

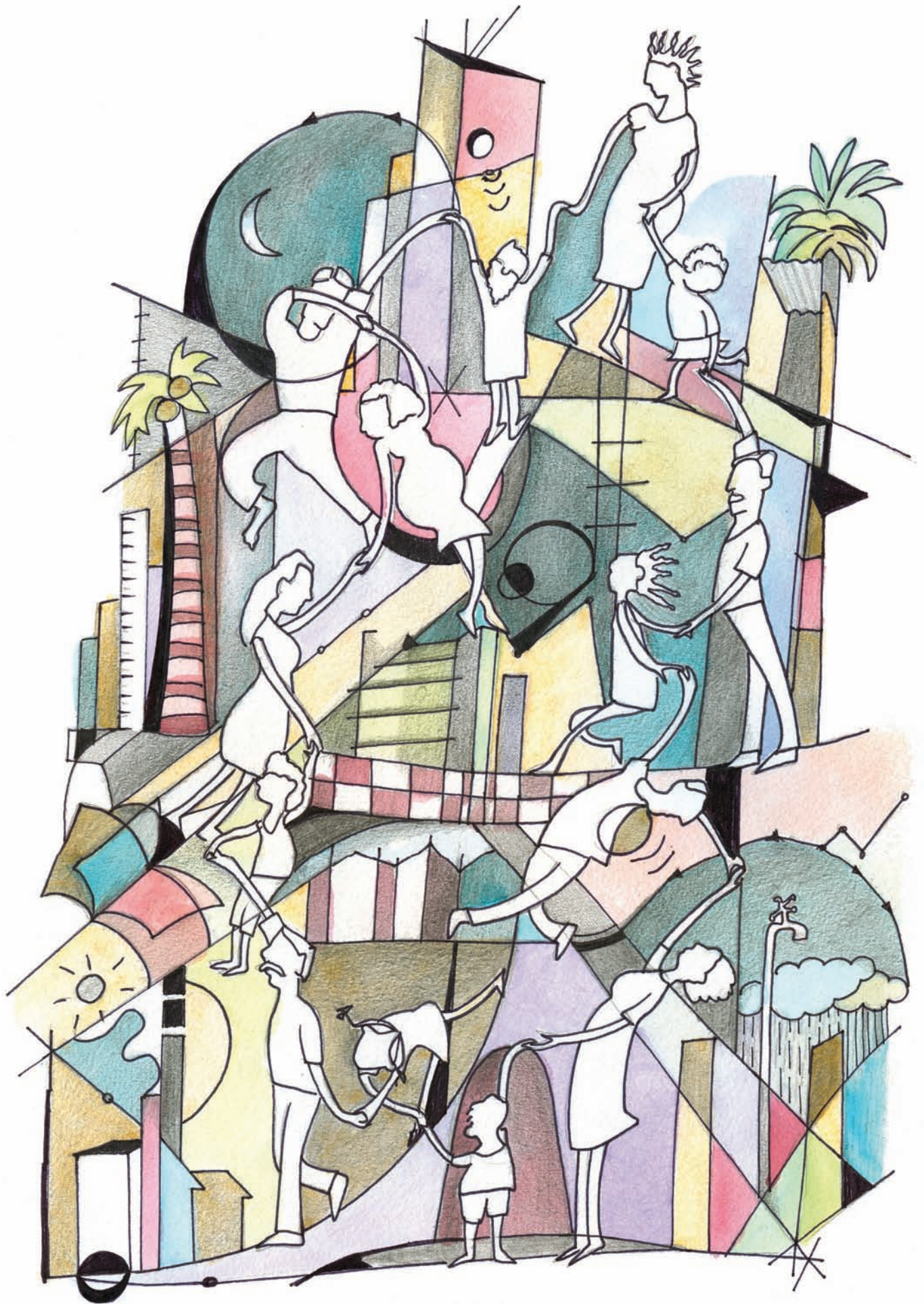


Organización
Panamericana
de la Salud

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Elementos para un análisis de Género en las estadísticas de salud

para la toma
de decisiones



Elementos para un Análisis de Género en las Estadísticas de Salud para la Toma de Decisiones

Margaret Haworth-Brockman
Harpa Isfeld
Prairie Women's Health Centre of Excellence

Diseño e ilustración:
www.lapizypapel.ec | lapiz.papel@gmail.com

Agradecimientos

Las autoras desean agradecer a la Oficina de Género, Etnicidad y Salud de la Organización Panamericana de la Salud la oportunidad que nos ha brindado de trabajar en el desarrollo de esta guía. Agradecemos en particular a Lilia Jara por su orientación y sus sugerencias tan acertadas.

Nuestro agradecimiento se extiende también a: Barbara Clow, Ann Pederson, Paula Migliardi, Sandi Kirby, Deb Malazdrewicz y Erin Schellenberg quienes revisaron las versiones preliminares.

Esta guía se basó en el trabajo realizado anteriormente por Lissa Donner, quien colaboró con nosotras durante varios años para

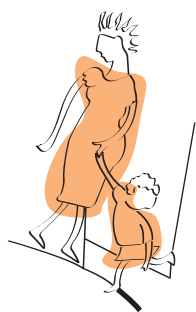
perfeccionar el conocimiento y la comprensión del análisis de género y las estadísticas de salud. Por ello, le agradecemos sus contribuciones.

Por último, queremos agradecer a las personas participantes en el Taller de Análisis de Género en las Estadísticas de Salud, realizado en junio del 2008 en la ciudad de Belice, así como a sus anfitriones. Sus observaciones y preguntas fueron un aporte inestimable al contenido final de esta guía.

El Prairie Women's Health Centre of Excellence recibe apoyo financiero principalmente de Women's Health Contribution Program of Canada.

Índice

- Introducción
- ¿Qué es un análisis de género?
- ¿Por qué un análisis de género en el ámbito de la salud es importante para la toma de decisiones?
- ¿Es “género” lo mismo que “sexo”?
- Datos que se necesitan para un análisis de género
- Estudios de caso
 - Estudio de caso # 1:** La infección por el VIH en Belice
 - Estudio de caso # 2:** Accidentes de transporte en Belice
- **Conclusiones:** Preguntas para responder en un análisis de género
- Referencias



Introducción

El análisis de género es una política de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En esta línea, la Oficina de Género, Etnicidad y Salud de la OPS (GEH) promueve la toma de decisiones con base en información, y el fortalecimiento de las capacidades nacionales para generar, analizar y utilizar eficazmente los indicadores de salud, desde una perspectiva de género y de diversidad.

La Política de Igualdad de Género de la OPS tiene como meta “contribuir al logro de la igualdad de género en lo relacionado con el estado de la salud y el desarrollo sanitario, mediante investigación, políticas y programas que presten la atención debida a las diferencias de género en la salud y a sus factores determinantes, y promuevan activamente la igualdad y la equidad entre las mujeres y los hombres” (1).

¿Qué es un análisis de **género**?





¿Qué es un análisis de género?

Un análisis de género es una herramienta, una manera de pensar y comprender las diferencias y semejanzas de las experiencias de las mujeres y los hombres. Un análisis de género considera los roles y las responsabilidades que los hombres y las mujeres tienen en la sociedad, incluyendo tanto las diferencias obvias como las sutiles en la distribución del poder y la toma de decisiones. En el ámbito de la salud, un análisis de género también enfatiza las diferencias en la situación de salud y sus factores determinantes, el acceso y la utilización de los servicios de salud según necesidades, la capacidad para contribuir económicamente a los servicios, así como la participación de los hombres y las mujeres en la gestión sanitaria.

Cuando se examinan los roles, las responsabilidades y las diferencias en la distribución de los recursos y el poder entre las mujeres y los hombres en contextos específicos, y el resultado de esta reflexión se documenta, es posible determinar dónde existen desigualdades e inequidades.

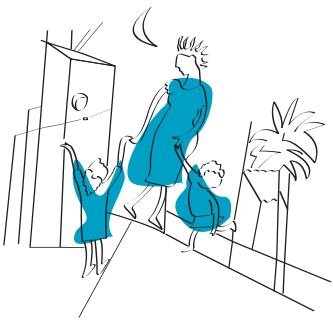
El análisis de género es también un análisis de la diversidad y considera, siempre que sea posible, la forma en que los ingresos, la edad, la cultura, el grupo étnico, la orientación sexual, la ubicación geográfica y otros factores también interactúan con sexo y género, en contextos específicos.

Un análisis de género es un proceso analítico. Utiliza los conceptos de sexo y género como un principio organizador o una manera de conceptualizar la información. Ayuda a aclarar las diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a la naturaleza de sus relaciones sociales y sus diferentes actividades diarias, a las expectativas en sus vidas, y a las circunstancias económicas. Determina en qué forma estas condiciones influyen en el estado de salud de las mujeres y los hombres y en su vulnerabilidad.

Finalmente, el análisis de género revela las influencias, omisiones y consecuencias del trabajo que realizamos en la política, la programación y la planificación sanitarias (2).



¿Por qué un análisis de género en el ámbito de la **salud** es importante para la toma de decisiones?



¿Por qué un análisis de género en el ámbito de la salud es importante para la toma de decisiones?

