

INDICADORES BÁSICOS PARA EL ANÁLISIS DE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD

UNIDAD DE GÉNERO, ETNIA Y SALUD

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud. Unidad Género, Etnia y Salud.
Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud.
Washington, D.C.: OPS/PALTEX, © 2004.
230 p.

ISBN 92 75 32546 4

I. Título

1. EQUIDAD EN EL ESTADO DE SALUD
2. GENERO
3. SALUD DE LAS MUJERES
4. INDICADORES DE SALUD
5. INDICADORES SOCIALES
6. SALUD DE LOS HOMBRES

NLM WA309

Copyright© Organización Panamericana de la Salud 2004
ISBN 92 75 32546 4

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Este libro está especialmente destinado a los trabajadores y profesionales de la salud de los organismos gubernamentales y de la sociedad civil de América Latina y el Caribe y se publica dentro del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes.

Publicación de la
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

INDICADORES BÁSICOS PARA EL ANÁLISIS DE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD

ÍNDICE

RECONOCIMIENTO

INTRODUCCIÓN

MARCO CONCEPTUAL

1. Ejes conceptuales
2. Significado y dimensiones de la equidad de género en salud
 - 2.1 Equidad de género y determinantes de la salud
 - 2.2 Equidad de género en la situación de salud
 - 2.3 Equidad de género en el acceso a atención de la salud
 - 2.4 Equidad de género en el financiamiento de la atención
 - 2.5 Equidad de género en la gestión de la salud

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Criterios de selección de los indicadores
Diferenciales por sexo
Medición de las brechas
Análisis basado en género

PROPUESTA DE INDICADORES

I. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

1. Dimensión demográfica:

1.1 Población

- Distribución de la población por sexo y edad

1.2 Hogares

- Porcentaje de hogares con jefatura femenina
- Porcentaje de hogares con presencia de menores de 5 años
- Porcentaje de hogares con presencia de mayores de 64 años o mayores de 79 años

2. Dimensión socioeconómica:

2.1 Ingresos

- Porcentaje de hogares con jefatura femenina en cada estrato de pobreza
- Magnitud de la pobreza con y sin el aporte de ingresos de las cónyuges
- Razón del ingreso medio laboral de las mujeres con respecto al de los hombres

2.2 Educación

- Tasa de analfabetismo, por sexo
- Distribución porcentual de mujeres y de hombres según el número de años de instrucción
- Tasa de deserción escolar de mujeres adolescentes por razones de embarazo

2.3 Trabajo

- Tasa refinada de participación de mujeres y de hombres en la actividad económica
- Tasa de participación de mujeres y de hombres de 15 a 59 años de edad en la actividad económica, por condición de pobreza, según la presencia de menores de 15 años en el hogar
- Tasa de desempleo abierto, por sexo
- Distribución porcentual de la población económicamente activa (PEA) ocupada según categorías de ocupación, por sexo
- Distribución porcentual de la población económicamente activa (PEA) ocupada en sectores de baja productividad del mercado de trabajo, por sexo
- Horas semanales trabajadas por las mujeres y los hombres ocupados, según categoría de ocupación
- Porcentaje de mujeres en puestos de decisión dentro de los Poderes del Estado
- Distribución del tiempo diario (en minutos) de trabajo total (mercantil y doméstico no remunerado) entre mujeres y hombres
- Porcentaje de mujeres y de hombres con acceso a planes de jubilación

3. Condiciones ambientales

- Porcentaje de hogares con acceso a agua potable dentro de la vivienda

4. Dimensión política y legal:

4.1 Igualdad de género

- Existencia de políticas nacionales que apoyan la igualdad de oportunidades y/o la equidad de género
- Existencia de organismos oficiales encargados de las políticas nacionales de equidad de género
- Existencia de leyes de cuotas para promover la participación política de las mujeres
- Existencia de leyes respecto al derecho a licencias maternas
- Existencia de leyes laborales que incluyen el cuidado de niños y niñas
- Existencia de normativa respecto a licencias para el padre por el cuidado de los hijos en el primer año de vida
- Existencia de normativa que garantice la jubilación y pensión para mujeres adultas mayores que no participaron en el mercado laboral
- Existencia de legislación que promueve la igualdad de género en los adolescentes
- Existencia de normativa para los medios de comunicación orientada a evitar la discriminación por sexo y promover la igualdad de género
- Existencia de legislación que prohíbe los estereotipos de género en los textos escolares
- Existencia de leyes para la atención, prevención y erradicación de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual contra las mujeres, con asignación de recursos en el presupuesto público

- Existencia de iniciativas para facilitar la producción no remunerada de servicios de cuidado de salud en los hogares

4.2 Salud sexual y reproductiva

- Existencia de leyes sobre derechos sexuales y reproductivos
- Existencia de normativa que permite la esterilización voluntaria
- Existencia de normativa que permite la planificación familiar a solicitud de las mujeres
- Existencia de normativas para la interrupción voluntaria del embarazo por causas terapéuticas, violación, o incesto
- Existencia de anticonceptivos de emergencia a disposición del público
- Existencia legislación sobre paternidad responsable
- Existencia de políticas de incorporación de la educación sexual en la enseñanza media
- Existencia de políticas de población que consideran la planificación familiar como un derecho

5. Dimensión del financiamiento de la atención

- Gasto público en programas específicos de salud
- Gasto en atención primaria

II. SITUACIÓN DE LA SALUD

1. Esperanza de vida

- Esperanza de vida al nacer, por sexo

2. Mortalidad evitable

2.1 Mortalidad evitable por inmunización

- Mortalidad en menores de 1 a 4 años de edad por causas de mortalidad evitables por inmunización, por sexo

2.2 Mortalidad evitable por detección y tratamiento oportunos

- Razón de mortalidad materna
- Mortalidad por neoplasias malignas del útero
- Número de defunciones registradas de niñas y niños de 1 a 4 años de edad por EDA
- Número de defunciones registradas de niñas y niños de 1 a 4 años de edad por IRA

2.3 Mortalidad evitable por la aplicación de un complejo de medidas

- Número de defunciones por SIDA, por sexo
- Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias, por sexo
- Mortalidad por lesiones e intoxicaciones de origen no intencional, por sexo
- Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, por sexo
- Mortalidad por homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, por sexo

2.4 Otras causas de mortalidad evitable (en menor grado que las anteriores)

- Mortalidad por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios, por sexo
- Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, por sexo
- Mortalidad por cáncer de mama de la mujer
- Mortalidad por cáncer de próstata
- Mortalidad por enfermedades hipertensivas, por sexo
- Mortalidad por diabetes mellitus, por sexo
- Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, por sexo
- Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, por sexo

3. Morbilidad y lesiones evitables

3.1 Nutrición

- Prevalencia de anemia en las mujeres en edad reproductiva
- Prevalencia de malnutrición (medida por el índice de masa corporal) en las mujeres que han tenido uno o más hijos en el período comprendido entre los últimos 2 meses y los últimos 5 años
- Prevalencia de obesidad, por sexo

3.2 Violencia intrafamiliar y abuso sexual

- Prevalencia de violencia intrafamiliar, por sexo
- Tasa de demanda de atención por violencia intrafamiliar, por sexo
- Incidencia de abuso sexual, por sexo

3.3 Salud mental

- Prevalencia de depresión, por sexo
- Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, por sexo

4. Comportamientos de riesgo

- Prevalencia de tabaquismo, por sexo
- Prevalencia del consumo de alcohol, por sexo
- Prevalencia del consumo de drogas ilícitas, por sexo

5. Salud sexual y reproductiva

- Porcentaje de mujeres en unión que usan anticonceptivos modernos
- Tasa global de fecundidad

- Tasa de fecundidad adolescente
- Edad mediana de las madres al nacer el primer hijo
- Porcentaje de nacimientos con alto riesgo reproductivo
- Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad, que están embarazadas o han tenido por lo menos un hijo
- Porcentaje de mujeres de 35 a 49 años de edad, que están embarazadas o han tenido por lo menos un hijo
- Porcentaje de mujeres en unión que utilizan anticonceptivos por motivos de espaciamiento intergenésico
- Porcentaje de mujeres que han tenido 4 o más partos
- Incidencia registrada de VIH-SIDA, por sexo
- Incidencia notificada de enfermedades de transmisión sexual, por sexo
- Incidencia de neoplasias malignas de mama
- Incidencia de neoplasias malignas del cuello del útero

III.- ATENCIÓN DE LA SALUD

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. Cobertura

1.1 Cobertura de planes de aseguramiento

- Porcentaje de población adulta afiliada a planes de aseguramiento de salud, por sexo
- Cobertura de planificación familiar en los planes de aseguramiento

2. Utilización de los servicios

2.1 Promoción y Prevención

- Porcentaje de mujeres que recibieron al menos 4 controles durante el último embarazo
- Porcentaje de mujeres atendidas en el parto por personal de salud capacitado
- Porcentaje de mujeres embarazadas que han recibido la vacuna contra el tétanos
- Porcentaje de mujeres de 30 años y más que se han sometido a una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años
- Necesidad insatisfecha de planificación familiar

2.2 Terapéutico

- Porcentajes de mujeres y de hombres con problemas de enfermedad o lesión que utilizaron los servicios de salud

3. Calidad

- Tiempo de espera para recibir atención de salud, por sexo
- Porcentaje de nacimientos por cesárea
- Disponibilidad de servicios de emergencia obstétrica por cada 100.000 mujeres

