, ¿cuál/es? _____

34) *¿Tiene usted tratamiento médico?

Sí ___ No ___

Si respondió Sí, descríballo _____

35) *¿Se automedica usted con frecuencias?

Sí ___ No ___

En caso afirmativo, diga qué medicamento(s) usted se autoadministra _____

36) ¿Se siente usted limitado o discapacitado en su desempeño de la vida cotidiana?

Sí ___ No ___

Por

qué? _____

Si respondió sí, ¿cuáles fueron las causas que provocaron la limitación o la discapacidad?

37) ¿Realiza usted ejercicios físicos?

Sí ___ No ___

Si respondió sí, diga la frecuencia con que los realiza:

Diario ___

Dos veces a la semana ___

Más de dos veces a la semana ___

Casi nunca ___

Otra frecuencia ___, ¿cuál?

38) *En relación con el cigarro usted:

Fuma ___ No fuma ___ Exfumador ___

Si fuma, diga ¿Cuántos cigarros al día? _____

39) *¿Usted toma café?

Sí ___ No ___

Si respondió Sí, ¿Cuántas tazas al día? _____

40) ¿Usted consume alcohol?

Sí ___ No ___

Si respondió sí diga:

Bebe diariamente ___ Semanalmente ___ Ocasionalmente ___

41) *¿Usted tiene una pareja estable?

Sí ___ No ___

42) *¿Mantiene usted relaciones sexuales?

Sí ___ No ___

43) ¿Usted prefiere más auto manipularse los genitales, es decir masturbarse, que llevar a cabo la relación coital?

Sí ___ No ___

44) *Pertenece usted a:

CDR ___ FMC ___ CTC ___ PCC ___

Organizaciones no gubernamentales (fraternas o religiosas) ___

45) ¿Usted participa usted en?:

| | casi siempre | casi nunca |
|--|--------------|------------|
| Guardias cederista. | ___ | ___ |
| Reuniones de organizaciones de masa. | ___ | ___ |
| Actividades festivas de las organizaciones de masa. | ___ | ___ |
| Participa en misas u otras actividades propias de las organizaciones fraternas o religiosas. | ___ | ___ |

46) ¿Qué aspiraciones tiene para su futuro?

Tener una vida tranquila _____

Pasarlo junto a su familia _____

Alcanzar éxitos laborales _____

Otras _____, ¿cuál/es? _____

ANEXO 11
Relación de variables del instrumento. Preguntas y puntuación.
Grupo de edad de 50 a 64 años.

| Variables | Preguntas | Puntuación |
|---|-----------|--|
| Estado civil | 4 | Cero puntos si marca casada ó unión consensual, un punto en otro caso. |
| Escolaridad | 5 | Cero puntos si marcó universitario. Un punto si marcó preuniversitario ó técnico medio. Dos puntos si marcó secundaria. Tres puntos si marcó primaria terminada. Cuatro puntos si marcó primaria sin terminar. |
| Convivencia | 6 | Un punto si respondió solo Cero puntos si respondió otra alternativa |
| Ocupación | 7 | Cero puntos si es trabajador. Un punto si es jubilado ó pensionado. Dos puntos si marcó ama de casa ó desempleado. |
| Trabajo remunerado Del jubilado | 7.1 | Cero puntos si respondió Sí Un punto si respondió No |
| Realización y Superación profesional | 8.1 | Un punto si respondió que está sobrecargado con el trabajo Cero puntos a las otras alternativas |
| Promoción a cargos de dirección | 8.2 | Cero puntos si respondió Sí Un punto si respondió No |
| Tareas del hogar | 9 | Se le otorgó un punto cuando se respondió casi siempre a cada uno de los aspectos del ítem hasta alcanzar un máximo de siete puntos y cero puntos en caso que respondiera casi nunca. |
| Tiene nietos | 9.1 | Se le otorgó cero punto si respondió afirmativamente y un punto en caso de responder negativo. |
| A los nietos | 9.2 | Se le dio un punto si respondió algunos de los aspectos del ítem hasta alcanzar un máximo de cuatro puntos. |
| Actividades de los nietos | 9.2 | Se le asignó un punto si las actividades la realizaban solos y cero puntos si era con ayuda de otras personas. |
| Tareas se comparten | 10 | Dos puntos si marcó negativamente, un punto si marcó a veces y cero puntos si la respuesta es afirmativa. |
| Criterios en el trabajo y en el hogar | 11 | Se le otorgó un punto si marca No algunos de los aspectos del ítem y cero punto en caso contrario. |
| Decisiones en el trabajo y en el hogar | 12 | Se le otorgó un punto si marca No algunos de los aspectos del ítem y cero puntos en caso contrario. |
| Tiempo que dedica al descanso diario | 13 | Se computó el tiempo en horas que dedicó cada individuo al descanso. |

| | | |
|--|----|--|
| Tiempo que dedica al sueño diario | 14 | Se computó el tiempo en horas que dedicó cada individuo al sueño. |
| Tiempo que dedica a las actividades | 15 | Se computó el tiempo en horas a cada aspecto del ítem. |
| Tipo de actividad que realiza | 16 | Si respondió dos ó más opciones se le dio un valor de cero puntos, y en caso contrario un punto. |
| Salario | 17 | Se recogió el valor de forma cuantitativa. |
| Otra entrada económica | 18 | Cero puntos si la respuesta fue afirmativa y un punto si fue negativa. |
| Personas que requieren de su atención | 19 | Se otorgó un punto cuando para cada uno de los aspectos del ítem, hasta alcanzar un máximo de cuatro puntos |
| Apariencia física | 20 | Se le dio un punto si la respuesta fue negativa y cero puntos en caso contrario |
| Autovaloración | 21 | Se le dio un punto si la respuesta fue negativa y cero puntos en caso contrario |
| Satisfacción con lo logrado | 22 | Se le dio un punto si la respuesta fue negativa y cero puntos en caso contrario |
| Cualidades de su personalidad | 23 | Se le dio un punto si la respuesta fue negativa y cero puntos en caso contrario |
| Existencia de conflictos frecuentes | 24 | Se le dio cero puntos si la respuesta fue negativa y un punto en caso contrario |
| Maltrato recibido | 25 | Se le dio cero puntos si la respuesta fue negativa y un punto en caso contrario |
| Personas que propiciaron los maltratos | 26 | Se le otorgó un punto a cada uno de los aspectos del ítem hasta alcanzar un máximo de seis puntos. |
| Sentimientos presentes | 27 | Se le otorgó un punto a cada uno de los aspectos del ítem hasta alcanzar un máximo de seis puntos |
| Sensación de irritabilidad | 28 | Cero puntos si responde No, un punto en caso contrario. |
| Manifestación de los sentimientos | 29 | Se le otorgó un punto a cada uno de los aspectos del ítem hasta alcanzar un máximo de cuatro puntos. |
| Percepción de algún síntoma | 30 | Se otorgó un punto si la respuesta era afirmativa y cero puntos si era negativa. |
| Visita al médico de la familia | 31 | Cero punto si marcó nunca, un punto si la respuesta fue ocasionalmente, dos puntos si marca tres veces a la semana, tres puntos en caso de marcar dos veces a la semana y cuatro puntos si respondió todos los días. |
| Visita a consultas especializadas | 32 | Cero puntos en caso negativo y un punto en caso Positivo |
| Presencia de enfermedades | 33 | Se otorgó un punto a cada uno de los aspectos del ítem hasta obtener un máximo de ocho puntos. |
| Presencia de tratamiento | 34 | Cero puntos en caso negativo y un punto en caso positivo |
| Automedicación | 35 | Cero puntos en caso negativo y un punto en caso positivo |

| | | |
|---|----|---|
| Limitación del desempeño | 36 | Cero puntos en caso negativo y un punto en caso positivo |
| Realización de ejercicios físicos | 37 | Un punto en caso negativo y cero punto en caso contrario. |
| Consumo de cigarro | 38 | Si marcó fuma, se le otorgaron dos puntos y si no fuma se le dio cero puntos, en caso de ser exfumador se le otorgó un punto. |
| Consumo de café | 39 | Un punto si responde afirmativamente y cero puntos si responde No. |
| Consumo de alcohol | 40 | Un punto si responde afirmativamente y cero puntos si responde No. |
| Pareja estable | 41 | Cero puntos si responde afirmativamente y un punto si responde No. |
| Mantenimiento de relaciones sexuales | 42 | Un punto si responde afirmativamente y cero puntos si responde No. |
| Preferencia de auto manipulación de los genitales | 43 | Un punto si responde negativamente y cero puntos si responde Sí |
| Pertenece a organizaciones políticas y sociales | 44 | Se le otorgó cero puntos si marcó tres ó más aspecto que contiene el ítem y dos puntos en caso de no marcar ninguno, se le dio un punto si marcaba una ó dos aspecto del ítem |
| Participación en actividades | 45 | Se le dio un punto cuando se respondió casi siempre a cada uno de los aspectos del ítem hasta llegar a un máximo de cuatro puntos. |
| Aspiración para el futuro | 46 | Se otorgó un punto a cada aspiración que tuviera cada individuo hasta alcanzar un máximo de cuatro puntos. |

ANEXO 1J
Entrevista. Grupo de 65 años y más

La presente encuesta se realiza por parte de la Escuela Nacional de Salud Pública, para determinar en que aspectos existen diferencias entre hombres y mujeres mayores de 65 años que pudieran generar problemas de salud, nuestro objetivo es detectar y prevenir estos problemas.