Un análisis de género considera en qué forma los roles y normas de género interactúan con las diferencias biológicas para influir en la salud de las mujeres y los hombres en las diferentes etapas de la vida. Un análisis de género es fundamental para la toma de decisiones en materia de salud porque:

- Los hombres y las mujeres sufren algunas enfermedades diferentes; también los factores de riesgo, los modos de transmisión y los síntomas de la misma enfermedad pueden ser distintos en el hombre y en la mujer (una diferencia de sexo). Por ejemplo, las mujeres y los hombres padecen de ciertos tipos de cáncer específicos según el sexo; las mujeres y los hombres muestran síntomas diferentes para la cardiopatía.
- Las mujeres y los hombres reaccionan de manera diferente a los tratamientos (diferencias de sexo y de género). Por ejemplo, las mujeres y los hombres reaccionan de distinta manera a los medicamentos para tratar el VIH (una diferencia de sexo). Es más usual que los hombres expresen que los antidepresivos influyen en su sexualidad, debido a su preocupación por la "masculinidad" (una diferencia de género).
- Los hombres y las mujeres no acceden a los sistemas de atención de salud según sus necesidades (una diferencia de género). Por ejemplo, los ingresos de las mujeres y los hombres son diferentes y la decisión acerca de la forma en que se utilizará el ingreso familiar para la atención de salud se fundamenta en derechos impuestos por la sociedad. Las mujeres acuden a los servicios de salud por su rol reproductivo y hay mayores probabilidades de que ellas sean quienes lleven a los niños/as y a otros miembros de la familia cuando necesitan atención de salud; por lo tanto, las mujeres suelen ser vistas con mayor frecuencia que los hombres en los servicios de salud.

Un análisis de género permite contar con opciones más equitativas, incluyentes y eficaces. Un análisis de género debe convertirse en un elemento esencial en el trabajo en el ámbito de la salud.

Un análisis de género en la planificación de salud cuestiona toda hipótesis de que todas las personas se ven afectadas de la misma manera por las políticas, los programas y las leyes, y que las causas, los efectos, los resultados en la salud y la prestación de los servicios sanitarios son iguales para las mujeres y los hombres. A través de un análisis también se puede demostrar que las mujeres de diferentes grupos socioeconómicos y étnicos (o cualquier otro subgrupo) no se benefician de igual manera de las políticas vigentes.

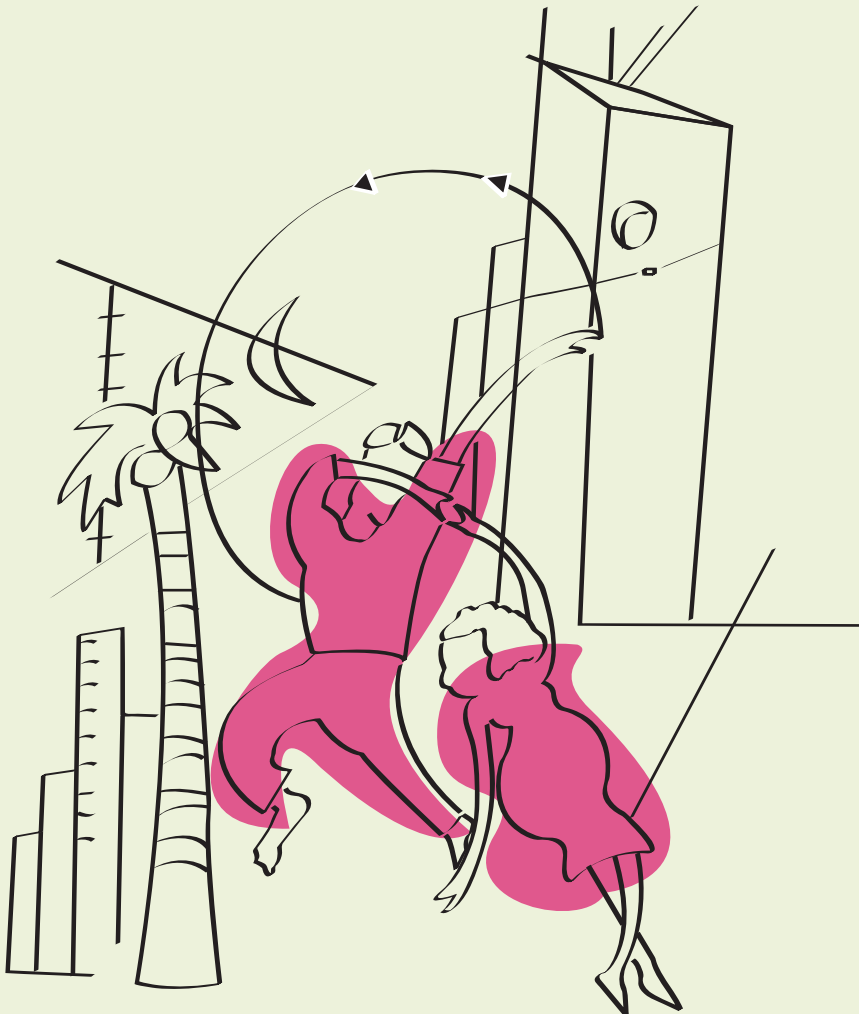
Las personas que formulan las políticas suelen tener más privilegios que las demás y es posible que se olviden de que la población a la que sirven quizá no tenga acceso a los mismos servicios o recursos que ellas. Sin embargo, un análisis de género plantea la pregunta fundamental, “¿Quién no está incluido?”, es decir, en qué grupos no se ha pensado al formular políticas o programas sanitarios. Un análisis de género cuestiona los conceptos, los argumentos y el lenguaje utilizados en la esfera de la salud.

Donde hay sesgos, discriminación, omisiones o creencias carentes de fundamento, un análisis de género permite identificar opciones más equitativas, incluyentes y eficaces. A medida que pasa a ser el método generalizado para la transversalización de una perspectiva de género, un análisis de género debe convertirse en un elemento esencial en el trabajo de salud con principios de equidad, de principio a fin.

Ejemplo de análisis de género:

En Belice, el número de defunciones debidas a cáncer cervicouterino fluctuó entre el 2000 y el 2005. La cobertura de tamizaje para el cáncer cervicouterino en el 2003 fue de 62,7%. Las mujeres que tenían la menor probabilidad de someterse al tamizaje eran las mujeres analfabetas que vivían en zonas rurales. Ellas son las mujeres con las cuales los programas de tamizaje todavía no se han comunicado (3).

¿Es "género" lo mismo que "sexo"?



¿Es “género” lo mismo que “sexo”?

En un análisis de género, sexo y género se definen de manera diferente, aunque ambos están vinculados y tienen relación con la salud de una persona.

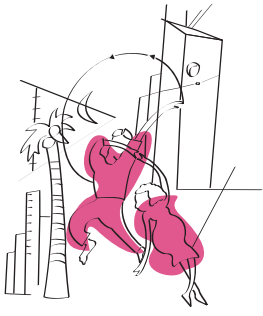
Sexo se refiere a las diferencias biológicas, fisiológicas y anatómicas de las mujeres y los hombres, que caracteriza lo femenino y lo masculino. Hay algunas personas que genética o físicamente no son claramente hombres o mujeres, pero debido a que los indicadores de salud y los datos de vigilancia epidemiológica suelen recolectarse para hombre o mujer, el análisis de género empieza con los dos sexos. Sin embargo, el análisis de género conduce a preguntas acerca de las personas que quizás no corresponden a estas descripciones generales.

Género, se refiere a la forma en que las personas desarrollan su identidad femenina o masculina desde una perspectiva social o personal. La distribución de los roles, responsabilidades y poder son cultural y socialmente impuestas (como crianza de los niños para las mujeres y entrenamiento militar para los hombres); otros comportamientos son adoptados por la persona (como el interés en una profesión determinada o una conducta riesgosa).

El análisis de género describe las situaciones que se presentan a diario en la mayoría de los hombres y las mujeres, en relación con su sexo y su masculinidad y feminidad. Sin embargo, hay muchas personas cuyas

características no coinciden con las definiciones tradicionales o sociales. Quizá sea más fácil, pensar en sexo como un continuo, en el que algunas personas se encuentran a sí mismas en algún punto entre las ideas tradicionales o establecidas de lo que debe ser masculino y lo que debe ser femenino. En todo el mundo, hay poblaciones que están declarando sus propias identidades sexuales -transgénero, lesbiana, bisexual y homosexual. En América del Norte, hay algunos pueblos indígenas que están afirmando que su identidad consiste en tener dos espíritus, con lo cual el mismo cuerpo contiene lo masculino y lo femenino.

Los datos de salud disponibles para el análisis de género se recopilan por sexo, hombre y mujer. El análisis de género también incluye la incorporación de nuestra propia experiencia, la capacitación y el conocimiento de cómo ser hombre o mujer y lo que la sociedad (en especial, la familia y la cultura) espera de los hombres y las mujeres y la forma en que esto influye en la salud. Del mismo modo que la pregunta fundamental de quiénes quedan fuera, o no están representados, es importante incluir en el análisis de género una evaluación de dónde y cómo las experiencias y situaciones de las personas que no se identifican como hombres o mujeres, corresponden a las circunstancias descritas y cómo pueden satisfacerse sus necesidades particulares en la política, la planificación y la programación en la esfera de la salud.



¿Sabía usted que... en las Américas las mujeres, los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes suelen tener menos acceso a las prestaciones sociales y a los planes de atención de salud a largo plazo en comparación con los hombres y otros grupos étnicos? Las mujeres experimentan más interrupciones en su vida laboral que los hombres debido a sus roles relacionados con la maternidad, la crianza de los hijos y porque cultural y socialmente son las principales proveedoras de cuidado a enfermos y ancianos en la familia y la comunidad. Debido a que tienen menos acceso a seguros médicos y a planes de atención de salud relacionados con el empleo, las mujeres en algunos países latinoamericanos pagan hasta 60% más que los hombres por los gastos relacionados con la salud [4].

Datos que se necesitan para un
análisis de género





Datos requeridos para un análisis de género

Un análisis de género se fundamenta idealmente en datos e información cuantitativos (numéricos) y cualitativos (por ejemplo testimonios, narraciones, descripciones artísticas).

Datos cuantitativos

Como mínimo, un análisis de género requiere de la recopilación, presentación y análisis de los indicadores de salud y de los datos de vigilancia epidemiológica desglosados por sexo. Es decir, los datos de la población relacionados con los determinantes socioeconómicos de la salud¹, el estado de salud, resultados de salud, tratamientos utilizados, hospitalizaciones, causas de muerte, incidencia de las enfermedades y morbilidad, toma de decisiones, y provisión de servicios de salud -formales e informales-, deben ser registrados por sexo. Es importante que los datos no sólo se recopilen sino que se presenten desglosados por sexo.