4. Gasto por servicios

- Gasto de bolsillo en salud, por sexo

IV. GESTIÓN DE LA SALUD

1. Participación en el trabajo

1.1 Formal

- Participación femenina en la fuerza laboral del sector salud
- Porcentaje de mujeres matriculadas en las diferentes ramas de las ciencias médicas
- Porcentaje de mujeres graduadas en las diferentes ramas de las ciencias médicas
- Participación laboral no remunerada de las mujeres en el sector formal de la salud

1.2 Informal

- Tiempo diario (en minutos) que mujeres y hombres dedican a la producción de servicios de salud en los hogares, sin remuneración
- Tiempo diario (en minutos) que mujeres y hombres dedican a la producción de servicios de salud en la comunidad, sin remuneración

2. Participación en la remuneración

- Diferencias salariales entre mujeres y hombres en el sector salud

3. Participación en el poder

- Participación de las mujeres en esferas de decisiones políticas y económicas

V. INDICADORES SELECCIONADOS

1. Indicadores seleccionados para el análisis de la equidad de género en salud
2. Indicadores seleccionados para el monitoreo de las desigualdades de género en salud

REFERENCIAS

Reconocimientos

La elaboración de esta propuesta de indicadores básicos para el análisis de género en salud atravesó una serie de etapas, a través de las cuales creció, en ocasiones se redujo, y en todo caso, se enriqueció y afinó.

La propuesta original fue comisionada a Ann K. Blanc en 2002, por el Programa Mujer, Salud y Desarrollo--actualmente Unidad de Género, Grupo Étnico y Salud--de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Esta versión inicial constituye el núcleo central de la presente propuesta, núcleo que fue expandido posteriormente por el equipo de Género y Salud de la OPS, con el fin de acercarlo a las nuevas demandas de cooperación técnica que encaraba la Unidad. La primera versión expandida fue revisada por un grupo de profesionales, de dentro y fuera de la Región, con reconocida experticia en las áreas de género, salud, y medición. Ellas/os fueron Francisco Cos (México), Thelma Gálvez (Chile), Cristina Grela (Uruguay), María José de Oliveira Araujo (Brasil), Ana Rico (Colombia), y María Teresa Ruiz Cantero (España). Las sugerencias proporcionadas por estas revisiones fueron integradas en una tercera versión, la cual fue sometida a evaluación, en términos de su adecuación a las realidades nacionales de seis países: Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú. Esta evaluación se cumplió a través de talleres multidisciplinarios en los que participaron representantes de gobiernos y sociedad civil—productores y usuarios de información—trabajando en temas relacionados con género, salud y desarrollo.

La versión “validada” con los insumos de país, fue compartida con el Departamento de Género y Salud de la Mujer de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, otras oficinas regionales de OMS, Women’s Health Bureau/Health Canada, la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL, y el Centro Kobe para Desarrollo de la Salud en Japón. Estas instituciones ofrecieron, también, comentarios y sugerencias que contribuyeron a mejorar sensiblemente la propuesta. La quinta --y penúltima--versión de esta guía fue revisada por la epidemióloga Danuta Rajs, integrante del Comité Regional Asesor en Estadísticas de Salud de la OPS, y por la estadística Edna N. Roberts, largo tiempo funcionaria de la OPS en el área de análisis de la salud. Particulares reconocimientos van para el Área Técnica de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria y el Grupo Inter-programático de Consulta sobre Datos Básicos y Análisis de Salud de la OPS, por sus contribuciones en esta etapa.

La presente versión es el resultado, por tanto, de múltiples contribuciones e influencias. Reconocemos nuestra deuda a quienes contribuyeron con sus valiosos insumos al desarrollo de este instrumento y, al mismo tiempo, los/las exculpamos de responsabilidad por el producto final. Esta responsabilidad descansa, de manera central, en la persona de Lilia Jara, quien impulsó, coordinó y convirtió este recorrido en un ejercicio democrático de producción de conocimiento, y en Elsa Gómez Gómez quien elaboró la sección correspondiente al marco conceptual que orientó este proceso. Agradecemos de manera especial a la Fundación Rockefeller y la Fundación Ford, cuyo apoyo financiero hizo posible la realización de este trabajo, en el marco de la iniciativa OPS “Equidad de Género y Reforma del Sector Salud”.

INTRODUCCIÓN

Por su mayor desventaja social, la temática de la equidad de género con un énfasis particular en las mujeres ha ido cobrando cada vez mayor importancia en la agenda política internacional.

Especialmente se presenta de manera explícita la necesidad de lograr una mayor equidad de género a partir de los compromisos adquiridos por los Estados Miembros en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (1979), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995), y la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres (1995).

En el ámbito de la salud, las mencionadas conferencias aluden no solo a la situación en que se halla la salud de las mujeres, sino también al papel protagónico de estas como proveedoras de atención formal dentro del sistema y de cuidado informal de la salud dentro de la familia y la comunidad. Desde el ángulo de la utilización de servicios, se ha prestado especial atención a la consideración integral de las necesidades específicas en las diferentes etapas del ciclo de vida, la calidad del servicio, la provisión efectiva de servicios de salud sexual y reproductiva y nutrición, y la atención de grupos especiales de la población (migrantes, desplazados, refugiados, indígenas).

Se ha urgido a los Estados Miembros a tomar acciones que hagan más equitativa la integración de las mujeres en el sistema de salud mediante las siguientes recomendaciones: involucrarlas en la planificación, la toma de decisiones y el manejo, la implementación y la evaluación de los servicios; eliminar la discriminación salarial por sexo y promoverlas en los diferentes niveles de los servicios de salud, tomando en cuenta el tiempo que ellas dedican a la promoción de la salud y a la atención de la enfermedad de manera remunerada y no remunerada, y promoviendo una mayor participación de los hombres en el cuidado de la salud familiar. Las recomendaciones llaman la atención sobre las necesidades de las jefas de hogar y de aquellas que se han incorporado al mercado laboral. Destacan la importancia de incorporar la perspectiva de equidad de género en la investigación sobre la salud, la formulación de políticas públicas saludables, incluidas las económicas, y los procesos de desarrollo de la salud. Subrayan asimismo, la necesidad de desarrollar procedimientos e indicadores para el análisis de género así como para el monitoreo del progreso hacia el logro de la igualdad en la salud y su gestión.

Con el objeto de facilitar la incorporación de la perspectiva de equidad de género, primero, en el análisis de la situación de la salud, segundo, en la formulación y evaluación de políticas que afectan la salud, y tercero, en el monitoreo de los avances en el ámbito de la salud, la Unidad de Género, Etnia y Salud de la Organización Panamericana de la Salud ha identificado el conjunto de indicadores que se presenta en esta publicación y, a partir de esta propuesta amplia y, ha seleccionado dos subconjuntos de indicadores básicos: uno para el análisis de la situación, y el otro para el monitoreo de las desigualdades de género en salud.

A continuación se presentan de manera sintética los conceptos, las dimensiones analíticas y los principios básicos que enmarcan la propuesta de indicadores de equidad de género en el ámbito de la salud.

MARCO CONCEPTUAL¹

1. Ejes conceptuales

El mandato de integrar la perspectiva de género en la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud se apoya en cuatro pilares conceptuales: *salud, equidad, género y participación ciudadana*

Salud

De acuerdo con la definición adoptada por la OMS/OPS, la salud es “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. Salud es, por tanto, un concepto positivo que enfatiza tanto las capacidades físicas como los recursos personales y sociales y, por ello, no es responsabilidad exclusiva del sector salud ni se limita a los estilos de vida saludables (2). El logro del mayor nivel alcanzable de salud es un *derecho humano* fundamental, consagrado desde 1946 en la constitución de la OMS.

Equidad

Equidad no es lo mismo que igualdad. Paralelamente, no toda desigualdad se considera inequidad. La noción de inequidad adoptada por la OMS/OPS se ha reservado para las desigualdades que son “*innecesarias, evitables e injustas*” (3). Así, mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad constituye un imperativo ético asociado con principios de *justicia social y derechos humanos*.

Género

Género no es sinónimo de sexo. “Sexo” alude a la diferencia biológica entre el hombre y la mujer, mientras que “género” se refiere a la construcción social de lo “masculino” y lo “femenino” y a la forma como se articulan estas dos construcciones en relaciones de poder. Género tampoco equivale a mujer. El concepto de género no se aplica a la mujer —ni tampoco al hombre— *per se*, sino a las *relaciones de desigualdad* entre mujeres y hombres (o entre los ámbitos “masculinos” y “femeninos”) en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder.

Integrar la perspectiva de género en el análisis de la salud implica vincular la división por sexo del trabajo —productivo y reproductivo— y del poder en una población, con los perfiles epidemiológicos y las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud en esa población.

Participación ciudadana

La participación social desempeña un papel crucial en el logro efectivo y sostenible de los objetivos amplios de equidad y, en particular, de la equidad de género. Esta participación se concibe como el ejercicio del derecho ciudadano de mujeres y hombres a incidir sobre los factores y procesos que afectan su salud —tanto la propia como la colectiva—, y no simplemente para desarrollar acciones prescritas por otros, o servir como instrumento para abaratar los costos

¹ Esta sección se basa en el trabajo de Gómez, E. *Equidad, Género y Salud: retos para la acción*. Revista Panamericana de la Salud Pública. Vol II. Nos. 5, 6. 2002. (1, pp. 454-461)

en la provisión de servicios. El énfasis puesto en las mujeres —particularmente en las mujeres pobres— responde a la urgencia de eliminar el enfoque instrumentalista de la participación femenina que ha permeado históricamente el sistema de salud, promoviendo en cambio una distribución más justa de los recursos, las responsabilidades y el poder en la producción de la salud.