*Municipio _____ *Consultorio _____

1) Edad _____

2) * Sexo Femenino _____ Masculino _____

3) *Estado civil
Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____
Unión consensual _____ Viudo _____

4) Escolaridad
Analfabeto _____ Primaria sin concluir _____ Primaria concluida _____
Secundaria _____ Preuniversitaria _____ Universitaria _____

5) Pertenece usted a:
CDR _____ FMC _____ PCC _____ Organizaciones religiosas _____
Circulo de abuelos _____

5a) ¿Participa en las actividades de estas organizaciones Si _____ No _____

6) En el hogar usted vive con
Esposo/a _____ Hijos _____ Hermanos _____ Nietos _____ Solo _____
Otro familiar _____ ¿Cuáles?

7) ¿Qué condición tiene usted en el hogar?
Es propietario de la casa _____ Es copropietario de la casa _____
Vive en la casa de sus hijos _____ Vive en la casa de otro familiar _____
Otra condición _____

8) ¿Toma usted decisiones en el hogar? Sí _____ No _____

8 a) En forma individual _____

8 b) En forma colectiva _____

9) *¿Con qué frecuencia usted realiza las tareas del hogar?

| Tareas | Casi siempre | Casi nunca |
|---|--------------|------------|
| Búsqueda de alimentos | _____ | _____ |
| Cocinar | _____ | _____ |
| Planchar | _____ | _____ |
| Lavar | _____ | _____ |
| Fregar | _____ | _____ |
| Limpiar | _____ | _____ |
| Reparar roturas de los bienes del hogar | _____ | _____ |
| Cuida la familia en caso de enfermedad | _____ | _____ |

10) ¿Qué actividades de descanso realiza?

Descanso _____
 Ver TV _____
 Leer _____
 Compartir con la familia _____
 Conversar _____
 Oír el radio _____
 Otras actividades. ¿Cuáles?

11) ¿Qué tiempo dedica durante al día para realizar las siguientes actividades?

| ACTIVIDAD | TIEMPO EN HORAS |
|------------------------------------|-----------------|
| Tareas del hogar | _____ |
| Descanso | _____ |
| Alguna labor que le reporte dinero | _____ |
| Otras | _____ .Diga |
| cuales | _____ |

12)* ¿Tiene usted nietos? Si _____ No _____

Si responde Si, ¿Con qué frecuencia realiza las siguientes actividades?.

| ACTIVIDADES | Casi siempre | Casi nunca |
|---|--------------|------------|
| Ayuda en las tareas escolares | _____ | _____ |
| Asiste a reuniones de padres | _____ | _____ |
| Atiende su alimentación, baño, sueño | _____ | _____ |
| Lo lleva y recoge ala escuela o circulo | _____ | _____ |

13) ¿Con quién realiza las actividades anteriores?

Usted solo _____ Con ayuda de los padres _____

14)* ¿Es usted jubilado/a? Si _____ No _____

15)* En el momento de la jubilación, ¿se sentía con fuerzas y deseos para continuar trabajando?

Sí ____ No ____ ¿Por qué?

16)* ¿Le produjo alguna preocupación o algún temor la reducción del salario al jubilarse?

Sí ____ No ____

17) * ¿Cómo fue su situación económica después de la jubilación?

Precaria ____

Medianamente precaria ____

Nada precaria ____

18) ¿Tiene usted alguna ocupación actual?

Sí ____ No ____

Si respondió sí, diga cuales

19) ¿Aporta usted dinero al hogar?

Sí ____ No ____

20) ¿Quién administra su dinero?

Usted ____ Otro familiar ____

21) ¿Quién planifica el dinero del hogar? _____

22) ¿Puede contar con alguien en caso de dificultades?

Sí ____ No ____

Si respondió Si, diga ¿Con quien?

23) ¿Usted es capaz de expresar alguno de los sentimientos siguientes?:

*Soledad ____ *Depresión ____ Ira ____ Culpa ____

24) ¿Usted necesita de la ayuda de otras personas para realizar actividades diarias?.

Casi siempre ____ Casi nunca ____ A veces ____

25) ¿Le produce malestar acudir a otras personas para realizar actividades de la vida cotidiana?

Sí ____ No ____

26) ¿Se siente usted querido por su familia? Sí ____ No ____

27) ¿Cómo se siente de acuerdo al proyecto de vida que usted se había trazado?

Realizado en la vida ____ Frustrado ____ sin deseos de vivir ____

28) ¿Se siente satisfecho con su trayectoria de vida?

Sí _____ No _____ ¿Porqué?

29) * ¿Ha recibido algunos de las formas de maltrato por parte de los miembros del hogar?

Gritos _____ Desatención _____ Golpes _____ Indiferencia _____

Otro _____. ¿Cuáles?

30) Cuando usted se irrita en el hogar, lo expresa:

*Llorando en soledad _____ Hablando en voz alta _____

No hablando con nadie _____ Amenazando a la familia _____

31) ¿Es capaz de conversar sus preocupaciones con alguien?

Sí _____ No _____. Si respondió SI, diga ¿Con quien?

32) ¿Mantiene usted los deseos de arreglarse y lucir bien? Sí _____ No _____

33) ¿Usted tiene pareja actualmente? Sí _____ No _____

34) ¿Mantiene usted relaciones sexuales con su pareja? Sí _____ No _____

35) ¿Practica la manipulación genital o masturbación? Sí _____ No _____

36) Exprese sus mayores aspiraciones

37) ¿Ha sufrido la pérdida de algún familiar recientemente? Sí _____ No _____

Si respondió, Sí diga quien fue

38) ¿Ha pensado alguna vez en la posibilidad de muerte? Sí _____ No _____

39) Exprese el sentimiento que le produce la posibilidad de muerte

40) ¿Qué opina usted del suicidio?

41) Sería capaz de intentar contra su vida Sí _____ No _____

¿Por qué?

42) ¿Cómo se siente usted de salud?

Bien _____ Regular _____ Mal _____

43)* ¿Padece usted de alguna de estas enfermedades?

Diabetes _____ Hipertensión arterial _____ Úlcera _____ Artritis _____

Asma _____ Enfermedad del corazón _____ Trastornos nerviosos _____

Otra _____. Diga ¿cuáles?

44) ¿Sigue usted algún tratamiento médico? Sí _____ No _____

Si respondió Sí, enumere los medicamentos

45) *Se automedica usted con frecuencia Sí _____ No _____

Si respondió Si, enumere los medicamentos

46) Diga la frecuencia con la que acude al médico de la familia

Todos los días _____ Semanalmente _____ Mensualmente _____

Nunca _____

47) ¿Acude usted a consultas especializadas en el hospital?

Sí _____ No _____

48) ¿Usted practica algún ejercicio físico? Sí _____ No _____

49)* ¿Usted fuma? Sí _____ No _____

Si fuma, diga cuantos cigarrillos fuma al día _____

50) *¿Consume usted alcohol? Sí _____ No _____

Si respondió Si, diga la frecuencia

Diariamente _____ Semanalmente _____ Esporádicamente _____

ANEXO 1K
Relación de variables del instrumento. Preguntas y puntuación.
Grupo de edad de 65 años y más.

| Variable | Preguntas | Puntuación |
|--|-----------|---|
| Estado civil | 3 | Se otorgó un punto si el individuo era viudo, divorciado o soltero y cero puntos si refirió ser casado o tener unión consensual |
| Escolaridad | 4 | Se otorgaron los puntos de la siguiente forma: universitario: 0 puntos preuniversitario: 1 punto secundaria: 2 puntos primaria concluida: 3 puntos primaria sin concluir: 4 puntos analfabeto: 5 puntos |
| Pertenencia a organizaciones comunitarias | 5 | Se otorgó 0 puntos si refirió participar en más de tres organizaciones 1 punto si refirió participar en 1 ó 2 organizaciones 2 puntos si no refirió ninguna |
| Participación en organizaciones comunitarias | 5 a | Se otorgó 1 punto si respondió que no participa y cero puntos, en caso contrario |
| Convivencia | 6 | Se otorgó 1 punto si respondió solo Cero puntos si respondió otra alternativa |
| Estatus | 7 | Se otorgó 0 punto si el individuo era propietario Se otorgó 1 punto si el individuo era copropietario Se otorgó 2 puntos era conviviente con los hijos Se otorgó 3 puntos si el individuo convive con otros familiares |
| Toma de decisiones en el hogar | 8 | Se otorgó un punto si el individuo refirió no tomar decisiones y cero puntos en caso contrario |
| Decisión individual | 8 a | Se otorgó 1 punto si el individuo refirió tomar decisiones individuales y cero puntos, en caso contrario |
| Decisión colectiva | 8 b | Se otorgó 1 punto si el individuo refirió tomar decisiones colectivas y cero puntos, en caso contrario |
| Tareas del hogar | 9 | A cada ítem se le otorgó un punto si la respuesta fue casi siempre, y cero puntos si respondió casi nunca. La pregunta puede tomar valores entre cero y 8 puntos |
| Descanso | 10 | Se otorgó un punto a cada actividad de descanso. La pregunta puede tomar valores entre cero y 7 puntos |
| Tiempo tareas del hogar | 11 | Se tomó el tiempo en horas de cada actividad |
| Cuidado de nietos | 12 | Se otorgó 1 punto si la respuesta fue casi siempre y cero puntos si fue casi nunca. La pregunta toma un valor de cero a cuatro puntos |
| Ayuda para cuidado de nietos | 13 | Se otorgó un punto si el individuo marcó usted solo y cero puntos si refirió con ayuda de los padres. |

| | | |
|--|----|--|
| Actitud ante la jubilación | 15 | Se otorgó un punto a la respuesta afirmativa y cero puntos a la negativa |
| Preocupación salarial al jubilarse | 16 | Se otorgó un punto si refirió la respuesta afirmativa y cero puntos a la negativa |
| Situación económica al jubilarse | 17 | Se otorgó: 2 puntos, si refirió situación precaria 1 punto, si refirió situación medianamente precaria 0 puntos, si refirió nada precaria |
| Ocupación actual | 18 | Se otorgó un punto si refirió tener ocupación y cero puntos en caso contrario |
| Aporte de dinero al hogar | 19 | Se otorgó un punto si refirió que no aporta dinero al hogar y cero puntos cuando refirió que aporta |
| Administración del dinero | 20 | Se otorgó 1 punto si refirió que lo administra otra persona y 0 puntos si refirió que lo administra el individuo |
| Ayuda ante dificultades | 22 | Se otorgó un punto a la respuesta negativa y cero puntos a la afirmativa |
| Expresión de sentimientos | 23 | Se otorgó 1 punto a cada ítem referido. Puede tomar valores entre cero y cuatro puntos |
| Sentimiento de dependencia | 24 | Se otorgó 2 puntos si refirió casi siempre 1 punto si refirió a veces y cero puntos si refirió casi nunca |
| Malestar por sentimiento de dependencia | 25 | Se otorgó 1 punto si refirió sentirse mal por depender de otros y cero puntos si refirió no sentirse mal |
| Cariño recibido | 26 | Se otorgó un punto si respondió No Cero puntos si respondió Sí |
| Realización con la vida | 27 | Se otorgó: 0 puntos si refirió estar realizado 1 punto si refirió estar frustrado 2 puntos si refirió sentirse sin deseos de vivir |
| Satisfacción con la vida | 28 | Se otorgó un punto a la respuesta negativa y cero puntos a la afirmativa |
| Maltrato | 29 | Se otorgó un punto a cada maltrato. La pregunta puede tomar valores entre cero y cuatro puntos. |
| Respuesta al irritarse | 30 | Se otorgó un punto a cada ítem. La pregunta puede tomar valores entre cero y cuatro puntos . |
| Capacidad de intercambiar preocupaciones | 31 | Se otorgó un punto a la respuesta negativa y cero puntos a la afirmativa |
| Autoimagen | 32 | Se otorgó un punto a la respuesta negativa y cero puntos a la afirmativa |
| Pareja actual | 33 | Se otorgó un punto si refirió tener pareja actual y cero puntos si no refirió tenerla. |
| Relaciones sexuales | 34 | Se otorgó un punto si refirió no tener relaciones sexuales y cero puntos si refirió tenerlas |
| Masturbación | 35 | Se otorgó un punto a la respuesta negativa y cero puntos a la afirmativa |
| Pérdida de familiar | 37 | Se otorgó un punto si el individuo había perdido algún familiar y cero puntos si no había perdido familiar |

| | | |
|-----------------------------------|------|---|
| Sentimiento ante la muerte | 39 | Se otorgó un punto si el sentimiento era desfavorable y cero puntos si el sentimiento era favorable |
| Suicidio | 41 | Se otorgó un punto si el individuo refirió ser capaz de suicidarse y cero puntos en caso contrario. |
| Autopercepción de salud | 42 | Se otorgó: 2 puntos si el individuo refirió sentirse mal 1 punto si refirió sentirse regular 0 punto si refirió sentirse bien |
| Enfermedades | 43 | Se otorgó un punto a cada enfermedad referida por el individuo. La pregunta podía tomar valores entre 0 y 7 |
| Tratamiento | 44 | Se otorgó un punto si el individuo no recibía tratamiento médico y cero puntos en caso contrario. |
| Automedicación | 45 | Se otorgó un punto sí el individuo se automedica y cero puntos en caso contrario, |
| Consultas al médico de la familia | 46 | Se otorgó: Cero puntos si nunca acudía al consultorio 1 punto si acudía mensualmente 2 puntos si acudía semanalmente 3 puntos si acudía todos los días |
| Consultas al hospital | 47 | Se otorgó 1 punto si acude al hospital y cero puntos si no acude |
| Ejercicio físico | 48 | Se otorgó un punto si no practica ejercicio y cero puntos si practica |
| Hábito de fumar | 49 | Se otorgó un punto sí el individuo fuma y cero puntos si no fumaba |
| Cantidad de cigarrillos | 49 a | De 0-10 cigarrillos 1 puntos De 11-20 cigarrillos 3 puntos Más de 20 cigarrillos 5 puntos |
| Alcohol | 50 | Se otorgó Cero punto si nunca ingería alcohol 1 punto si ingirió alcohol esporádicamente 2 puntos si ingirió semanalmente 3 puntos sí ingirió diariamente alcohol |

ANEXO 1M
GUIA DE ENTREVISTA.
GRUPOS DE DISCUSIÓN PARA LA VALIDACIÓN.

Se está realizando una investigación para identificar los aspectos de la vida que producen diferencias de género en diferentes etapas del ciclo vital. Se necesita constatar que los hallazgos encontrados reflejan la realidad en el territorio donde viven y trabajan; por lo que sus respuestas serán de mucha importancia para este estudio. La información obtenida en esta actividad no será publicada de forma individual.

Muchas gracias
La autora

- 1 ¿Estos son los aspectos de la vida que más aportan diferencias entre mujeres y hombres en el grupo de edad que se analiza?
- 2 ¿Qué otros aspectos de la vida producen diferencias entre mujeres y hombres en este grupo de edad?

Observación:

Para responder a la pregunta 1 se escriben en una pizarra los aspectos de la vida que integraron el indicador sintético, Índice de Igualdad, del grupo de edad que la entrevista grupal esté considerando.

Tabla 1. Cuadro Resumen
Diferencias de género en los grupos poblacionales estudiados

| Aspectos de la vida identificados como diferenciadores de género | Residentes Reina | Residentes Boyeros | Cirujanos (as) | 14 a 19 años | 20 a 49 años | 50 a 64 años | 65 y más |
|--|------------------|--------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|----------|
| 1. Tareas del hogar | X | X | X | X* | X* | X* | X* |
| 2. Problemas de salud | X | X | X | X* | X* | X* | X* |
| 3. Sexualidad. Salud sexual y reproductiva | X | X | | X* | X | X* | X |
| 4. Hábitos tóxicos. | X | X | X | X* | | X* | X* |
| 5. Automedicación | X | X | | | X* | X* | X |
| 6. Rol productivo | X | X | X | | X* | X* | X* |
| 7. Rol comunitario | X | X | X | | | X* | X |
| 8. Aporte a la economía familiar | X | X | | | | X | |
| 9. Tiempo dedicado al descanso. Recreación | X | | X | | X* | X | |
| 10. Planificación del dinero al hogar | X | X | X | | X | | |
| 11. Entrada salarial | X | X | | | | | |
| 12. Ocupación que se realiza | X | | | | | X | |
| 13. Maltrato | X | | | | | X | X* |
| 14. Accidentes | X | | | | | X | |
| 15. Aspiraciones y proyectos de vida | | | | X | X | X | X |
| 16. Expresión de sentimientos | | | | | X | X | X |
| 17. Autovaloración y autoestima | | | | | X | X* | X |
| 18. Manifestación de estereotipo. Porte y aspecto | | | | X | X | | |
| 19. Legislación | | | | | | X | X |
| 20. Toma de decisiones | | | | | | X* | X |
| 21. Nivel educacional | | | | | | X | X |
| 22. Creencias sobre responsabilidad en el hogar | | | | X* | | | |
| 23. Cualidades sociales | | | | X | | | |
| 24. Búsqueda de consejo | | | | X | | | |
| 25. Práctica de deportes | | | | X* | | | |
| 26. Ejercicios físicos | | | | X* | | | |
| 27. Capacidad de pensar | | | | X | | | |
| 28. Resultados académicos | | | | X* | | | |
| 29. Tiempo para el estudio | | | | X* | | | |
| 30. Espacios y límites | | | | | X | | |
| 31. Clases sociales | | | | | X | | |
| 32. Prioridad para la alimentación | | | | | | X | |
| 33. Jubilación | | | | | | | X* |
| 34. Percepción sobre la muerte | | | | | | | X |
| 35. Limitación física y motora. Validez y discapacidad | | | | | | | X |
| 36. Depresión | | | | | | | X |
| 37. Viudez | | | | | | | X |
| 38. Estado civil | | | | | | | X* |
| 39. Atención a los nietos | | | | | | | X* |

Nota:

- Las cruces (X) indican en la población en que fueron identificados los aspectos de la vida como diferenciadores de género.
- **Los sombreados indican el grupo de edad en el que se seleccionaron para ser medidos a través de los indicadores intermedios de los Índices de Igualdad**

Tabla I

Residentes en las Áreas de Salud Reina y Boyeros según variables socio económicas, sexo y áreas de salud.

| | Áreas de Salud | | | | | | <i>p</i> entre áreas |
|--------------------------|----------------------|-------------|--------------------------|------------------------|-------------|--------------------------|----------------------|
| | Reina | | | Boyeros | | | |
| Sexo | <i>Masc.</i> | <i>Fem.</i> | % <i>Difer. Sexos</i> | <i>Masc.</i> | <i>Fem.</i> | % <i>Difer. Sexos</i> | |
| Escolaridad | $X^2_{Reina} = 3.85$ | | | $X^2_{Boyeros} = 2.93$ | | | |
| Primaria | 9 | 15 | -25.00 | 20 | 27 | -14.89 | 0.877 |
| Secundaria | 30 | 39 | -13.04 | 34 | 42 | -10.53 | 0.285 |
| Preuniver. o Tecnológico | 66 | 59 | 5.60 | 81 | 70 | 7.28 | 0.395 |
| Universitario | 45 | 37 | 9.76 | 35 | 31 | 6.06 | 0.189 |
| Entrada Salarial | $p_{Reina} = 0.000$ | | | $p_{Boyeros} = 0.000$ | | | |
| Baja | 39 | 84 | -36.58 | 10 | 76 | -76.74 | 0.000 |
| Alta | 111 | 66 | 25.42 | 94 | 254 | 25.98 | 0.407 |
| Aporte Familiar | $p_{Reina} = 0.000$ | | | $p_{Boyeros} = 0.000$ | | | |
| Menor | 48 | 110 | -39.24 | 56 | 134 | -41.05 | 0.335 |
| Mayor | 102 | 40 | 43.66 | 114 | 36 | 52.00 | 0.089 |
| Ocupación | $p_{Reina} = 0.000$ | | | - | | | |
| Estudiante | 5 | 7 | -16.67 | 0 | 1 | -100.00 | 1.000 |
| Obrero | 55 | 21 | 44.74 | 61 | 34 | 28.42 | 0.010 |
| Técnico Medio | 26 | 25 | 1.96 | 38 | 28 | 15.15 | 0.008 |
| Profesional | 36 | 31 | 7.46 | 33 | 28 | 8.20 | 0.415 |
| Cuentapropista | 9 | 7 | 12.50 | 11 | 2 | 69.23 | 0.130 |
| Sin Ocupación | 19 | 59 | -51.28 | 27 | 77 | -48.08 | 0.344 |
| Total | 150 | 150 | | 170 | 170 | | |

Tabla II

Residentes en las Áreas de Salud Reina y Boyeros según variables del rol productivo, sexo y área de salud.

| | Áreas de Salud | | | | | | <i>p</i> entre áreas |
|--------------------------------------|----------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------|-----------------------|----------------------|
| | Reina | | | Boyeros | | | |
| Sexo | <i>Mas.</i> | <i>Fem.</i> | <i>% Difer. Sexos</i> | <i>Mas.</i> | <i>Fem.</i> | <i>% Difer. Sexos</i> | |
| Variables Rol Productivo | | | | | | | |
| Relaciones de trabajo | 112 | 73 | 21.08 | 135 | 91 | 19.47 | 0.307 |
| Posibilidad superación | 105 | 65 | 23.52 | 100 | 64 | 21.95 | 0.413 |
| Reconocimiento laboral | 107 | 72 | 19.55 | 125 | 80 | 21.95 | 0.234 |
| Satisfacción laboral | 111 | 66 | 25.42 | 118 | 71 | 24.87 | 0.500 |
| Cumplimiento de las tareas laborales | 116 | 71 | 24.06 | 131 | 80 | 24.28 | 0.500 |
| Trabajo con sexo opuesto | 104 | 76 | 15.55 | 131 | 89 | 19.09 | 0.146 |
| Total de los que trabajan | 117 | 77 | 20.62 | 143 | 92 | 21.70 | 0.401 |

$p_{\text{Reina}}=0.000$ para todas la variables.

$p_{\text{Boyeros}}=0.000$ para todas las variables.

Tabla III

Residentes en las Áreas de Salud Reina y Boyeros según variables de rol reproductivo, sexo y área de salud.

| Sexo | Áreas de Salud | | | | | | <i>p</i> entre áreas |
|-----------------------------------|----------------|------------|----------------|------------|------------|----------------|----------------------|
| | Reina | | | Boyeros | | | |
| | <i>Mas</i> | <i>Fem</i> | % Difer. Sexos | <i>Mas</i> | <i>Fem</i> | % Difer. Sexos | |
| Variables Rol Reproductivo | | | | | | | |
| Cocinar | 11 | 130 | -84.40 | 9 | 146 | -88.39 | 0.160 |
| Limpiar | 12 | 128 | -82.86 | 6 | 143 | -91.95 | 0.010 |
| Lavar | 10 | 131 | -85.82 | 12 | 150 | -85.18 | 0.403 |
| Planchar | 10 | 115 | -84.00 | 10 | 136 | -86.30 | 0.322 |
| Cuidado enfermos | 35 | 115 | -53.33 | 57 | 132 | -39.68 | 0.001 |
| Mantenimiento hogar | 135 | 15 | 80.00 | 109 | 48 | 38.85 | 0.000 |
| Compra alimentos | 80 | 40 | 33.33 | 70 | 75 | -3.45 | 0.000 |
| Planificación económica | 32 | 91 | -47.97 | 28 | 125 | -63.40 | 0.006 |
| Responsabilidad cuidado hijos | 12 | 105 | -79.49 | 73 | 140 | -31.45 | 0.000 |
| Asistencia a reuniones padres | 14 | 88 | -72.55 | 42 | 124 | -49.40 | 0.000 |
| Atención higiene hijos | 29 | 98 | -54.33 | 57 | 137 | -4.24 | 0.011 |

$p_{\text{Reina}} = 0.000$ para todas las variables

$p_{\text{Boyeros}} = 0.860$ para compra de alimentos.

$p_{\text{Boyeros}} = 0.000$ otras variables.

Tabla IV

Residentes en las Áreas de Salud Reina y Boyeros según variables del rol comunitario, sexo y área de salud.

| | Áreas de Salud | | | | | | <i>p</i> entre áreas |
|------------------------------------|----------------|------------|--------------------------------------|-------------|------------|------------------------------------|----------------------|
| | Reina | | | Boyeros | | | |
| Sexo | <i>Masc</i> | <i>Fem</i> | % <i>Difer.</i> <i>Sexos</i> | <i>Masc</i> | <i>Fem</i> | % <i>Difer.</i> <i>Sexos</i> | |
| INTEGRACIÓN | | | | | | | |
| PCC | 37 | 15 | 42.31 | 28 | 13 | 36.58 | 0.312 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.001 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.0197 | | | | |
| CTC | 94 | 64 | 18.99 | 122 | 91 | 14.55 | 0.098 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.0040 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.0008 | | | | |
| CDR | 145 | 143 | 0.69 | 164 | 166 | 0.01 | 0.500 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.768 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.7482 | | | | |
| UJC | 19 | 12 | 22.58 | 7 | 11 | 22.22 | 0.223 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.255 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.467 | | | | |
| PARTICIPACIÓN COMUNITARIA | | | | | | | |
| Trabajo Voluntario | 83 | 87 | -2.35 | 144 | 140 | 1.41 | 0.188 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.727 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.6609 | | | | |
| Guardia Cederista | 88 | 84 | -2.32 | 100 | 90 | 5.26 | 0.062 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.726 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.3256 | | | | |
| Reuniones organizaciones de masa | 111 | 105 | 2.78 | 142 | 139 | 1.07 | 0.051 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.520 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.775 | | | | |
| Asistencia actividades religiosas | 26 | 36 | -16.13 | 16 | 28 | -27.27 | 0.0837 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.195 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.075 | | | | |

Tabla V

Residentes en las Áreas de Salud Reina y Boyeros según percepción de enfermedades y hábitos nocivos, sexo y área de salud.

| | Áreas de Salud | | | | | | <i>P</i> entre áreas |
|-----------------------------------|----------------|------------|--------------------------------------|------------|------------|------------------------------------|----------------------|
| | Reina | | | Boyeros | | | |
| Sexo | <i>Mas</i> | <i>Fem</i> | % <i>Difer.</i> <i>Sexos</i> | <i>Mas</i> | <i>Fem</i> | % <i>Difer.</i> <i>Sexos</i> | |
| PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD | | | | | | | |
| Artrosis | 8 | 6 | 14.18 | 18 | 32 | -28.00 | 0.264 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.784 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.0465 | | | | |
| Trastornos sueño | 5 | 25 | -66.67 | 7 | 21 | -50.00 | 0.094 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.000 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.0103 | | | | |
| Hipertensión arterial | 24 | 18 | 14.28 | 25 | 29 | -7.41 | 0.129 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.323 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.6562 | | | | |
| Diabetes | 6 | 8 | -14.29 | 8 | 5 | 23.08 | 0.558 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.784 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.5716 | | | | |
| Úlcera | 3 | 7 | -40.00 | 5 | 2 | 42.86 | 0.153 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.335 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.4450 | | | | |
| Trastornos nerviosos | 4 | 9 | -38.46 | 5 | 26 | -67.74 | 0.032 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.257 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.0002 | | | | |
| HÁBITOS NOCIVOS | | | | | | | |
| Cigarro | 105 | 93 | 6.06 | 121 | 102 | 8.52 | 0.167 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.180 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.0399 | | | | |
| Alcohol | 85 | 32 | 45.30 | 86 | 24 | 56.36 | 0.048 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.000 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.0000 | | | | |
| Café | 130 | 141 | -4.06 | 136 | 130 | 2.26 | 0.117 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.051 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.5111 | | | | |
| Medicamentos | 65 | 84 | -12.75 | 64 | 102 | -22.89 | 0.000 |
| <i>p</i> _{Reina} = 0.038 | | | <i>p</i> _{Boyeros} = 0.000 | | | | |

Tabla VI

Residentes en Reina y Boyeros según variables relacionadas con la salud, sexo y áreas de salud

| | Áreas de Salud | | | | | | <i>p</i> entre áreas |
|--|------------------------------|------------|------------------------------------|--|------------|------------------------------------|----------------------|
| | Reina | | | Boyeros | | | |
| Sexo | <i>Masc</i> | <i>Fem</i> | % <i>Difer.</i> <i>Sexos</i> | <i>Masc</i> | <i>Fem</i> | % <i>Difer.</i> <i>Sexos</i> | |
| HORAS DEDICADAS A LA RECREACIÓN | <i>p</i>Reina = 0.000 | | | <i>p</i>Boyeros = 0.8276 | | | |
| 2 Horas o menos | 89 | 126 | -17.21 | 61 | 24 | -1.62 | 0.000 |
| Más de 2 horas | 61 | 24 | 43.52 | 79 | 76 | 1.93 | 0.000 |
| ACCIDENTES | <i>p</i>Reina = 0.022 | | | <i>p</i>Boyeros = 0.112 | | | |
| Si | 65 | 45 | 18.18 | 53 | 39 | 15.22 | 0.284 |
| No | 85 | 105 | -10.53 | 117 | 131 | -5.64 | 0.060 |
| MALTRATO | <i>p</i>Reina = 0.000 | | | <i>p</i>Boyeros = 0.073 | | | |
| Si | 22 | 101 | -64.23 | 4 | 12 | -50.00 | 0.501 |
| No | 128 | 49 | 44.63 | 166 | 158 | 2.47 | 0.000 |
| PLANIFICACIÓN FAMILIAR | <i>p</i>Reina = 0.000 | | | <i>p</i>Boyeros = 0.000 Se excluye fila de hombres | | | |
| Hombre | 25 | 7 | 56.25 | 0 | 0 | 0.00 | - |
| Mujer | 6 | 15 | -42.48 | 29 | 5 | 70.79 | 0.000 |
| Ambos | 119 | 128 | -3.64 | 141 | 165 | -7.84 | 0.026 |

Tabla VII

Cirujanos según variables socioeconómicas y sexo.

| <i>ESTADO CIVIL</i> | Sexos | | | | Total | |
|----------------------------|------------------|--------|----------|--------|-------|--------|
| | Masculino | | Femenino | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | | |
| | - | | | | | |
| Casado | 46 | 75.41 | 32 | 52.46 | 78 | 63.93 |
| Soltero | 1 | 1.64 | 3 | 4.92 | 4 | 3.28 |
| Divorciado | 11 | 18.03 | 20 | 32.78 | 31 | 25.41 |
| Unión Consensual | 3 | 4.92 | 3 | 4.92 | 6 | 4.92 |
| Viudo | 0 | 0.00 | 3 | 4.92 | 3 | 2.46 |
| <i>INGRESO FAMILIAR</i> | p = 0.075 | | | | | |
| El único ingreso familiar | 10 | 16.39 | 8 | 13.11 | 18 | 14.75 |
| Mayor ingreso familiar | 44 | 72.13 | 36 | 59.02 | 80 | 65.57 |
| Menor del ingreso familiar | 7 | 11.47 | 17 | 27.87 | 24 | 19.67 |
| <i>HIJOS</i> | p = 0.507 | | | | | |
| Si | 46 | 75.4 | 50 | 81.96 | 96 | 78.68 |
| No | 15 | 24.59 | 11 | 18.03 | 26 | 21.31 |
| Total | 61 | 100.00 | 61 | 100.00 | 122 | 100.00 |

Tabla VIII

Cirujanos según variables del rol productivo y sexo.

| Variables del Rol Productivo | Sexos | | | | | | p |
|---|-----------|-----------|----------|-----------|----------|------------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | Total | | |
| | Positiva | % n=61 | Positiva | % n=61 | Positiva | % n=122 | |
| Relaciones de Trabajo | 61 | 50.41 | 60 | 49.58 | 121 | 99.18 | 1.000 |
| Responsabilidad administrativa | 16 | 66.66 | 8 | 33.33 | 24 | 19.67 | 0.011 |
| Posibilidades de superación | 55 | 49.10 | 57 | 50.89 | 112 | 91.80 | 0.741 |
| Reconocimiento laboral | 48 | 52.74 | 43 | 47.25 | 91 | 74.59 | 0.405 |
| Cumplimiento de tareas laborables | 59 | 50.86 | 57 | 49.13 | 116 | 95.08 | 0.675 |
| Satisfacción laboral | 50 | 49.01 | 52 | 50.98 | 102 | 83.61 | 0.806 |
| Cosideraciones sobre trabajar con el sexo opuesto | 56 | 47.86 | 61 | 52.13 | 117 | 95.90 | 0.067 |
| Grado de la Especialidad | 6 | 9.83 | 3 | 4.91 | 9 | 7.38 | 0.488 |
| Grado Profesorial | 14 | 22.95 | 8 | 13.11 | 22 | 18.03 | 0.239 |
| Grado de Investigador | 5 | 8.19 | 4 | 6.55 | 9 | 7.38/ | 1.000 |

Nota: Tabla resumen

Tabla IX

Cirujanos según variables del rol reproductivo y sexo.

| Variables del Rol Reproductivo | Sexos | | | | Total | | p |
|---|-----------|-----------|----------|-----------|-------|-------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | No | % | |
| | No | % n=61 | No | % n=61 | | | |
| Cocinar | 5 | 9.09 | 50 | 90.91 | 55 | 45.08 | 0.000 |
| Limpiar | 8 | 14.54 | 47 | 85.46 | 55 | 45.08 | 0.000 |
| Lavar | 5 | 9.09 | 50 | 90.91 | 55 | 45.08 | 0.000 |
| Planchar | 7 | 13.73 | 44 | 86.27 | 51 | 41.80 | 0.000 |
| Fregar | 9 | 14.52 | 53 | 85.48 | 62 | 50.82 | 0.000 |
| Cuidado de enfermos | 22 | 34.37 | 42 | 65.63 | 64 | 52.46 | 0.001 |
| Compra de alimentos | 40 | 54.79 | 33 | 45.21 | 73 | 59.84 | 0.405 |
| Mantenimiento de hogar | 43 | 59.72 | 29 | 40.28 | 72 | 59.02 | 0.028 |
| Cuidado de hijos cuando se enferman o están de vacaciones | 25 | 37.31 | 42 | 62.69 | 67 | 54.92 | 0.000 |
| Ayuda para realizar tareas escolares a los hijos | 15 | 38.46 | 24 | 61.54 | 39 | 31.97 | 0.000 |
| Asistencia a reuniones de padres | 12 | 25.53 | 35 | 74.47 | 47 | 38.52 | 0.000 |
| Responsabilidad con la higiene de los hijos | 11 | 22.00 | 39 | 78.00 | 50 | 40.98 | 0.000 |
| Planificación de la economía familiar | 25 | 40.98 | 45 | 73.77 | 70 | 57.37 | 0.000 |

Nota: Tabla Resumen

Tabla X

Cirujanos según variables del rol comunitario y sexo

| Rol Comunitario | Sexos | | | | Total | | p |
|---|-----------|-----------|----------|-----------|-------|------------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | No. | % n=122 | |
| | No. | % n=61 | No. | % n=61 | | | |
| <i>INTEGRACIÓN</i> | | | | | | | |
| PCC | 33 | 70.20 | 14 | 29.70 | 47 | 38.52 | 0.001 |
| CTC | 61 | 50.00 | 61 | 50.00 | 122 | 100.00 | 1.000 |
| CDR | 61 | 50.00 | 61 | 50.00 | 122 | 100.00 | 0.476 |
| UJC | 3 | 60.00 | 2 | 40.00 | 5 | 4.10 | 1.000 |
| <i>PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS</i> | | | | | | | |
| Trabajo voluntario | 40 | 52.63 | 36 | 47.36 | 76 | 62.29 | 0.575 |
| Reuniones de organizaciones de masas | 51 | 49.03 | 53 | 50.96 | 104 | 85.24 | 0.798 |
| Asamblea del poder popular | 41 | 47.12 | 46 | 52.87 | 87 | 71.31 | 0.423 |
| Guardia cederista | 38 | 56.71 | 29 | 43.28 | 67 | 54.62 | 0.145 |

Tabla XI

Cirujanos según hábitos nocivos, percepción de enfermedades y manifestaciones y sexo.

| | Sexos | | | | Total | | p |
|-----------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|-------|-------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | No. | % | |
| | No. | % n=61 | No. | % n=61 | | | |
| HÁBITOS NOCIVOS | | | | | | | |
| Fumar | 24 | 54.54 | 20 | 45.45 | 44 | 36.06 | 0.572 |
| Ingerir bebidas alcohólicas | 24 | 96.00 | 1 | 4.00 | 25 | 20.49 | 0.000 |
| Drogas o medicamentos | 0 | 0.00 | 3 | 100.00 | 3 | 2.46 | 0.242 |
| Café | 40 | 51.28 | 38 | 48.71 | 78 | 63.93 | 0.850 |
| ENFERMEDADES | | | | | | | |
| Cardiovasculares | 5 | 50.00 | 5 | 50.00 | 10 | 8.20 | 0.741 |
| Respiratorias | 5 | 45.45 | 6 | 54.55 | 11 | 9.02 | 1.000 |
| Digestivas | 2 | 50.00 | 2 | 50.00 | 4 | 3.28 | 1.000 |
| Endocrino-Metabólicas | 1 | 16.67 | 5 | 83.33 | 6 | 4.92 | 0.209 |
| MANIFESTACIONES | | | | | | | |
| Cansancio | 38 | 43.18 | 50 | 56.82 | 88 | 72.13 | 0.026 |
| Stress | 35 | 43.21 | 46 | 56.79 | 81 | 66.39 | 0.055 |
| Irritabilidad | 33 | 45.83 | 39 | 54.17 | 72 | 59.02 | 0.933 |

Nota: Tabla resumen

Tabla XII

Cirujanos según variables relacionadas con la salud y sexo.

| <i>PRÁCTICA DE DEPORTES</i> | Sexos | | | | Total | |
|-------------------------------|------------|--------|----------|--------|-------|--------|
| | Masculino | | Femenino | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| | $p= 0.180$ | | | | | |
| Si | 11 | 18.03 | 5 | 8.19 | 16 | 13.11 |
| No | 50 | 81.96 | 56 | 91.80 | 106 | 86.88 |
| <i>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</i> | $p= 1.000$ | | | | | |
| Mujer | 1 | 1.63 | 2 | 3.27 | 3 | 2.45 |
| Ambos | 60 | 98.36 | 59 | 96.72 | 119 | 97.54 |
| Total | 61 | 100.00 | 61 | 100.00 | 122 | 100.00 |

Tabla XIII

Cirujanos según participación en actividades recreativas y sexo.

| Actividades recreativas | Sexos | | | | Total | | p |
|-------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|-------|------------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | | | |
| | No. | % n=61 | No. | % n=61 | No. | % n=122 | |
| Fiestas | 47 | 54.02 | 40 | 45.97 | 87 | 71.31 | 0.230 |
| Paseos | 55 | 55.00 | 45 | 45.00 | 100 | 81.97 | 0.034 |
| Lectura de libros | 22 | 44.89 | 27 | 55.10 | 49 | 40.16 | 0.460 |
| Televisión | 56 | 49.12 | 58 | 50.87 | 114 | 93.44 | 0.714 |

Nota: Tabla resumen

Tabla XV

Resultados del Análisis Factorial Discriminante.
Grupo de 14 a 19 años.

| Variables | Lambda de Wilks | p |
|--|-----------------|-------|
| Variables significativas | | |
| <i>Consumo de cigarro</i> | 0.945 | 0.001 |
| <i>Consumo de alcohol</i> | 0.974 | 0.020 |
| <i>Padecimiento de enfermedad</i> | 0.965 | 0.007 |
| <i>Tratamiento médico</i> | 0.982 | 0.045 |
| <i>Conocimiento sobre utilidad del condón</i> | 0.961 | 0.004 |
| <i>Decisión uso de anticonceptivos</i> | 0.965 | 0.002 |
| <i>Responsabilidad uso de anticonceptivos</i> | 0.995 | 0.003 |
| <i>Realización de ejercicios físicos</i> | 0.976 | 0.033 |
| <i>Práctica de deportes</i> | 0.930 | 0.000 |
| <i>Criterios de quien realiza las tareas del hogar</i> | 0.982 | 0.049 |
| <i>Realización de las tareas del hogar</i> | 0.957 | 0.003 |
| <i>Resultados académicos</i> | 0.975 | 0.023 |
| <i>Tiempo dedicado al estudio individual</i> | 0.974 | 0.019 |
| Variables no significativas | | |
| Consumo de café | 0.992 | 0.204 |
| Consumo de otros tóxicos | 0.987 | 0.098 |
| Amor | 0.998 | 0.489 |
| Noviazgo | 0.999 | 0.678 |
| Relación coital | 0.989 | 0.137 |
| Pareja sexual actual | 0.999 | 0.669 |
| Sexualidad | 1.000 | 0.914 |
| Conocimiento sobre anticonceptivos | 0.989 | 0.131 |
| Padecimiento de síntomas | 1.000 | 0.842 |
| Satisfacción con ser hombre o mujer | 0.996 | 0.503 |
| Superación profesional | 0.998 | 0.503 |
| Aspiración profesional | 0.996 | 0.369 |
| Criterios sobre el trabajo | 0.992 | 0.205 |
| Búsqueda de ayuda y consejos | 1.000 | 0.768 |
| Facilidades para salir | 0.998 | 0.483 |
| Criterios sobre cualidades | 0.999 | 0.670 |
| Cuidado del aspecto personal | 1.000 | 1.000 |
| Forma de expresarse | 0.962 | 0.051 |
| Criterios sobre expresiones artísticas | 0.985 | 0.073 |
| Realización de actividades en el tiempo libre | 1.000 | 0.822 |
| Número de parejas sexuales | 0.989 | 0.130 |

Correlación: 0.850

% de clasificación: 94.8

Tabla XIX
Índices de Privación de Igualdad (IPI). Grupo de 14 a 19 años.

| VARIABLE | TERRITORIOS | Media Fem | Media Masc | X _i | Índice Privación Igualdad (IPI) |
|---|---|-----------|------------|----------------|---------------------------------|
| Hábitos tóxicos | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 0.71 | 0.77 | 0.06 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 0.60 | 1.57 | 0.97 | 1.00 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 0.83 | 1.26 | 0.43 | 0.41 |
| Problemas de salud | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 0.57 | 0.71 | 0.14 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 1.09 | 0.80 | 0.29 | 0.23 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 1.09 | 0.31 | 0.78 | 1.00 |
| Salud sexual y reproductiva | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 1.60 | 2.09 | 0.49 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 2.17 | 2.69 | 0.52 | 0.06 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 1.37 | 2.40 | 1.03 | 1.00 |
| Resultados académicos | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 0.71 | 0.74 | 0.03 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 0.11 | 0.40 | 0.29 | 0.70 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 0.23 | 0.63 | 0.40 | 1.00 |
| Tiempo dedicado al estudio individual | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 1.23 | 1.00 | 0.23 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 2.46 | 1.57 | 0.89 | 1.00 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 1.69 | 1.17 | 0.52 | 0.44 |
| Realización de ejercicios físicos | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 0.26 | 0.26 | 0.00 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 0.40 | 0.20 | 0.20 | 1.00 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 0.40 | 0.20 | 0.20 | 1.00 |
| Práctica de deportes | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 0.66 | 0.40 | 0.26 | 0.51 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 0.71 | 0.69 | 0.02 | 0.00 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 0.89 | 0.40 | 0.49 | 1.00 |
| Creencia sobre quién debe realizar las tareas del hogar | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 4.57 | 4.83 | 0.26 | 0.10 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón Glez. Coro". Marianao | 4.63 | 4.54 | 0.09 | 0.00 |

| | | | | | |
|--|--|------|------|------|------|
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fdez." La Lisa | 3.14 | 4.89 | 1.75 | 1.00 |
| Realización de las tareas del hogar | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 5.29 | 5.51 | 0.22 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón Glez. Coro". Marianao | 4.51 | 5.11 | 0.60 | 0.28 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fdez.". La Lisa | 3.80 | 5.40 | 1.60 | 1.00 |

Tabla XX

Privación de Igualdad Relativa (PIR) e Índice de Igualdad (II)
según territorios. Grupo de 14 a 19 años.

| Territorios | Privación Igualdad Relativa PIR _y | Índice Igualdad II _y |
|---|---|---|
| Consultorio 35. Área de Salud "26 de Julio". Playa | 0.38 | 0.62 |
| Consultorio 4. "Área de Salud Ramón González Coro". Marianao | 0.47 | 0.53 |
| Consultorio 9.2. Área de Salud "Aleida Fernández Chardiet". La Lisa | 0.56 | 0.44 |

TABLA XVI

Resultados obtenidos por el Análisis Factorial Discriminante.
Grupo de 20 a 49 AÑOS.

| VARIABLES | Lambda de Wilks | p |
|--|-----------------|--------------|
| <i>Variables significativas</i> | | |
| <i>Descanso en días laborables</i> | <i>0.983</i> | <i>0.033</i> |
| <i>Realización de las tareas del hogar</i> | <i>0.815</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Problemas de salud</i> | <i>0.976</i> | <i>0.010</i> |
| <i>Trabajo remunerado</i> | <i>0.940</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Variables no significativas</i> | | |
| Aspiraciones | 0.992 | 0.145 |
| Autovaloración | 0.999 | 0.718 |
| Descanso en días no laborables | 0.987 | 0.066 |
| Educación a los hijos | 0.999 | 0.896 |
| Recreación en días laborables | 0.999 | 0.831 |
| Recreación en días no laborables | 0.998 | 0.593 |
| Sentimientos afectivos | 0.999 | 0.606 |
| Toma de decisiones | 0.993 | 0.173 |
| Sentimientos hostiles | 0.988 | 0.079 |

Correlación: 0.799
% de clasificación: 92.0

TABLA XXI

Resumen de los cálculos realizados en la determinación de los Índices de Privación de Igualdad. Grupo de 20 a 49 años

| Variables | Territorios | Media Fem. | Media Masc. | X _i | Índice Privación Igualdad (IPI) |
|-------------------------------------|---|------------|-------------|----------------|---------------------------------|
| Descanso en días laborables | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 2.72 | 3.00 | 0.28 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 2.60 | 3.45 | 0.85 | 0.83 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 3.15 | 4.12 | 0.97 | 1.00 |
| Realización de las tareas del hogar | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 6.22 | 3.12 | 3.10 | 1.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 5.76 | 3.00 | 2.76 | 0.35 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 6.70 | 4.12 | 2.58 | 0.00 |
| Problemas de salud | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 1.50 | 1.64 | 0.14 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 1.42 | 1.64 | 0.22 | 0.50 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 1.70 | 2.00 | 0.30 | 1.00 |
| Trabajo remunerado | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 1.54 | 2.12 | 0.58 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 1.53 | 2.11 | 0.58 | 0.04 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 1.50 | 2.22 | 0.72 | 1.00 |

TABLA XXII

Privación de Igualdad Relativa (PIR) e Índices de Igualdad (II) según territorios.
Grupo de Edad de 20 a 49 años

| Territorios | Privación Igualdad Relativa PIR_y | Índice Igualdad II_y |
|--|--|------------------------------|
| Consultorio 35. Área de Salud "26 de Julio". Playa | 0.25 | 0.75 |
| Consultorio 4. Área de Salud "Ramón González Coro". Marianao | 0.43 | 0.57 |
| Consultorio 9.2. Área de Salud "Aleida Fernández Chardiet. La Lisa | 0.75 | 0.25 |

Tabla XVII

Resultados obtenidos por el Análisis Factorial Discriminante.
Grupo de Edad de 50 a 64 años

| VARIABLES | Lambda de Wilks | p |
|--|-----------------|--------------|
| Variables significativas | | |
| <i>Asistencia al médico</i> | <i>0.901</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Consumo de Alcohol</i> | <i>0.644</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Consumo de café</i> | <i>0.981</i> | <i>0.047</i> |
| <i>Frecuencia de ingestión de alcohol</i> | <i>0.661</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Consumo de cigarro</i> | <i>0.860</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Criterios en el trabajo</i> | <i>0.836</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Toma de decisiones en el hogar de forma individual</i> | <i>0.979</i> | <i>0.038</i> |
| <i>Toma de decisiones en el trabajo de forma colectiva</i> | <i>0.846</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Toma de decisiones en trabajo de forma individual</i> | <i>0.835</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Presencia de enfermedades</i> | <i>0.941</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Estado civil</i> | <i>0.976</i> | <i>0.025</i> |
| <i>Tiempo dedicado a labores del hogar</i> | <i>0.529</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Autovaloración</i> | <i>0.962</i> | <i>0.005</i> |
| <i>Ocupación</i> | <i>0.729</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Presencia de pareja estable</i> | <i>0.924</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Pertener a organizaciones políticas y sociales</i> | <i>0.981</i> | <i>0.044</i> |
| <i>Mantenimiento de relaciones sexuales</i> | <i>0.940</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Actividad que le reporte dinero</i> | <i>0.790</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Salario</i> | <i>0.760</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Percepción de síntomas o molestias</i> | <i>0.940</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Realización de tareas del hogar</i> | <i>0.503</i> | <i>0.000</i> |
| <i>Automedicación</i> | <i>0.948</i> | <i>0.001</i> |
| Variables no significativas | | |
| Asistencia en consultas especializadas | 0.986 | 0.091 |
| Criterios en el hogar | 0.994 | 0.271 |
| Cualidades de su personalidad | 0.992 | 0.186 |
| Toma de decisiones en el hogar con la familia | 0.996 | 0.393 |
| Tiempo que dedica al diariamente al sueño | 0.998 | 0.487 |
| Práctica de ejercicios físicos | 0.986 | 0.087 |
| Frecuencia de prácticas de ejercicios físicos | 0.977 | 0.067 |
| Tiempo que dedica diariamente al descanso | 0.904 | 0.083 |
| Escolaridad | 0.999 | 0.647 |
| Irritación | 0.991 | 0.169 |
| Sentimientos de limitación | 0.995 | 0.305 |
| Atención a los nietos | 0.994 | 0.262 |
| Maltrato | 0.996 | 0.346 |
| Nietos | 0.998 | 0.507 |
| Otra entrada | 0.998 | 0.489 |
| Participación en las actividades | 0.989 | 0.139 |
| Personas que propiciaron maltratos | 0.996 | 0.380 |

| | | |
|---------------------------------|-------|-------|
| Sentimiento de satisfacción | 0.987 | 0.102 |
| Expresión de sentimientos | 0.990 | 0.140 |
| Sentimientos | 0.998 | 0.500 |
| Tareas se comparten entre todos | 0.998 | 0.531 |
| Tipo de maltrato | 0.995 | 0.310 |
| Convivencia | 0.997 | 0.410 |

Correlación: 0.810

% de clasificación: 93.5

Tabla XXIII

Resumen de los cálculos realizados en la determinación de los Índices de Privación de Igualdad (IPI). Grupo de edad 50 a 64 años.

| Variables | Territorios | Media Fem. | Media Masc. | X _i | Índices Privación Igualdad (IPI) |
|-----------------------------|---|------------|-------------|----------------|----------------------------------|
| Tareas del hogar | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 5.08 | 2.83 | 2.25 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 5.66 | 2.43 | 3.23 | 0.97 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández" La Lisa | 5.37 | 2.11 | 3.26 | 1.00 |
| Hábitos tóxicos | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 3.11 | 5.31 | 2.20 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 3.34 | 6.97 | 3.63 | 0.56 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 3.80 | 8.57 | 4.77 | 1.00 |
| Autovaloración | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 0.80 | 1.00 | 0.20 | 0.45 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 0.57 | 0.51 | 0.06 | 0.00 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández" La Lisa | 0.57 | 0.94 | 0.37 | 1.00 |
| Trabajo remunerado | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 1.23 | 0.63 | 0.60 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 1.49 | 0.37 | 1.12 | 1.00 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández" La Lisa | 1.23 | 0.46 | 0.76 | 0.31 |
| Problemas de salud | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 4.09 | 3.03 | 1.06 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 4.43 | 3.09 | 1.34 | 0.39 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 4.29 | 2.51 | 1.78 | 1.00 |
| Toma de decisión | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 0.23 | 0.40 | 0.17 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 0.11 | 0.71 | 0.60 | 1.00 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 0.14 | 0.37 | 0.23 | 0.14 |
| Salud sexual y reproductiva | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 1.49 | 0.77 | 0.72 | 0.94 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 0.94 | 0.57 | 0.37 | 0.00 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández" La Lisa | 1.23 | 0.49 | 0.74 | 1.00 |

| | | | | | |
|------------------------------------|---|------|------|------|------|
| Pertener a organizaciones sociales | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 0.66 | 0.66 | 0.00 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 0.89 | 0.71 | 0.18 | 0.90 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández" La Lisa | 0.83 | 0.63 | 0.20 | 1.00 |

Tabla XXIV

Privación de Igualdad Relativas (PIR) e Índices de Igualdad (II) según territorios.
Grupo de edad 50 a 64 años.

| Territorios | Privación Igualdad Relativa PIR _y | Índice Igualdad II _y |
|--|---|---------------------------------------|
| Consultorio 35. Área de Salud "26 de Julio". Playa | 0.17 | 0.83 |
| Consultorio 4. Área de Salud "Ramón González Coro". Marianao | 0.60 | 0.40 |
| Consultorio 9.2. Área de Salud "Aleida Fernández Chardiet. La Lisa | 0.81 | 0.19 |

Tabla XVIII

Resultados del Análisis Factorial Discriminante.
Grupo de edad 65 años y más

| Variables | Lambda de Wilks | p |
|---|-----------------|-------|
| <i>Variables significativas</i> | | |
| <i>Estado civil</i> | 0.977 | 0.035 |
| <i>Realización de tareas del hogar</i> | 0.919 | 0.000 |
| <i>Tiempo dedicado a las tareas del hogar</i> | 0.840 | 0.000 |
| <i>Atención a los nietos</i> | 0.814 | 0.000 |
| <i>Actitud ante la jubilación</i> | 0.929 | 0.000 |
| <i>Sentimientos de soledad</i> | 0.976 | 0.032 |
| <i>Depresión</i> | 0.922 | 0.000 |
| <i>Gritos y(o) golpes</i> | 0.937 | 0.000 |
| <i>Desatención</i> | 0.975 | 0.029 |
| <i>Indiferencias</i> | 0.944 | 0.001 |
| <i>Irritación</i> | 0.914 | 0.000 |
| <i>Llanto</i> | 0.693 | 0.000 |
| <i>No hablar</i> | 0.976 | 0.032 |
| <i>Hipertensión arterial</i> | 0.954 | 0.003 |
| <i>Enfermedad de los nervios</i> | 0.975 | 0.026 |
| <i>Automedicación</i> | 0.967 | 0.011 |
| <i>Hábito de fumar</i> | 0.821 | 0.000 |
| <i>Consumo de alcohol</i> | 0.838 | 0.000 |
| <i>Variables no significativas</i> | | |
| Decisión colectiva | 0.999 | 0.673 |
| Tiempo dedicado al descanso | 0.993 | 0.233 |
| Tiempo dedicado a tareas que reportan dinero | 0.999 | 0.704 |
| Tareas de los nietos | 0.994 | 0.295 |
| Reuniones de padres | 0.984 | 0.077 |
| Llevar los nietos a la escuela | 0.999 | 0.718 |
| Preocupación salarial en la jubilación | 0.982 | 0.064 |
| Situación económica en la jubilación | 0.994 | 0.275 |
| Ocupación actual | 0.991 | 0.188 |
| Aporte de dinero al hogar | 0.990 | 0.160 |
| Administración del dinero en el hogar | 0.982 | 0.066 |
| Culpa | 0.998 | 0.490 |
| Ira | 0.999 | 0.619 |
| Ayuda de otras personas | 0.995 | 0.335 |
| Malestar al solicitar ayuda | 0.994 | 0.279 |
| Percepción de ser querido | 1.000 | 0.941 |
| Realización con el proyecto de vida | 0.995 | 0.335 |
| Satisfacción con la trayectoria de vida | 0.997 | 0.418 |
| Hablar en voz alta | 1.000 | 0.993 |
| Amenaza | 0.982 | 0.063 |
| Preocupación | 0.999 | 0.067 |
| Autoimagen | 0.998 | 0.573 |
| Pareja actual | 0.995 | 0.341 |
| Relaciones Sexuales | 0.998 | 0.491 |
| Masturbación | 0.995 | 0.309 |
| Pérdida de familia | 0.992 | 0.226 |

| | | |
|-----------------------------------|-------|-------|
| Parentesco familia perdida | 1.000 | 0.890 |
| Sentimientos sobre la muerte | 0.980 | 0.500 |
| Suicidio | 0.998 | 0.504 |
| Percepción de salud | 0.997 | 0.477 |
| Diabetes | 0.997 | 0.444 |
| Ulcera | 0.997 | 0.472 |
| Artritis | 1.000 | 0.988 |
| Asma | 0.999 | 0.733 |
| Corazón | 0.991 | 0.179 |
| Tratamiento médico | 0.999 | 0.744 |
| Atención por el Médico de Familia | 0.998 | 0.589 |
| Atención hospitalaria | 0.994 | 0.288 |
| Actividad física | 0.997 | 0.455 |

Correlación: 0.931
 % de clasificación: 92.1

Tabla XXV

Índice de privación de Igualdad según variables y territorios.
Grupo de edad 65 años y más

| Variables | Territorios | Media Fem | Media Masc. | X _i | Índice Privación Igualdad (IPI) |
|---------------------------------|---|-----------|-------------|----------------|---------------------------------|
| Realización de tareas del hogar | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 2.87 | 2.65 | 0.22 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 4.18 | 2.39 | 1.79 | 1.00 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 3.84 | 2.91 | 0.93 | 0.45 |
| Estado civil | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 0.69 | 0.54 | 0.15 | 0.09 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 0.64 | 0.39 | 0.25 | 1.00 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 0.39 | 0.53 | 0.14 | 0.00 |
| Atención a los nietos | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 0.52 | 0.22 | 0.30 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 0.61 | 0.09 | 0.52 | 1.00 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 0.47 | 0.06 | 0.41 | 0.50 |
| Actitud ante la jubilación | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 0.32 | 0.59 | 0.27 | 0.41 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 0.61 | 0.79 | 0.18 | 0.00 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 0.28 | 0.68 | 0.40 | 1.00 |
| Problemas de salud | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 5.52 | 6.35 | 0.83 | 1.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 3.85 | 4.27 | 0.42 | 0.00 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 4.44 | 5.26 | 0.82 | 0.98 |
| Hábitos tóxicos | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 1.68 | 5.19 | 3.51 | 0.63 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 1.12 | 4.06 | 2.94 | 0.00 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández". La Lisa | 1.06 | 4.91 | 3.85 | 1.00 |
| Maltrato | Consultorio 35 Área "26 de Julio" Playa | 0.45 | 0.32 | 0.13 | 0.00 |
| | Consultorio 4 Área "Ramón González Coro". Marianao | 0.67 | 0.30 | 0.37 | 0.52 |
| | Consultorio 9.2 Área "Aleida Fernández" La Lisa | 0.91 | 0.32 | 0.59 | 1.00 |

Tabla XXVI

Privación de Igualdad Relativa (PIR) e Índice de Igualdad (II) según territorios. Grupo de Edad de 65 años y más.

| Territorios | Privación de Igualdad Relativa PIR _y | Índice Igualdad II _y |
|---|---|---------------------------------|
| Consultorio 35. Área de Salud "26 de Julio". Playa | 0.30 | 0.70 |
| Consultorio 4. Área de salud "Ramón González Coro. Marianao | 0.50 | 0.50 |
| Consultorio 9.2. Área de Salud "Aleida Fernández Chardiet". La Lisa | 0.70 | 0.30 |

Tabla XIV

Cuadro resumen de los aspectos de la vida que producen diferencias de género según criterio de los participantes en las técnicas cualitativas aplicadas para el estudio de las etapas del ciclo vital.

| 14 a 19 años | 20 a 49 años | 50 a 64 años | 65 años y más |
|--|---|---|--------------------------------------|
| Criterio acerca de quien debe hacer las tareas del hogar, incluye cuidado de niños y enfermos. | Realización de las tareas del hogar y el cuidado de la familia | Solicitud de atención médica especializada | Distribución de las tareas del hogar |
| Realización de las tareas del hogar | Padecer enfermedades | Visitas al médico de la familia. | Presencia de enfermedades crónicas |
| Hábitos Tóxicos: Consumo de café, consumo de cigarro y consumo de alcohol | Solicitud de atención médica por especialidad. | Roles que asumen después de la jubilación. | Influencia de enfermedades crónicas |
| Presencia de enfermedades. | Consumo de fármacos, analgésicos y automedicación | Edad de los hijos. | Presencia de pareja |
| Tratamiento médico. | Distribución en áreas laborales específicas, promoción laboral y horas extras | Distribución de las tareas del hogar. | Estado civil |
| Aplicación al estudio. | Expresión, valoración y permiso para el ejercicio de la sexualidad | Toma de decisión | Pérdida de pareja |
| Resultados académicos. | Diferencia en la utilización del tiempo libre y sobrecarga | Percepción de los cambios biológicos. | Cuidado de nietos |
| Práctica de deportes | Acceso, capacidad y desenvolvimiento en cargos de dirección | Profesión. | Ejercicio de la sexualidad |
| Realización de ejercicios físicos | Posibilidad de tomar decisiones | Proyecto de vida. | Solicitud de atención médica |
| Facilidades para salir | Planificación del dinero del hogar | Consumo de fármacos y automedicación. | Automedicación |
| Forma de expresarse, lenguaje | Estereotipos que marcan diferencias entre el hombre y la mujer | Posición económica. | Ocupación actual |
| Forma de vestir. | Aspiraciones, proyectos de vida, grados científicos | Aporte económico al hogar. | Sentimientos de soledad |
| Aspiraciones futuras, | Movimiento en los espacios y establecimiento de límites | Percepción de la salud. | Depresión |
| Búsqueda de consejo o ayuda. | Autovaloración | Hábitos tóxicos y conducta de riesgo. | Actitud ante la jubilación |
| Cualidades. | Clases Sociales | Ocupación actual. | Hábitos tóxicos y conductas d riesgo |
| Cuidado del porte y aspecto personal. | Qué ha estudiado y por qué | Autoestima y autoimagen. | Percepción de muerte |
| Sexualidad. | Legislación de la diferencia | Presencia de Enfermedad crónicas no transmisibles | Limitaciones físico y motoras |
| Uso y conocimiento de métodos anticonceptivos. | Edad | Diferencias en la utilización del tiempo libre. | Validez y discapacidad |
| Capacidad para pensar las cosas. | | Ejercicio de la sexualidad. | Toma de decisiones en el hogar |
| Maquillaje. | | Realización profesional. | Violencia |

| | | | |
|-------------------------|--|--|--|
| Expresiones artísticas. | | Personas a su cuidado. | Percepción de enfermedad |
| Infidelidad. | | Escolaridad. | Estatus del anciano |
| Tipo de trabajo | | Prioridad en la alimentación. | Aumento de sentimientos de dependencia |
| | | Ejercicios a cargo de dirección en el mundo público. | Autoestima y autoimagen |
| | | Posibilidad de expresar sentimientos de ira, culpa, miedo. | Número de personas del núcleo |
| | | Distribución del tiempo. | Distribución del tiempo |
| | | Violencia ejercida y percibida. | Nivel educacional |
| | | Prácticas de ejercicios físicos. | Proyecto de vida |
| | | Legislación existente. | Participación comunitaria |
| | | Participación comunitaria. | Legislación |
| | | Fin de la vida reproductiva. | |
| | | Temor a la discapacidad | |

Estrategia Metodológica General

|| 14 a 19

|| 20 a 24

|| 50 a 64

|| 65 y más

Análisis discriminante

Selección de aspectos de la vida marcadores de diferencias de género de cada etapa del ciclo vital (medidos por los indicadores intermedios)

Entrevistas a etapas del ciclo vital

Caracterización de patrones de género

Cuestionarios
Porcentajes
Pruebas de hipótesis

Métodos cuantitativos

Territorios - Profesión

Métodos cualitativos

Ciclos de la vida

Grupos de discusión y nominales