Sexo no es una representación de género porque, como se mencionó, género considera lo que significa ser masculino o femenino sobre la base del sexo de las personas. Pero, la utilización de datos desglosados por sexo para el análisis, comparando las diferencias entre mujeres y hombres, constituyen el primer paso de un análisis de género. Tal como lo mostrarán los siguientes estudios de casos, hay información importante que está oculta cuando los datos se registran y se presentan para la totalidad de la población.

Siempre que sea posible, los datos deben registrarse, presentarse y analizarse con otras variables cuantitativas, tales como grupos de edad, niveles de ingreso, ubicación geográfica y pertenencia étnica, entre otros. Esto permitirá contar con una información más cercana acerca de cuáles mujeres y cuáles hombres están representados en los datos. Por ejemplo, se puede descubrir que las mujeres y los hombres de ciertos grupos de edad sufren más de un trastorno de salud particular, o que un mayor número de mujeres de cierta parte de un país de alguna forma son más sanas.

Debido a que el objetivo de un análisis de género es su utilización para promover cambios en las políticas, será mucho más valioso si los datos usados son pertinentes para el nivel de toma de decisiones relacionadas con la política de salud.

Datos cualitativos

Una descripción detallada de la salud de la población se mejora mediante la adición de datos cualitativos. Los conjuntos de datos estadísticos y las cifras de vigilancia, cuentan una parte de la historia. Las cifras describen lo que está sucediendo, y a veces dónde y quién, pero una comprensión cabal del por qué puede revelarse en las historias personales.

1: Entre los factores determinantes de carácter socioeconómico se encuentran educación, condiciones de empleo, disponibilidad de y acceso a alimentos, participación política, ingreso, y vivienda, y trabajo no remunerado

Los datos cualitativos suministran información acerca de experiencias y perspectivas personales, lo que les permite a las personas describir su vida y su avance hacia la salud o la enfermedad en el contexto de su cultura y otras circunstancias socioeconómicas.

Las preguntas bien planteadas y la asignación del tiempo necesario para dar respuestas completas también permiten que las personas hablen acerca de sus motivaciones, actitudes, comportamientos, decisiones, limitaciones y otros.

La investigación cualitativa se realiza en los entornos naturales, y suele utilizar numerosos métodos basados en las experiencias vividas por las personas. Los métodos se clasifican en tres categorías: escucha de relatos, observación del comportamiento y revisión de registros históricos (5).

La investigación cualitativa exige mucho trabajo y a menudo se basa en muestras bastante pequeñas, pero las preguntas utilizadas permiten que los participantes suministren información más completa acerca de sus experiencias, circunstancias y vida cotidiana. Puede resultar muy difícil comprender la experiencia de los grupos minoritarios mediante datos cuantitativos, pero la investigación cualitativa permitirá que los grupos minoritarios cuenten sus propias historias.

La investigación cualitativa también puede ser la única manera de conocer acerca de algunos grupos minoritarios, ya que las cifras que les corresponden en los conjuntos de datos cuantitativos quizá sean demasiado pequeñas para generar tasas que sean estadísticamente confiables y, por lo tanto, adecuadas para su publicación. Por otro lado,

las personas que están marginadas en una sociedad tal vez no estén incluidas ni identificadas en los datos cuantitativos que son generados por los mismos sistemas e instituciones formales a las que no tienen acceso. No obstante, a menudo, las experiencias de esas minorías pueden ser de gran interés para los planificadores y las instancias normativas que procuran atender las necesidades de quienes están expuestos a mayores riesgos dentro de la población. En este caso, los datos cualitativos pueden llenar un vacío en la información que se necesita para formular estrategias o programas apropiados.

Si la recopilación directa de datos cualitativos no es posible, entonces mediante una revisión de la bibliografía se encontrarán estudios que han examinado aspectos del tema en cuestión y suministran información que contribuirá al análisis de género y al conocimiento acerca de la situación sanitaria.

Los siguientes estudios de casos demuestran cómo utilizar el análisis de género para comprender más y hacer otras preguntas acerca de la salud de una población utilizando dos ejemplos diferentes, la infección por el VIH y los accidentes de transporte en Belice.



Estudios de caso

1. La infección por el VIH en Belice
2. Accidentes de transporte en Belice



Estudio de caso #1 | Infección por el VIH en Belice.^{2,3}

Un análisis de género puede ayudar a comprender cómo hacer planes para las necesidades de salud pública y de la comunidad en relación con una enfermedad crónica. En este ejemplo, analizaremos la infección por el VIH en Belice.

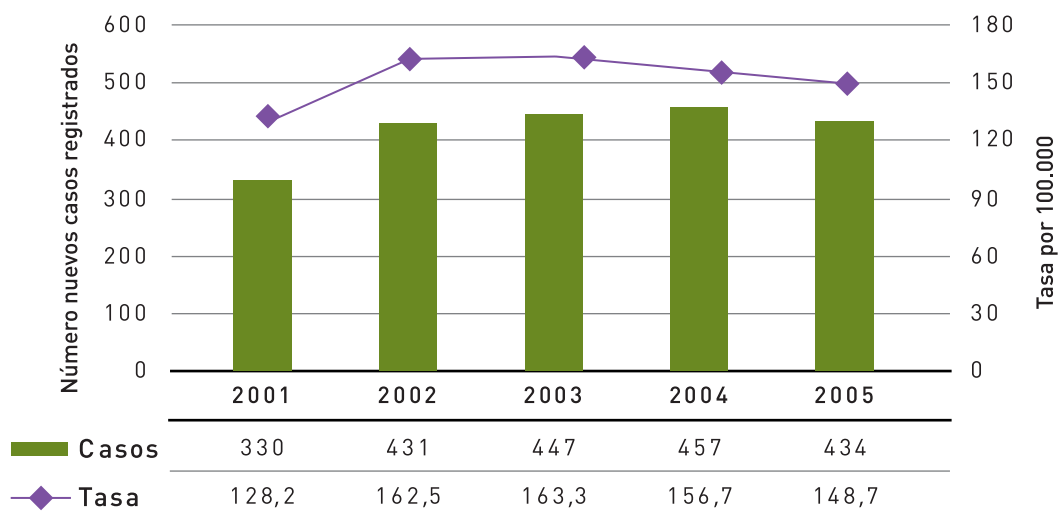
La infección por el VIH es un problema de salud con graves impactos sobre las personas, las familias y la sociedad en general. En Belice, los informes de la infección por el VIH desde 1986 hasta el 2005 muestran que 3.360 personas viven con la infección por el VIH, mientras que 762 han contraído el sida,

en una población de menos de 300.000 personas (3). En el 2005, la infección por el VIH se clasificó como la cuarta causa principal de muerte por causas definidas en la población beliceña.

¿Qué revela un análisis de género acerca de las mujeres y los hombres afectados por el VIH en Belice?

Esta es una descripción característica y neutra en cuanto a género acerca de la incidencia de la infección por el VIH:

Figura 1. Números de nuevos casos registrados por VIH y tasas de incidencia . Belice 2001 - 2005



2: A menos que se indique otra cosa, los datos mencionados en el estudio de caso provienen de **Health Statistics for Belize**, 2006. Unidad de Epidemiología, Ministerio de Salud, Belice.

3: Se presentan estos datos a fin de ilustrar el análisis de género y no representan un análisis integral de la infección por el VIH en Belice.

Según muestra la figura 1, el número anual de nuevos casos registrados de VIH aumentó en cerca del 30% en el quinquenio. A un aumento brusco ocurrido en el 2002 le siguió una nivelación en el número de casos de infección por el VIH hasta después del 2004, cuando se registró una disminución leve en los casos. Se observa una tendencia similar en las tasas de incidencia, aunque las tasas parecen descender antes. Esta tendencia tendría que continuar para tener la seguridad de que la incidencia de la infección por el VIH está disminuyendo en el país, ya que la tendencia podría estar reflejando solamente fluctuaciones o cambios aleatorios en la intensidad debido a iniciativas para identificar nuevos casos. Dado que solo una proporción pequeña (3 a 5%) de la población se somete a las pruebas para detectar el VIH, y quienes se hacen la

prueban no necesariamente representan a la población de Belice en su totalidad, estas tasas quizá no reflejen la verdadera incidencia de la infección, pero ellas son la mejor información a nuestro alcance acerca de la propagación de la infección por el VIH.

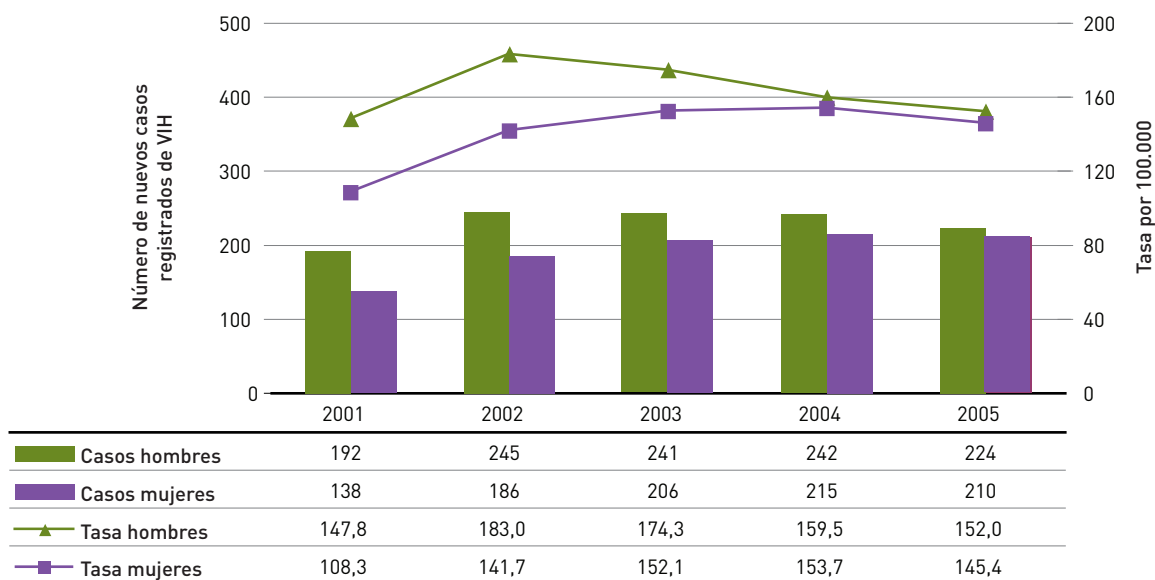
Estas cifras indican la propagación de la infección por el VIH en Belice en los últimos 5 años y algunos signos recientes de mejoramiento. Ante las noticias alarmantes de la devastación causada por la enfermedad en el África subsahariana y otras partes del mundo, los planificadores sanitarios en Belice están tomando medidas. Pero ¿cómo pueden los planificadores atender mejor las necesidades de la población? ¿Quiénes son los grupos poblacionales más vulnerables y en riesgo?



¿Qué observamos al considerar los datos desglosados por sexo?

La figura 2 amplía la información, al considerar los casos nuevos y la incidencia de la infección por el VIH en Belice desglosados por sexo. Ahora la descripción tiene alguna información nueva valiosa:

Figura 2. Números de nuevos casos registrados de VIH y tasas de incidencia, por sexo. Belice 2001 - 2005



La figura 2 muestra que el número de hombres que están contrayendo la infección por el VIH es mayor que el de mujeres, pero la diferencia entre los sexos está disminuyendo.

En Belice, las mujeres representan un número y una proporción cada vez mayores de nuevos casos registrados de infección por el VIH. En el 2005, de las 434 personas cuyos resultados fueron VIH seropositivos, 210 fueron mujeres. Esto representa un aumento de 52% en el número de resultados positivos de pruebas de mujeres desde el 2001, cuando se confirmaron 138 nuevos casos en mujeres. Para el 2005, el número de resultados positivos de pruebas de mujeres fue casi igual al de los hombres. De esta información podemos deducir que están convergiendo los casos registrados de hombres y de mujeres con infección por el VIH confirmada.

De igual manera, también está convergiendo la incidencia de infección por el VIH para las mujeres y los hombres. La figura 2 indica que ha habido una disminución en la incidencia de infección por el VIH para los hombres, al pasar de 183 casos confirmados de infección por el VIH por 100.000 hombres en el 2002 a 152 por 100.000 en el 2005. Sin embargo, las noticias no fueron tan buenas para las mujeres, cuya incidencia de infección por el VIH pasó de 108 a 145 en un lapso de apenas cinco años.

Ahora continúa el análisis por sexo con algunas consideraciones acerca de las diferencias de género:

Cabe señalar que estas tasas de nuevos casos de infección por el VIH no pueden suministrar la tasa verdadera de infección (o tasa verdadera de incidencia) en la población, sino solamente los casos de las personas que se han sometido volun-

tariamente a las pruebas. El número de mujeres que se han hecho la prueba del VIH ha aumentado extraordinariamente desde el 2001 y para el 2005 representaba cerca de 60% de todas las personas que se hacen la prueba. Por lo tanto, el aumento de la incidencia de la infección por el VIH entre las mujeres durante este período puede atribuirse, en parte, a que se ha llegado hasta un mayor número de mujeres y, por ende, ha aumentado la cifra de las que se hacen la prueba.

Sin embargo, los resultados de este análisis también pueden reflejar una feminización real de la infección por el VIH en Belice, lo que sería congruente con los resultados de otra investigación referida a las Américas en donde, la proporción de mujeres entre las personas diagnosticadas con el sida en las Américas subió de 6% en 1994 a 31% en el 2005. Esta tendencia se ha observado en todas las subregiones de las Américas (4).

En Haití y otras naciones del Caribe, el sida es una epidemia heterosexual, profundizada por la desigualdad de género y el comercio del sexo. La mitad de las personas que viven con sida son mujeres y las mujeres jóvenes tienen 2,5 veces más probabilidades de estar infectadas con el VIH en comparación con los hombres jóvenes (4).

La vulnerabilidad de las mujeres de contraer el VIH durante las relaciones sexuales vaginales es mayor que la de los hombres, debido a la mayor extensión de la zona de exposición al virus durante la relación sexual. Esta vulnerabilidad fisiológica usualmente se incrementa debido a la mayor vulnerabilidad de las mujeres al sexo forzado y a la violencia; es decir, las mujeres tienen menores probabilidades



que los hombres para negociar prácticas sexuales menos peligrosas, o de negarse a las relaciones sexuales. Algunas mujeres son vulnerables a la infección por el VIH porque ellas mismas o sus parejas tienen varios compañeros sexuales.

Las consecuencias del aumento de la infección por el VIH entre las mujeres son de amplio alcance, con graves consecuencias para las mujeres mismas y

para la naturaleza y la repercusión de la epidemia. El aumento de la infección por el VIH en las mujeres además es una amenaza por el aumento del riesgo de transmisión de la madre al feto o a los lactantes que están amamantando. No cabe duda de que es fundamental seguir vigilando las tasas de infección por el VIH y el sida en Belice, recopilando y reportando los datos por separado para los hombres y las mujeres.

Cincuenta y seis por ciento de las mujeres beliceñas de 15 a 49 años de edad que están casadas o viviendo en unión dicen que utilizan un método anticonceptivo. Solo 2% de las mujeres utilizan un condón (masculino) (7). No se sabe con certeza si estos datos incluyen a las mujeres que usan (o hacen que su pareja los usen) condones para protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual y no solo para finalidades anticonceptivas. Sin embargo, los datos de otros países confirman las tasas bajas del uso de condones en el contexto del matrimonio y otras uniones.

Mediante la utilización de datos desglosados por sexo y teniendo en consideración las diferencias de género que influyen en los riesgos y los efectos de la infección por el VIH, los planificadores sanitarios pudieran hacerse las siguientes preguntas:

→ ¿Han contribuido las iniciativas recientes de salud pública y de educación pública a la disminución leve de las tasas de incidencia para los hombres? ¿Han sido las iniciativas recientes igualmente exitosas para las mujeres?

→ ¿Hay diferencias para las mujeres y los hombres en cuanto al estigma social asociado con la infección por el VIH? ¿Cuál sería una causa de estigma para los hombres? ¿Cuál sería una causa de estigma para las mujeres? ¿Cómo influyen estos factores en la disposición de los hombres y las mujeres de someterse a las pruebas para detectar la infección por VIH?

→ ¿Hay diferencias entre las mujeres y los hombres en el acceso a los medicamentos antirretrovirales? Debido a que las mujeres tienden a asumir la responsabilidad de mayores costos de salud ¿cuáles son las consecuencias para las mujeres? El tratamiento y la cobertura ampliada de tratamiento mejoraron considerablemente en el período 2004-2006; no obstante, algunos sectores de la población (las personas más pobres) todavía pueden encontrar obstáculos al acceso. ¿Son evidentes las diferencias en el acceso para las mujeres?

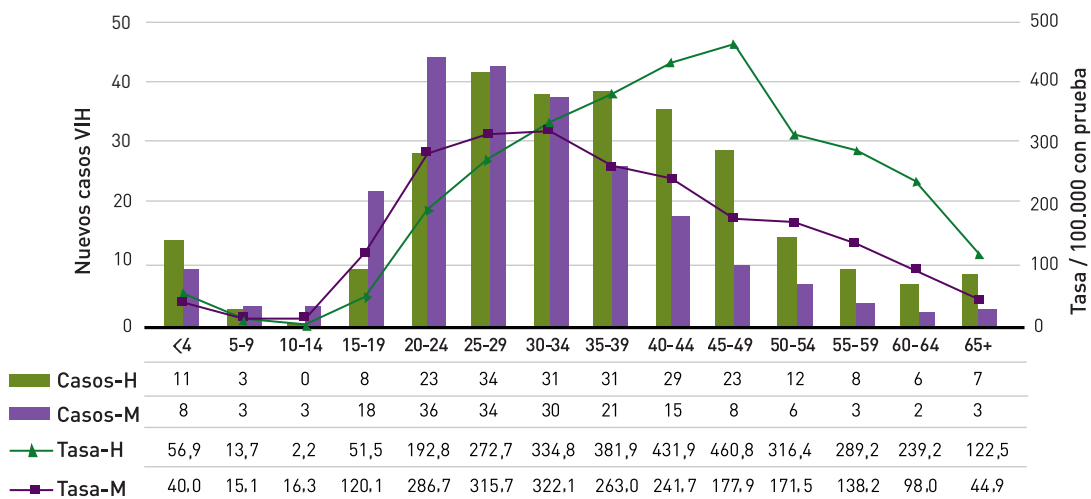
→ ¿Qué efectos pertinentes de género puede tener la globalización en las cuestiones relacionadas con la infección por el VIH? Considere, por ejemplo, las tendencias en la explotación de las mujeres, la trata de personas, el turismo, las migraciones y otros cambios sociales que se han asociado con la globalización.

¿Qué más revela un análisis de género?

Un análisis de género es más que una comparación entre mujeres y hombres; es también un análisis de la diversidad entre las mujeres y entre los hombres. Los datos acerca de la infección por el VIH también se recopilan por edad, y el análisis de género nos alienta a utilizar esta información para aprender más acerca de la población afectada.

La figura 3 muestra el número promedio de nuevos casos registrados de VIH y la incidencia de la infección en Belice desglosados por sexo y edad a lo largo de un quinquenio, desde el 2001 al 2005.