2. Significado y dimensiones de la equidad de género en salud

La equidad de género en el ámbito de la salud se traduciría, entonces, en la ausencia de disparidades remediables e injustas entre las mujeres y los hombres, que se asocian con desventajas sistemáticas de uno u otro sexo en el contexto socioeconómico.

La referencia al ámbito de la salud envuelve varias dimensiones: el *estado de salud*, la *atención de la salud* —uno de los múltiples determinantes de la salud—, y los procesos de *gestión de la salud*:

- en el área de los **determinantes socioeconómicos** de la salud, la equidad de género significa igualdad de acceso y control sobre los recursos que hacen posible el ejercicio del derecho a la salud (alimento, vivienda, ambiente sano, educación, información, trabajo, remuneración, tecnologías y servicios, entre otros);
- en materia de **estado de salud**, la *equidad de género* se reflejaría en niveles de salud y bienestar comparables en mujeres y hombres, no solo entre sí, sino en relación con los niveles alcanzables en poblaciones específicas, esto es, los niveles de salud de las mujeres y los hombres de los grupos de mayor privilegio social;
- en la **atención de la salud**, la equidad de género implica que:
 - los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres,
 - los servicios se reciban según las necesidades particulares de cada sexo, independientemente de la capacidad de pago,
 - mujeres y hombres aporten al financiamiento de los servicios de salud según su capacidad económica, y no según los riesgos o necesidades propios de cada sexo y cada etapa del ciclo vital;
- en la **participación en la gestión de la salud**, la equidad de género demanda un balance justo en la distribución por sexo del trabajo (remunerado y no remunerado), de las compensaciones asociadas con ese trabajo, y del poder en la toma de decisiones.

2.1. Equidad de género y determinantes de la salud

Más allá de su importancia en la formación de la identidad, la categoría género constituye uno de los ejes primarios alrededor de los cuales se organiza la vida social. **Género** es una categoría que estratifica, la cual ocupa un lugar central —junto con **clase** y **raza**— en el nivel macro de asignación y distribución de los recursos que hacen posible el logro y mantenimiento de la salud.

La relevancia de la categoría género en el nivel macro estriba en su función articuladora de dos dimensiones complementarias de la economía. El enfoque de género asegura, por un lado, la existencia de una esfera de trabajo *no remunerado*, denominado trabajo **reproductivo**, donde la fuerza de trabajo se reproduce y es puesta en circulación; y por el otro, condiciona las alternativas

en la esfera del trabajo remunerado, llamado **productivo**. La intersección de esas dos esferas sitúa a las mujeres en una posición de subordinación y desventaja frente al acceso y el control de ciertos recursos (materiales y no materiales) necesarios para alcanzar un nivel alto de bienestar. Dentro de tales recursos se destacan: la vivienda, el acceso a la propiedad de la tierra y el capital productivo, educación, información, ingreso, alimentos, crédito, protección prestacional, uso discrecional del tiempo, y participación en el poder político. Para fines de este trabajo, el análisis se restringirá a las interacciones entre género, clase y etnia, que se traducen en diferencias de oportunidades en *el trabajo, la educación y el poder político*.

☛ **La representación desproporcionada de las mujeres en los sectores de pobreza** tiene sus raíces en tres grandes factores:

- 1) la preeminencia asignada por la sociedad al **trabajo “reproductivo”** en la vida de las mujeres, limita las oportunidades de estas para participar en el **trabajo “productivo”** remunerado;
- 2) la desvalorización social del trabajo “femenino” que se traduce en **niveles inferiores** de remuneración, autonomía y prestaciones en el ámbito del mercado laboral y en **exclusión** con respecto a compensaciones en dinero, prestaciones sociales y reconocimiento del aporte económico asociados con el trabajo en el ámbito doméstico;
- 3) la implementación de **políticas macro** que, por pensarse de manera demasiado agregada, carecen de un análisis de la realidad en la vida de las personas y, por ello, en muchos casos han empeorado las condiciones de vida de las mujeres en mayor proporción que la de los hombres, como es el caso de la reducción en el gasto para servicios sociales.

En la mayoría de las sociedades las mujeres asumen la responsabilidad principal del trabajo reproductivo de cuidado de los hijos y del hogar, trabajo que tiende a ser percibido como una función *natural* femenina, sin valor económico. En contraste, el trabajo remunerado, valorado siempre como productivo, ha constituido históricamente la principal responsabilidad de los hombres. Tal tipo de arreglo ha conducido a una subordinación económica de las mujeres que se asienta en la **invisibilidad económica** de la contribución del trabajo reproductivo, contribución esta que no se contabiliza ni siquiera en los censos y menos aún, en las cuentas nacionales.

La subordinación económica de las mujeres dedicadas al trabajo en el hogar se evidencia dramáticamente en los casos de desamparo en que quedan muchas mujeres —y sus hijos— a raíz del abandono o la muerte del cónyuge. Tal situación de desamparo económico y prestacional no ocurre porque tales sucesos empobrezcan a las mujeres, sino por el hecho de que las mujeres no ejercen, por *derecho propio*, el acceso y control de los recursos básicos para el bienestar.

La entrada de las mujeres al mercado de trabajo no altera de manera esencial la división sexual del trabajo; simplemente, sitúa a la mujer en dos esferas de actividad, regidas ambas por el mismo sistema de jerarquización, y da origen a la llamada “doble jornada”. La necesidad de las mujeres de conciliar sus roles reproductivos y productivos, aunada a la subvaloración social del trabajo femenino, da origen a diferencias profundas en los patrones de trabajo de cada sexo. El patrón de trabajo de las mujeres tiene las siguientes características:

- mayor carga/tiempo de trabajo si se contabiliza tanto el trabajo productivo como el reproductivo;
- menor participación en la fuerza de trabajo remunerada: aunque la participación laboral femenina ha ido aumentando rápidamente, más de 50% de las mujeres de la Región se encuentra todavía fuera del mercado laboral remunerado;

- mayor desempleo femenino que masculino en casi todos los países de la Región;
 - concentración en ocupaciones de baja remuneración y remuneración menor por igual trabajo. En los países de la Región para los cuales existe información, el ingreso promedio de las mujeres varía entre 55% y 83% con respecto al ingreso promedio de los hombres, cifra que no es explicable por niveles diferenciales de educación (4);
 - mayor representación en ocupaciones no cubiertas por la seguridad social, tales como empleos de tiempo parcial y trabajo en el sector informal;
 - discontinuidad en la historia de trabajo —ocasionada por la gestación y crianza de los hijos— que limita el acceso a beneficios de seguridad de la salud en el largo plazo.
- ☛ La **educación formal** es una condición necesaria, pero no suficiente, para asegurar niveles comparables de acceso al trabajo, ingreso y protección prestacional entre mujeres y hombres. Es, sí, un ingrediente básico de “empoderamiento”, que marca profundos diferenciales en los comportamientos de salud de las mujeres, con particular referencia a la salud reproductiva.

En cuanto a las diferencias por sexo en el nivel educativo, valga destacar que:

- la brecha de género en la educación básica, primaria y secundaria, ha ido cerrándose en la Región al punto de que, con contadas excepciones, las mujeres de cohortes jóvenes poseen mayor o igual nivel de instrucción que los hombres;
 - las diferencias por sexo desfavorables a las mujeres comienzan a hacerse visibles, cuantitativamente, en la matrícula en los niveles de educación superior y, cualitativamente, en el tipo de disciplinas que concentran a la población femenina. Tal tipo de disciplinas tiende a ser percibido como una extensión del trabajo reproductivo en la esfera pública, y a gozar de menor reconocimiento social y valoración económica;
 - la diferencia por sexo en años de educación no guarda correspondencia con las diferencias por sexo en el ingreso por remuneración. En algunos países de la Región la brecha de género en materia de ingresos aumenta a medida que aumenta el nivel de instrucción.
- ☛ La desventaja de las mujeres en la **participación política** se asocia también con el patrón descrito de división y jerarquización del trabajo según género. “*En el ejercicio real de poder o de autoridad para la toma de decisiones, las mujeres son una clara minoría a través del mundo*” (5; p. 86). Las mujeres ocupan menos del 10% de los cargos altos de decisión política (parlamentos, ministerios, cortes supremas de justicia) y permanecen notablemente menos representadas en todas las estructuras del poder nacional, local y sectorial que definen prioridades y asignan recursos. El sistema de salud no es una excepción en este respecto; por el contrario, las mujeres participan activamente en la mayoría de los programas de desarrollo sanitario durante su fase de ejecución, pero no aparecen incluidas en las etapas de formulación, diseño y asignación de recursos para tales programas.

2.2. Equidad de género en la situación de salud

A través del mundo, las mujeres tienden a sobrevivir a los hombres y a exhibir una mortalidad menor que la masculina a cualquier edad. Esto no significa necesariamente que las mujeres disfruten de mejor salud. La mortalidad constituye solamente un reflejo del deterioro extremo que puede sufrir la salud y no da cuenta de las profundas variaciones que se registran en el estado de bienestar de quienes sobreviven.

La equidad de género en la situación de salud no significa tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos. Significa ausencia de diferencias evitables entre mujeres y hombres en las oportunidades de sobrevivir y disfrutar de salud, y en la probabilidad de no padecer enfermedad, discapacidad ni muerte prematura por causas prevenibles.

La operacionalización de la salud como un “estado completo de bienestar físico, psicológico y social” sigue constituyendo un reto metodológico con escasas respuestas satisfactorias. Una de las razones para ello es el hecho de que la información disponible —particularmente en los países en desarrollo— proviene de indicadores esencialmente negativos como son los de enfermedad y discapacidad (física y mental), muerte y conductas de riesgo. Algunas excepciones a esta tendencia apuntan a la operacionalización de estilos *individuales* de vida saludable, dentro de los cuales se incluyen la nutrición adecuada, hábitos de actividad física y regulación autónoma de la propia fecundidad. En el nivel *colectivo* se destacan la formulación e implementación de políticas públicas saludables en materia de convivencia pacífica, seguridad alimentaria, seguridad ocupacional, ambiente saludable, satisfacción de las necesidades básicas (incluidos los servicios de salud) y reducción de inequidades.

Por su importancia central dentro del contexto de género así como por la disponibilidad de información al respecto, es valioso destacar la dimensión de la salud reproductiva, vista desde la perspectiva de los derechos. La salud reproductiva se ha definido como:

un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (6, Cap.7, párrafo 7.2).

Dentro de la temática general de salud y equidad de género es necesario enfatizar los siguientes elementos:

☛ **La mayor supervivencia de las mujeres no es ni ha sido siempre la norma: las condiciones hostiles del medio social pueden disminuir, e incluso, anular la ventaja de supervivencia femenina.** La menor mortalidad de las mujeres no es una constante en el tiempo, y tampoco lo es para todos los países, grupos de edad y estratos socioeconómicos.

- La mayor esperanza de vida de las mujeres, característica hoy de los países industrializados, no era una realidad para tales países a principios del siglo XX, ni lo es actualmente en algunos países de África y el Sudeste Asiático (7). Esta mayor mortalidad femenina se ha asociado no solo con altas tasas de mortalidad materna durante las edades reproductivas, sino también con patrones de profunda discriminación en contra de las mujeres.
- Además del grupo de edad de **15-49 años**, un grupo etario donde, con alarmante frecuencia, se ha detectado mayor mortalidad femenina es el de **1- 4 años** (8). Dada la reconocida ventaja biológica femenina de supervivencia al comienzo de la vida —incluso en útero—, una mayor mortalidad en las niñas que en los niños constituye una importante señal de alarma en torno a la posible existencia de discriminación en contra de las niñas, particularmente, dentro del hogar.
- En América Latina y el Caribe el pronunciado diferencial de mortalidad por sexo en detrimento de los varones observado durante la década de 1990 en los estratos “no pobres” se

reduce, e incluso llega a desaparecer en los estratos “pobres” de algunos países. Tal fenómeno se deriva del hecho de que el aumento proporcional de la mortalidad asociado con condiciones de pobreza fue mayor para las mujeres que para los hombres, ilustrando con ello el perjuicio desproporcionado que ejerce la pobreza sobre la salud de las mujeres (1; pp. 457-458).

☛ ***La ventaja de supervivencia no equivale necesariamente a una mejor salud o calidad de vida.*** La evidencia empírica indica que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que el varón a lo largo del ciclo vital, la cual se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos, en mayores prevalencias de enfermedades crónicas no mortales, y en niveles más altos de discapacidad en el corto y en el largo plazo (9).

☛ ***Existen diferencias importantes por sexo en la naturaleza, prevalencia, riesgos y consecuencias de los problemas de salud y, por ende, en su evitabilidad.*** Desde la perspectiva de la equidad, es necesario enfatizar las diferencias por sexo en la mortalidad y la morbilidad que son *prevenibles* por intervenciones sectoriales o multisectoriales. A continuación se señalan algunos ejemplos:

▪ ***Condiciones que afectan exclusivamente a las mujeres (uno de los sexos) y que son altamente prevenibles por el sector salud***

- ✓ La *mortalidad materna*, por su indiscutible evitabilidad e injusticia, constituye un trazador crítico de la discriminación y la baja condición social en que se hallan las mujeres.
- ✓ La mortalidad por *cáncer cervicouterino* es claramente evitable en virtud de la disponibilidad de tecnologías sencillas y económicas para su detección y tratamiento temprano.

▪ ***Condiciones que afectan diferencialmente a los sexos y que son evitables por un conjunto de medidas intersectoriales***

- ✓ La *violencia* marca los mayores diferenciales por sexo en la mortalidad en detrimento principal de los hombres. Tal diferencial por sexo en las muertes por accidentes y homicidios se asocia estrechamente con la división de roles y expectativas culturales entre mujeres y hombres en las que se relaciona la “hombría” con ciertos comportamientos de riesgo, protección y dominación.
- ✓ La violencia en contra de las mujeres está ligada también a comportamientos de dominación tolerados y estimulados mayormente entre los hombres y es la manifestación más cruda de la desigualdad de poder entre los sexos.
- ✓ Otros importantes diferenciales por sexo en la mortalidad y la enfermedad asociados con conductas de riesgo más prevalentes entre los hombres son los relativos al cáncer de pulmón, cirrosis del hígado y SIDA.

Estos ejemplos sirven para destacar que, aun con manifestaciones diferentes según el sexo, la rigidez en la separación de los roles, las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, y las exigencias sociales asociadas con el ejercicio del poder —ínter e intragénero—, ejercen efectos claramente negativos sobre la integridad física, psicológica y social no solo de las mujeres sino también, de los hombres.

2.3. Equidad de género en el acceso a la atención de la salud

La tendencia de las mujeres a utilizar los servicios de salud más frecuentemente que los hombres no puede interpretarse automáticamente como una expresión de ventaja social por parte de aquellas.

La equidad de género en el acceso a la atención de la salud no significa que hombres y mujeres reciban *cuotas iguales* de recursos y servicios. Significa, por el contrario, que los recursos se asignen y los servicios se reciban *diferencialmente de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo, etapa de la vida, y contexto cultural-socio-económico, e independientemente de la capacidad de pago de las personas.*

La noción de ***necesidad*** en la base del concepto de equidad distributiva apunta hacia la asignación diferencial de recursos de acuerdo con los requerimientos particulares de grupos e individuos. Su estimación, por consiguiente, resulta esencial como denominador para el cálculo de utilización de servicios. Sobre este particular cabe enfatizar que:

- ☛ ***Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud*** que los hombres derivada particular pero no exclusivamente, de su rol biológico en la reproducción;

- ☛ ***El tamaño y la dirección de la diferencia por sexo en el consumo de servicios de salud*** depende entre otras variables, de la edad, el tipo de servicio, la clase de afiliación a planes de aseguramiento, y el estrato socioeconómico (10);

- ☛ ***La pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a los servicios de salud.*** Como se acaba de mencionar, al ajustar por ***necesidad***, la brecha de género en el consumo de servicios de salud llega a desaparecer e incluso a revertirse en los sectores de bajos ingresos de algunos países (1; pp. 459);

- ☛ En términos de ***cobertura de planes de aseguramiento públicos o privados*** es esencial destacar que, mientras la seguridad social y los planes de aseguramiento dependan del empleo y por la forma como se dividen por sexo los bienes materiales y no materiales en la sociedad, una proporción mayoritaria de mujeres no va a acceder por derecho ciudadano a la atención de su salud. Cabe añadir que el acceso indirecto como dependiente (y no como titular o contribuyente) pone a las mujeres —y a sus hijos— en riesgo inminente de desprotección por viudez, separación conyugal, cambios de situación de empleo del cónyuge o cambios en las regulaciones con respecto a los dependientes.

2.4. Equidad de género en el financiamiento de la atención

El principio de equidad por el cual los aportes financieros corresponderían con la capacidad económica de los y las contribuyentes es vulnerado de manera general para las mujeres, particularmente en los sistemas de financiamiento no solidario de la atención. Las mujeres tienden a pagar más que los hombres para proteger su salud, no solo en términos absolutos —dada su mayor necesidad de servicios—, sino también, en términos proporcionales, en virtud de su menor capacidad económica.

- **Mayor pago absoluto:** En Estados Unidos las mujeres en edad reproductiva pagan 68% más que los hombres en gastos de bolsillo para la atención de la salud (11). En Chile, la prima de aseguramiento privado durante las edades reproductivas es 2,5 veces más alta para las

mujeres que para los hombres. En cuatro países de América Latina y el Caribe con información de encuestas de hogares, el gasto de bolsillo en salud es 16% - 40% más alto para las mujeres que para los hombres;

- **Mayor pago relativo:** Las mujeres, como grupo, tienen menor capacidad de pago que los hombres. Por su predominio entre los trabajadores sin remuneración y su inserción desventajosa en el mercado de trabajo remunerado, las mujeres tienen menor acceso a los recursos para pagar directamente por servicios o acceder a planes de aseguramiento.

La equidad de género en el financiamiento de la atención de la salud exige que mujeres y hombres aporten según su capacidad económica, y no según los riesgos o necesidades propios de cada sexo y etapa vital.

Un requisito central para la equidad de género en el financiamiento de la atención es que *el costo de la reproducción se distribuya solidariamente* en la sociedad en lugar de ser asumido predominantemente por las mujeres en edad reproductiva.

2.5. Equidad de género en la gestión de la salud

Las mujeres representan más del 80% de la fuerza laboral en el campo de la salud. Y tal vez lo más importante y menos valorado es que las mujeres son las **principales gestoras y proveedoras de servicios de atención** dentro de la familia y la comunidad. En efecto, más del 85% de la detección y atención temprana de la enfermedad ocurre fuera de los servicios y es provista mayoritariamente por mujeres en el hogar y en la comunidad de manera gratuita. Esto sin contar el papel desempeñado por las mujeres en las campañas de vacunación y en la atención de los ancianos, los niños, los discapacitados, los enfermos y los sanos.

Pese a esta contribución protagónica al desarrollo de la salud, las mujeres permanecen en una **posición de desventaja dentro del sistema formal e informal de salud,**

- predominan en los escaños de más baja remuneración y prestigio dentro del sector formal, aun controlando por tipo de profesión;
- permanecen menos representadas en las estructuras de poder local, nacional y sectorial que definen prioridades y asignan recursos para la salud; y
- desempeñan sin remuneración la mayor parte del trabajo informal de promoción y atención de la salud-enfermedad en la familia y la comunidad.

La falta de valoración económica del aporte y el tiempo de las mujeres lleva a que formulaciones de política aparentemente neutras, como la "reducción de costos", la "reducción del aparato de Estado", y la "descentralización", escondan importantes sesgos de género, en la medida que impliquen transferencias de costos de la economía remunerada a la economía que se asienta en el trabajo no remunerado de las mujeres. Así, la premisa que sustenta algunas medidas de ajuste y de reforma es la de que el gobierno puede reducir gastos recortando servicios; —por ejemplo, reduciendo las estadías hospitalarias, el cuidado institucional de ancianos, la atención de enfermos mentales— bajo el supuesto de que dichos servicios pueden ser provistos por las familias. Ausente de estas políticas están las consideraciones relativas al impacto que las expectativas de disponibilidad, obligación y gratuidad del tiempo de las mujeres ejercen sobre su situación de empleo y remuneración y, sobre su desgaste físico y emocional. También está ausente la consideración de estructuras de apoyo para la provisión de atención en el hogar. Y más

ausente aún, una seria consideración de la eficiencia y la sostenibilidad en el largo plazo de este tipo de arreglo.

La equidad de género en la gestión de la salud va más allá de garantizar igual salario por trabajo de igual valor en el sector formal de la salud. Exige, a partir de la valoración del cuidado no remunerado provisto por las mujeres en el hogar y la comunidad, una distribución justa del costo real de la provisión de atención, no solo entre hombres y mujeres sino, también, entre la *familia, la comunidad, el estado, y el mercado* (12).

Requiere, además, una participación igualitaria de mujeres y hombres —particularmente de los sectores de menores recursos— en la toma de decisiones sobre la definición de prioridades y la asignación de recursos—públicos y privados— necesarios para asegurar la salud.

En resumen, el énfasis puesto en las mujeres dentro del contexto de equidad de género en la salud responde a que ellas:

- ✓ por su función reproductiva, tienen **mayor necesidad de servicios** de salud que los hombres;
- ✓ por su posición desventajosa en el trabajo, tienen **menor acceso y menor control sobre los recursos** que determinan el ejercicio del derecho a la salud;
- ✓ por su mayor necesidad de servicios en salud reproductiva y su menor capacidad económica, **pagan absoluta y proporcionalmente más** que los hombres por la atención de su salud;
- ✓ por pautas culturales en la división y valoración del trabajo, gozan de **menor remuneración, prestigio y autonomía** en el sistema formal de salud, **asumen sin remuneración el cuidado** de la salud en el hogar y tienen **menos voz en las decisiones** sobre la asignación de recursos;
- ✓ por su rol de cuidadoras informales de la salud, resultan más afectadas que los hombres por el aumento o reducción de los servicios públicos.

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Dado que no todos los indicadores presentados han sido validados, aceptados internacionalmente y usados rutinariamente, ciertas modificaciones y ajustes serán necesarios. Los indicadores deberán ser adaptados a la situación de salud de cada país y la disponibilidad de datos.

Sin subestimar la importancia de los indicadores cualitativos adaptados a la información existente en cada país, se enfatiza en medidas cuantitativas de los diferenciales en salud entre mujeres y hombres y otros subgrupos. Las referencias a indicadores cualitativos en este documento se limitan a determinantes políticos y legales. Se subraya, sí, que un análisis de género deberá incluir medidas cuantitativas e información cualitativa.

Criterios de selección de los indicadores

Considerando la relevancia conceptual de las dimensiones de inequidad que se intenta operacionalizar y los compromisos acordados en las conferencias internacionales, los indicadores han sido seleccionados tomando en consideración los siguientes criterios (13):

- **relevancia para las políticas:** que la información sea útil para guiar intervenciones en el corto, en el mediano y en el largo plazo, orientadas a una mayor equidad de género;
- **confiabilidad:** que los datos sean fidedignos; es decir, que cumplan con un mínimo de calidad para ser usados de manera confiable. Para los indicadores que miden diferenciales, la ausencia de sesgo puede ser más importante que la precisión;
- **sencillez:** que las técnicas requeridas tanto para recolectar como para analizar los datos sean sencillas, de tal manera que la recolección, el procesamiento y el análisis puedan estar a cargo del personal local encargado de estas funciones;
- **accesibilidad:** que los datos requeridos estén disponibles o sean relativamente fáciles de recolectar mediante métodos que han sido validados;
- **sostenibilidad:** que sea posible de elaborar los indicadores de manera rutinaria en el tiempo;
- **oportunidad:** que la información, presentada oportunamente, sirva para tomar decisiones informadas, con datos actualizados; la información puede dejar de ser útil si se presenta en un tiempo demasiado largo.

Cabe señalar que no todos los países de la Región disponen de los datos necesarios para la construcción de varios indicadores; sin embargo, si se deja establecida la necesidad de contar con esos indicadores para cuantificar las diferencias entre las mujeres y los hombres podrá contribuirse a que se inicien indagaciones específicas en los temas respectivos.

En general, los datos de morbilidad son escasos y no son de buena calidad. Por ello es preciso que al elaborar los indicadores y medirse las desigualdades, se valoren la calidad y disponibilidad de los datos frente a la utilidad de la información. Con respecto a los datos de mortalidad, para el año 2000 la mayoría de los países de la Región presentan un subregistro que varía entre 0 para ciertos países con mejores sistemas de registros de hechos vitales, hasta 94,5% en Haití; asimismo, el porcentaje de muertes por causas mal definidas también varió entre 0,8% en Cuba y 48,5% en

Haití (14). Sin embargo, cuando se trata de la medición de los diferenciales de tasas de mortalidad entre mujeres y hombres, los problemas de la calidad de los datos por subregistro no impiden su cálculo, ya que este afecta los datos de los dos grupos de la población.

Como principales fuentes de datos se sugiere la utilización de estadísticas vitales, registros administrativos de salud, los censos, encuestas demográficas y de salud, encuestas de empleo, encuestas de ingresos y gastos, otras encuestas sobre las condiciones de vida que incluyan módulos de salud y estadísticas oficiales de la policía. En cada país, se identificarán fuentes específicas.

Diferenciales por sexo

Los indicadores presentados están orientados a resaltar y medir las diferencias entre mujeres y hombres en aspectos relacionados con la salud. Estas diferencias permitirán identificar desigualdades, y dentro de estas las calificables como evitables e injustas. Es fundamental señalar que no todas las desigualdades son inequidades, puesto que la equidad es un concepto ético que se refiere a la justicia o injusticia de tales diferencias.

En respuesta a esta noción ética en la selección de indicadores de salud, se ha asignado un énfasis especial a aquellas condiciones, situaciones o problemas de salud que tienen una alta posibilidad de ser evitadas dentro del marco de la tecnología disponible de prevención, detección y tratamiento. De allí, se han incluido indicadores que muestran situaciones de salud que (15):

- **son específicas a uno de los sexos:** por ejemplo, el cáncer cervicouterino, la mortalidad materna y el aborto, para las mujeres; el cáncer de próstata, para los hombres;
- **son más prevalentes en uno de los sexos:** la anemia por deficiencia de hierro afecta principalmente a las mujeres; los hombres enfrentan una mayor mortalidad por lesiones y violencia;
- **afectan diferencialmente a cada sexo:** la malaria en una mujer embarazada es una causa importante de aborto espontáneo o mortalidad fetal;
- **tienen factores de riesgo diferentes para cada sexo:** los hombres tienen mayores problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol y con el desempeño de ocupaciones peligrosas; las mujeres tienen mayor riesgo de ser víctimas del abuso sexual y la violencia intrafamiliar;
- **reciben diferentes respuestas del sector salud o la sociedad:** la planificación familiar se ha focalizado en las mujeres; la estigmatización por VIH-SIDA es mayor para las mujeres; los problemas cardiovasculares son vistos como propios de los hombres.

Se ha puesto especial interés en resaltar la medición de las desigualdades no solo entre hombres y mujeres, sino también entre los diferentes subgrupos de mujeres y hombres, categorizados por edad, nivel socioeconómico, pertenencia étnica, zona de residencia, condición de actividad, pertenencia a grupos específicos (migrantes, desplazados, refugiados y discapacitados). Muchas de las desagregaciones sugeridas para medir las desigualdades en los subgrupos poblacionales, necesarias desde una perspectiva de equidad, en la actualidad aún no son factibles de obtener, de allí la importancia de promover el registro de estas variables en las fuentes de datos.

Medición de las brechas

Con el fin de facilitar la medición de las diferencias entre mujeres y hombres se sugieren indicadores de disparidad tales como la diferencia y la razón (16).

La diferencia y la razón proveen diferente información:

- **la diferencia** evalúa la magnitud de la brecha entre los grupos de población;
- **la razón** evalúa la diferencia relativa entre los grupos de población.

En el caso de la mortalidad, por ejemplo, las diferencias son útiles para determinar la contribución de varias causas de mortalidad a la diferencia total en la mortalidad por sexo y para comparar el número actual de defunciones que ocurren entre las mujeres y entre los hombres.

Las razones se utilizan cuando se trata de evaluar cambios en la mortalidad por sexo a lo largo del tiempo, así como los cambios en el riesgo de morir. Las razones también pueden ser utilizadas cuando se comparan tasas de mortalidad por causas específicas con el objetivo de generar hipótesis acerca de la enfermedad, pues la razón de tasas por causa específica de mortalidad es independiente de la cantidad de muertes ocurridas por cada causa, como se ilustra en la siguiente tabla (16):

Comparación de las razones y las diferencias entre las tasas de mortalidad por sexo, por causas con alta y baja frecuencia de ocurrencia

Causas de mortalidad	Tasa de mortalidad/100.000		Diferencia (H-M)	Razón (H/M)
	Hombres	Mujeres		
Causa A	20	10	10	2
Causa B	10	5	5	2
Causa C	5	2,5	2,5	2

El tamaño de las diferencias entre las tasas por causa específica, según el sexo, depende de la frecuencia de las muertes por esas causas específicas en la población. En cambio, la razón de tasas solo depende de la magnitud de una tasa respecto de la otra.

Las comparaciones de las diferencias y de las razones permiten una evaluación más completa de los diferenciales en mortalidad entre mujeres y hombres.

Dado que la estructura de edad de la población tiene un impacto importante en el riesgo de morir, cabe recordar que para realizar comparaciones entre las tasas de mortalidad se precisa que estas tasas sean ajustadas por edad, usando una misma población de referencia.

La diferencia entre las tasas así como la razón de las tasas pueden ser utilizadas para evaluar las desigualdades sociales, comparando las tasas correspondientes a diferentes niveles sociales. La diferencia de las tasas describe el tamaño de la brecha de un grupo con respecto a otro; por ejemplo en Perú, entre 1995 y 2000, la diferencia en la tasa de mortalidad perinatal entre las madres sin educación y aquellas con educación superior fue de 13 por 1.000 embarazos de 7 meses o más (17). Una razón de las tasas examina la magnitud relativa de dos tasas, y es expresada como una proporción; por ejemplo, la mortalidad materna en Honduras es 3,09 veces la tasa de Costa Rica, o la tasa de mortalidad materna de Costa Rica es una tercera parte (0,32) de la registrada en Honduras (14).

Asimismo, para los indicadores expresados en números absolutos, como por ejemplo la esperanza de vida al nacer, se pueden medir las desigualdades por diferencia o razón entre los valores de un grupo con respecto a otro grupo. En cualquier caso, es importante que se observe la significancia estadística, ya sea por el t-test para los números absolutos o el X^2 para las razones (13).

Cuando las poblaciones o subgrupos poblacionales son pequeños o cuando la frecuencia de ocurrencia es relativamente baja, se sugiere la agregación de datos de varios años.

La medición de las diferencias entre grupos de población considerando el sexo y otras variables como edad, nivel socioeconómico, zona de residencia, nivel de educación, condición de actividad, pertenencia étnica, pertenencia a grupos específicos (migrantes, desplazados, refugiados, y discapacitados), permitiría realizar un análisis de la equidad de género en salud.

Análisis basado en género

El análisis basado en género (ABG) es una herramienta analítica que utiliza el sexo y el género como un principio de organización que ayuda a clarificar las diferencias entre mujeres y hombres, la naturaleza de sus relaciones sociales y sus diferencias en el ámbito social, en las expectativas de vida y en las circunstancias económicas. Un ABG identifica cómo estas condiciones afectan la salud de mujeres y hombres y, su acceso e interacción con el sistema de salud (18).

El ABG proporciona un marco de referencia que, reconociendo que mujeres y hombres no pueden ser tratados como un grupo homogéneo, es muy útil para analizar y formular políticas, programas y proyectos, así como para orientar la recolección de datos. Como se mencionó anteriormente, el ABG deberá abordar la diversidad, considerando además del sexo, factores como la edad, nivel socioeconómico, zona de residencia, etnicidad y pertenencia a grupos específicos de la población.

La medición de las desigualdades en los temas y poblaciones propuestos en el presente documento facilitará realizar el ABG, con lo que se estaría brindando un instrumento clave para la toma de decisiones informadas, contribuyendo así a la igualdad de género.

PROPUESTA DE INDICADORES

....

2. DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Porcentaje de hogares con jefatura femenina en cada estrato de pobreza

Definición

Cociente entre el número de hogares dirigidos por mujeres en cada estrato de pobreza y el total de hogares del correspondiente estrato, en un período y territorio determinados, expresado por 100.

% hogares pobres dirigidos por mujeres = $\frac{\text{Número de hogares pobres dirigidos por mujeres}}{\text{Número total de hogares pobres}} * 100$

% hogares indigentes dirigidos por mujeres = $\frac{\text{Número de hogares indigentes dirigidos por mujeres}}{\text{Número total de hogares indigentes}} * 100$

Relevancia

En más de la mitad de los países para los cuales se cuenta con información, los hogares encabezados por mujeres son más frecuentes entre los estratos pobres, lo que indica que la pobreza afecta desproporcionadamente a las mujeres y sus dependientes. Las políticas públicas deben considerar los principales obstáculos que limitan las opciones de las mujeres para salir de la pobreza, especialmente los relacionados con el acceso y control sobre los recursos materiales y no materiales, destacando entre estos los relacionados con el cuidado de las personas dependientes —niños y adultos mayores—.

En Costa Rica, de acuerdo a los datos presentados por CEPAL, 28% del total de hogares de la zona urbana están dirigidos por mujeres, mientras que, entre los hogares pobres de esa misma zona, 45% están dirigidos por mujeres (4).

Datos requeridos

Número de hogares. Sexo del jefe del hogar. Nivel de pobreza de los hogares.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares.

El indicador para un grupo de países de la Región se puede encontrar en la Página Web de CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (4).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural

Distribución porcentual de la población económicamente activa (PEA) ocupada en sectores de baja productividad del mercado de trabajo, por sexo

Definición

Cociente entre el número de mujeres que se encuentran ocupadas en cada uno de los sectores de baja productividad (microempresas, trabajadoras independientes no calificadas, empleo doméstico) y la PEA femenina ocupada, en un período y territorio determinados, expresado por 100. Igual para el caso de los hombres.

$$\% \text{ mujeres ocupadas en microempresas} = \frac{\text{Número de mujeres ocupadas en microempresas}}{\text{Total de mujeres económicamente activas ocupadas}} * 100$$

$$\% \text{ hombres ocupados en microempresas} = \frac{\text{Número de hombres ocupados en microempresas}}{\text{Total de hombres económicamente activos ocupados}} * 100$$

(Igual para los trabajadores independientes no calificados y el empleo doméstico)

Relevancia

El empleo remunerado para las mujeres expresa una medida de la capacidad para acceder a recursos económicos que permiten su autonomía y su poder de negociación y decisión. En la Región existen evidencias que, a pesar de los avances en los niveles de instrucción y preparación de las mujeres, su incorporación al mercado laboral aún se realiza en condiciones de desventaja con respecto a los hombres. Un porcentaje significativo de mujeres se concentra en los sectores de baja productividad, disminuyendo las posibilidades de mejores beneficios salariales y prestaciones sociales que ayudan a un mejor desarrollo saludable.

En 16 de los 17 países de la Región para los cuales CEPAL tiene información, las mujeres participan en mayor porcentaje que los hombres en sectores de baja productividad. Las mayores diferencias entre mujeres y hombres se observan en el empleo doméstico; el porcentaje de hombres ocupados que trabaja en este sector no llega ni al 1,5% en ningún país, mientras que para las mujeres ocupadas, en 1999 este porcentaje sobrepasa el 20% en Brasil y Paraguay (4). Es decir, un gran número de mujeres están ubicadas en sectores caracterizados por niveles bajos de productividad y calificación, lo que implica menores ingresos, inestabilidad y malas condiciones de trabajo, manteniéndolas al margen de los beneficios de los sistemas de protección de los trabajadores y de los sistemas de protección social.

Datos requeridos

PEA ocupada en microempresas, trabajo independiente no calificado, empleo doméstico, por sexo. PEA ocupada, por sexo.

Fuentes de datos

- Censos de población
- Encuestas de empleo

El indicador está disponible en la Página Web de CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (4).

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: 10-14, 15-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados

Distribución del tiempo diario (en minutos) de trabajo total (mercantil y doméstico no remunerado) entre mujeres y hombres

Definición

Tiempo diario (en minutos) de trabajo total (mercantil y doméstico no remunerado) que realizan las mujeres con respecto al tiempo diario de trabajo total (en minutos) que realizan hombres y mujeres, en un período y territorio determinados, por 100. Igual para el caso de los hombres.

$$\% \text{ tiempo trabajo de mujeres} = \frac{\text{Tiempo diario (en minutos) de trabajo total que realizan las mujeres}}{\text{Tiempo diario (en minutos) de trabajo total que realizan hombres y mujeres}} * 100$$

$$\% \text{ tiempo trabajo de hombres} = \frac{\text{Tiempo diario (en minutos) de trabajo total que realizan los hombres}}{\text{Tiempo diario (en minutos) de trabajo total que realizan hombres y mujeres}} * 100$$

Relevancia

En general, las mujeres dedican mayor tiempo al trabajo total, considerando tanto el mercantil como el trabajo no remunerado. Sin embargo, el número de minutos de trabajo relacionado con el mercado laboral, de acuerdo a la evidencia empírica, usualmente es menor para las mujeres, pues la carga de trabajo reproductivo que, por la división sexual del trabajo, recae sobre las mujeres, tiende a restringir la disponibilidad de tiempo que podrían dedicar al trabajo mercantil; de allí que ellas enfrenten limitaciones en la posibilidad de generar mayores ingresos monetarios y de tener acceso a recursos no monetarios.

El trabajo doméstico no remunerado, principalmente realizado por las mujeres, es considerado como un trabajo natural de ellas y, justamente por carecer de valoración económica, se ha mantenido en una situación de invisibilidad en el contexto de las acciones referidas a la salud ocupacional y la elaboración del sistema de cuentas nacionales.

Para el caso de Colombia, en 1983, de acuerdo al Informe de Desarrollo Humano del 2002, las mujeres trabajaban 399 minutos al día, frente a 356 que trabajaban los hombres, es decir ellas trabajaban un 12% más que ellos (22).

Datos requeridos

Tiempo de trabajo diario mercantil y de trabajo diario doméstico no remunerado (en minutos), por sexo.

Fuentes de datos

- Encuestas del uso del tiempo
- Encuestas de hogares que incluyen un módulo sobre el uso del tiempo

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: menores de 20, 20-34, 35-49, 50-64, 65 y más años
- Años de instrucción: 0-5, 6-9, 10-12, 13 y más
- Nivel socioeconómico

Comentarios:

Con la disponibilidad de los datos sobre el tiempo diario en minutos que mujeres y hombres dedican al trabajo mercantil y al trabajo doméstico no remunerado, se pueden construir los siguientes indicadores complementarios:

- Tiempo diario (en minutos) de trabajo mercantil que realizan las mujeres con respecto al tiempo diario (en minutos) de trabajo mercantil realizado por hombres y mujeres, por 100. Igual para los hombres.

$$\frac{\text{Tiempo diario en minutos de trabajo mercantil que realizan las mujeres}}{\text{Tiempo diario en minutos de trabajo mercantil que realizan hombres y mujeres}} * 100$$

- Tiempo diario (en minutos) de trabajo doméstico no remunerado que realizan las mujeres con respecto al tiempo diario (en minutos) de trabajo doméstico no remunerado realizado por hombres y mujeres, por 100. Igual para el caso de los hombres.

$$\frac{\text{Tiempo diario en minutos de trabajo doméstico que realizan las mujeres}}{\text{Tiempo diario en minutos de trabajo doméstico que realizan hombres y mujeres}} * 100$$

En Colombia, en 1983 las mujeres dedicaron 24% de su tiempo a actividades mercantiles, mientras que los hombres dedicaron 77% de su tiempo a estas actividades; las mujeres destinaron 76% de su tiempo a actividades no mercantiles, mientras los hombres destinaron 23% de su tiempo (22).

En la Región muy pocas encuestas miden el uso del tiempo y aún no se ha establecido una habitualidad al respecto, por lo que será factible tener este indicador para pocos países. Sin embargo, es preciso mantener como un indicador propuesto de gran importancia para el análisis de la equidad de género en salud.

.....

V. INDICADORES SELECCIONADOS

1. INDICADORES SELECCIONADOS PARA UN ANÁLISIS DE LA EQUITAD DE GÉNERO EN SALUD²

Los indicadores propuestos para realizar un análisis de la equidad de género en salud responden a la necesidad de visibilizar las diferencias existentes en los diversos grupos de la población en cuanto a aspectos básicos del estado de salud, de la accesibilidad a servicios de salud, del financiamiento de los servicios, y sobre la gestión de la salud.

De la propuesta de indicadores que se presenta en este documento, se han escogido 28 indicadores, considerando la posibilidad de tener información para su construcción en la mayoría de los países de la Región. Para el ámbito de la situación de salud se ha puesto énfasis en las enfermedades que afectan únicamente a las mujeres o subgrupos de mujeres; enfermedades más prevalentes entre las mujeres o subgrupos de mujeres; enfermedades más graves entre las mujeres o subgrupos de mujeres; enfermedades para las cuales los factores de riesgo son diferentes para las mujeres y los hombres.

Además, por sugerencia de expertas en el tema de salud y género en la Región, se han incluido indicadores sobre mortalidad por causas que tradicionalmente han afectado en mayor proporción a los hombres pero que van cobrando mayor importancia entre las mujeres o subgrupos de ellas.

En la atención de la salud se han incluido indicadores relacionados con la utilización de los servicios para la atención de la salud reproductiva. El financiamiento de los servicios de salud incluye un indicador sobre las diferencias en el aporte de hombres y mujeres; y, en la gestión de la salud, la participación de las mujeres en las diferentes profesiones de la salud.

De acuerdo a las necesidades y realidades de cada país, esta lista de indicadores seleccionados puede ser adaptada, ya sea ampliándola con otros indicadores o incluyendo nuevas desagregaciones, según se disponga de información.

A continuación se presenta la lista de los 28 indicadores seleccionados para realizar un análisis de la equidad de género en salud. Para cada indicador se incluye el número de la página en la que se encuentra su definición, los datos requeridos para su cálculo, las posibles fuentes de datos, así como las desagregaciones sugeridas.

² Los indicadores en esta lista fueron seleccionados de los indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud

SITUACIÓN DE LA SALUD

.....

11. Prevalencia de anemia en las mujeres en edad reproductiva

Relevancia

La deficiencia de hierro en la mayoría de los casos de anemia, es la forma más común conocida de deficiencia nutricional. Su prevalencia es más alta entre los niños y las niñas, y entre las mujeres en edad fértil, especialmente entre las embarazadas. Las mujeres desarrollan anemia macrocítica por deficiencias gástricas, estrés grave y carencia de vitaminas del complejo B. La anemia falciforme puede verse aumentada por la incidencia derivada de carencias nutricionales varias.

Con el advenimiento de la menstruación, los requerimientos de hierro de las mujeres aumentan y se intensifican durante el embarazo y la lactancia. Entre el inicio de la menstruación y la menopausia, las mujeres necesitan absorber hierro en una proporción que triplica la demanda de un hombre adulto, y más aún cuando la mujer usa dispositivos intrauterinos. Con mucha frecuencia en algunos grupos de mujeres, la satisfacción de estos requerimientos se ve limitada por patrones culturales que perpetúan o agravan el déficit existente. Por ejemplo, en los sectores pobres, el déficit nutricional de las mujeres debido a la escasez de recursos se agrava por los patrones que privilegian al varón en la distribución intrafamiliar de alimentos, particularmente los que contienen proteína animal, fuente principal de hierro.

La anemia por carencia de hierro ha sido reconocida mundial y regionalmente como el mayor problema nutricional de las mujeres, particularmente de las embarazadas. Más de la cuarta parte de las mujeres de la Región padecen anemia ferropénica; no obstante, solo en los servicios prenatales, cuya cobertura es muy limitada, se presta atención a este problema, cuando la corrección de la carencia de hierro y la educación sobre valores nutricionales de los alimentos debería iniciarse en la niñez.

.....

13. Prevalencia de violencia intrafamiliar, por sexo

Relevancia

La violencia constituye una violación de los derechos humanos. La violencia intrafamiliar afecta principalmente a las mujeres, los niños y las niñas. El reconocimiento de la violencia contra las mujeres como problema de salud pública es el resultado de una progresiva comprensión de los daños que la violencia doméstica y la violación ocasionan a la salud de las mujeres. La violencia física y emocional tiene múltiples efectos sobre la salud, que van desde la pérdida de vidas hasta las lesiones y discapacidades que dejan heridas físicas y psicológicas, algunas de ellas permanentes. Entre las patologías y los comportamientos originados en la violencia intrafamiliar están el suicidio, homicidio, ETS, aborto espontáneo, dolores pélvicos crónicos, dolores de cabeza, problemas ginecológicos, abuso de sustancias nocivas, conductas autodestructivas, síndrome de colon irritable, discapacidad parcial o permanente, estrés postraumático, depresión, ansiedad, disfunción sexual, desórdenes de tipo alimentario, personalidad múltiple, trastornos obsesivos y compulsivos.

La evidencia ha demostrado que los niños y las niñas que son testigos o víctimas de la violencia en los hogares tienen mala salud y problemas de comportamiento. Y, si han sido objeto de abuso sexual, los niños y niñas quedan traumatizados y tienen problemas para establecer relaciones y para confiar en otros, aspectos indispensables para un desarrollo saludable.

Pocos países han realizado encuestas de violencia intrafamiliar que permitan conocer la prevalencia de esta. No obstante, a través de estudios locales se estimó que, en América Latina, entre 25% y 50% de las mujeres encuestadas declararon haber sido alguna vez objeto de abuso físico por parte de la pareja actual o anterior. Estas investigaciones han permitido reunir mayores conocimientos sobre las características de la violencia. Se sabe que el maltrato contra las mujeres proviene de sus compañeros en 70% a 90% de los casos; el grupo de edad con mayores probabilidades de sufrir violencia doméstica es el de 20 años a 39 años; el grupo más vulnerable al abuso sexual se sitúa entre los 11 años y 16 años; de las mujeres víctimas de homicidio, 45% a 60% fueron asesinadas en el entorno familiar, la mayoría de ellas por sus cónyuges; y en un alto porcentaje, los agresores y las víctimas proceden de familias en las cuales hubo violencia doméstica.

De las Encuestas Demográficas y de Salud en Colombia y en Perú 41% de las mujeres en edad fértil han sido víctimas alguna vez de la violencia física infligida por el esposo o compañero. En Nicaragua el porcentaje alcanzó el 29% y en Haití, el 27% (32).

Aunque el maltrato aparece como un factor importante en la determinación de enfermedades y lesiones entre las mujeres, los niños y las niñas, los profesionales médicos aún suelen ignorarlo. En estudios realizados en Estados Unidos se demostró, por ejemplo, que entre 17% y 25% del total de los casos atendidos en unidades de urgencia fueron mujeres maltratadas. Sin embargo, quienes prestan estos servicios identificaron menos de 5% de las lesiones o enfermedades como derivadas del abuso (33).

...

14. Tasa de demanda de atención por violencia intrafamiliar, por sexo

Relevancia

Las diferentes intervenciones ejecutadas en la Región sobre el tema de la violencia intrafamiliar han contribuido a que este problema se ventile en el ámbito público y a que las mujeres –quienes son las más afectadas— así como los hombres, acudan a instancias creadas para atender estos casos. Entre las intervenciones se pueden citar la promulgación y aplicación de las leyes para prevenir y atender la violencia intrafamiliar, la creación de modelos de atención que incorporan la participación comunitaria para la atención y prevención de la violencia intrafamiliar, la creación y/o adaptación de instancias estatales de atención y sanción de casos de violencia intrafamiliar, la capacitación a las personas de los sectores de la salud, educación, policial y judicial. Todo este cúmulo de intervenciones promocionada, la mayoría de las veces, desde las ONG de mujeres, han incidido para que las mujeres acudan cada vez más a centros de atención para denunciar casos de violencia y solicitar apoyo psicológico y legal.

En Guayaquil, la ciudad más grande de Ecuador, el número de denuncias de violencia intrafamiliar registrado en 1994 ascendió a 6.000, y en 1997 llegó a 16.400 (20). En el sector de la salud también se han incorporado protocolos para identificar casos de violencia intrafamiliar y brindar el apoyo pertinente.

El número de casos de violencia intrafamiliar denunciados, o identificados y atendidos en el ámbito de la salud, no es una medida de la prevalencia o incidencia de este tipo de violencia, pero lo es, por un lado, del nivel de apertura y disponibilidad y accesibilidad que tienen las mujeres y los hombres para presentar las denuncias; y, por otro lado de la demanda efectiva de servicios de atención de la violencia intrafamiliar. La información que se está recolectando sobre violencia intrafamiliar es crucial para la formulación de políticas orientadas a la prevención y atención de la violencia.

SALUD MENTAL

15. Prevalencia de depresión, por sexo

Relevancia

La más común de las afecciones mentales es la depresión, que puede ser desde leve hasta muy grave y reviste particular importancia en la salud mental de las mujeres, en quienes es mayor su prevalencia. Según el Global Burden of Disease 2000 (GBD), se ha estimado que la prevalencia puntual de depresión unipolar entre las mujeres alcanza el 3,2% y entre los hombres, el 1,9%.

De acuerdo a un estudio realizado por el Banco Mundial, para 1990, en América Latina y el Caribe, el número de años de vida saludable perdidos por muerte prematura y discapacidad debido a desórdenes depresivos, alcanzó 1.180.000 entre las mujeres y a 570.000 entre los hombres; es decir dos veces más para las primeras (29).

Según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), la prevalencia de depresión entre las personas entrevistadas fluctuó entre 4% en Georgetown, Barbados y 18% en Montevideo, Uruguay (34).

Como resultado de las investigaciones realizadas se ha llegado a plantear la asociación de la depresión con la infertilidad, situación marital conflictiva, jefatura del hogar sin cónyuge, violencia física y abuso sexual, pobreza, y entre las adultas mayores, soledad por abandono familiar, pérdida del rol y síndrome del “nido vacío” (19).

....

27. Gasto de bolsillo en salud, por sexo

Relevancia

El financiamiento para la atención de la salud proviene de fondos del sector público y un porcentaje importante del gasto de bolsillo. Este último, al afectar mayormente a las mujeres, se considera como una medida regresiva para el logro de la equidad en salud.

Desde la equidad de género, los aportes para el financiamiento del sistema de atención de la salud deberán corresponder a la capacidad económica de las personas y no a la necesidad o riesgo diferencial por sexo. Este principio de equidad en la salud para las mujeres no se cumple pues se ha evidenciado que las mujeres pagan más en sistemas no solidarios y que tienen menor capacidad de pago que los hombres.

Por un lado, la menor capacidad de pago por parte de las mujeres, en su gran mayoría ubicadas en posiciones menos reconocidas y con menores remuneraciones en el mercado laboral, no guarda relación con el gasto de bolsillo generalmente mayor para ellas. Por otro lado, el costo de la mayor necesidad de atención de la salud de las mujeres debido a su función reproductiva, recae principalmente sobre ellas, contrariamente al principio de equidad que postula socializar este costo de la reproducción de la fuerza de trabajo.

Para cuatro países de América Latina y el Caribe, en el año 1996 y 1997, el gasto de bolsillo en salud fue 16% a 40% más alto para las mujeres que para los hombres (32).

...

28. Participación femenina en la fuerza laboral del sector salud

Relevancia

Por el proceso de socialización que condiciona diferencialmente las motivaciones de las mujeres y los hombres en la selección de determinadas actividades, ocupaciones y funciones consideradas afines con los estereotipos que definen culturalmente al propio género, las mujeres tienen una propensión mayoritaria a optar por ocupaciones de servicios. Por ello que es evidente la alta proporción de la fuerza laboral femenina dedicada al trabajo en el campo de la salud, especialmente dentro del personal de asistencia sanitaria.

Por las desigualdades de género, en el sector salud existen diferencias en términos de profesiones y especializaciones, y en los niveles de autonomía, decisión y remuneración entre mujeres y hombres. En este sector, las mujeres, tradicionalmente, han estado menos representadas en las ocupaciones relacionadas con mayor poder y capacidad de decisión, situación que las pone en desventaja en la definición de prioridades y asignación de recursos y en las decisiones respecto de la reducción de personal.

En la Región, las mujeres constituyen aproximadamente el 80% del total de los trabajadores de salud, pero están concentradas en los tramos de menor remuneración, capacidad de decisión y prestigio. En Argentina, en el año 1999, las profesionales de la salud, tanto en el sector público como en el privado, representaban el 27% del total de mujeres ocupadas en el sector y el restante porcentaje correspondía a técnicos, operativos y personal no calificado (42).

...

2. INDICADORES SELECCIONADOS PARA EL MONITOREO DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD³

El logro de la equidad de género en la salud hace necesario examinar periódicamente el progreso o retroceso en la salud de las mujeres, considerando que se desarrollan intervenciones en el ámbito de la salud orientadas a una mayor equidad entre los diferentes grupos poblacionales. Es fundamental conocer el progreso hacia el logro de la equidad de género en la salud en los ámbitos de la situación de salud de las mujeres, su rol como usuarias de los servicios, sus aportes para el financiamiento de los servicios de salud, y su participación como proveedoras de la atención.

De acuerdo a las necesidades y realidades de cada país, esta lista de 17 indicadores seleccionados para el monitoreo puede ser ampliada, de tal manera que se logren medir los cambios en las desigualdades género en salud. Estos cambios pueden ocurrir como consecuencia de las intervenciones u omisiones sobre las principales afecciones de la salud y sus determinantes, y también como resultado de la asignación de recursos que permiten el logro y mantenimiento de la salud.

Por otra parte, es conveniente considerar un número pequeño de indicadores, que sean a la vez importantes y fáciles de obtener, en lugar de ampliar demasiado el rango de los mismos, corriendo el riesgo de obtenerlos para muy pocos países.

En general, los indicadores de mortalidad no son muy recomendables para el monitoreo, por la dilación con que son emitidos, pero, dado que constituyen una de las pocas fuentes de registro sólidas en la Región, y por sugerencia de expertas de varios países de las Américas, se han incluido algunos indicadores.

Para cada uno de los 17 indicadores seleccionados para el monitoreo de las desigualdades de género en salud, presentados a continuación, se incluye el número de la página de este documento, en la cual se puede encontrar su definición, los datos requeridos para su elaboración, las posibles fuentes de datos y las desagregaciones.

³ Los indicadores en esta lista fueron seleccionados de los indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud.