

Perfiles de género y salud en Cuba

Gender and health profiles in Cuba

Ileana Elena Castañeda Abascal^I; Ariadna Corral Martín^{II}; Manuel Barzaga Torres^{III}

^IDoctor en Ciencias de la Salud. Profesor Titular. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Bioestadística. Instructor. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción La salud pública demanda del enfoque de género para la identificación de las diferencias entre mujeres y hombres y de los factores que conducen a su aparición, todo lo cual facilita la implementación de acciones diferenciadas para disminuir las brechas entre los sexos.

Objetivos Identificar los aspectos de la vida que con más fuerza marcan diferencias entre mujeres y hombres en las etapas del ciclo vital.

Métodos Se utilizaron métodos cualitativos y cuantitativos. Los primeros se utilizaron en la identificación del perfil amplio de aspectos de la vida que producen diferencias de género, entre ellos, grupos de discusión con los adolescentes y grupos nominales para la exploración en individuos de la etapa reproductiva, adulta mediana y adulta avanzada. Posteriormente, con la ayuda del análisis discriminante como herramienta cuantitativa, se llegó a la determinación de los perfiles específicos.

Resultados Dentro del perfil específico, los aspectos relacionados con la vida cotidiana y la salud fueron los más referidos. La realización de las tareas del hogar, los problemas de la salud y los hábitos tóxicos se consideraron fuertes marcadores de diferencias entre los sexos en todas las etapas estudiadas. Se identificaron otros

elementos que se manifiestan de forma diferente entre mujeres y hombres y que responden a las características de cada momento de la vida como el trabajo remunerado en la etapa reproductiva, la actitud ante la jubilación en la edad adulta avanzada.

Conclusiones El patrón de diferencias de género del contexto social cubano se caracteriza por el amplio espectro de aspectos de la vida y aquellos que conforman los perfiles específicos de cada etapa del ciclo vital son los que con más fuerza producen diferencias de género entre hombres y mujeres.

Palabras clave: Género, perfil amplio de género, perfil específico de género, salud.

ABSTRACT

Introduction Public health requires gender approach to identify the differences between women and men, and the factors leading to their emergence, all of which facilitates the implementation of specific actions to reduce the sex gap.

Objectives To identify those aspects of life that heavily influence the differences between men and women in the lifecycle phases.

Methods Qualitative and quantitative methods were used. The former helped to identify the broad profile of those aspects of life that bring about gender differences, among them, groups of debate with teenagers and nominal groups for exploration in individuals at reproductive age, middle adulthood and older adulthood. Later, the discriminating analysis used as quantitative tool allowed determining the specific profiles.

Results Within the specific profile, daily life- and health-associated aspects were the most referred. House chores, health problems and toxic habits were considered as strong markers of differences between the sexes in all the studied stages. Likewise, there was identification of other elements that manifest themselves differently in men and women and that respond to the characteristics of each moment of life such as paid work at reproductive phase and attitude towards retirement at older age.

Conclusions The pattern of gender differences in the Cuban social setting is characterized by a wide range of life aspects, and those that constitute the specific profiles for each lifecycle phase are the ones that mainly bring about the gender differences between men and women.

Key words: Gender, broad gender profile, specific gender profile, health.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo humano sostenible se encuentra comprometido actualmente por la trama de desigualdades sociales originadas sobre todo por la clase social, la etnia a la que se pertenece y el lugar de residencia que está, en muchas ocasiones, en correspondencia con las condiciones de vida. En la última década del pasado siglo se reconoció además que esas desigualdades sociales están influenciadas por las diferencias entre los sexos.¹

Es imposible que la humanidad progrese con la participación solamente de los hombres que constituyen casi la mitad de los seres humanos, mientras las mujeres quedan imposibilitadas de aportar al desarrollo y por supuesto, disfrutar de sus ventajas. Se conoce que las mujeres constituyen el 70 % de los 1 300 millones de personas que viven bajo el umbral de la pobreza, tienen el 1% de las tierras cultivables y son los dos tercios de los analfabetos.²

La salud pública tiene que organizar los esfuerzos de la sociedad de forma equitativa para satisfacer las necesidades de los dos sexos. Los estilos de vida y los riesgos diferenciados tanto en el espacio público como en el privado, conllevan a daños de la salud que pueden ocasionar hasta la muerte, diferenciada también para mujeres y hombres.

La salud es un elemento importante del desarrollo social. Constituye el resultado de la actividad de los seres humanos y un componente imprescindible de la calidad de vida. Una sociedad demanda del concurso y participación tanto de los hombres como de las mujeres para alcanzar altos niveles de salud y de desarrollo. A su vez, 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.³

El enfoque de género permite mediante el conocimiento de las diferencias entre mujeres y hombres y de los factores que conducen a su aparición, implementar acciones de manera específica con el propósito de disminuir las brechas entre los sexos.⁴⁻⁶

La utilización de este enfoque de género como herramienta analítica enriquece los marcos teóricos explicativos del proceso salud-enfermedad, que señala diferenciales empíricos entre hombres y mujeres de acuerdo a las necesidades especiales de atención, los riesgos específicos ligados a actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas, la percepción de enfermedad, las conductas de búsqueda de atención, el grado de acceso y de control ejercido por las personas sobre los recursos básicos para la protección de la salud; y a nivel macrosocial, las prioridades en la distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados, entre otros.⁷

Las relaciones de género se manifiestan de forma particular en cada sociedad de acuerdo al momento histórico que se viva. La división sexual del trabajo ha sido una de las razones principales de la jerarquización entre los sexos. Las mujeres han sido históricamente las responsables del papel reproductivo dedicado al cuidado de la familia y del hogar, así como de la perpetuación de la especie. Son actividades que no devengan ganancias y se desarrollan en el seno del hogar. Las funciones productivas son las actividades que devengan ganancias, han sido hasta hace poco tiempo en el mundo realizadas mayoritariamente por los hombres, se hacen en el espacio público, le han permitido la acumulación de riquezas y por tanto, el poder. Las tareas comunitarias son las actividades que se realizan para solucionar los problemas de la comunidad, generalmente los hombres las dirigen y las mujeres desarrollan las actividades.

El encarecimiento de la vida y las altas tasas de divorcios son factores que han provocado que el mercado de trabajo remunerado se vea, en estos momentos, lleno de mujeres. Este fenómeno, lejos de ser positivo para ellas, se ha traducido en una sobrecarga laboral importante porque no han podido renunciar a la responsabilidad de las tareas del hogar.

El proceso de salud-enfermedad se manifiesta de forma diferente entre hombres y mujeres porque está influenciado por factores diferentes para cada uno. Las desigualdades de género en salud pueden ser de tipo biológica, muy relacionada con la anatomía y fisiología que caracteriza a cada sexo. Estas son difícilmente evitables. Otra forma de desigualdades de género en salud son definidas como sociales o iniquidades de género que pueden ser evitadas o eliminadas mediante dos formas fundamentales, la igualdad de derechos que garantiza que las leyes favorezcan de la misma manera a hombres y mujeres, y propiciando la posibilidad de que cada ser humano tenga oportunidades para resolver sus necesidades y alcanzar sus propósitos y que cuenten con las posibilidades de acceso y recursos en materia de salud.¹

Este es un punto de vista importante cuando se trabaja con los determinantes de la salud. Las condiciones de vida varían entre un grupo social y otro, de este modo cambia el acceso a agua limpia y potable, las condiciones sanitarias, los alimentos sanos, la buena nutrición, la vivienda adecuada, las condiciones de trabajo, el medio ambiente sano, el acceso a la educación, los recursos y la información sobre salud y la salud sexual y reproductiva, entre otros. Hombres y mujeres tienen diferentes oportunidades y derechos para acceder a los recursos relacionados con la salud para su propio beneficio y para participar en el mejoramiento de la salud de la colectividad. Esto tiene una consecuencia en las implicaciones diferenciadas en el proceso salud-enfermedad de cada sexo.

La OPS ha planteado que la igualdad de género en la salud significa que hombres y mujeres se encuentren en equivalencia de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial de estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados.

Cuba ha sido, en los últimos 50 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.^{1,8} La condición patriarcal de esta sociedad se demuestra en su organización sexista. Aunque las mujeres han asumido funciones 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 papel "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.

No obstante, se ha puesto de manifiesto que las desigualdades de género de Cuba son muy inferiores a las de otros países subdesarrollados de la región. En esas investigaciones se han explorado diferencias entre mujeres y hombres en aspectos de la macroesfera social como la esperanza de vida al nacer, la alfabetización en adultos, la matrícula a nivel medio y superior, el producto interno bruto, los salarios, la población económicamente activa, el acceso a los bienes básicos de educación, empleo y poder y la decisión y participación en políticas, entre otras.^{2,9-12}

Las iniquidades 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.¹³ Esto explica el hecho de que a pesar de que en Cuba existe 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 iniquidades.

Se han realizado investigaciones con enfoque de género que han situado a Cuba en posición ventajosa en relación con 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 desempeñan una labor común, entre otros.

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. De acuerdo a información de la Oficina Nacional de Estadística, el 63 % del total de los graduados universitarios son mujeres. Se encuentran trabajando como profesionales y técnicos el 65,6 % de las mujeres graduadas en el curso 2007-2008.¹⁴

En otras esferas de actuación, la presencia femenina se mantiene en niveles más bajos. Las mujeres representan el 38,3 % de los dirigentes del país en todos los niveles, el porcentaje de diputadas a la XI legislatura de la Asamblea Nacional del Poder Popular fue de 43,3 %. El 40,6 % de delegados a las asambleas provinciales del Poder Popular fueron mujeres y en el caso de las Asambleas Municipales la presencia femenina disminuyó al 27,3 %. 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 funciones 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 que tienen que ver con las limitaciones en cuanto a la promoción a cargos de dirección, a lo que se suma los sentimientos de culpa que generan las actividades que ocupan parte del tiempo disponible para la atención a la familia.^{15,16}

Las iniquidades de género en Cuba se manifiestan sobre todo en la vida cotidiana.^{8,17,18} Todo ello motivó la necesidad de explorar dentro del país para identificar los aspectos de la vida que producen desigualdades de género. Se trató de profundizar en las relaciones de género dentro de las diferentes etapas del ciclo vital con la finalidad de establecer los perfiles de género de cada una. La demarcación de dichas etapas se estableció a partir de los procesos sociales que las caracterizan y que influyen en el establecimiento de las relaciones de género y su implicación en la salud.^{17,19}

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 la mayor cantidad de alimentos y los de mejor calidad sean suministrados preferentemente a los varones, lo que conlleva a que la desnutrición en el sexo femenino sea un fenómeno común. Por otro lado, los adolescentes tienen más riesgo a sufrir lesiones por la práctica de juegos y deportes rudos y son más propensos a enfermar o morir por causas violentas y el consumo de drogas y alcohol.²⁰

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 que 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.^{17,18}

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

Por todo lo anterior, el objetivo de este trabajo es identificar los aspectos de la vida que con más fuerza marcan diferencias entre mujeres y hombres en las etapas del ciclo vital.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal donde se utilizaron métodos de investigación cualitativa y cuantitativa cuya triangulación permitió la comprensión de los resultados obtenidos.

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.

La investigación contó de dos pasos. En el primer paso se identificó para cada etapa del ciclo vital un perfil amplio de diferencias de género compuesto por todos aspectos de la vida que producen dichas diferencias. El segundo paso consistió en la determinación de un perfil estrecho o específico de diferencias de género integrado por los aspectos de la vida que determinan con más fuerza las brechas entre mujeres y hombres.

Primer paso. Identificación del perfil amplio de aspectos de la vida que producen diferencias de género

El conocimiento de las relaciones de género en los adolescentes es complejo y poco investigado. 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 Cuba?
2. En el primer momento de la discusión, el moderador escribió en carteles las ideas emitidas por los participantes que fueron ampliamente debatidas.
3. Después que no quedó ninguna idea nueva por expresarse, se agruparon las que fueron referidas de forma diferente, pero, que significaban lo mismo, se seleccionó una, dentro de las ideas repetidas. De esta forma se obtuvo 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 para otorgar un orden de prioridad en los aspectos mencionados, de acuerdo a la frecuencia de su repetición.

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.^{21,22}

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 Cuba, en esta etapa del ciclo vital? Se especificó la etapa que se estaba estudiando.

El desarrollo de los grupos nominales se organizó por etapas:

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 carteles. 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 la idea 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.

Segundo paso. Determinación del perfil específico de aspectos de la vida que producen diferencias de género

Los aspectos de la vida que integraron este perfil son los que con más fuerza marcan las diferencias entre mujeres y hombres. Para su identificación, se diseñaron tres modelos de entrevistas para cada una de las etapas del ciclo vital (20 a 49 años, 50 a 64 años y 65 años y más), donde se exploraron los aspectos de la vida encontrados en el primer paso. Las entrevistas fueron validadas mediante la consulta a expertos y aplicadas a tres muestras seleccionadas aleatoriamente con igual representación de mujeres y hombres en tres consultorios con condiciones de vida bien diferenciada: 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.⁸ Esta decisión se fundamentó por la premisa teórica de que las relaciones de género se relacionan estrechamente con las condiciones de vida.

El instrumento se evaluó cuantitativamente mediante la asignación de puntos a cada ítem. Esto permitió que se utilizara como procedimiento estadístico el análisis discriminante, técnica cuantitativa útil para identificar las variables que discriminan significativamente para cada sexo. El análisis discriminante 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 resultados encontrados se sometieron a análisis, lo que permitió establecer las categorías definitivas de los perfiles estrechos de cada etapa del ciclo vital. Siempre que se pudo, se agruparon variables que respondían a un criterio.

Aspectos éticos

Se garantizaron los aspectos éticos más relevantes en una investigación de este tipo. Se respetó la voluntariedad de participación de los sujetos involucrados en el estudio. 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.

RESULTADOS

Grupo de edad de 14 a 19 años. Adolescencia media y tardía

Las categorías identificadas en los grupos de discusión realizados con los jóvenes permitieron establecer el Perfil amplio de diferencias atribuibles al género en este grupo de edad conformado por los siguientes aspectos de la vida:

1. Criterio acerca de quien debe hacer las tareas del hogar, incluye cuidado de niños y enfermos.
2. Realización de las tareas del hogar.
3. Consumo de café.
4. Consumo de cigarro.
5. Consumo de alcohol.
6. Presencia de enfermedades.
7. Tratamiento médico.
8. Percepción de síntomas.
9. Aplicación al estudio.
10. Resultados académicos.
11. Tiempo dedicado al estudio.
12. Práctica de deportes. Frecuencia.
13. Realización de ejercicios físicos. Frecuencia.
14. Sexualidad. Tenencia de pareja. Historia de relaciones sexuales.
15. Uso y conocimiento de métodos anticonceptivos.
16. Responsabilidad del uso de métodos anticonceptivos.
17. Facilidades para salir.
18. Forma de expresarse, lenguaje.
19. Cuidado personal. Forma de arreglarse.
20. Aspiraciones futuras.
21. Búsqueda de consejo o ayuda.
22. Cualidades personales.
23. Cuidado del porte y aspecto personal.
24. Capacidad para pensar las cosas.

25. Expresiones artísticas.

26. Infidelidad.

27. Tipo de trabajo.

Los aspectos de la vida que resultaron significativos en el análisis discriminante se reanalizaron para definir nuevas categorías que permitieron definir el perfil específico de diferencias de género conformado por:

1. Responsabilidad de la realización de las tareas del hogar: limpiar, lavar, cocinar, búsqueda de alimentos, mantenimiento del hogar.

2. Problemas de salud: padecimiento de enfermedad, tratamiento médico, percepción de síntomas.

3. Sexualidad. Salud sexual y reproductiva: conocimiento de utilidad del condón, decisión de uso de anticonceptivos, responsabilidad del uso de anticonceptivos. Historia de relaciones sexuales.

4. Hábitos tóxicos. Consumo de cigarro y alcohol.

5. Creencias sobre responsabilidad de realización de tareas del hogar.

6. Práctica de deportes.

7. Ejercicios físicos.

8. Resultados académicos.

9. Tiempo para el estudio.

20 a 49 años. Etapa reproductiva

Los grupos nominales permitieron la definición del perfil amplio de la etapa reproductiva de la vida, así como su priorización de acuerdo a como se expresa a continuación:

1. Realización de las tareas del hogar, del cuidado de la familia y de la educación de los hijos.

2. Padecimiento de enfermedades.

3. Solicitud de atención médica por especialidad.

4. Consumo de fármacos, analgésicos y automedicación.

5. Distribución en áreas laborales específicas, promoción laboral y horas extras.

6. Interferencia del trabajo por la familia.

7. Expresión, valoración y permiso para el ejercicio de la sexualidad.

8. Diferencia en la utilización del tiempo libre y sobrecarga.

9. Acceso, capacidad y desenvolvimiento en cargos de dirección.
10. Posibilidad de tomar decisiones de forma individual y colectiva en el hogar y el trabajo.
11. Planificación del dinero del hogar.
12. Descanso en días laborables y no laborables.
13. Posibilidad de expresar sentimientos.
14. Aspiraciones personales.
15. Estereotipos que marcan diferencias entre el hombre y la mujer.
16. Aspiraciones, proyectos de vida, obtención de grados científicos.
17. Movimiento en los espacios y establecimiento de límites.
18. Autovaloración.
19. Clases sociales.
20. Tipo de estudios realizados.
21. Legislación de la diferencia.
22. Edad.

El reanálisis de los aspectos que resultaron significativos en el análisis discriminante permitieron establecer el siguiente perfil específico:

1. Responsabilidad con la realización de las tareas del hogar.
2. Problemas de salud. Padecimiento de enfermedades, solicitud de atención médica, automedicación.
3. Hábitos tóxicos. Consumo de alcohol y café.
4. Descanso en días laborables.
5. Trabajo remunerado. Distribución en áreas laborales específicas, promoción laboral, horas extras e interferencia del trabajo por la familia.

50 a 64 años. Edad adulta mediana

Los aspectos de la vida referidos y priorizados por los expertos produjeron el siguiente Perfil amplio de la etapa adulta mediana:

1. Solicitud de atención médica especializada.
2. Visitas al médico de la familia.

3. Tratamiento médico.
4. Automedicación.
5. Funciones que asumen después de la jubilación.
6. Edad de los hijos.
7. Distribución de las tareas del hogar.
8. Toma de decisión en el hogar y el trabajo.
9. Percepción de los cambios biológicos.
10. Profesión.
11. Proyecto de vida.
12. Consumo de fármacos y automedicación.
13. Posición económica. Ganancia de salario.
14. Aporte económico al hogar.
15. Percepción de problemas de salud. Síntomas y enfermedades.
16. Hábitos tóxicos y conducta de riesgo. Consumo de alcohol, café y tabaco.
17. Ocupación actual.
18. Autoestima y autoimagen.
19. Presencia de enfermedad crónicas no transmisibles.
20. Diferencias en la utilización del tiempo libre. Actividades realizadas y tiempo dedicado.
21. Ejercicio de la sexualidad.
22. Estado civil.
23. Pareja estable. Prácticas sexuales.
24. Cuidado de los nietos.
25. Realización profesional.
26. Personas a su cuidado. Convivencia.
27. Escolaridad.
28. Prioridad en la alimentación.

29. Ejercicio de cargo de dirección en el mundo público.
30. Posibilidad de expresar sentimientos de ira, culpa, miedo.
31. Distribución del tiempo.
32. Violencia ejercida y percibida.
33. Prácticas de ejercicios físicos.
34. Legislación existente.
35. Participación comunitaria.
36. Fin de la vida reproductiva.
37. Temor a la discapacidad

El perfil específico se conformó por los siguientes aspectos de la vida:

1. Tareas del hogar. Limpiar, lavar cocinar, búsqueda de alimentos, mantenimiento del hogar.
2. Problemas de salud. Asistencia al médico, presencia de enfermedades, percepción de síntomas o molestias, automedicación.
3. Sexualidad. Salud sexual y reproductiva: estado civil, pareja estable, mantenimiento de prácticas sexuales.
4. Hábitos tóxicos. Consumo de alcohol, consumo de café, frecuencia de ingestión de alcohol, consumo de cigarro.
5. Trabajo remunerado. Profesión que realiza y ocupación actual. Salario. Aporte de dinero al hogar. Realización profesional. Cargos de dirección.
6. Participación en actividades comunitarias.
7. Autovaloración y autoestima.
8. Toma de decisiones.

65 años y más. Edad adulta avanzada

El Perfil amplio referido y priorizado por los expertos está compuesto por los siguientes aspectos de la vida:

1. Distribución de las tareas del hogar.
 2. Cuidado de nietos.
 3. Presencia de enfermedades crónicas.
 4. Influencia de enfermedades crónicas.
-

5. Solicitud de atención médica.
 6. Automedicación.
 7. Percepción de enfermedad.
 8. Depresión.
 9. Hábitos tóxicos y conductas de riesgo.
 10. Presencia de pareja.
 11. Estado civil.
 12. Pérdida de pareja.
 13. Ejercicio de la sexualidad.
 14. Ocupación actual.
 15. Sentimientos de soledad.
 16. Actitud ante la jubilación.
 17. Situación laboral después de la jubilación.
 18. Percepción de muerte.
 19. Limitaciones físicas y motoras.
 20. Validez y discapacidad.
 21. Toma de decisiones en el hogar.
 22. Maltrato.
 23. Estatus del anciano. Aporte económico al hogar.
 24. Aumento de sentimientos de dependencia.
 25. Autoestima y autoimagen. Satisfacción con la vida.
 26. Número de personas del núcleo. Convivencia.
 27. Distribución del tiempo.
 28. Nivel educacional.
 29. Proyecto de vida.
 30. Participación comunitaria.
 31. Actividades realizadas en el descanso y la recreación.
-

32. Expresión de sentimientos. Posibilidad y tipo.

33. Realización de ejercicios físicos.

34. Legislación.

El reanálisis efectuado con los aspectos de la vida que resultaron significativos en el análisis discriminante produjo el siguiente perfil específico para la etapa adulta avanzada:

1. Tareas del hogar: tiempo dedicado a las tareas del hogar.

2. Problemas de salud: hipertensión, enfermedad de los nervios, automedicación, sentimientos de soledad, depresión, llanto, no hablar.

3. Hábitos tóxicos: fumar y consumo de alcohol.

4. Actitud ante la jubilación.

5. Maltrato: gritos o golpes, desatención, indiferencia, irritación.

6. Estado civil.

7. Atención a los nietos.

Desde la adolescencia media, a los 14 años hasta el final de la vida, se repiten algunos aspectos de la vida que aportan diferencias de género tales como la realización de las tareas del hogar, los problemas de salud, los hábitos tóxicos y la salud sexual y reproductiva. No obstante, en cada etapa se reflejan sus propias características.

DISCUSIÓN

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. Las actividades propias del quehacer doméstico se ejecutaron generalmente por mujeres, sin embargo, la compra de alimentos se realizaba 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 encontraron a cargo, principalmente de los hombres por estar relacionado con actividades socialmente concebidas para esta sexo, como la carpintería y la electricidad, entre otras.^{13,23-25}

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 el asunto de la realización de las tareas domésticas; las muchachas opinaron que a ambos sexos, mientras que los muchachos opinaron que eran ellas las responsables. Lo anterior 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 papel 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.^{3,11,26,27}

Los problemas de salud se manifestaron de forma diferente entre mujeres y hombres a lo largo del periodo estudiado. 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 y la automedicación, esta última sobre todo a partir de los 20 años.²⁸⁻³⁴

La literatura plantea que las desigualdades de género están relacionadas con las funciones que el estereotipo masculino y femenino aprueban 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.²⁶

La depresión fue mencionada, en la etapa de 65 años y más, como un aspecto productor de diferencias de género. 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 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.^{10,29}

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.³

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. 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.³⁵

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. 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.^{4,26,36,37} 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 menor.

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 otros familiares.³⁵

Los hábitos tóxicos son factores predisponentes que conducen a procesos mórbidos diferenciados en mujeres y hombres y resultaron ser aspectos de la vida que produjeron diferencias de género en casi todo el periodo de la vida estudiado. Algunos autores concuerdan en 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.³⁸

El hábito de fumar no fue diferente entre mujeres y hombres en las edades entre 20 y 49 años, lo cual no constituye un resultado positivo. Este aspecto 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.^{17,18}

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 implica tal práctica.

Los aspectos de la vida relacionados con el papel productivo se expresaron como moduladores de las diferencias de género a partir de los 20 años. En el periodo entre los 20 a 49 años los expertos opinaron que la 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. En la edad adulta mediana, las personas transitan por una redefinición del proyecto de vida, por ser el momento en que se produce la jubilación.

Las expectativas ante la jubilación fueron diferentes entre los sexos en la edad adulta avanzada; se opinó que las mujeres desean el retiro laboral más tempranamente que los hombres, lo que tiene relación con la multiplicidad de funciones que desempeñan durante la vida laboral activa, como se ha encontrado en otros estudios.¹ 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 apropiadas 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. 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.

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 oportunidades para el descanso y la recuperación.^{18,29}

En cuanto a las actividades comunitarias, se encontraron diferencias de género; 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, y argumentan para ello 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.

Las funciones en la comunidad pueden reflejarse en Cuba a través de la incorporación de las féminas a organizaciones de masa o políticas y en la participación de sus actividades porque están encaminadas a solucionar las necesidades y requerimientos de la sociedad. Otro espacio de participación comunitaria son las actividades religiosas o fraternas. En el país, tanto hombres como mujeres, realizan una actividad social y política organizada, sistemática y masiva. La mujer cubana participa activamente en la vida sociopolítica del país desde 1959, lo que le ha permitido alcanzar niveles de igualdad en muchas esferas de la vida respecto al hombre; situación diferente a lo que se presenta en los demás países de la región.^{2,14}

La planificación del dinero dedicado a solucionar las necesidades del hogar fue mencionada como diferenciadora entre mujeres y varones en la etapa del ciclo vital de 20 a 49 años. Esta tarea es asumida generalmente por las mujeres, 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 Cuba, sometido a una crisis económica que tiene clara trascendencia en la economía privada.³⁹ 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.

El tiempo dedicado al descanso se encontró como productor de diferencias de género en la etapa entre 20 y 64 años. 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.⁴⁰ (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 [sitio en Internet]. [citado noviembre de 2001]. Disponible en: http://www.nodo50.org/mujeresred/salud-diferencias_de_sexo.html).

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 el maltrato 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 es planteada de forma distinta por los sexos y puede ser la consecuencia de los sufrimientos que padecen los ancianos.

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.^{41,42}

Es conveniente destacar algunos aspectos de la vida que resultaron diferenciadores de género en algunas etapas específicas del ciclo vital. En las edades entre 14 y 19 años se enfatizó con fuerza en 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 papel dentro de la sociedad. Esto explica lo referido por los adolescentes quienes dijeron que practicaban deportes como el *football* y la pelota. Se ha 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.⁴³ 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 aspectos que aportan diferencias entre muchachas y muchachos. Diferentes autores opinan que esto pudiera estar relacionado con el proceso de maduración tanto física como psicológica, que de forma general, ocurre primero en las muchachas.

Otros aspectos de la vida que se manifestaron 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.

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 funciones. 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.

Se puede concluir que 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; las funciones reproductivas, productivas y comunitarias; hasta los de las esferas de la subjetividad y de la macroeconomía del género. Los aspectos de la vida que conforman los perfiles estrechos de cada etapa del ciclo vital son los que con más fuerza propician el establecimiento de las relaciones de género en cada una. Pueden estar presentes desde la adolescencia media hasta el final de la vida o ser propios de un periodo específico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Salud Pública. 2007;33(2).
2. Género, salud y desarrollo. Indicadores básicos. Washington, D.C.: OPS;2007.
3. 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, D.C.: OPS;2002.
4. Presno Labrador MC, Castañeda Abascal IE. Enfoque de género en salud. Algunas consideraciones [CD-ROM]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública;2003.
5. Robles SC. Desarrollos metodológicos en el Análisis de la Situación de Salud según condiciones de Vida. Washington, D.C.: OPS;1996.
6. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. Cuerpo: diferencia sexual y género. México, D.F.: Editora Tauros;2002.
7. La construcción social del género y su relación con la salud. Introducción, el proceso de construcción de la realidad, el sistema sexo-género, dimensiones y perspectiva del género, género y trabajo, género y ciencia, violencia de género, conclusiones [sitio en Internet]. [citado 2008]. Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_sociolog_salud_5.htm
8. Castañeda Abascal IE. Construcción de indicadores sintéticos para medir diferencias de género en el contexto social cubano [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública;2005.
9. Breilh J. Género, poder y salud. Aportes críticos a la construcción intergeneracional de una sociedad sin subordinación. Quito: CEAS;1993.
10. Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba, 1999. La Habana: Editorial Caguayo S.A;2000.
11. Castañeda Abascal IE. Indicador sintético para medir diferencias de género. Rev Cubana Salud Pública. 1999;25(1):54-63.
12. Investigación sobre desarrollo humano en Cuba, 1996. La Habana: Editorial Caguayo S.A;1997.
13. Alfonso A. Salud mental de las mujeres y vida cotidiana. Género: salud y cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.
14. Oficina Nacional de Estadísticas. Panorama económico social. Cuba 2007, 2008. La Habana: ONE;2008.
15. Álvarez M. Mujer y Poder en Cuba. Género Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico Técnica;2000.
16. Ares Muzio P. Ser mujer en Cuba. Riesgos y conquistas. Género: Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico Técnica;2000.

17. Castañeda Abascal IE, Solís Solís S. Desigualdades atribuibles al género en cirujanos(as) de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Salud Pública. 2002;2(28):112-48.

18. Castañeda Abascal IE, Solares Carreño JM, Valdés Pérez EM. Diferencias de género en las áreas de salud Reina y Boyeros [CD-ROM]. La Habana: Editora Homago Experimental;2000.[Relatoría del VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y el XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud].

19. The Gender and Health Group. Gender and Analysis Framework. Liverpool: School of Tropical Medicine;2000.

20. Gran Álvarez M. Interrupción voluntaria del embarazo y la anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública;2004.

21. Berg BL. Qualitative Research Methods for the Social Science. U. S.: Allyn and Bacon;2001.

22. Metodología de la Investigación [CD-ROM]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana;2004.

23. Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing. La Habana: MINSAP;2002.

24. Torres González M. Familia, unidad y diversidad. ¿Por qué y para que la familia? La Habana: Editorial Pueblo y Educación;2003.

25. Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género. La violencia sobre la mujer. Informe de Cuba. Washington, D.C.: Naciones Unidas[sitio en Internet]. 2002 [citado marzo de 2005]. Disponible en: http://www.lyd.com/lyd/controls/neochannels/neo_ch4301/deploy/mujeres%20en%20cuba%20cepal%20.pdf

26. Helman CG. Culture, Health and Illness. Gender and reproduction. Oxford: Planta Tree;2000.

27. García Quiñones R, Alfonso León AC. Disimilitudes en las actitudes y conductas de las cubanas frente a los factores de riesgo para la salud. [CD-ROM]. La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana;2004.

28. Artilles Visbal L. Políticas de salud con perspectiva de género a las puertas del milenio. Género: Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica;2000.

29. Gender Mainstreaming in E.U. Public Health. Relatoría del "[sitio en Internet]. Sept 2000 [citado noviembre de 2001]. Disponible en: <http://www.eurohealth.ie/gender>

30. Burken Draucken C. Learning the harsh realities of life: sexual violence, disillusionment and meaning. Health care for women international. J Internat Council Women's Health Issue. 2001;22(12):67-84.

31. Presno Labrador MC, Castañeda Abascal IE. Consideraciones organizativas y funcionales del sistema municipal de salud de Ciudad de La Habana desde la óptica de directores de diferentes sexos. Med Gen Integr [serie en Internet]. Jun 2004 [citado marzo de 2005];20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Las barreras médicas suelen ser necesarias. Netwok en Español. 2002;21(3):4-6.
33. Whittaker A. Isaan Women. Ethnicity, Gender and Health in Northeast Thailand [dissertation]. Thailand: University of Queensland;1994.
34. 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.
35. 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.
36. Sarduy Sánchez C. Descorriendo velos: hacia una nueva cultura reproductiva. Rev Cubana Sexología y Sociedad. 2004;10(26):30-7.
37. Colectivo de autores. Percepción y comportamiento de la sexualidad y la reproducción según los hombres. La Habana: Publicaciones Azucareras;2004.
38. 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.
39. 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.
40. Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género. La violencia sobre la mujer. Informe de Cuba. Washington, D.C.: Naciones Unidas [sitio en Internet]. 2002 [citado marzo de 2005]. Disponible en: http://webgestiones.com/generoyequidad/documentos/biblioteca/derechos_humanos_mujeres/10.pdf
41. Hassoouneh-Phillips D. American Muslim women's experience and leaving abusive relationship. Health care for women international. J Internat Council Women's Health Issue. 2001;22(4):415-32.
42. Artilles JI. Salud y violencia de género. Género Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico Técnica;2000.
43. Gender-Based Violence: A public health and human rights problem. Violence against women. The health sector responds. Washington, D.C.: OPS;2003.

Recibido: 2 de septiembre de 2008.
Aprobado: 6 de octubre de 2008.

Ileana Elena Castañeda Abascal. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle I No.202
e/ 11 y Línea. El Vedado 10400. La Habana, Cuba.
Teléf.: 830 8469.
E-mail: ileca@infomed.sld.cu