Figura 3. Números de nuevos casos registrados y tasa de incidencia de VIH por sexos y edad. Belice. Promedios para 2001 - 2005



Al igual que sucede en otras partes del mundo, los nuevos casos de infección por el VIH se han encontrado en forma desproporcionada entre los adultos más jóvenes. Sin embargo, al considerar la distribución de los nuevos casos por sexo y por edad se observa una **carga relativamente mayor de infección por el VIH en mujeres adolescentes y adultas jóvenes en comparación con los hombres de la misma edad.**

Entre los hombres, las cifras más altas de casos de infección por el VIH se encontraron entre los de 25 a 29 años entre el 2001 y el 2005. Por otro lado, entre las mujeres, el número máximo de casos ocurrió en mujeres de 20 a 24 años. De hecho, **las infecciones por el VIH eran mayores en las mujeres que en los hombres en todo el intervalo de edades de 10 a 24 años; mientras que los hombres de 35 a 49 años parecían tener un riesgo mayor para la infección por el VIH con respecto a las mujeres.** El riesgo de infección por el VIH parece ser particularmente alto para los hombres de 40 a 49 años de edad, cuyas tasas de incidencia están por encima de 430 por 100.000, lo que muestra que los hombres de esta edad contraen la infección por el VIH en números desproporcionadamente altos en comparación con el tamaño de la población. Cabe señalar que aproximadamente 85% de las nuevas infecciones registradas por el VIH en mujeres ocurren en los años reproductivos (15 a 49 años).

La infección por el VIH detectada en niñas de 10 a 14 años de edad es motivo de especial preocupación si la transmisión en este

grupo de edad ocurre a través del contacto sexual. Mediante esta información y los conocimientos locales acerca de si las niñas son sexualmente activas por razones económicas, o debido al abuso sexual o a la trata de personas o por alguna otra razón, es posible desarrollar intervenciones de salud pública especiales para ellas.

Preguntas que los planificadores sanitarios deben hacerse a partir de análisis de género

Este análisis de género suscita varias preguntas importantes:

- ¿Cuáles son las consecuencias de la infección por el VIH en niñas (de 10 a 14 años)? ¿Hay programas para protegerlas, así como para prevenir que continúe la transmisión a otros compañeros sexuales o por el embarazo y el parto?
- ¿Cómo pueden adaptarse las iniciativas de salud pública y de educación pública para abordar las necesidades de las mujeres y las niñas en Belice, en especial en cuanto a las responsabilidades hacia la familia y la comunidad? ¿Qué puede aprenderse de las iniciativas exitosas de otros países para prevenir el aumento de la incidencia de la enfermedad en las niñas y las mujeres?
- ¿Qué factores contribuyen al número tan alto de casos entre los hombres jóvenes y la incidencia alta de infección por el VIH entre hombres de edad madura? ¿Cómo contribuyen el abuso del alcohol y otras sustancias psicotrópicas, el tra-

bajo que exige viajes lejos de la familia, así como las expectativas sociales de que los hombres incurran en comportamientos sexuales de riesgo de contraer la infección? ¿Qué iniciativas han tenido éxito al intervenir en las causas de riesgo para los hombres?

- ¿Cómo influyen los roles de los hombres -principalmente el asignado socialmente como proveedores-, las normas sociales de independencia y comportamientos de riesgo, las expectativas sociales en cuanto a estoicismo y condiciones de trabajo, en que ellos se sometan o no a las pruebas para detectar la infección por el VIH? ¿Cómo pueden reducirse las barreras sociales, económicas, culturales o propias del lugar de trabajo que obstaculizan las pruebas de detección de la infección por el VIH?

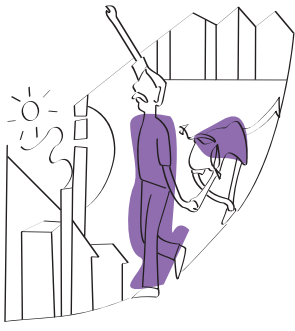
Recopilación de otra información para un análisis de género y para la política de salud pública sensible al género.

Por último, el análisis de género suministra evidencia que puede usarse para elaborar e implementar políticas y programas especiales que reducirán las inequidades y mejorarán la salud:

El inicio temprano de la actividad sexual y la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) se reconocen como problemas de salud pública importantes en relación con la infección por el VIH en Belice. Sin embargo, también es fundamental reconocer las diferentes vulnera-

bilidades físicas, sociales y psicológicas de las mujeres, en especial de las mujeres jóvenes. Las mujeres son más susceptibles fisiológicamente a la transmisión de la infección por el VIH y otras ITS. En general, las niñas llegan a la madurez sexual antes que los varones, tienen mayores probabilidades de tener relaciones sexuales forzadas (en comparación con los varones y las mujeres mayores) y es más común que tengan parejas sexuales de más edad y que estén más expuestas a factores de riesgo de infección por el VIH (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, numerosas parejas, uso de drogas inyectables).

Los roles de género y las desigualdades de poder entre hombres y mujeres limitan la capacidad de las mujeres para insistir en prácticas sexuales menos riesgosas. Las mujeres jóvenes tienen más dificultades para iniciar o insistir en prácticas sexuales menos riesgosas en comparación con las mujeres más maduras. El mayor desempleo entre las mujeres, ingresos menores, mayor probabilidad de vivir en la pobreza y mayor marginación también aumentan la probabilidad de que las mujeres y las niñas recurran al comercio del sexo, tengan varias parejas para lograr seguridad económica, o participen en actividades de alto riesgo como el uso de drogas inyectables, todo lo cual las expone a un mayor riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual. También la violencia sexual contra la mujer las expone al riesgo de contraer la infección por el VIH y otras ITS.



Este análisis ha puesto de relieve algunas semejanzas y diferencias importantes con respecto a la infección por el VIH entre los hombres y las mujeres de Belice. Los datos muestran una tendencia según la cual las tasas de nuevos casos de infección por el VIH entre hombres y mujeres convergen; esto reviste importancia para el futuro de la epidemia en Belice. Los datos también han revelado una distribución de los casos a una edad menor en las mujeres que en los hombres. Junto con un mayor conocimiento de las vulnerabilidades sociales de las mujeres en el contexto de sus relaciones, esta información puede ayudar a fundamentar los esfuerzos de prevención de la infección por el VIH.



Estudio de caso #2 | Accidentes de transporte en Belice^{4,5}

Los accidentes de transporte en Belice cobran muchas vidas y ocasionan lesiones graves con costos elevados para las personas y sus familias, y tienen repercusiones económicas por los recursos necesarios para cubrir los costos de los servicios médicos y sociales que apoyan el tratamiento y la rehabilitación.

Este estudio de caso examina en qué forma un análisis de género puede profundizar nuestra comprensión de los datos sobre los accidentes de transporte.

El crecimiento urbano, en toda América ha aumentado la necesidad de transporte y esto, a su vez, ha conducido a un aumento de los riesgos de traumatismos [4].

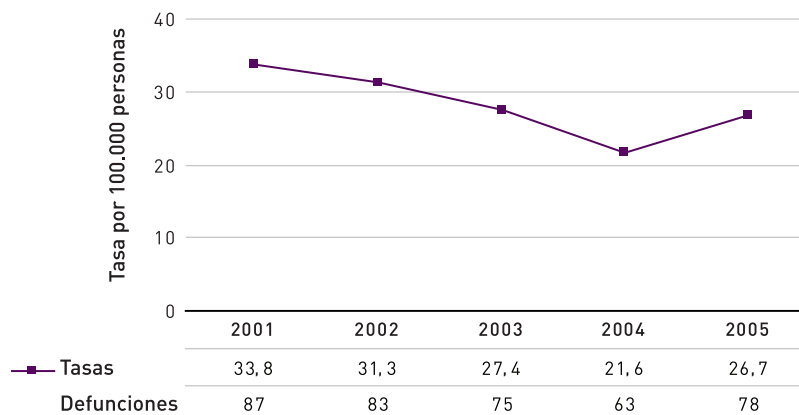
Análisis de los accidentes de transporte sin considerar asuntos de género:

A continuación se presenta lo que muestra un análisis usual de las defunciones y los traumatismos debidos a accidentes de transporte de la población de Belice:

En el 2005, en Belice murieron 78 personas debido a los accidentes de transporte. Esto representa 5,7% de todas las defunciones de ese año, con lo cual los accidentes de trans-

porte se convirtieron en la cuarta causa principal de muerte en el país. No obstante, están ocurriendo menos muertes debidas al transporte en comparación con años pasados. Según muestra la figura 1, en los últimos años, la tasa de defunción por accidentes de transporte descendió de 34 a 27 defunciones por 100.000 habitantes, es decir, una disminución general de 20%.

Figura 1. Tasas de mortalidad por accidentes de transporte. Belice 2001-2005



4: A menos que se especifique otra cosa, todos los datos de este estudio de casos provienen de la publicación Health Statistics for Belize, 2006. Unidad de Epidemiología, Ministerio de Salud, Belice.

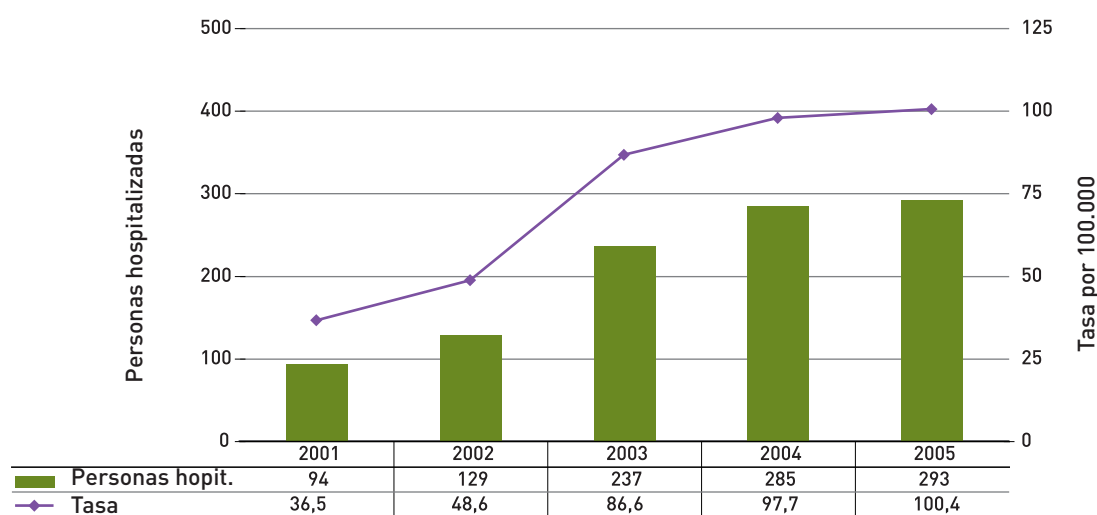
5: Estos datos se incluyen para ilustrar el análisis de género y su finalidad no es presentar un análisis integral de los accidentes de transporte en Belice.



Sin embargo, la figura 2 muestra un notable aumento de las tasas de hospitalización por traumatismos relacionados con el transporte. Los registros de los hospitales indican que, en el 2005, 293 personas recibieron tratamiento en los hospitales por traumatismos relacionados con accidentes de transporte, es decir tres veces más que el número tratado en el 2001. Por lo tanto, en el 2005 la tasa de hospitalización de los beliceños debido a esos traumatismos fue de 100 por 100.000 habitantes lo que equivale a una de cada mil personas. Por lo tanto, si bien es cierto que se ha observado una dis-

minución en el número de defunciones debidas a accidentes de transporte, el número de personas tratadas en los hospitales por causa de esos accidentes aumentó. No se puede determinar a partir de los datos si estas tendencias resultan de colisiones de transporte de menor gravedad con menos probabilidades de ser mortales, pero que ocasionan más traumatismos tratables, o si las tendencias observadas son el resultado de haber aumentado el número de personas que tienen acceso a la atención hospitalaria en caso de traumatismos en comparación con años anteriores.

Figura 2. Número de casos y tasas de hospitalización por lesiones debido a accidentes de transporte. Belice 2001 - 2005

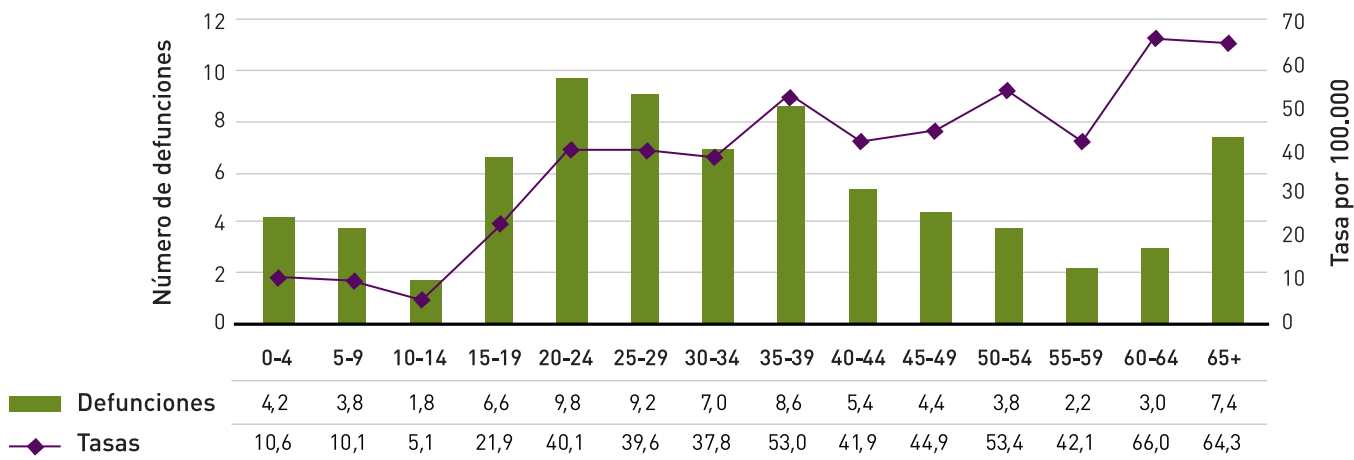


Como se entiende que la muerte accidental y los traumatismos están vinculados estrechamente con la edad, un análisis característico también separaría las defunciones y las hospitalizaciones por varias categorías de edad de la población:

Los datos de mortalidad promediados para el período 2001-2005 (figura 3) indicaron que 54% de las muertes por acci-

dentos de transporte ocurren en las personas de 15 a 39 años de edad. También, a los adultos mayores (de 65 o más años) corresponde un número desproporcionado de defunciones por accidentes de transporte, en relación con su proporción de la población. En consecuencia, observamos las tasas más elevadas de muerte en los adultos mayores.

Figura 3. Defunciones y tasas de mortalidad por accidentes de transporte, por edad. Belice, promedios para 2001 - 2005



A partir de este análisis, los planificadores pueden observar el valor de orientar las intervenciones hacia los adultos jóvenes y los adultos mayores. Sin embargo, se perdería alguna información que pudiera ayudarlos a ejecutar programas más eficaces y eficientes.



Agregar los datos por sexo

Cuando el desglose de datos por sexo se agrega al análisis, el resultado más sorprendente es la gran diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a las muertes y los traumatismos ocasionados por accidentes de transporte que requieren hospitalización:

En el 2005, 58 de las 78 muertes debidas a incidentes de transporte fueron hombres, mientras que las 20 restantes fueron mujeres. De igual manera, los hombres representaban 211 de 293 hospitalizaciones por traumatismos sufridos en accidentes de transporte. Por lo tanto, los hombres tenían casi tres veces la tasa de muertes debidas a accidentes de transporte y 2,5 veces la tasa de hospitalización por traumatismos relacionados con esos accidentes en comparación con

las mujeres (39,3 en comparación con 13,9 por 100.000 y 143,1 en comparación con 56,8 por 100.000, respectivamente)

Con estos datos desglosados y presentados por sexo se observa que aparentemente los hombres están expuestos a un riesgo de muerte y traumatismos que requieren hospitalización debido a accidentes de transporte mucho mayor que las mujeres (figura 4). Aunque las muertes de hombres han descendido en general durante los cinco últimos años, ha habido poco cambio en la tasa relativamente baja de defunciones en mujeres. Sin embargo, está aumentando el número de hombres y mujeres atendidos en los hospitales por traumatismos relacionados con los accidentes de transporte; ambas tasas de hospitalización casi se han triplicado desde el 2001 hasta el 2005 (figura 5).

Figura 4. Tasa de mortalidad por accidentes de transporte, por sexo. Belice 2001 - 2005

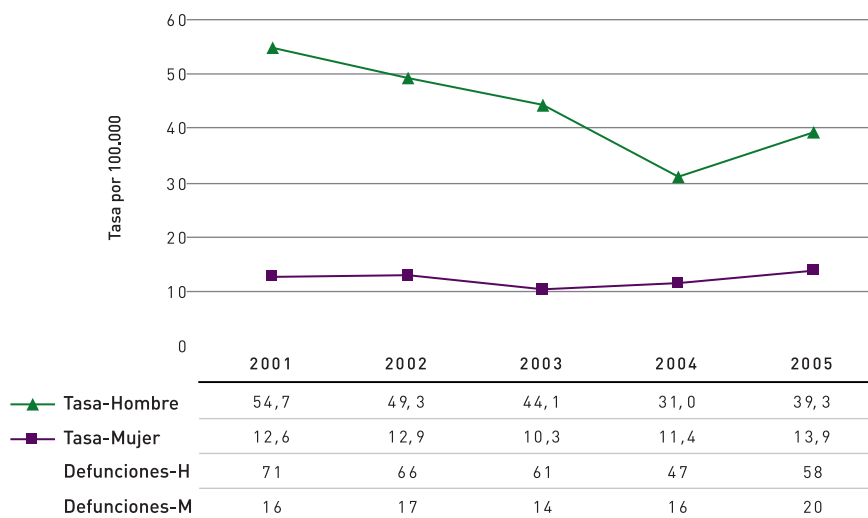
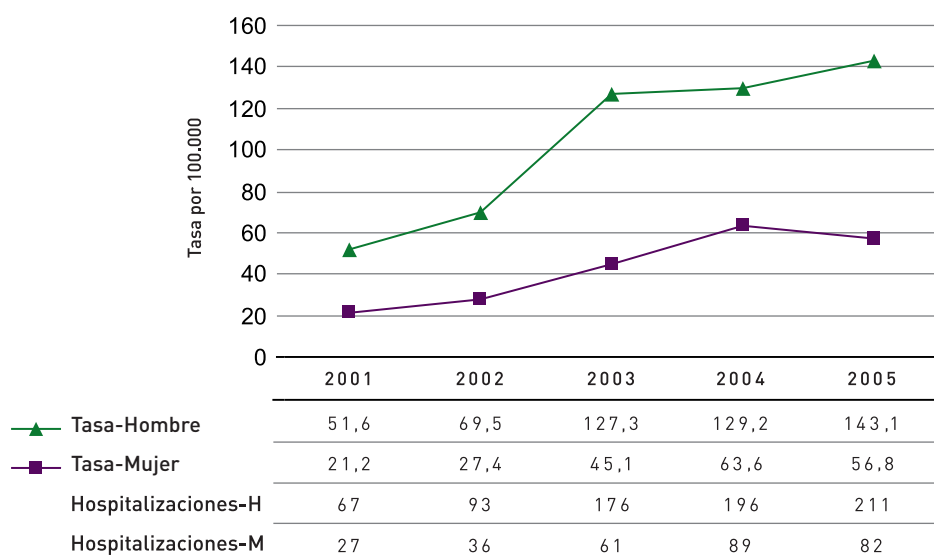




Figura 5. Tasa de hospitalización por lesiones debido a accidentes de transporte, por sexo. Belice 2001 - 2005



Factores de riesgo de colisiones, traumatismos, defunciones:

Velocidad: Los ocupantes de un automóvil que choca a 50 millas por hora tienen 20 veces más probabilidades de morir que los que chocan a 20 millas por hora.

Alcohol: El riesgo de los conductores involucrados en colisiones aumenta considerablemente a concentraciones de alcohol en la sangre de apenas 0,04% (muchas jurisdicciones en países de las Américas permiten hasta 0,08%).

Cansancio: Según un estudio, más de la mitad de los choques donde solo había un vehículo que era un camión pesado, se debieron al cansancio de los conductores, y en casi 18% de los casos, los conductores admitieron que se habían quedado dormidos.

Jóvenes: Los adolescentes, y especialmente los jóvenes de 16 y 17 años de edad, están en mayor peligro de morir o de sufrir traumatismos debidos al transporte en comparación con otros grupos de edad y su riesgo se triplica a altas horas de la noche.

Equipo de seguridad: Los cinturones de seguridad reducen en 43% los traumatismos en caso de colisiones frontales y hasta 77% en caso de vehículos que se vuelcan. Para los lactantes, los asientos para el automóvil en los que la cara del niño mira hacia atrás (cuando sean apropiados para el peso y talla del bebé) reducen todos los traumatismos en 76% y los traumatismos graves en 92%. [8]



En casi todos los países de las Américas se observan tasas más altas de defunciones de hombres por accidentes de transporte. En el cuadro 1 se muestran las tasas de mortalidad por accidentes de transporte de países seleccionados de los 39 que tienen tasas disponibles para el período 2000-2005. Los datos mostraron que la razón por sexo (M/H) de las defunciones debido a los accidentes de transporte en Belice (0,2:1) coincide con

la razón de otros países (16 de 39 países tenían una razón de 0,2:1). Los resultados también demostraron que los hombres de Belice tenían la tasa más elevada de defunción por accidentes de transporte (56,0 por 100.000 habitantes) y las mujeres tenían la segunda tasa de mortalidad más alta (12,9 por 100.000), entre estos 39 países de las Américas.

Cuadro 1: Tasas de mortalidad¹ por accidentes de transporte. Países seleccionados en las Américas. 2000-2005²

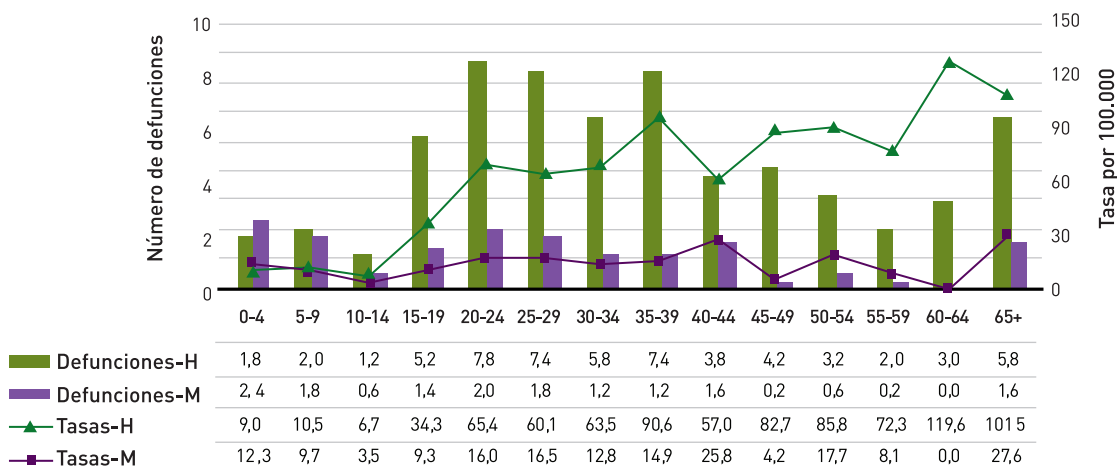
	Mujeres	Hombres	Razón M/H
Belice	12,9	56,0	0,2
Guatemala	1,2	5,3	0,2
México	7,1	28,5	0,2
Islas Turcas y Caicos	6,4	39,4	0,2
Brasil	8,5	37,6	0,2
El Salvador	11,0	42,3	0,3
Bahamas	10,4	39,6	0,3
Canadá	5,6	14,0	0,4
Estados Unidos	9,7	22,5	0,4
Haití	6,6	6,2	1,1

Fuente: Adaptado de: OPS. Género, Salud y Desarrollo en las Américas, Indicadores Básicos 2007.

Notas: 1. Tasas por 100.000 habitantes. 2. Último año disponible

¿Qué aprendemos considerando las tasas de mortalidad para los hombres y las mujeres por grupos de edad?

Figura 6. Defunciones y tasas de mortalidad por accidentes de transporte, por sexo y edad. Belice, valores promedio para 2001-2005



En el caso de los hombres jóvenes, de 15 a 39 años las tasas de mortalidad variaban de 35 a 90 defunciones por 100.000, lo que representa un promedio de 5 a 8 defunciones por año. Por el contrario, el riesgo de muerte de los niños era bajo (10 defunciones por 100.000 o menos). Los hombres de edad madura y mayores tenían un nivel de riesgo desproporcionado en comparación con su número, ya que las tasas de mortalidad promedio variaban de 80 a 120 defunciones por 100.000. Sin embargo, la tasa de mortalidad de mujeres y niñas varió muy poco; y las tasas de muerte de las mujeres jóvenes se mantuvieron por debajo de 16 defunciones por 100.000 (2 o menos defunciones por año).

Los hombres jóvenes también tienen mayores probabilidades de ser hospitalizados por traumatismos en comparación con los hombres de otras edades y las mujeres. Por ejemplo, en el período 2001-2005 la tasa de hospitalización por accidentes de transporte

para hombres de 20 a 24 años fue de 218 por 100.000, lo que representa cerca de 130 hombres por año. Por el contrario, la tasa para las mujeres en este intervalo de edades fue de 62,5 por 100.000, lo que representa 39 mujeres tratadas en los hospitales por traumatismos. Sin embargo, tanto los hombres como las mujeres de esta edad experimentaron los aumentos mayores en cuanto a la hospitalización, es decir, cuatro veces el número de personas tratadas en 2005 en comparación con el año 2001.

Por lo tanto, los hombres de 15 a 39 años resaltan como las personas que sufren las peores consecuencias en los accidentes de transporte ya que en comparación con las tasas de las mujeres, su tasa de muerte es **más de cuatro veces superior y su tasa de traumatismos tratados en hospitales es casi el triple**. De igual manera, cada vez es más común que las mujeres jóvenes necesiten tratamiento para esos traumatismos.



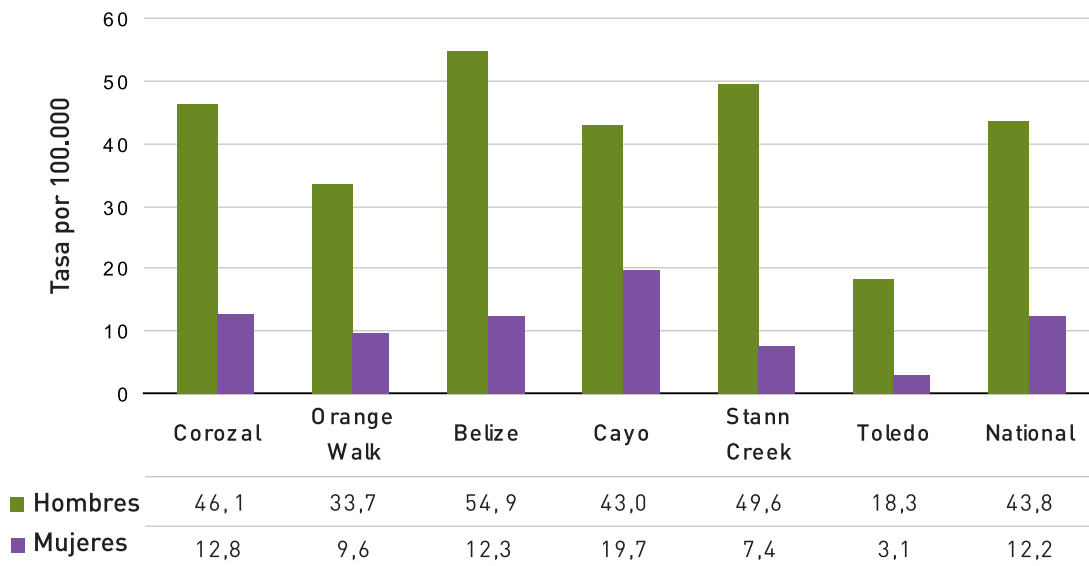
Ampliación del análisis de género. ¿Qué puede aprenderse cuando se consideran los datos más localmente?

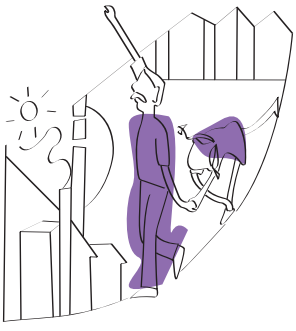
Es posible aprender mucho si los datos se examinan también por distrito geográfico.

Los hombres que viven en el distrito de Belice muestran el riesgo más alto de muerte por accidentes de transporte (figura 7). Los datos promediados para 2001-2005 mostraron que la tasa de mortalidad por accidentes de transporte para los hombres de este dis-

trito fue de aproximadamente 55 por 100.000 habitantes, cifra que es tres veces superior a la tasa para los hombres del distrito Toledo. El número mayor de muertes en el distrito puede asociarse con el aumento de los accidentes de transporte relacionados con la industria pesquera y transportista, las condiciones de transporte urbano en la ciudad de Belice, u otros factores que deben estudiarse más a fondo. Como la diferencia entre los hombres y las mujeres es mayor en este distrito que en otros, es probable que los factores que intervienen también estén asociados con las **diferencias de género**.

Figura 7. Tasas de mortalidad por accidentes de transporte, por sexo y Distrito. Belice, promedios para 2001-2005





Preguntas que deben hacer los planificadores en el ámbito de la salud:

El análisis de género busca más información haciendo más preguntas:

¿Cuáles roles de género, responsabilidades, acceso al transporte, movilidad y necesidades predominantes en el lugar pudieran ser la razón de las diferencias en las experiencias de hombres y mujeres en cuanto a defunciones y traumatismos resultantes de transporte?

Una gama de usuarios de las vías (peatones, ciclistas, motociclistas, choferes, transporte público) con diversos niveles de vulnerabilidad y de capacitación y educación sobre seguridad pueden influir en las tasas de accidentes y traumatismos. ¿En qué forma las diferencias de sexo y de edad en cuanto a la utilización de las vías influyen en las tasas de traumatismos y defunciones por accidentes de transporte?

¿Qué sabemos acerca de la vida y las circunstancias de los hombres jóvenes de Belice?

¿Cómo influyen en sus riesgos de muerte y de traumatismos sus roles, responsabilidades y condiciones laborales? ¿Con qué estrategias podrían abordarse las circunstancias sociales que exponen a los hombres al riesgo de accidentes de transporte? ¿Por ejemplo, podrían otras oportunidades de recreación que sean seguras, tales como un aumento de las señales de tránsito, diferentes procedimientos para obtener la licencia de conducir, o políticas mejoradas en el lugar de trabajo, reducir los riesgos para los hombres?

¿Qué factores han contribuido en los últimos años a la disminución de la mortalidad de hombres por accidentes de transporte?

¿Qué sucede con las mujeres? ¿Qué sabemos acerca de la vida y los medios de transporte utilizados por las mujeres que han hecho disminuir el número de defunciones, pero han aumentado las tasas de hospitalización? ¿Han influido en estas tasas los cambios en las funciones de las mujeres (por ejemplo, más mujeres en la fuerza laboral, mayor aceptación del consumo de alcohol por las mujeres)?

¿Se especifican las diferentes consecuencias de los accidentes de transporte en mujeres y hombres, desglosado por tipo de residencia rural o urbana, por grupo de ingresos o empleo?

¿Al considerar proyectos actuales y futuros de tránsito, ¿cómo podemos evaluar su posible repercusión en hombres, mujeres, hombres jóvenes y mayores? ¿Cómo pueden evitarse los riesgos?

¿Qué otro tipo de información se necesita para el análisis de género?

¿Qué dice la bibliografía acerca de las diferencias de género en el comportamiento al conducir vehículos y la relación con las tasas de accidentes?

¿Qué sabemos acerca de los tipos de accidentes del transporte que ocurren? ¿Cuántos son terrestres, marinos y aéreos? ¿Quién es más vulnerable en los accidentes de transporte terrestre: ¿los conductores, los pasajeros, los peatones, los ciclistas? ¿Cuáles medios de transporte –públicos o par-

ticulares- presentan mayores accidentes?
 ¿Qué otra información pueden suministrar los reclamos a los seguros, los datos recabados por la policía y otras estadísticas acerca de las muertes y las lesiones debidas al transporte?

¿Qué actitudes y comportamientos locales influyen en la disponibilidad y el uso de dispositivos o medidas de seguridad que podrían reducir los accidentes de tránsito y sus consecuencias?

¿Cómo puede un análisis de género aportar información para satisfacer las necesidades de los programas y las políticas?

¿Necesitan los hombres y las mujeres diferentes tipos de educación sobre seguridad vial y la mejor manera de conducir vehículos?

¿Tienen los jóvenes o los ancianos diferentes necesidades?

¿Qué cambios en el transporte y en las vías quizá mejorarían la seguridad de los peatones y atenderían las necesidades, circunstancias, la situación de vida de hombres, mujeres, jóvenes o ancianos?

¿A quién debería usted incluir en la elaboración de una estrategia sensible a las cuestiones de género?

La reducción de las muertes y los traumatismos relacionados con el transporte en hombres y mujeres exige una planificación

coordinada para evitar accidentes, atender los peligros en el lugar de trabajo y en la comunidad y mejorar las medidas preventivas que pueden reducir al mínimo los riesgos y los daños a las personas. La comprensión de las influencias de las desigualdades de género y las diferencias de sexo en los resultados, así como los riesgos en las actitudes, el comportamiento y las situaciones pueden ayudar a los planificadores de salud pública y a sus asociados de la comunidad a preparar programas, políticas e infraestructuras que mejoren la eficacia y eficiencia de la prevención y el tratamiento.

¿Quiénes deben participar en la planificación de los programas, las políticas y las iniciativas para evitar los accidentes de transporte y proteger mejor a los hombres jóvenes de graves consecuencias? Por ejemplo, ¿qué industrias locales pueden participar, qué organizaciones comunitarias y funcionarios del gobierno, etc.?

¿Cómo pueden tenerse en cuenta las opiniones de las mujeres y los hombres acerca de las mejores opciones para el transporte y las no relacionadas con el transporte para satisfacer las necesidades locales?

Conclusiones:



Conclusiones: Preguntas para responder en un análisis de género

El análisis de género formula una serie de preguntas a partir de la información que se tiene al alcance, que puede ser cuantitativa y cualitativa, comenzando con preguntas acerca de diferencias muy básicas entre hombres y mujeres y luego indagando aún más para comprender las diferencias entre grupos de mujeres y entre grupos de hombres.

Las primeras preguntas que se hacen permiten que un análisis de género comience con toda la información disponible y determine qué otra información se necesita.

Investigación de los datos:

- ¿Qué información o datos tiene acerca de los hombres y qué sabe acerca de las mujeres?
- ¿Cuáles son las diferencias para las niñas y las mujeres, los niños y los hombres a diferentes edades?
- ¿Cuáles son las diferencias para las niñas, las mujeres, los hombres y los niños en distintas partes del país? ¿En las comunidades rurales o urbanas? ¿En diferentes comunidades étnicas? ¿En diferentes grupos socioeconómicos?

Investigación de otras fuentes de información:

- Cuando usted está recopilando información ¿ha buscado y encontrado estadísticas y otros tipos de datos (incluida información cualitativa) tanto para mujeres como para hombres?
- ¿Ha buscado y podido encontrar investigación actualizada y pertinente sobre las diferencias entre los sexos, diferencias

de poder social, oportunidades y barreras, y discriminación racial para utilizar en su trabajo?

La interpretación de los datos y la información exigen conocer mejor las condiciones locales:

Consideración del conocimiento local sobre género:

- ¿Ha considerado las formas en que los roles de género, las normas y las expectativas sociales pueden crear diferentes tipos y grados de riesgo o de necesidades entre las mujeres y los hombres?
- Ha pensado en las presiones que soportan y las necesidades de diferentes grupos de mujeres y hombres:
 - ¿tendencias en la migración urbana o rural y en los desplazamientos?
 - ¿de estratos socioeconómicos diferentes?
 - ¿de bajos ingresos y adinerados?
 - ¿jóvenes en comparación con mujeres y hombres mayores?
 - ¿cultural y racialmente diversos?
 - ¿lesbianas, homosexuales, bisexuales, dos-espíritus, transgéneros y/o heterosexuales?
 - ¿sin domicilio fijo o indigentes?
 - ¿las y los que se ocupan del comercio del sexo para sobrevivir?
 - ¿las y los que tienen conflictos con el sistema judicial?
- ¿Ha adaptado su trabajo al grupo especial con el que estará trabajando, tomando en consideración estos factores?



Participación de los ciudadanos:

- ¿Ha consultado a los organismos y personas locales? ¿Quiénes son sus asociados en la comunidad? ¿Ha comprendido adecuadamente las inquietudes y las perspectivas tanto de los hombres como de las mujeres en su programa o política?
- ¿Ha considerado en qué forma los roles y las expectativas de género facilitarían o dificultarían a mujeres y hombres para involucrarse, acceder y utilizar su estudio, programa o política?
- ¿Apoya su estudio, programa o política tanto a mujeres como a hombres? Si usted está centrándose en un sexo, puede explicar ¿por qué?

Consecuencias de política:

- ¿Qué autoridad sanitaria (por ejemplo, una autoridad sanitaria en particular de nivel distrital o un departamento nacional de salud) puede hacer cambios de políticas para mejorar los asuntos de salud que muestran sus datos? ¿Tienen las autoridades sanitarias en diferentes distritos o regiones políticas similares para reducir las diferencias en las personas que emigran?
- Y por último, pregunte: ¿Quién no está incluido en los datos y la información? ¿Qué debe hacerse para incluir a las personas que no están en los datos numéricos y la bibliografía y las consultas de apoyo?

Ejemplo del análisis de género:

Más hombres mueren debido a la cardiopatía isquémica en todas las regiones de las Américas y de neumonía y gripe en 6 de las 8 regiones. En último término, el análisis de género pone de relieve las influencias, omisiones y consecuencias de nuestro trabajo [3].



Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD46.R16: Política en Materia de Igualdad de Género de la OPS. Organización Panamericana de la Salud, 2005.
2. Health Canada. Exploring Concepts of Gender and Health. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services. Canadá, 2002.
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, 2007; Volumen II: Países, Belice. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2007.
4. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, 2007; Volumen I: Regional. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2007.
5. Kirby SL, Greaves L, Reid C. Experience Research Social Change: Methods Beyond the Mainstream. Segunda Edición. Toronto: Broadview Press, 2006.
6. Donner, L. Gender in Health Planning: A Guide for Regional Health Authorities. Prairie Women's Health Centre of Excellence, 2005.
7. Organización Panamericana de la Salud. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2007. Washington, DC: OPS, Unidad de Género, Etnicidad y Salud, 2007.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el transporte, 2004 (2004 World Report on Road Traffic Injury Prevention). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud