



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

Elementos para elaborar un Perfil de Género y Salud



Elementos para Elaborar un Perfil de Género y Salud

**Harpa Isfeld
Margaret Haworth-Brockman
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 en 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 los 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
- Un marco de referencia para el perfil
- Recursos necesarios para un perfil
- Presentación de la información en un perfil de género y salud
 - Paso 1:** Introducción
 - Paso 2:** Descripción de los datos y sus limitaciones
 - Paso 3:** Análisis de género y presentación de los datos
 - Paso 4:** Análisis de la bibliografía y debate
 - Paso 5:** Conclusiones y lecciones aprendidas
 - Paso 6:** Consecuencias de política y recomendaciones
- Consideraciones generales para la presentación del perfil
- Referencias
- **Anexo A:** Ejemplos de marcos de referencia para perfiles de género y salud
- **Anexo B:** Glosario
- **Anexo C:** Diagrama de flujo para presentar un perfil de género y salud
- **Anexo D:** Plantillas ilustrativas para el desarrollo de perfiles



Introducción

Esta guía describe cómo elaborar y presentar un perfil de género y salud para la formulación de políticas y la planificación sanitarias.

Un perfil de género y salud es un resumen de datos e información relacionada que describe la salud y sus factores determinantes para una población dada. El análisis de género se utiliza para comprender en qué forma los datos desglosados por sexo y otras variables relevantes se relacionan para visibilizar la situación de salud de hombres, mujeres, niñas y niños. La salud de una población descrita en un perfil se fundamenta en una serie de indicadores o mediciones, sobre asuntos o problemas claves de salud. Los indicadores deben ser fáciles de medir y comprender, susceptibles de ser abordados en algún nivel de las políticas, y de ser utilizados para medir el progreso en la reducción de las desigualdades y el mejoramiento de la salud de la población. Dado que los indicadores de salud proveen descripciones sencillas y prácticas de aspectos del estado de salud o de las influencias en la salud, es posible utilizarlos para alentar a los profesionales, a las instancias normativas y al público general a que adopten medidas para mejorar la salud.

Los perfiles pueden diferir en su nivel de complejidad. Es posible elaborar un perfil para un solo problema de salud o para varios problemas. Un perfil que incluye varias áreas temáticas y muchos indicadores, proporciona

una comprensión más profunda de la salud y puede ayudar a descubrir diferencias sutiles en los contextos locales y nacionales.

Los indicadores son medidas concretas; permiten realizar comparaciones entre grupos de la población, lugares o a lo largo del tiempo, para determinar en quienes y dónde sería necesario hacer cambios y mejoras, así como medir en qué grado los cambios han sido fructíferos.

El contenido de un perfil se basa en datos tanto numéricos (cuantitativos) como narrativos (cualitativos). Los datos numéricos dan una idea de lo que está sucediendo (por ejemplo, tendencias con el transcurso del tiempo, aparición de nuevas enfermedades o problemas de salud) y a **quién** está sucediendo (por ejemplo, qué personas están enfermas, dónde viven, qué tratamiento están recibiendo). Los datos numéricos describen la salud de la población en forma general, mientras que el análisis y la investigación estadística permiten comparar las variables desglosadas por sexo y edad, con otras variables complementarias. Sin embargo, los datos numéricos no son la única información suministrada en un perfil; la investigación académica actual, los documentos oficiales y los informes de la comunidad suministran otra información valiosa para un perfil acerca de **por qué** se observan las tendencias y **cómo** se llegó a ellos.

Esta guía describe la información y los pasos necesarios para presentar los datos relacionados con la salud en un perfil, utilizando un análisis de género. Sigue los métodos descritos en **Elementos para un análisis de género en las estadísticas de salud para la toma de decisiones**.

El objetivo es usar los datos, la bibliografía pertinente y un análisis de género para mejorar la salud, los factores determinantes de la salud y el desempeño del sistema de salud.



Un marco para el perfil

La Organización Mundial de la Salud define la salud ampliamente, como algo más que la presencia o la ausencia de enfermedad:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

Por lo tanto, un perfil de género y salud debe incluir una amplia gama de indicadores para la salud y los factores determinantes de la salud. Es decir, un perfil deberá incluir no solo indicadores clínicos de salud física y mental, sino también indicadores acerca de otras dimensiones de la vida de las personas.

Por ejemplo:

| Posibles indicadores clínicos de salud: | Posibles indicadores de salud no clínicos: |
|---|--|
| Tasas de enfermedades diagnosticadas | Ingresos |
| Visitas a hospitales | Educación y nivel de alfabetización |
| Visitas a médicos u otros clínicos | Acceso a servicios, incluso a la atención de salud |
| Datos de tratamiento | Capacidad de toma de decisiones |
| Medicamentos recetados | Tendencias migratorias |
| Tasas de mortalidad y causas | Condiciones laborales |
| Peso corporal | Exposición a contaminantes y toxinas |

Un **marco** describe cómo se relacionan entre sí los indicadores de un perfil y se utilizan juntos para suministrar una descripción amplia acerca de la salud. Puede crearse un marco en muchos aspectos, pero el marco elegido debe mencionar las áreas de interés en el perfil (como estado de salud, factores determinantes de la salud y desempeño del sistema de salud). Los indicadores aportan las medidas que contribuyen a la comprensión de género como determinante en las diferentes áreas temáticas de la salud. La meta es compilar, cuando sea posible, una

imagen clara de los factores que influyen en la salud.

Por ejemplo, una medida simple de la participación laboral expresa solo una idea breve de cómo y dónde están empleados los hombres y las mujeres. La información será más completa cuando se incluyan las tasas de empleo y desempleo, así como alguna medida y descripción del trabajo por cuenta propia. Todos estos factores (indicadores) inciden en la salud debido al estrés relacionado con el empleo precario, estacional o inestable.

La descripción se aclara con la presentación de datos sobre el empleo por nivel de educación, diferencias salariales, ingresos y en qué sector y ocupaciones se hace el trabajo (privado, público, de servicios, etc.). También sería importante considerar la distribución del trabajo remunerado y no remunerado entre las mujeres y los hombres en el hogar, ya que las mujeres suelen hacer más trabajo no remunerado que los hombres. Esta situación influye en el acceso de las mujeres a los planes de aseguramiento de salud y de jubilación que están asociados al trabajo remunerado. Cada uno de estos indicadores suministra más información acerca de la vida cotidiana y las influencias en la salud de las mujeres y de los hombres y ayuda a explicar dónde surgen las inequidades.

El marco del perfil es como la estructura de una casa. Suministra la estructura básica y define las habitaciones. Los indicadores, como el contenido y los muebles de una casa, dan detalles e información de mayor complejidad.

Para saber cuáles son las preocupaciones en cuanto a la salud y los indicadores a ser incluidos en el marco, se puede consultar a los interesados directos de la comunidad, tanto mujeres como hombres. Los indicadores elegidos para el perfil deben ser los que puedan cuantificarse y usarse para adoptar medidas destinadas a mejorar la equidad. Véase el Anexo A en el que figuran algunos ejemplos de marcos para un perfil.



Recursos necesarios para un perfil

Como se explicó en la introducción, un perfil no solo incluye datos desglosados por sexo. Un perfil de género y salud reúne datos desglosados por sexo, edad, nivel socioeconómico, grupo étnico, área geográfica y otras variables pertinentes, siempre que sea posible; también incluye aspectos relevantes de la bibliografía actual y un conocimiento práctico de las políticas vigentes a nivel nacional y/o local. En la elaboración de un perfil es importante contar con personal con conocimiento sobre la salud de las mujeres y los hombres de la comunidad, así como tener contacto con proveedores de atención sanitaria, planificadores de salud, trabajadores de organismos locales que pueden ayudar a describir las tendencias

con más detalles o a un nivel más focalizado si fuese necesario.

Recursos necesarios para cada indicador y un perfil:

- Datos desglosados por sexo y otras variables relevantes
- Investigación actual y bibliografía académica, informes del gobierno y la comunidad
- Personal que entiende las cuestiones de género y que tiene conocimientos prácticos de las políticas en el área temática
- Representantes de la comunidad y
- Otros expertos que pueden ayudar a interpretar los datos y la bibliografía en un contexto específico

Para cada indicador o conjunto de indicadores usted necesitará lo siguiente:

Datos del indicador de salud

Usted requerirá datos estadísticos para el indicador, recabados y notificados por sexo y de preferencia por edad, grupo étnico y estado socioeconómico. Siempre que sea posible, utilice los datos más recientes y completos para la región, el país o el lugar. El indicador será particularmente valioso si se cuenta con datos para el nivel donde se formula la política.

En algunos casos quizá no se disponga de todos los datos necesarios, o tal vez no estén desglosados por sexo. Para algunos indicadores es posible utilizar datos proxy -que acercan al tema en cuestión y que pueden dar alguna idea de las medidas actuales- para describir lo que debe medirse y reportarse.

Ejemplo de datos proxy: Los datos acerca de un grupo étnico particular quizá no estén al alcance, o quizá no pueden separarse de un conjunto más grande de datos. Sin embargo, los datos del censo pueden suministrar información acerca de las zonas geográficas donde hay proporciones altas del grupo étnico en cuestión. Luego, pueden usarse los datos a nivel de áreas como un **proxy** del grupo étnico.

Asegúrese de destacar dónde hay brechas de la información, o dónde los datos deben recopilarse y reportarse por sexo en el futuro.

Es apropiado presentar informes sobre un sexo solamente si la afección o enfermedad es específica para uno de los sexos. Por ejemplo, la morbilidad y la mortalidad maternas afectan solamente a las mujeres, mientras que el cáncer de la próstata afecta solamente a los hombres. Sin embargo, es necesario el análisis de género para mostrar cómo influyen los roles de género en estas condiciones de salud.

Bibliografía actual

Los datos del perfil se presentan en el contexto de la bibliografía académica y de la investigación actual, en informes de las organizaciones no gubernamentales y del gobierno, y en documentos de la comunidad. Se utiliza la bibliografía de todas estas fuentes para describir lo que ya se ha aprendido acerca del indicador. Esto incluiría la investigación y los informes médicos y clínicos, artículos acerca de métodos de tratamiento, tendencias en la salud de la población y en la salud social, políticas y estrategias gubernamentales, así como información sobre los problemas y las iniciativas locales. Parte de esta bibliografía será específica para uno u otro sexo, pero gran parte de ella **no lo será**. Utilice la bibliografía recopilada si aumenta o mejora la comprensión de las diferencias entre mujeres y hombres (por ejemplo si tienen diferentes síntomas de un problema específico de salud), o los efectos de los roles de género en el indicador (**por ejemplo si las mujeres o los hombres tienen diferentes probabilidad de acceder a los servicios de salud**).

Debido a que el empleo influye en la salud no sólo a través de los ingresos sino debido al estrés en el lugar de trabajo, el ejemplo de trabajo y empleo (página 2) se enriquecería más con datos de informes y artículos locales,

nacionales y regionales acerca de las tendencias laborales, las oportunidades económicas y los cambios recientes, las migraciones y los modelos laborales, y quizá, el empleo de hombres y mujeres del lugar a todo lo largo de la vida y las divisiones de las labores domésticas entre mujeres y hombres. Los informes de organismos locales pueden aportar conocimientos importantes de la comunidad acerca de las condiciones de trabajo, problemas de la seguridad laboral, disponibilidad de apoyo social y capacitación en salud y seguridad para trabajadores. Los resúmenes de esta información proporcionan un contexto para los datos del indicador en un perfil.

Observe que todos los documentos utilizados para elaborar un perfil deben ser citados adecuadamente.

Conocimientos del personal

Tanto los datos como la bibliografía deben analizarse considerando las desigualdades de género. El personal que participa en redactar y elaborar un perfil debe estar capacitado para realizar un análisis e interpretar datos estadísticos sencillos, comprender los métodos científicos, considerar en forma crítica las limitaciones de los datos y la bibliografía recabados, interpretar de qué manera la información en conjunto aporta a una mayor comprensión de género en este aspecto de la salud de mujeres y hombres y dar recomendaciones para la política, programación o vigilancia complementarias. El personal también debe considerar qué más se sabe acerca de las funciones sociales y culturales, del estatus y las expectativas que pueden estar influyendo en los datos numéricos presentados.

Siempre que sea posible, el personal debe estar en capacidad de utilizar sus propias experiencias y el conocimiento de las situaciones locales en la forma de interpretar lo que observan en los datos y la bibliografía, sin llegar a conclusiones subjetivas.

Comunidad

Los miembros de la comunidad, las mujeres y los hombres del lugar, también tienen conocimientos importantes que pueden compartir. La participación de los ciudadanos se logra cuando se involucra a mujeres y hombres líderes de la comunidad en la elaboración del perfil, quienes pueden contribuir en la identificación de los asuntos importantes para su salud, y cómo influyen en la salud de la comunidad. La inclusión de miembros claves de la comunidad en el diseño, la elaboración y la producción del perfil contribuye a la apropiación del perfil y enriquece la información compilada.

Contactos con el gobierno y otros expertos

Es probable que un perfil de género y salud abarque una gama amplia de áreas temáticas. Ya que el personal no puede tener conocimientos suficientes acerca de todos los temas,

un perfil se enriquecerá si el personal puede comunicarse con expertos externos de vez en cuando para solicitar ayuda en la interpretación de los datos, u orientación para encontrar otra bibliografía afín. Es posible, por ejemplo, que una enfermera de salud pública local pueda explicar, basándose en su trabajo, los cambios en la incidencia de enfermedades, o por qué más mujeres han recibido recientemente nuevos tratamientos. Los empleados del gobierno son también recursos excelentes ya que pueden aportar información acerca de las políticas y los programas que afectan a la salud o a la prestación de los servicios.

Además, es valioso mantener un contacto regular con el personal y los organismos que recaban, compilan y almacenan los datos estadísticos. Ellos pueden ayudar a conseguir que las interpretaciones de los datos utilizados en el perfil sean correctas y, además, suministrar información acerca de las limitaciones relativas a los datos y cómo se recaban y reportan los mismos.



Presentación de La información en un perfil de género y salud

Esta sección describe los pasos para elaborar y presentar la información para los indicadores en un perfil de género y salud. Los pasos describen la organización para pre-

sentar los indicadores del perfil y explican los aspectos clave del proceso en cuestión. Como ejemplo, se presenta la diabetes en Belice.

Para cada indicador (o conjunto de indicadores relacionados) de un perfil, presente lo siguiente:

Paso 1: Introducción

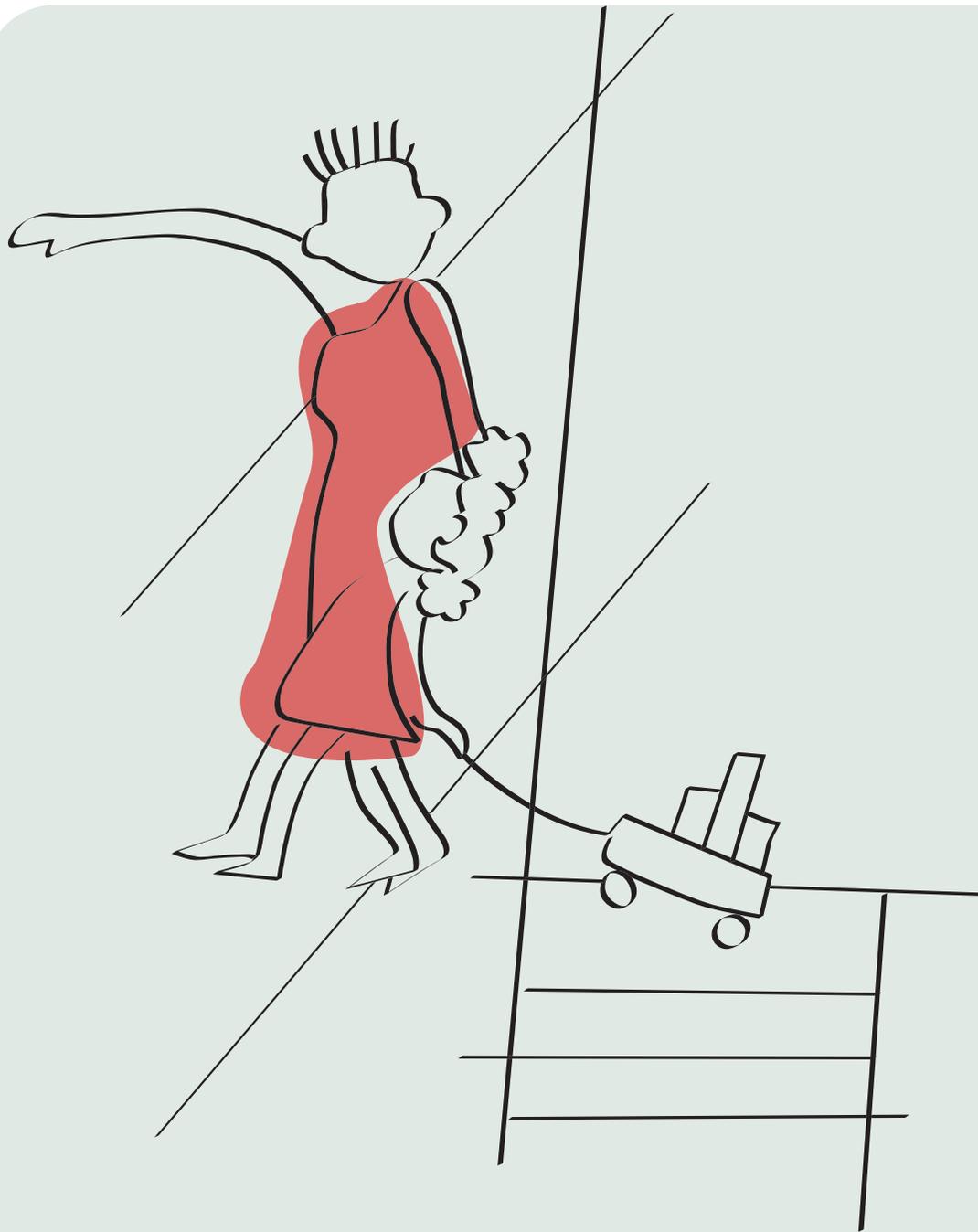
Paso 2: Descripción de los datos, incluidas las limitaciones

Paso 3: Análisis de género y presentación de datos

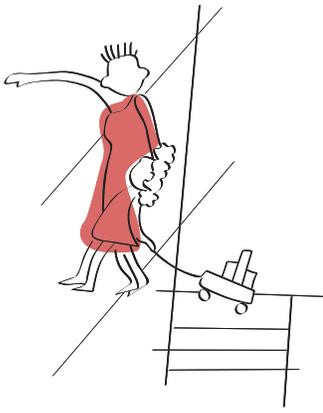
Paso 4: Análisis de la bibliografía y debate (incluso las consecuencias de otros resultados e influencias de género en el problema de salud)

Paso 5: Conclusiones y lecciones aprendidas

Paso 6: Consecuencias de política y recomendaciones



passo **1** Introducción



Paso 1 | Introducción

La introducción define el tema bajo consideración y explica por qué se incluyó en el perfil de género y salud. También contextualiza y explica por qué este tema es importante para la salud de la población y cómo se utilizarán los resultados.

Definir los conceptos:

Es útil comenzar con una definición del problema o preocupación de salud. Utilice un lenguaje claro y sencillo para asegurar que un amplio sector de lectores logre una comprensión básica del tema. Si la descripción incluye términos médicos complejos, será útil suministrar información básica o explicaciones de los términos médicos o biomédicos en una columna separada o un recuadro, con referencias para lecturas adicionales.

Preguntas que deben considerarse para la Introducción:

- ¿Cuál es el tema?
- ¿Qué indicador(es) se utilizará para describir el tema?
- ¿Por qué incluir este tema en el perfil?
- ¿Por qué es un problema de salud para las mujeres y/o los hombres?
- ¿Qué espera aprender del presente análisis?
- ¿Por qué razón es importante el tema para la salud de las comunidades o de la población en conjunto?
- ¿Cómo pueden usarse los resultados para cambiar las políticas sanitarias o los servicios?

Establecer el propósito:

Explicar por qué este tema es una preocupación de salud para las mujeres y/o para los hombres. Considere lo que se conoce acerca de las diferencias entre las mujeres y los hombres de esta área temática y qué más se puede aprender de un análisis del o los indicadores. Plantear tales preguntas desde el

inicio puede ayudarle a explicar el propósito del análisis. Ciertos resultados del análisis (pasos siguientes) pueden destacarse aquí para demostrar a los lectores la importancia de incluir las desigualdades de género y las diferencias de sexo en el análisis.

Definir el contexto:

Un análisis de contexto ayuda a establecer la importancia de los resultados para las mujeres y los hombres, las familias, las comunidades, la sociedad más amplia y sus sistemas (por ejemplo, sistemas de salud y servicios sociales, la economía). Al incluir temas comunitarios y sociales, así como inquietudes médicas, usted preparará el terreno para un análisis amplio de la salud.

Usted puede incluir:

- estimaciones del tamaño de la población afectada o en riesgo,
- una jerarquización de la importancia del indicador con relación a otros indicadores,
- observaciones de cualquier tendencia reciente,
- un contexto mundial o nacional para el problema,
- consecuencias para la calidad de vida de las personas o las condiciones de la comunidad,
- importancia del indicador para el desarrollo económico y social, o
- consecuencias relativas a los costos de atención de salud para las personas y la sociedad.

El siguiente ejemplo da una introducción al tema e indicadores para la diabetes Mellitus en Belice.

Ejemplo | La diabetes en Belice

La diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, caracterizada por la incapacidad del cuerpo para producir suficiente insulina o de utilizar la insulina que sí produce para descomponer el azúcar (glucosa) de la sangre necesaria para nutrir a las células. La diabetes puede tener consecuencias graves a largo plazo. Las complicaciones comunes incluyen insuficiencia renal, pérdida de miembros o ceguera. La diabetes es también un factor de riesgo de aparición de enfermedades cardiovasculares. Es una causa importante de discapacidad y puede afectar enormemente la calidad de vida y reducir considerablemente la esperanza de vida. El diagnóstico y la prevención tempranos son importantes, ya que el tratamiento temprano o los cambios en los estilos de vida (mejoramiento del régimen alimentario y aumento de la actividad física) pueden reducir la prevalencia de las consecuencias y prolongar la vida.

La diabetes es una cada vez mayor preocupación de salud en las Américas, donde el aumento de los estilos de vida sedentarios y la alimentación abundante en calorías, así como el envejecimiento de la población, contribuyen a la prevalencia de la enfermedad. Se prevé que en los próximos 10 años aumenten en más de 80% las defunciones debidas a la diabetes en las Américas [1]. En Belice, la diabetes es una causa principal de muerte, que afecta más a las mujeres que a los hombres. Los datos de otros países muestran que los riesgos y las consecuencias de la dia-

betes son diferentes, según se trate de una mujer o un hombre. Las mujeres pueden vivir más tiempo con la diabetes que los hombres. Por otro lado, las mujeres tienen el riesgo de sufrir de diabetes gestacional.

El análisis siguiente examinará las diferencias en las consecuencias de la diabetes _en particular la morbilidad y la mortalidad_ en mujeres y hombres de Belice, con el objetivo de mejorar la eficacia y eficiencia del sistema de salud y de las iniciativas comunitarias para la prevención y el tratamiento.

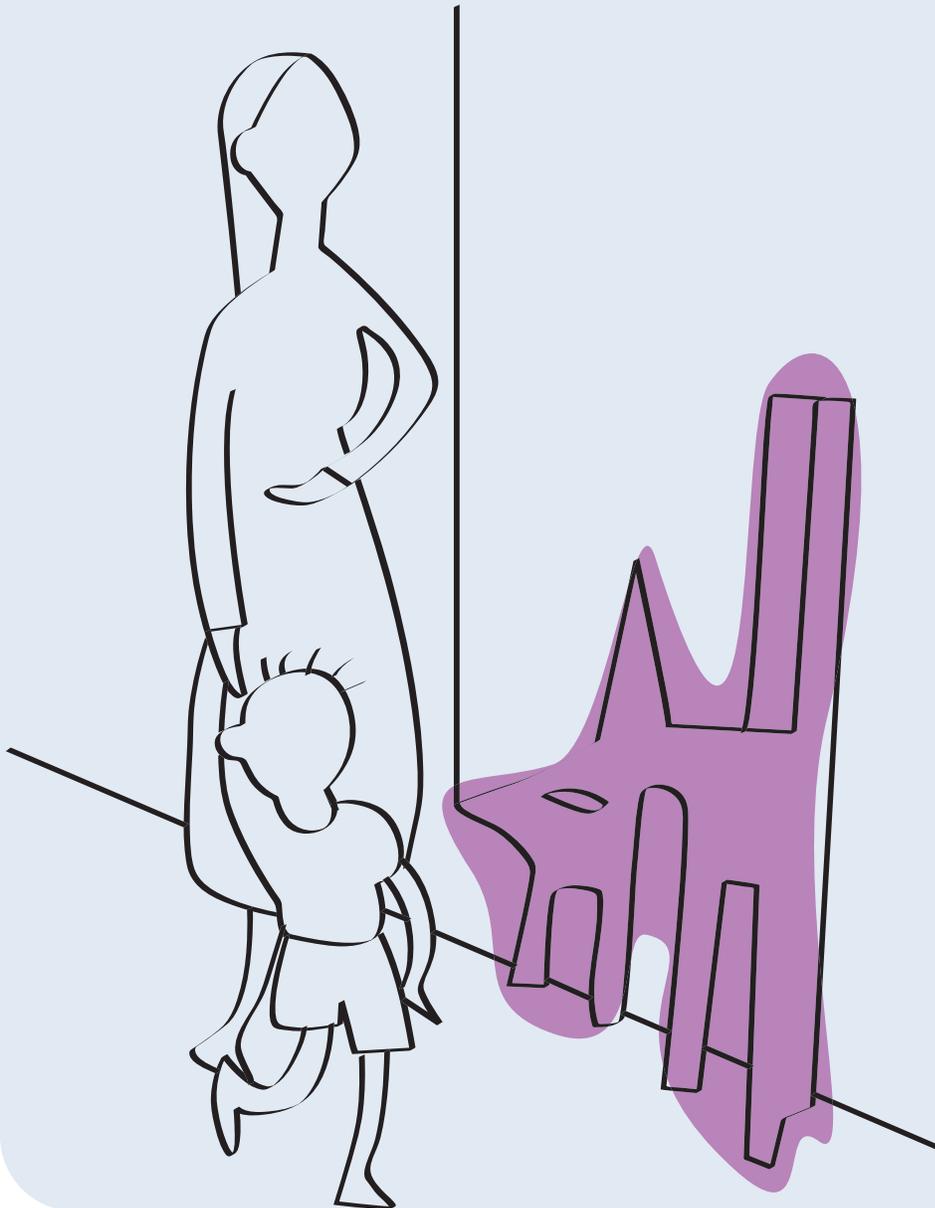
Definiciones y tipos de diabetes:

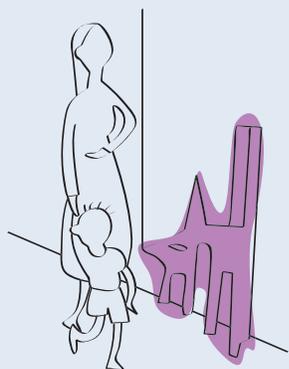
La diabetes tipo I es una afección de toda la vida en la cual el páncreas deja de producir insulina. Empieza generalmente antes de los 30 años. También se ha denominado diabetes juvenil o diabetes dependiente de la insulina, ya que las personas necesitan inyecciones de insulina para controlar la glicemia.

Diabetes tipo II, a menudo la diabetes llamada no dependiente de la insulina, ocurre cuando la insulina se produce pero el cuerpo no la utiliza bien. La diabetes tipo II se diagnostica generalmente después de los 45 años. Es la forma más común de la diabetes y representa 90% a 95% de todos los casos.

La diabetes gestacional ocurre en algunas embarazadas, porque el cuerpo no utiliza bien la insulina durante el embarazo. La diabetes gestacional aumenta el riesgo de la diabetes tipo II, del aborto espontáneo y de morbilidad del recién nacido, así como de obesidad en la niñez [2].

paso 2 Descripción de los datos y sus limitaciones





Paso 2 | Descripción de los datos y sus limitaciones

El paso siguiente consiste en describir brevemente los datos utilizados para medir un indicador del estado de salud.

Defina el indicador o los indicadores que se utilizarán para el tema de salud y describa los datos. Incluya información sobre la fuente de los datos, el período y la población que representan, el método adoptado para la recopilación de datos y, si está a su alcance, la definición de caso o los criterios que determinaron cuál información se incluyó y cuál se excluyó. Cite una referencia para dar a los lectores más información acerca de la fuente de los datos, en especial cualquier anotación del administrador de los datos. Puede ser importante señalar quién es el responsable del cálculo de toda estadística que se vaya a utilizar en el análisis (por ejemplo, el personal de su propia organización o de la organización que administra los datos).

La información sobre el origen y la elaboración de las estadísticas puede sugerir por qué éstos tal vez sean limitados para responder a la finalidad del análisis (paso 1) y ayudar a interpretar cómo y a quiénes se aplicarán los resultados. Por lo tanto, es útil describir las limitaciones de los datos. Algunas limitaciones importantes de los datos son:

Falta de precisión: A pesar de los mejores intentos que se hagan para lograr mayor exactitud, es posible que los datos no representen las medidas ideales o precisas del indicador de salud, según se ha definido. Los indicadores de salud se expresan generalmente como tasas de **prevalencia** o de **incidencia**

(véase el Glosario). Sin embargo, los datos suelen proporcionar solo una aproximación de la verdadera prevalencia o incidencia de una enfermedad para la población que se está estudiando.

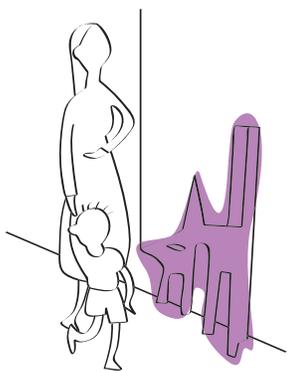
Definiciones y tipos de diabetes:

Las tasas de incidencia miden la probabilidad de que las personas sanas contraigan una enfermedad en un cierto período.

Las tasas de prevalencia miden el número de casos presentes de una enfermedad en una población en un momento determinado.

Por ejemplo, es frecuente que se utilicen los datos de ingresos a los hospitales para medir la prevalencia de la enfermedad en una población; no obstante, estos datos solo reflejan los casos de la enfermedad en las personas que presentaron síntomas, buscaron atención, recibieron un diagnóstico y fueron admitidos en el hospital para recibir tratamiento. Por lo tanto, muchos casos de enfermedad en la población no se cuentan. Si bien es cierto que los datos de ingresos en los hospitales pueden suministrar una buena estimación de la prevalencia de una enfermedad grave y aguda en la población, a la vez pueden ser una medida imprecisa de la prevalencia de una enfermedad crónica, asintomática, que quizá necesite atención hospitalaria solo durante las fases agudas.

Otro ejemplo es que las tasas de incidencia de enfermedades, por lo general, se calculan a partir de datos basados en resultados de pruebas de



laboratorio para las infecciones notificables; sin embargo, a menos que toda la población se someta sistemáticamente a tamizaje para la infección, no hay ningún medio para calcular una tasa de incidencia verdadera, que exigiría poder identificar una población 'en riesgo' (inicialmente libre de infección). Por lo tanto, dependiendo de las prácticas de tamizaje o de la disponibilidad de las personas a someterse a las pruebas voluntariamente, los datos tal vez carezcan de precisión como una medida de la incidencia.

Falta de integridad de los datos: Es posible que algunos segmentos de la población queden fuera de los datos. Esto tal vez se deba a la casualidad (por ejemplo, error de muestreo) o resulte de sesgos conocidos o desconocidos en la forma de recopilar los datos. Por ejemplo, las encuestas telefónicas excluyen a las personas indigentes y a las familias que no tienen teléfono; los datos de los hospitales excluyen a los que no buscan atención de salud o carecen de acceso a los servicios. Si el problema de salud que se está estudiando pudiera resultar muy diferente para los que quedan fuera del estudio en comparación con la totalidad de la población, los resultados quizá no se apliquen a todos. Hay que explicar a los lectores a qué parte de la población se refieren los datos, quiénes quedaron fuera de ellos, y si la preocupación sobre la salud

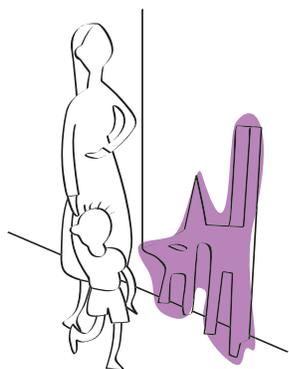
de ese grupo es diferente de la población que usted quiere describir, o si el grupo es lo suficientemente pequeño de tal forma que no es probable que las diferencias incidan en la tasa general.

Inconsistencia: Las diferencias en la definición, la recopilación de datos o las variables reportadas pueden limitar la comparabilidad de los datos en el tiempo. Los métodos estándar y uniformes a lo largo del tiempo y entre las jurisdicciones simplifican el análisis y la planificación.

Cada conjunto de datos tendrá beneficios y limitaciones. A menudo dependemos de los mejores datos que estén a nuestro alcance, por lo que deben acompañarse de advertencias o de enunciados, donde convenga, para orientar a los lectores en la interpretación de los resultados.

Las sub-poblaciones no incluidas en los datos relacionados con la salud pueden ser de interés fundamental para el perfil.

Por ejemplo, si los datos de hospitalización de los hospitales pequeños rurales se excluyen sistemáticamente, pero las tasas de la enfermedad son elevadas en esas regiones, los resultados subestimarían una preocupación de salud que es vital para las poblaciones rurales.



Ejemplo | La diabetes en Belice

Este ejemplo se basa en los datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Belice, que está comprometido con la aplicación de normas para generar y mantener datos uniformes, fidedignos y exactos. El ejemplo no se propone como una crítica de estos datos, sino como una ilustración de cuáles limitaciones de los datos pueden guardar relación con las finalidades de un perfil de género y salud.

Primero, suministre una descripción de los datos:

Este análisis se basa en los datos de la administración sanitaria acerca de la **hospitalización por diabetes**, las **defunciones relacionadas con la diabetes** y las **estimaciones de la población** tomados del sistema de datos del registro civil, notificados desde el 2001 hasta el 2005. Se derivan de un informe anual de datos de salud para Belice, publicado por el Ministerio de Salud, que aporta datos sobre los agregados nacionales, por edad, distrito y sexo [3]. Todos las estimaciones fueron preparados por el Prairie Women's Health Centre of Excellence y la responsabilidad de la utilización y la interpretación de estos datos es totalmente de las autoras.

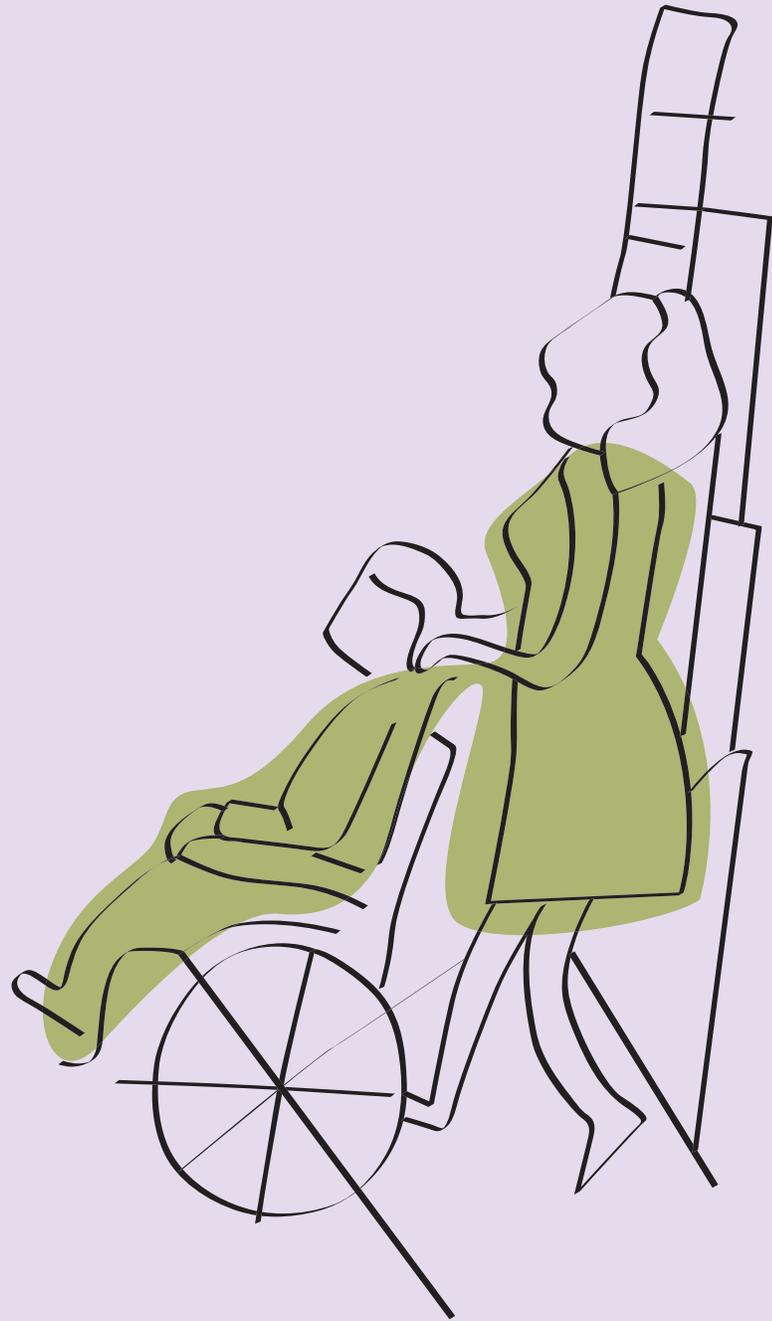
Suministre una definición del o los indicadores de salud, quizá en una columna lateral o nota de pie de página. Agregue cualquier observación con respecto a las limitaciones de los datos.

Las tasas de diabetes basadas solamente en los datos relativos a los casos hospitalizados probablemente subestiman la prevalencia de la diabetes en la población, debido a que muchos diabéticos no muestran ningún síntoma externo de enfermedad; una investigación efectuada en los Estados Unidos ha estimado que 30% de los casos de diabetes no se diagnostican [4]. Además, es posible que algunos sectores de la población tengan mayor acceso a los hospitales (mujeres en comparación con hombres), o que pueden tener riesgos diferentes de sufrir la enfermedad. Hay que tener cuidado cuando se utilizan datos de prevalencia para interpretar las tendencias en el riesgo de diabetes en la población, ya que los datos no pueden distinguir entre los ingresos nuevos al hospital y los repetidos para la misma persona. Estos datos no distinguen entre la diabetes tipo 1, tipo 2 y la diabetes gestacional, lo cual limita la especificidad de este análisis.

Otras preguntas que deben considerarse para la descripción de los datos:

- ¿Cuál es el porcentaje posible de enfermedad no diagnosticada en los hombres y las mujeres?
- ¿Qué subpoblaciones, que pudieran tener tasas elevadas de diabetes, no están incluidas en estos datos?

- ¿Incluyen los datos de diabetes las poblaciones institucionalizadas o las que reciben atención en los hospitales privados?
- ¿Incluyen esos datos los diagnósticos de diabetes tipo I y II? ¿Incluyen también casos de diabetes gestacional? ¿Cómo puede esto afectar a su interpretación de los resultados con respecto a la diabetes?
- ¿Cómo se reportan los casos repetidos de hospitalización en los ingresos al hospital? ¿Se aplica alguna corrección para eliminar la hospitalización repetida en un año para las mismas personas?
- En los datos sobre defunciones relacionadas con la diabetes ¿se estipula que esta enfermedad fue la causa principal de muerte por sí sola, o también como una causa que contribuyó al deceso?



passo 3 Análisis de género y presentación de los datos



Paso 3 | Análisis de género y presentación de los datos

Por lo general, se utilizan datos numéricos y cada una de ellos tiene un objetivo en el análisis de un problema de salud. La presentación de los datos debe ser una combinación de gráficos, tablas y de explicaciones narrativas. Los gráficos y las tablas ofrecen una ilustración clara de la información, pero a menudo los lectores requieren alguna explicación acerca de lo que se está mostrando.

Puede ser útil incluir cada una de estos datos/indicadores (cuadro 1). En un análisis de género es importante presentar estos datos desglosados por sexo siempre que sea posible.

Cuadro 1: Estadísticas utilizadas en la presentación de los datos

| Dato/indicadores | Descripción | Fórmula |
|---------------------------------|---|---|
| Frecuencia | Número de casos o sucesos, por ejemplo, defunciones, ingresos en hospitales, diagnósticos, hogares con ingresos bajos, personas con diploma de la escuela secundaria | = d |
| Tasa bruta | Número de casos o sucesos dividido por el número de personas de la población total | = d/n |
| Tasas específicas para la edad | Número de casos para personas de un grupo de edad dividido por la población en ese grupo de edad | $r_i = d_i/n_i$ donde 'r' es la tasa específica para la edad para un grupo de edad, 'i' representa cualquier número de grupos de edad |
| Tasa estandarizada por edades * | Las tasas pueden ser comparables en las poblaciones si están estandarizadas por edades (una población estándar), a la cual se aplica sus tasas específicas para la edad. Cuando se compara poblaciones masculinas y femeninas, la población estándar suele ser la población total (hombre + mujer). | $= \frac{\sum (r_i * N_i)}{\sum N_i}$ donde r_i es cada tasa específica para la edad en la población que se está comparando; N_i es el tamaño de la población para el grupo de edad correspondiente en la población estándar; \sum significa el agregado de valores sobre todos los grupos de edad |

Nota (*): Los métodos de estandarización por edad descritos representan el denominado Método Directo de Estandarización.

Frecuencias: sencillamente enumeran casos o sucesos de interés para la población que se está analizando (por ejemplo, número de casos en mujeres y en hombres). Las frecuencias son concretas y fáciles de relacionarlas con otras variables de la atención de salud o la planificación comunitaria. Por ejemplo, el número de camas de los hospitales, los medicamentos o el personal necesarios. Sin embargo, no es apropiado comparar las frecuencias de casos entre poblaciones cuyos tamaños son diferentes.

La conversión de las frecuencias a tasas se ajusta para el tamaño de la población y esto simplifica la comparación. Las tasas también presentan información en cuanto a la probabilidad de que ocurra el suceso (por ejemplo, si la tasa es 4,7 por 100.000, se prevé que casi 5 personas de cada 100.000 se verán afectadas).

Las tasas brutas son estadísticas rápidas y fáciles que ayudan a evaluar la carga de morbilidad y las tendencias generales. Las frecuencias y los totales de población, en los que se basan las tasas brutas suelen incluirse en un apéndice del perfil, lo que permite a los lectores efectuar sus propios cálculos y confirmar sus resultados. Las tasas brutas no pueden mostrar diferencias importantes en el riesgo entre las poblaciones o los subgrupos de la población. La edad es a menudo la variable más importante que influye en el riesgo. Si fuera posible, suministre y analice la información acerca de las diferencias en la composición de edades entre hombres y mujeres y otros grupos. Donde la composición de edades de las poblaciones difiera sustancialmente, hará falta un análisis más minucioso.

Las razones por sexo, presentadas por grupo de edad, son ilustraciones útiles de las diferencias en la estructura de la población por edad y sexo.

Número de mujeres ÷ número de hombres

> 1 indica más mujeres que hombres

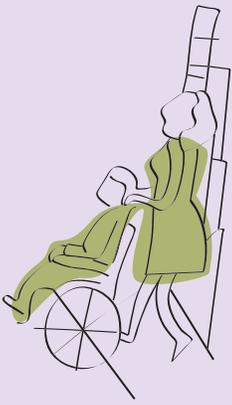
< 1 indica menos mujeres que hombres

En muchas poblaciones, hay más mujeres que hombres en los grupos de más edad. También es posible encontrar más mujeres entre los adultos jóvenes cuando las defunciones de hombres son mayores, por ejemplo, debido a accidentes.

En el caso de otras razones de sexo específicas para la edad que no equivalen a 1, quizá refleje las inequidades históricas en la salud de las mujeres o los hombres.

Las tasas específicas para la edad suministran más información sobre la influencia de la edad en el riesgo o en los factores que determinan la salud. A menudo se estiman para una amplia gama de grupos de edad dentro de una población, pero también pueden poner de relieve las tasas para un grupo de edad expuesto a un riesgo mayor en relación con un problema de salud (por ejemplo, mujeres en edad fértil para las tasas de mortalidad materna, hombres jóvenes adultos para el consumo excesivo de alcohol u otros comportamientos peligrosos).

Las tasas estandarizadas por edades son necesarias cuando la enfermedad o el tema bajo consideración pueden verse afectados por la edad y cuando las poblaciones que se están comparando (mujeres y hombres o una población comparada a lo largo de períodos de tiempo) difieren en la composición de edades. La estandarización por edades es un procedimiento estadístico que



elimina la influencia de la edad en las tasas que se están comparando y muestra con más claridad las diferencias reales entre las poblaciones para el problema que se está analizando. El análisis de tasas específicas para la edad y la composición por edades de las poblaciones, así como el conocimiento de la forma en que la enfermedad o afección puede relacionarse con la edad, ayudará a determinar si las tasas deberían estar estandarizadas por edades.

Independientemente de que se utilicen las tasas brutas o estandarizadas por edades, el análisis y la presentación de los datos que usted haga probablemente incluirá comparaciones entre mujeres y hombres en otras subpoblaciones de interés (por ejemplo, distritos, grupos étnicos, grupos de ingresos, si los hay).

Ejemplo | La diabetes en Belice

Aunque hay muchas maneras de presentar los datos, lo que sigue da un ejemplo de una progresión lógica, desde lo básico hasta lo más complejo, de las estadísticas sugeridas y sus análisis.

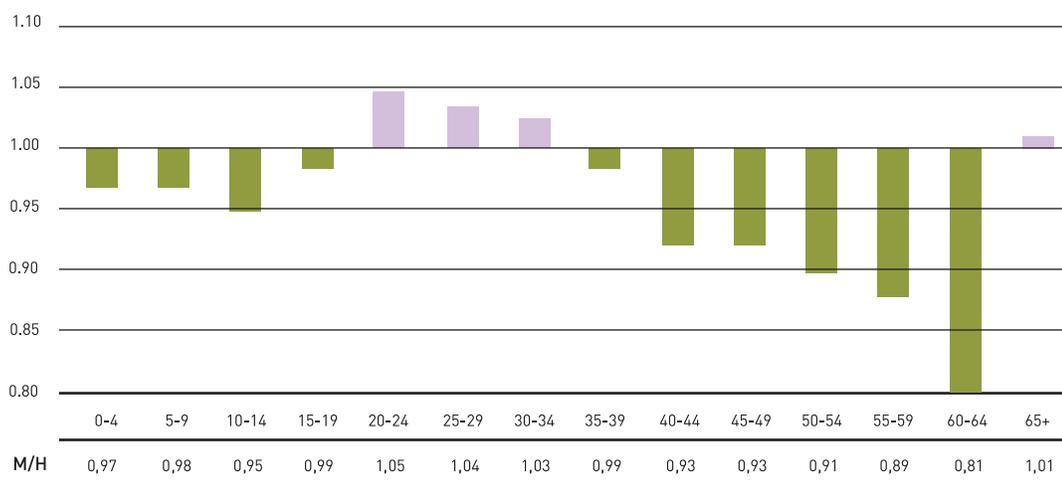
Tal vez resulte útil empezar con un análisis de la estructura de la población por edad y sexo. Esta información será útil para decidir si debe realizarse la estandarización por edad o si deben calificarse ciertos resultados, aunque quizás no sea necesario presentarlo.

Población, composición por edad y sexo

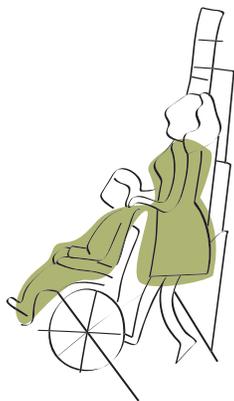
En el 2005, la población de Belice era de cerca de 291.800 personas y comprendía

147.400 hombres y 144.400 mujeres. Por lo tanto, la razón general de sexo (mujeres a hombres) era de 0,98. La figura 1 presenta razones de sexo por edad, que muestra un número levemente más alto de mujeres jóvenes (20 a 34 años) con relación a los hombres jóvenes. Esto puede reflejar la mayor mortalidad en hombres jóvenes o insuficiencias en los recuentos de población, que pueden ser el resultado de una mayor movilidad de los hombres. Hay también más hombres que mujeres en edad madura y mayor, aunque el número de mujeres es levemente más alto entre las personas mayores a 64 años.

Figura 1. Razón mujeres/hombres de la población, por grupos de edad. Belice 2005



Nota: La razón M/H igual a 1 significa un número igual de hombres y mujeres; mayor de 1 significa más mujeres que hombres; menos de 1 significa menos mujeres que hombres.



Hospitalización por diabetes

En el 2005, hubo 542 casos de diabetes tratados en los hospitales de Belice (véase cuadro 2). De estos, 343 o 63% eran casos de diabetes en mujeres; los restantes 199 casos eran de hombres.

Las tasas de hospitalización por diabetes representan estimaciones moderadas de la

prevalencia de diabetes en la población, por las razones que ya se explicaron. Sin embargo, cabe prever que al menos 186 de cada 100.000 personas de Belice tienen diabetes, alcanzando la cifra 238 para las mujeres diabéticas. Al comparar las tasas brutas, las mujeres de Belice tienen 76% más probabilidades de ser hospitalizadas debido a diabetes, en comparación con los hombres.

Cuadro 2: Hospitalización para la diabetes por sexo, Belice 2005

| | Número de casos | Tasa bruta | Tasa estandarizada por edades |
|---------|-----------------|------------|-------------------------------|
| Mujeres | 343 | 237,5 | 242,0 |
| Hombres | 199 | 135,0 | 133,1 |
| Total | 542 | 185,7 | 185,7 |

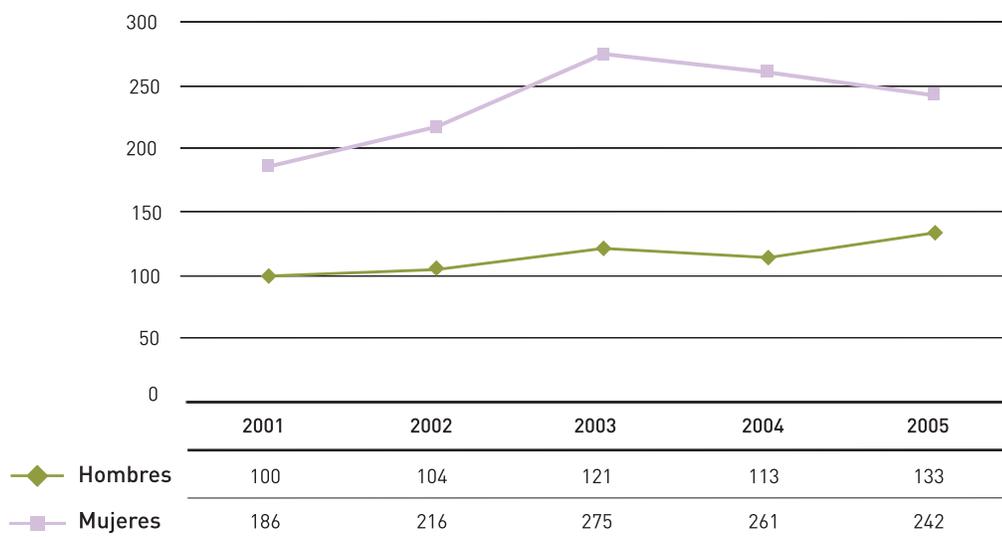
Nota: Las tasas se expresan por 100.000 habitantes (mujeres, hombres, total). Se utiliza la población 'Total' (mujeres + hombres) de Belice para el 2005 como el estándar en el cálculo de las tasas estandarizadas por edades.

Las tasas brutas quizá subestimen la carga de la diabetes entre las mujeres porque en la población beliceña hay menos mujeres que hombres en los grupos de edad madura y mayores, edades donde el riesgo de desarrollar diabetes tipo II es más alto. Por lo tanto, las tasas estandarizadas por edades, que eliminan la influencia de las diferencias en la estructura por edades entre las poblaciones femenina y masculina, deben ser incluidas en este análisis.

Las tasas de diabetes estandarizadas por edad muestran diferencias por sexo algo

mayores; las mujeres tienen 82% más probabilidades de ser hospitalizadas debido a la diabetes (ver figura 2). Por lo tanto, en Belice las mujeres tienen mayores probabilidades que los hombres de ser hospitalizadas por diabetes. Sin embargo, todavía no está claro si esto refleja una carga de morbilidad mayor entre las mujeres, vinculada al riesgo de las mujeres de sufrir de diabetes gestacional, o que las mujeres tienen una mayor probabilidad de recibir atención hospitalaria. En los últimos cinco años (2001-2005), la tasa de hospitalización para la diabetes ha sido sistemáticamente mayor para las mujeres que

Figura 2. Tasas estandarizadas por edad de las hospitalizaciones por diabetes.
Belice 2001-2005



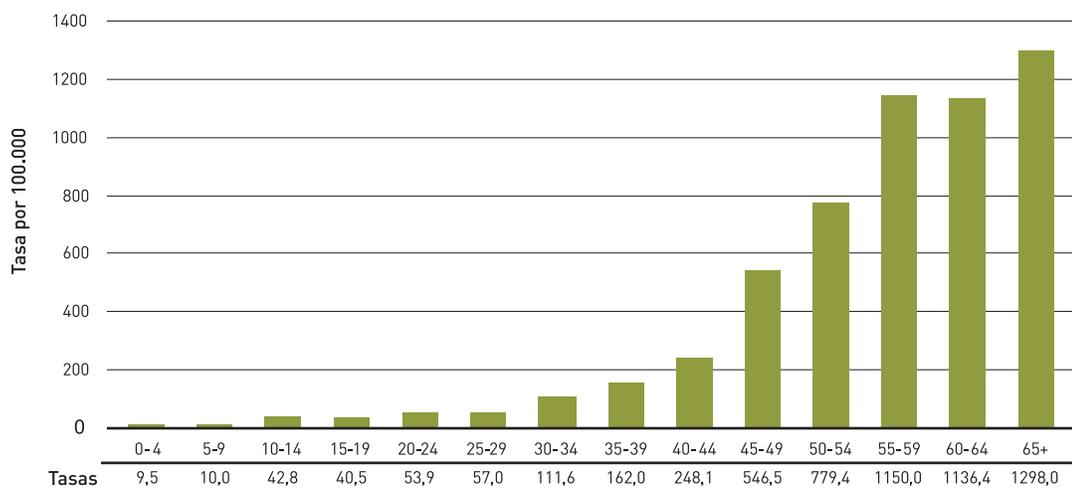
Nota: La población 'Total' (mujeres + hombres) para el 2005 se utiliza como el estándar en el cálculo de las tasas estandarizadas por edad.

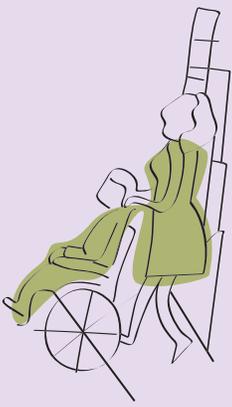
para los hombres. En términos generales, las tasas han aumentado tanto para mujeres y hombres (en 30% para las mujeres; 33% para los hombres), aunque las tasas de las mujeres han descendido algo en los dos últimos años, las tasas para los hombres siguen subiendo.

Hospitalización por sexo y edad

Las tasas de hospitalización para la diabetes aumentan extraordinariamente a lo largo de la vida. La figura 3 muestra las tasas de hospitalización específicas por edad de Belice.

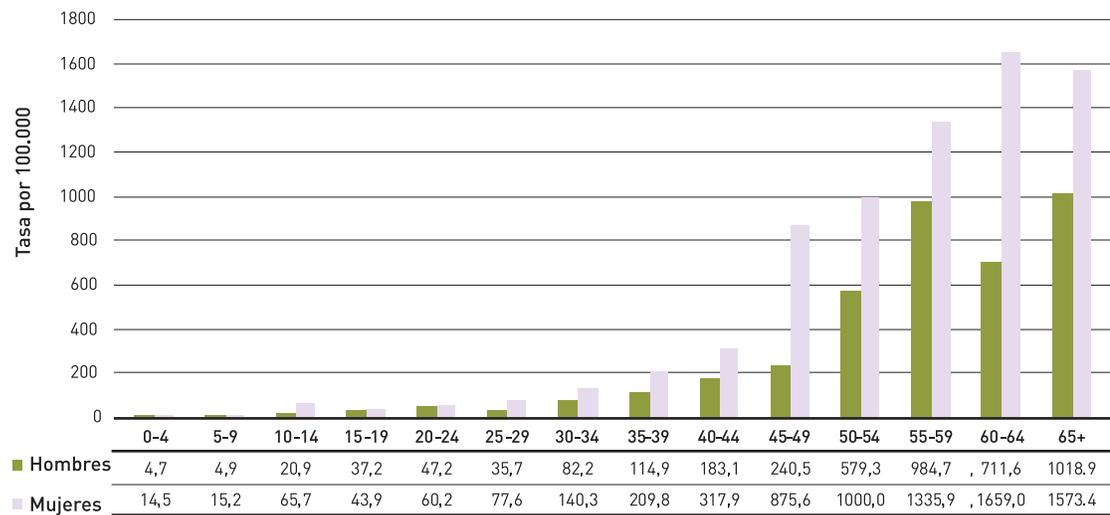
Figura3. Tasas específicas por edad de hospitalización por diabetes.
Belice 2005





Cuando contrastamos esto con datos desglosados por sexo (véase la figura 4), encontramos que las tasas de hospitalización para la diabetes son mayores para las mujeres que para los hombres en todas las categorías de edad.

Figura4. Tasas específicas por edad de hospitalización por diabetes, por sexo.
Belice 2005



Las tasas de hospitalización por diabetes para las mujeres en el intervalo de edades media y superior, duplican las tasas de los hombres. Las mujeres de 45 a 49 y de 60 a 64 años parecen tener un riesgo particularmente alto en relación con los hombres de la misma edad (3,6 y 2,3 veces mayor, respectivamente). Las tasas más altas de hospitalización de las mujeres también pueden reflejar su contacto más frecuente con el sistema de salud, en particular en el caso de las mujeres que buscan servicios de atención de salud reproductiva. Además, las tasas más altas de la diabetes en el intervalo

de edades de 45 a 49 años para las mujeres en comparación con los hombres pueden ser una consecuencia de haber tenido diabetes gestacional durante el embarazo, lo que aumenta el riesgo de sufrir de diabetes tipo II.

Mortalidad

Aunque las mujeres tienen mayores probabilidades de ser hospitalizadas debido a la diabetes, no se sabe con certeza en qué medida esto refleja un riesgo mayor de diabetes, peores resultados, o mayor acceso a la asistencia en hospitales en comparación

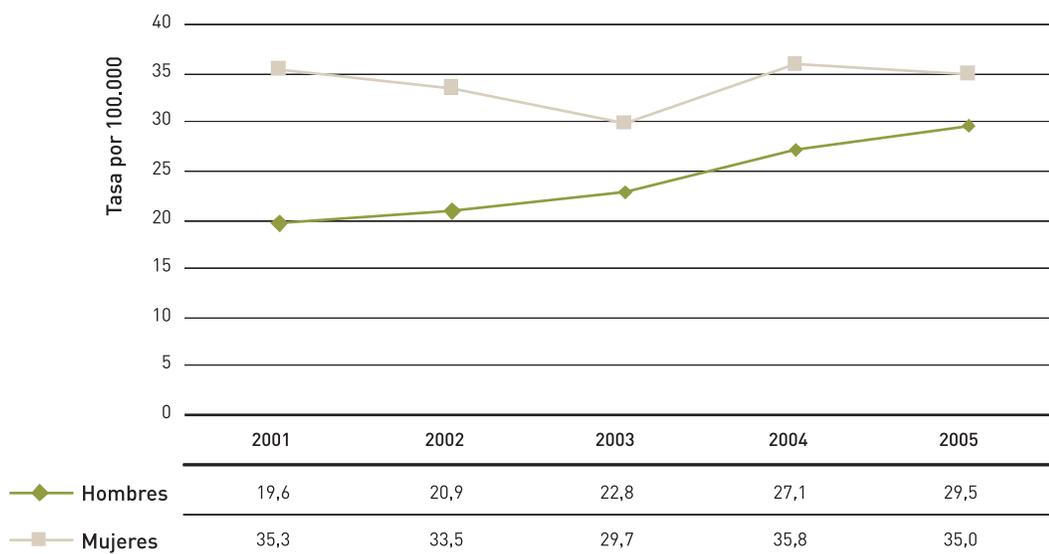
con los hombres. Las tasas de defunción relacionadas con la diabetes pueden decirnos más acerca de si las tasas más altas de hospitalización de las mujeres evitan que mueran a causa de la diabetes.

De 559 mujeres que murieron en el 2005 en Belice, 50 murieron debido a la diabetes; la diabetes representó 8,9% de las defunciones en mujeres. Entre las principales causas de muerte de mujeres en Belice, la diabetes ocupó el segundo lugar solo después de las enfermedades hipertensivas. Para los hombres, 44 de 810 defunciones, o 5,4% de las defunciones se

atribuyeron a la diabetes. Con respecto a otras causas de muerte de hombres, la diabetes tiene mucho menos importancia que para las mujeres; el VIH, las lesiones, la cardiopatía y los accidentes de transporte están entre las principales causas de muerte en hombres.

Las tasas de mortalidad por diabetes estandarizadas por edad para el 2005 indican que 35 mujeres de cada 100.000 murieron debido a la diabetes; esas tasas fueron algo mayores que la tasa de los hombres que alcanzó 29,5 defunciones por 100.000.

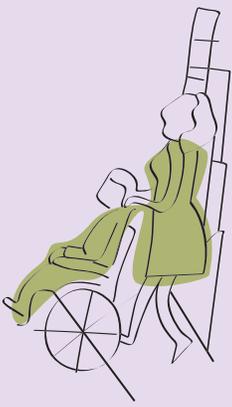
Figura5. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad por diabetes.
Belice 2005



Nota: La población 'Total' (mujeres + hombres) para el 2005 se usa como estándar en el cálculo de las tasas estandarizadas por la edad.

La observación retrospectiva de los cinco años anteriores, parece indicar que si bien las mujeres mostraron sistemáticamente tasas mayores de defunción por diabetes, una tendencia de aumento de la mortalidad en los hombres ha reducido la brecha consi-

derablemente desde 2001, cuando las tasas de mortalidad habían sido 80% más altas para las mujeres que para los hombres. En este período, no hay ninguna señal clara sobre la disminución de la tasa de defunción de mujeres por causa de la diabetes. Por



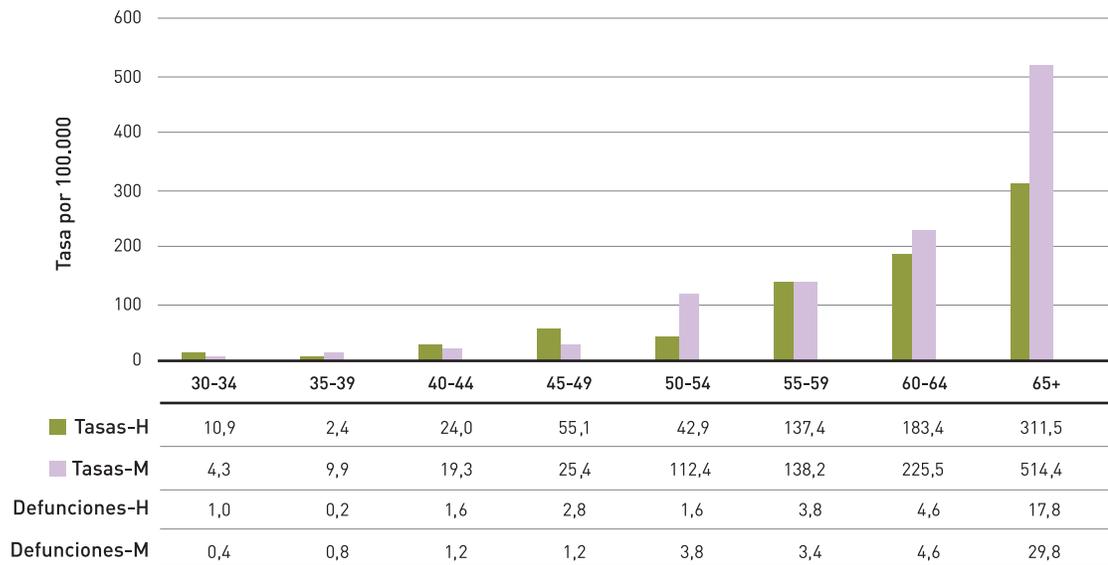
lo tanto, a pesar de sus tasas mayores de hospitalización, las mujeres siguen teniendo más probabilidades de morir por diabetes que los hombres.

Mortalidad por sexo y edad

En promedio, cada año ocurren cinco o menos defunciones relacionadas con la diabetes entre mujeres y hombres menores de 65

años (figura 6). Sin embargo, las mujeres de edad madura y las mayores tienen más probabilidades de morir por causas relacionadas con la diabetes que los hombres. Las mujeres mayores de 65 años tienen un riesgo de muerte especialmente alto debido a la diabetes, con una tasa de mortalidad que es 65% superior a la de los hombres (514,4 en comparación con 311,5 por 100.000).

Figura 6. Tasas de mortalidad por diabetes por sexo y grupos de edad (30 años y más). Belice, promedios 2001 -2005



Preguntas a considerar en un análisis:

→ ¿En qué medida las diferencias observadas en las tasas de hospitalización entre mujeres y hombres reflejan las diferencias en el acceso o la 'exposición' de los hombres y las mujeres al sistema de atención de salud?

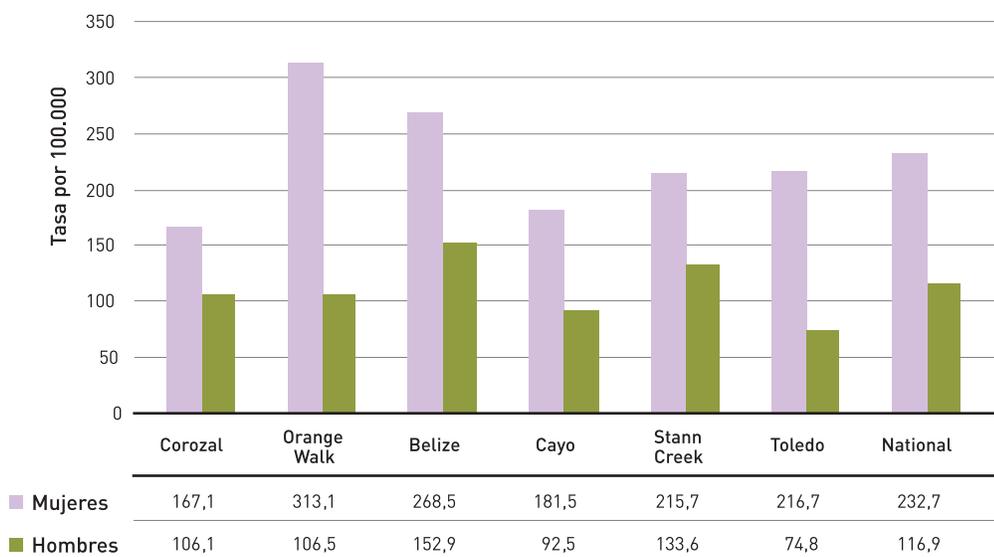
→ ¿Hay algún cambio en la prestación de los servicios que en cierta medida ha determinado el aumento observado en las tasas de la diabetes?

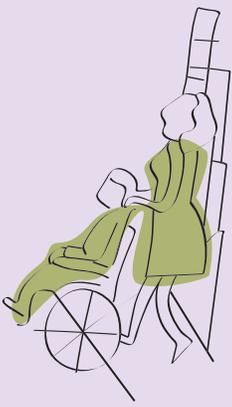
- ¿Qué factores podrían haber intervenido en el aumento de las tasas de mortalidad por diabetes, a pesar del aumento de las tasas de hospitalización (suponiendo que esto indica mejor acceso a los servicios de atención de salud)?
- ¿Qué factores estarían contribuyendo a las tasas más altas de mortalidad por causa de la diabetes en las mujeres mayores en comparación con los hombres, y al aumento de las tasas de mortalidad en los hombres?

Diversidad geográfica

Las comparaciones por sexo a nivel de distrito mostraron sistemáticamente que las mujeres tienen más probabilidades de ser hospitalizadas por causa de la diabetes (figura 7) y de morir de causas relacionadas con esta enfermedad (figura 8), en comparación con los hombres en todos los distritos de Belice.

Figura7. Tasas de hospitalización por diabetes, por sexo y Distrito.
Belice, promedios 2001 -2005



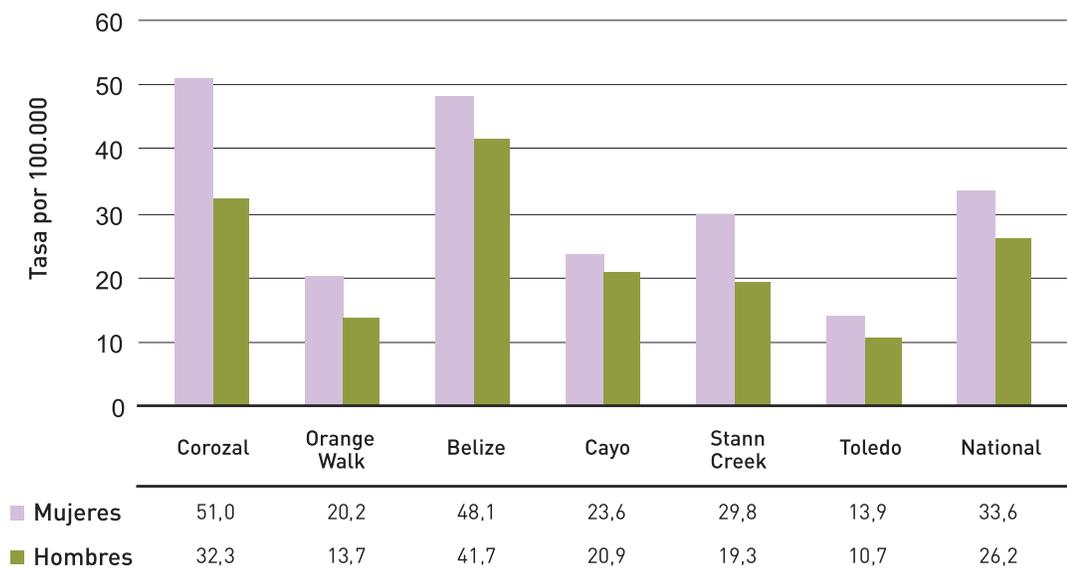


Las tasas de hospitalización por causa de la diabetes correspondientes al quinquenio (2001-2005) de las mujeres que viven en los distritos de Orange Walk y Belice fueron más altas que el promedio nacional para las mujeres. En comparación con los hombres que vivían en el mismo distrito, las mujeres de Orange Walk tenían cerca de tres veces más probabilidades de ser tratadas en el hospital debido a la diabetes. Entre los hombres, los residentes de los distritos de Belice y Stann Creek tenían una carga mayor de diabetes.

Para las tasas de defunción relacionadas con la diabetes a nivel de distrito muestran un patrón diferente. Las mujeres en los dis-

tritos de Corozal y Belice presentan mayor mortalidad debido a la diabetes (51 y 48 defunciones por 100.000 habitantes, respectivamente). Tanto para las mujeres como para los hombres, las tasas promedio quinquenales de defunción en estos distritos fueron de casi el doble o más altas que las tasas registradas en la mayor parte de los distritos restantes. En Corozal, las mujeres también tenían un riesgo mayor de morir debido a la diabetes en relación con los hombres, en comparación con las mujeres de otros distritos.

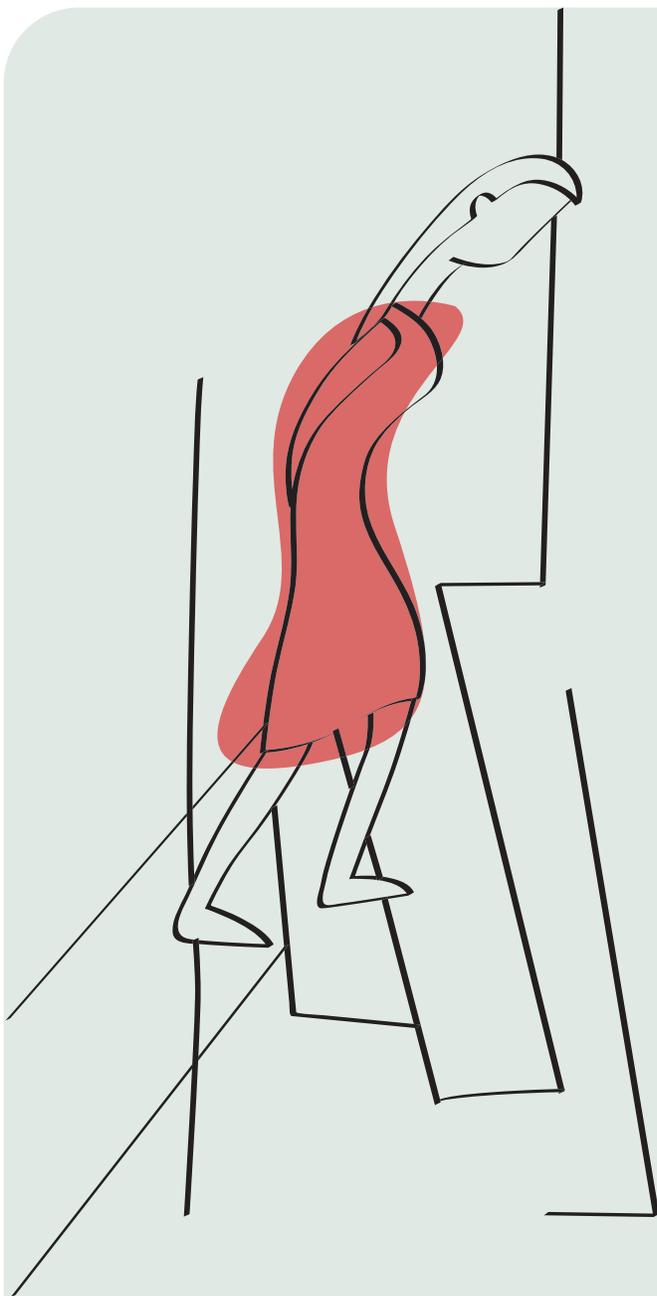
Figura8. Tasas de mortalidad y número de defunciones por diabetes, por sexo y Distrito. Belice, promedios 2001 -2005



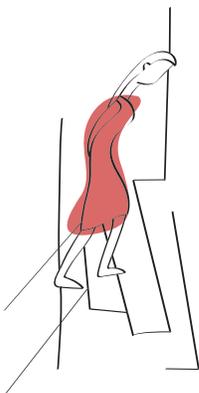
Preguntas a considerar en un análisis:

Los datos a nivel de distrito suscitan muchas preguntas, que pudieran abordarse en el análisis

- ¿Pueden atribuirse las diferencias observadas en el tratamiento de la diabetes y la mortalidad por esta causa a las diferencias en los estilos de vida diferentes en los distritos; por ejemplo, la disponibilidad de alimentos de preparación rápida con poco valor nutritivo o patrones de trabajo y recreación que promueven la actividad física?
- ¿En qué forma las diferencias en los niveles de pobreza, estilos de vida, y seguridad alimentaria entre hombres y mujeres en los Distritos contribuyen a las diferencias observadas en las tasas de hospitalización y muerte por diabetes?
- ¿Difieren los distritos en cuanto al tamaño de alguna población con vulnerabilidad genética a la diabetes?
- ¿En qué medida las diferencias en las tasas de hospitalización por diabetes en los distritos se deben a las diferencias en la disponibilidad del tratamiento o tipo de servicio; por ejemplo, hay más atención de pacientes ambulatorios que de ingresos al hospital en algunos distritos?



passo **4** Análisis de la bibliografía y debate



Paso 4 | Análisis de la bibliografía y debate

El paso siguiente es describir qué más se conoce acerca del indicador utilizando la bibliografía publicada y otras fuentes de información. A través de la revisión bibliográfica se recopilará información sobre:

- resultados de otros estudios sobre el indicador que permita comparaciones interregionales o internacionales de las tasas para mujeres y hombres, y
- conocimientos en cuanto a los factores que contribuyen a los resultados diferentes del indicador para hombres y mujeres, incluidos los factores biológicos, sociales (por ejemplo, roles, diferencias de poder) y sistémicos (por ejemplo, sistema de servicios de salud), que interactúan con el indicador.

¿Apoya la bibliografía los resultados de su análisis de los datos o indica información nueva o diferente?

¿Qué dice la bibliografía acerca de los factores que intervienen en las experiencias y los resultados diferentes para las mujeres y los hombres en este tema de salud?

¿Aborda adecuadamente la bibliografía la influencia de género?

¿Pueden las experiencias de las mujeres y los hombres del lugar suministrar más información?

Además, la revisión de la bibliografía puede suministrar información que puede servir para otras partes del perfil. Por ejemplo, puede aportar críticas de los datos disponibles (paso 2) o recomendar estrategias y políticas (paso 6) que hayan sido eficaces en otras jurisdicciones.

Describa sucintamente la investigación actual sobre el indicador y el tema de salud y aborde sus consecuencias para la población que se está considerando. Observe la falta de bibliografía basada en datos desglosados por sexo o en las diferencias de género sobre el tema de salud. Considere en qué forma los grupos de la comunidad y los expertos locales pueden aportar a su análisis con información de las experiencias de mujeres y de hombres acerca del problema de salud. Debe evaluarse cada unidad nueva de información para determinar si es pertinente para el debate y si contribuye a una verdadera comprensión del tema. Asegúrese de citar cabalmente toda la bibliografía y los informes utilizados.

Comparaciones interregionales e internacionales

Compare los resultados de su análisis de los datos con los de otras jurisdicciones, haciendo concesiones en caso de alguna diferencia en las definiciones, los métodos de recopilación de datos y los problemas de calidad de los datos. ¿Confirman otros estudios sus resultados, o sugieren información diferente o nueva?

Factores que contribuyen a las diferencias de género y de sexo del indicador

Los factores que influyen en las experiencias y los resultados de las mujeres y los hombres para el indicador serán exclusivos para cada problema de salud. Sin embargo, las siguientes áreas y preguntas pueden guiar un examen de la bibliografía y la presentación del contenido para el debate.

→ **Riesgo:** Considere los factores de riesgo del problema de salud, observe el riesgo con relación a los factores biológicos y determinantes sociales de la salud. ¿En que difieren las mujeres y los hombres de la población en estudio en cuanto a su exposición a estos riesgos? ¿Cómo influyen las relaciones de género dentro del hogar, la comunidad, el lugar de trabajo y la economía, en los riesgos para las mujeres y para los hombres? ¿Cómo influyen en el riesgo las diferencias en el acceso al poder y a los recursos? ¿Cómo influyen en el riesgo los roles de género, entre otras, el trabajo no remunerado y el papel de las mujeres como proveedoras de cuidados a la familia?

→ **Síntomas y experiencia de la enfermedad:**

La experiencia de la enfermedad varía según las diferencias biológicas, sociales o psicológicas y tiene consecuencias en la forma en que mujeres y hombres perciben su propia salud, en su capacidad de cumplir con sus roles y su probabilidad de buscar ayuda o atención de salud. Considere en qué forma las mujeres y los hombres difieren en su experiencia sobre un problema de salud. ¿Son distintos los síntomas en cuanto al tipo o la gravedad? ¿Evoluciona la enfermedad de otro modo? Considere además cómo entienden los proveedores de atención de salud la experiencia de una enfermedad en las mujeres y en los hombres. ¿Se consideran igualmente válidas las experiencias de las mujeres y de los hombres? ¿Podrían influir en el diagnóstico los prejuicios basados en el sexo al reconocer los síntomas en las mujeres y los hombres?

→ **Intervención y tratamiento:** Las intervenciones de atención de salud varían entre las mujeres y los hombres no solo en respuesta a las diferencias de sexo en cuestiones de salud, sino también en respuesta a las interacciones relacionadas con género entre pacientes y profesionales. Considere si los profesionales de la salud responden de manera diferente a la enfermedad en los hombres y en las mujeres. ¿Tienen las mujeres y los hombres la misma probabilidad de ser destinatarios de la prevención, de recibir tratamiento o apoyo para la rehabilitación? ¿Se prescriben a las mujeres o a los hombres medicamentos en exceso o tienen menos probabilidad de ser reenviados a un establecimiento si necesitan cirugía? ¿Se planifican las intervenciones desde una perspectiva de género y en la forma apropiada, teniendo en cuenta las evidencias acerca de las diferencias en las experiencias de las mujeres y hombres?

→ **Servicios o utilización de los recursos:**

De igual manera, género influye en el comportamiento de las personas usuarias de servicios de salud. Las mujeres y los hombres difieren en la probabilidad de buscar atención de salud u otros servicios, cuándo lo solicitan, y tipos de intervenciones que utilizarán. Considere si los hombres y las mujeres utilizan servicios de salud en el mismo grado o en el mismo estadio de la enfermedad. Habida cuenta de los roles diferentes de las mujeres y los hombres, sus necesidades pueden diferir en cuanto al apoyo y los servicios. ¿Cómo difieren las necesidades en materia de salud de las mujeres y los hombres dependiendo de la edad y la etapa de la vida? ¿Influyen



las diferencias en el uso de los servicios de salud por hombres y mujeres en su estado de salud en relación con este problema?

Resultados: Si bien la descripción de los datos habrá demostrado ciertas diferencias en los resultados en las mujeres y los hombres, a menudo estos resultados solo describen resultados de enfermedades clínicas y muerte. Puede utilizarse la bibliografía para ampliar la comprensión de otros tipos de resultados de salud y sus diferencias entre hombres y mujeres. Por ejemplo, la información sobre la calidad de vida, la prevalencia de las complicaciones, la discapacidad y los problemas de funcionalidad agregan mayor profundidad al análisis. Estos aspectos pueden

ser más sensibles a las diferencias entre los sexos que los 'estados finales' de enfermedad y muerte.

→ **Diversidad:** En el análisis debe abordarse la diversidad. ¿Qué dice la bibliografía en cuanto a la variación en el indicador entre las mujeres y los hombres en diferentes contextos? ¿Son algunas poblaciones más vulnerables? ¿Cuál es el efecto de grupo étnico en el acceso de las mujeres y los hombres al poder, los recursos y la atención de salud? ¿Hay diferencias para las poblaciones urbanas, suburbanas, rurales o remotas? ¿Cómo varía el indicador de salud para las mujeres y los hombres según el ingreso y la clase?

Ejemplo | La diabetes en Belice

El análisis y el debate pueden empezar con el análisis de datos comparables. ¿Cómo ayudan los datos de otros países a destacar la importancia de la diabetes entre las mujeres y los hombres en la Región y en Belice? ¿Son las tasas para las mujeres de Belice equivalentes a las de otros países latinoamericanos, del Caribe o norteamericanos? ¿Hay diferencias similares entre las mujeres y los hombres de otras regiones?

El cuadro 3 muestra estimaciones de tasas de mortalidad específicas por sexo para causas relacionadas con la diabetes de 14 países seleccionados entre 42 países de la Región de las Américas cuyas tasas pudieron consultarse. Las tasas publicadas para Belice (35,5 por 100.000 para las mujeres y 21,3 por 100.000 para los

hombres) eran comparables a los resultados del análisis que se encuentra en este ejemplo (tasas promedio de 33,6 y 24,1 por 100.000 para mujeres y hombres, respectivamente). La comparación de los 42 países de las Américas mostró que en Belice las tasas de mortalidad para las mujeres tenían mayores probabilidades de ser más altas que las tasas para las mujeres de otros países, en comparación con las tasas de defunción de los hombres. Solo cinco países reportaron razones de sexo (mujer/hombre) más altas para la mortalidad por diabetes en comparación con Belice, donde las mujeres tenían 1,7 veces la probabilidad de los hombres de morir de causas relacionadas con la diabetes [5].

Cuadro 3. Tasas estimadas de mortalidad¹ por diabetes. Países seleccionados de las Américas, 2000-2005²

| | Mujeres | Hombres | Razón M:H |
|----------------|---------|---------|-----------|
| Islas Caimán | 1,2 | 16,0 | 0,6 |
| Canadá | 24,9 | 25,5 | 1,0 |
| Estados Unidos | 25,1 | 24,2 | 1,0 |
| Guatemala | 75,6 | 69,3 | 1,1 |
| México | 75,6 | 69,3 | 1,1 |
| Costa Rica | 20,4 | 15,7 | 1,3 |
| Ecuador | 28,0 | 20,8 | 1,3 |
| Montserrat | 152,5 | 113,5 | 1,3 |
| Nicaragua | 39,5 | 28,8 | 1,4 |
| Panamá | 38,5 | 25,5 | 1,5 |
| Belice | 35,5 | 21,3 | 1,7 |
| Cuba | 24,9 | 12,4 | 2,0 |
| El Salvador | 35,1 | 17,0 | 2,1 |
| Anguila | 93,7 | 15,1 | 6,2 |

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

Notas: 1. Tasas por 100.000 habitantes. 2. Últimos datos disponibles



La carga de la diabetes está aumentando a nivel internacional, lo que confirma las tendencias a corto plazo encontradas en este análisis de los datos. Se prevé que en todo el mundo, el número de personas con diabetes aumentará a más del doble en los próximos 25 años, para alcanzar un total de 366 millones para el 2030. La mayoría de este aumento ocurrirá como resultado de un aumento de 150% en los países en desarrollo. Esta estimación considera las tendencias del crecimiento demográfico, del envejecimiento y de la urbanización en los países en desarrollo [6]. Los aumentos más notables de la diabetes (tipo 2) están ocurriendo en las regiones donde ha habido importantes cambios en el patrón de consumo alimentario, ha disminuido la actividad física y han aumentado el sobrepeso y la obesidad [7].

La diabetes tipo II ocasiona más muertes prematuras en los países en desarrollo que en muchos países desarrollados, donde en general se ha considerado como una enfermedad de la edad madura y de los adultos mayores [6]. No solo la diabetes tipo II ahora es más común en todos los grupos de edad que en el pasado, sino que se está diagnosticando en grupos de edad cada vez más jóvenes, entre otros, adolescentes y niños, especialmente en las poblaciones de alto riesgo [7]. Sin contar con datos desglosados por tipo de diabetes, no es posible confirmar si esto se cumple en el caso de Belice.

Las tasas de hospitalización de Belice han mostrado una carga de morbilidad relativamente grande entre mujeres de 45 a 65 años de edad. Esto es diferente del patrón en muchos países donde las mujeres y los hombres tienen, en general, tasas similares de diabetes hasta la vejez y a partir de los 65 años el número de mujeres con la diabetes es mayor [6].

Siga adelante con una exposición de la bibliografía publicada, los informes del gobierno y de organizaciones no gubernamentales, u otra información que sea aplicable a la población en estudio. Utilice categorías y preguntas orientadoras para ampliar el debate sobre género y diversidad, ya que estas experiencias se aplican a la diabetes.

Riesgo

Las mujeres y los hombres tienen diferentes tipos y niveles de riesgo para la diabetes. La diabetes gestacional es un factor de riesgo para las mujeres. Aunque la función de la insulina suele normalizarse después del parto, la diabetes gestacional aumenta el riesgo de las mujeres de sufrir de diabetes tipo II en etapas posteriores de la vida. Además, sus bebés a menudo son muy pesados al nacer, tienden a ser obesos en la niñez y tienen un riesgo mayor de sufrir de diabetes tipo II a una edad temprana [7].

→ ¿Cuán importante es la diabetes gestacional como factor de riesgo de diabetes entre las mujeres y los niños en la región?

En los últimos decenios ha habido un cambio del trabajo manual hacia trabajos más sedentarios en el sector de los servicios, cambios alimentarios y mayor urbanización, lo que aumenta el uso del transporte automotor, uso de computadoras y dispositivos que ahorran mano de obra. Las mujeres tienden a ser menos activas físicamente que los hombres. Sus roles de proveedoras de cuidados en la familia y la limitación de tiempo libre, constituyen un obstáculo para dedicarse a la recreación que incluya actividad física; no obstante, las mujeres pueden tener actividad física cuando atienden a sus niños pequeños y por la menor probabilidad de usar un automóvil para el transporte. En general, los hombres tienden a ser más activos físicamente y tienen mayores probabilidades de que su trabajo los mantenga activos [4].

- ¿Cómo difieren los niveles de actividad física de mujeres y hombres en la región y cómo influyen estas diferencias en el riesgo de diabetes?
- ¿Han afectado los cambios a un modo de vida urbano de manera diferente a las mujeres y a los hombres?

El sobrepeso es un factor de riesgo de diabetes y está aumentando en todo el mundo. Las encuestas efectuadas en América Latina y el Caribe en el 2002 revelaron que de 50 a 60% de los adultos y de 7 a 12% de los niños mayores de cinco años tenían exceso de peso o eran obesos [1]. Los riesgos de aumento de peso y los patrones de aumento de peso a lo largo de la vida son diferentes para las mujeres y los hombres. El peso de las mujeres cambia más en el transcurso de la vida; las mu-

eres son vulnerables al aumento de peso en la pubertad, el embarazo y después de la menopausia. Los ideales culturales de tipos corporales delgados o musculosos influyen en la imagen de la personalidad propia y en la autoestima de las mujeres y los hombres. Es más usual que las mujeres se sometan a una dieta frecuentemente, lo que da lugar a fluctuaciones de peso perjudiciales para la salud [4].

→ ¿Cómo pueden influir las diferencias de sexo en el peso corporal en las diferencias observadas en las tasas de la diabetes entre mujeres y hombres en Belice, y en la Región?

Ciertos grupos étnicos tienen una predisposición genética para la diabetes. Por ejemplo, se notifican tasas más altas de diabetes tipo II en personas de origen asiático y africano, y en los pueblos indígenas de las Américas y del Asia Austral [6].

→ ¿Hay subpoblaciones en Belice que tienen una predisposición genética conocida para la diabetes?

Intervención/tratamiento

Muchas mujeres no buscan ni acceden a la atención de salud que necesitan debido a sus responsabilidades domésticas, restricciones en su capacidad para tomar tiempo libre de su trabajo remunerado, o la falta de poder para tomar decisiones. La disponibilidad de especialistas también puede influir en las complicaciones observadas por la diabetes.

→ ¿Cuál es la disponibilidad de especialistas



en los diferentes distritos dentro del país?

- ¿Hay diferencias entre las mujeres y los hombres en ser tratados por especialistas?
- ¿Hay diferencias en la cobertura de seguros de atención de salud para las mujeres y los hombres que pueden ser un obstáculo a la atención?

Resultados

Las tasas de mortalidad ajustadas por la edad son de 1,5 a 2,5 veces mayores entre los diabéticos que en la población general. Sin embargo, se ha encontrado que la causa de muerte difiere según el grupo étnico. En las poblaciones caucásicas, la mortalidad a menudo se debe a la cardiopatía, mientras que las enfermedades renales son un factor importante en la muerte relacionada con la diabetes en las poblaciones asiáticas e indígenas de los Estados Unidos, y las infecciones son una causa importante de muerte en algunos países africanos [7].

→ ¿Considerando la diversidad étnica en Belice, cómo pueden estos resultados aportar información acerca de los exámenes de detección para las complicaciones?

Algunas investigaciones han encontrado que las mujeres diabéticas tienen una probabilidad mucho mayor de sufrir problemas coronarios que los hombres diabéticos y las mujeres no diabéticas. Además, las mujeres con diabetes pueden ser más vulnerables a la depresión que los hombres, lo que puede afectar su capacidad para enfrentar la enfermedad y para administrarse ellas

mismas el tratamiento [4].

- ¿Qué complicaciones, si las hubiera, parecen más comunes entre los hombres y las mujeres en Belice o en la Región?
- ¿Hay diferencias en la forma en que avanza la enfermedad en mujeres y hombres?
- ¿Tiene la discapacidad relacionada con la diabetes la misma probabilidad de afectar a las mujeres y los hombres?

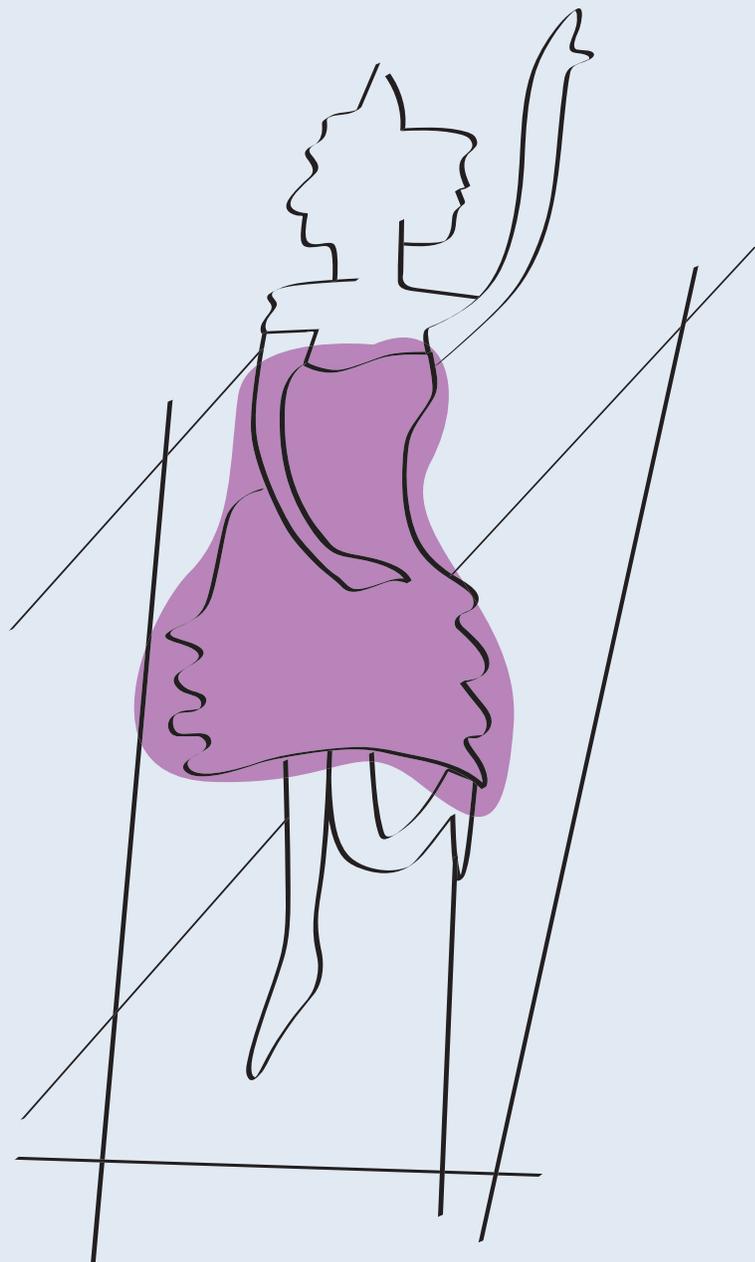
Diversidad

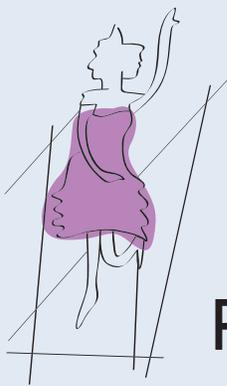
Una investigación realizada en los Estados Unidos ha encontrado que la probabilidad de tener ingresos bajos es mayor para las mujeres, y estos ingresos están vinculados con experiencias de estrés, exclusión social, problemas de seguridad alimentaria, y otros. Esta investigación también muestra que la relación entre ingresos y diabetes es mayor entre las mujeres que entre los hombres [4].

- ¿Qué se sabe acerca de la pobreza de las mujeres y los hombres en la región y en Belice?
- ¿Qué dicen los organismos locales acerca de la influencia de la pobreza en la experiencia de la diabetes?

Estos son los tipos de preguntas que deben influir en la forma de interpretar y presentar los resultados utilizando, según se sugiere aquí, la información y el conocimiento locales para ampliar la información dada.

paso 5 Conclusiones y lecciones aprendidas





Paso 5 | Conclusiones y lecciones aprendidas

Las conclusiones son una síntesis de los resultados para cada área temática y sus indicadores. Describe los resultados combinados del análisis de los datos cuantitativos y el análisis de la bibliografía para representar claramente las pruebas de las inequidades en salud y los retos para las mujeres, los hombres o los subgrupos de ellos y ellas.

Aquí puede ser útil volver al objetivo inicial, datos de años anteriores o hipótesis formuladas al comienzo del análisis. ¿Qué nueva información se tiene ahora en relación con el tema? ¿Qué lecciones se han extraído, qué brechas se han observado? La medición de los indicadores de salud es útil solo en la medida en que, sobre la base del nuevo conocimiento, sea posible intervenir y lograr cambios. Luego puede usarse el monitoreo constante de esos indicadores para evaluar el progreso logrado mediante la intervención.

La fuerza de un perfil reside en su capacidad de presentar una 'historia' integral de la salud de las mujeres y de los hombres, que requiere una síntesis amplia de muchos aspectos y áreas temáticas. Por lo tanto, es beneficioso relacionar cada área temática y sus indicadores respectivos con otras áreas temáticas, donde las oportunidades sean evidentes en su análisis. Si, por ejemplo, las tendencias en las enfermedades respiratorias se relacionan con cambios en el consumo de tabaco en la población, asegúrese de que el indicador de la enfermedad es mencionado en el indicador del tabaco, y también que el indicador del tabaco señale los cambios en la enfermedad respiratoria. Si la vivienda y

el saneamiento deficientes se encuentran en los mismos distritos donde el perfil muestra brotes de enfermedades, ayude al lector para que establezca esas conexiones al mencionar en qué otra parte del perfil puede encontrar información afín.

La medición de los indicadores de salud es útil solo en la medida en que, sobre la base del nuevo conocimiento, sea posible intervenir y lograr cambios.

La fuerza de un perfil reside en su capacidad de presentar una 'descripción' integral de la salud de las mujeres y de los hombres.

Las conclusiones basadas en temas afines pueden ilustrar tendencias más marcadas o promover la planificación más coordinada e integral.

También puede ser útil sacar conclusiones basadas en grupos más grandes de temas. Por ejemplo, su marco de los temas puede haber incluido varias enfermedades crónicas o un grupo de temas sobre los determinantes socioeconómicos de la salud. Las conclusiones basadas en temas afines pueden ilustrar tendencias más marcadas o promover la planificación más coordinada e integral. Por lo tanto, puede ser importante observar los análisis de varias enfermedades crónicas que comparten factores de riesgos comunes, o la aparición conjunta de enfermedades crónicas en una subpoblación, en cuyo caso tal vez se necesite una estrategia coordinada de prevención de enfermedades crónicas.

Ejemplo | La diabetes en Belice

La diabetes es una preocupación de salud importante en Belice y está asociada con demandas cada vez mayores al sistema de atención de salud, así como efectos sanitarios a largo plazo y costos sociales, financieros y personales para las personas diabéticas y sus familias. Aunque la mayoría de los casos son de diabetes tipo II y en muchos países esta se considera generalmente como una enfermedad de las personas adultas mayores, en Belice un gran número de personas de edad madura se ven afectadas por la enfermedad en sus años de vida productivos.

Similares a los resultados de otros países, los datos sobre la diabetes en Belice muestran diferencias importantes en la carga de morbilidad y en los resultados en mujeres y hombres. De hecho, las mujeres beliceñas tienen tasas más altas de diabetes con respecto a los hombres en comparación con la mayoría de los países de las Américas. Las mujeres tienen probabilidades mucho más altas que los hombres de ser hospitalizadas debido a la diabetes. Las mujeres representan casi dos tercios de los casos atendidos en los hospitales de Belice y su tasa de hospitalización supera la tasa de los hombres en más de 80%. En las mujeres de edad madura (de 45 a 49 años) y las mujeres mayores (especialmente las de 60 a 64 años), las tasas de hospitalización por causa de la diabetes pueden llegar a ser el doble o más que las tasas para los hombres. La diabetes gestacional puede ser un factor importante que contribuye a la mayor prevalencia de diabetes en las mujeres de este intervalo de edades. La

diabetes está asociada con un aumento en la demanda de atención de salud. Entre el 2001 y el 2005, las tasas de hospitalización aumentaron en aproximadamente 30% para las mujeres y los hombres.

Si bien las tasas más altas de hospitalización de mujeres con respecto a los hombres pueden reflejar su mayor contacto con el sistema de salud (es decir, relacionando su salud reproductiva y la mayor dedicación de las mujeres a los roles de proveedoras de cuidados para la familia), los datos de mortalidad indican que las mujeres necesitan más atención de salud relacionada con la diabetes. Las mujeres, particularmente las adultas mayores, tienen probabilidades más altas de morir de causas relacionadas con la diabetes en comparación con los hombres. Sin embargo, esta brecha parece estar cerrándose ya que las tasas de mortalidad de los hombres han venido aumentando más rápido que para las mujeres en los últimos años, lo que puede señalar necesidades no atendidas por los servicios de salud para los hombres diabéticos.

Las complicaciones y la discapacidad a largo plazo derivadas de la diabetes (por ejemplo, ceguera y pérdida de miembros) son resultados importantes para los cuales faltan datos. Los resultados de la investigación en otros países han mostrado diferencias importantes entre las mujeres y los hombres de las tasas referentes a algunas complicaciones, indicando la necesidad de contar con datos desglosados por sexo en esta área.

Las comparaciones por distrito indican que las mujeres en los distritos de Orange Walk y de Belice tienen mayores probabilidades de hospitalizarse debido a la diabetes que las mujeres que viven en otros distritos. Entre los hombres, los distritos de Belice y Stann Creek muestran una carga de diabetes superior al promedio. Sin embargo, tanto para las mujeres como para los hombres, las defunciones relacionadas con la diabetes son altas en los distritos de Belice y de Corozal. Las tasas más altas de defunciones en estos distritos pueden deberse a que las personas con diabetes avanzada se mudan a esos distritos donde hay más especialistas y atención terciaria disponible en los centros urbanos. Sin embargo, la diabetes también puede ser más grave en los distritos más urbanizados, lo que es confirmado por la bibliografía.

Otros análisis de los datos desglosados por sexo, situación socioeconómica y grupo étnico, han sido asociados con variaciones en las tasas de diabetes en otras poblaciones.

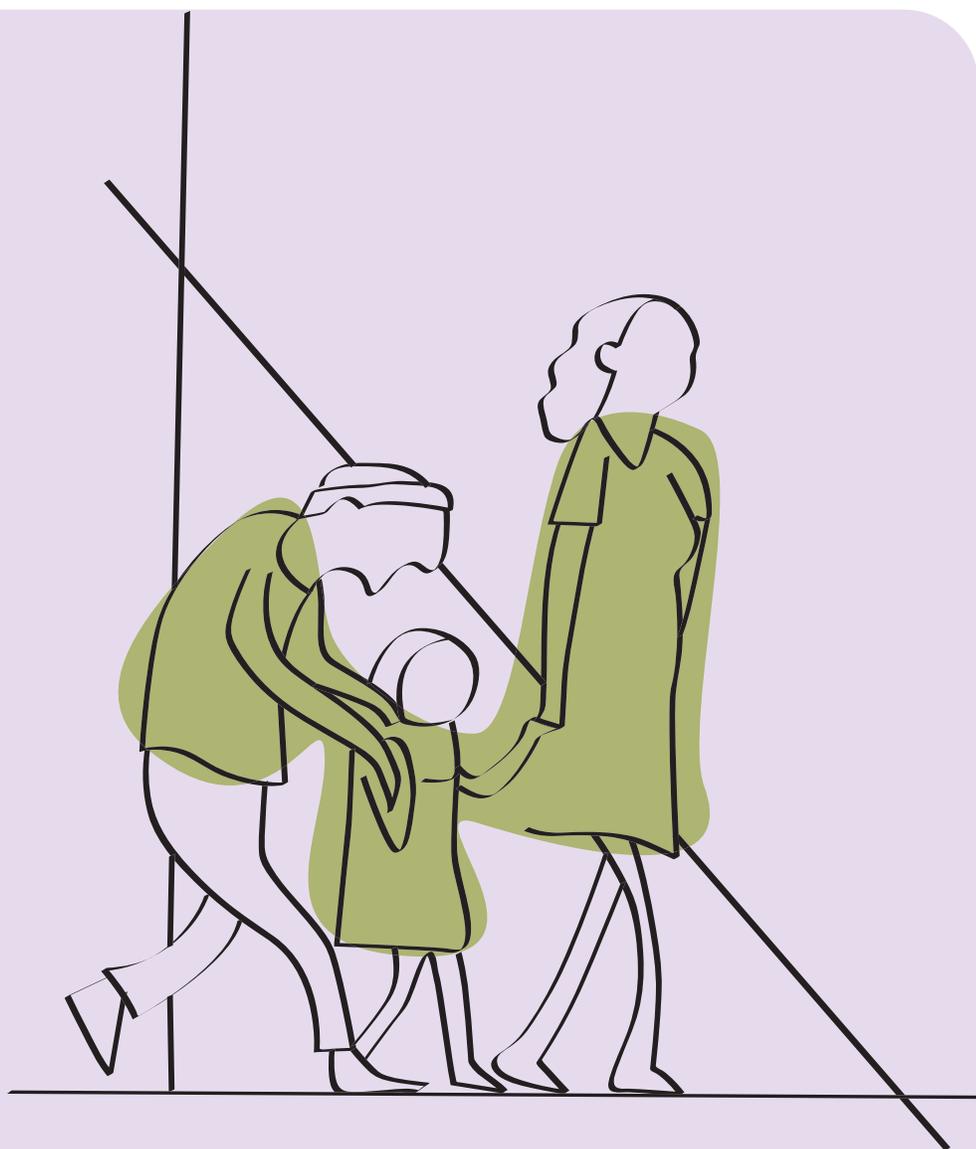
Síntesis

Varios otros temas que pueden aparecer en el perfil, están relacionados naturalmente con la diabetes. Es conveniente se destaque los resultados importantes para las mujeres y los hombres obtenidos de esos análisis si están relacionados con la diabetes. ¿Por ejemplo, qué resultados pertinentes pueden resaltarse de los indicadores sobre obesidad, niveles de actividad física, nutrición o el tabaquismo entre las mujeres y los hombres? Otros vínculos a los indicadores de condiciones socioeconómicas o de alfabetización también pueden ser pertinentes.

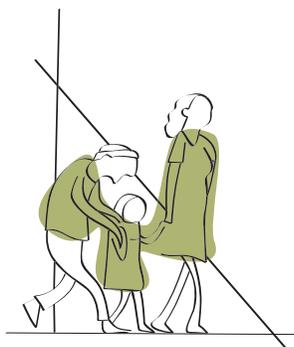
Muchas mujeres en América Latina y el Caribe todavía tienen niveles más bajos de alfabetización que los hombres. La alfabetización tiende a ser más baja en las zonas rurales que en las zonas urbanas y en las zonas más pobres que en las más ricas [1].

Estos resultados pueden tener consecuencias para los programas de educación sobre la diabetes

¿Ilustran los resultados para las enfermedades cardiovasculares, el cáncer u otras afecciones crónicas y degenerativas, consideradas en otras partes del perfil, las tendencias referidas a la diabetes? Usted tal vez quiera considerar estos resultados juntos en una conclusión integrada sobre todas las enfermedades crónicas, o las que comparten factores comunes de riesgo.



passo 6 Consecuencias de política y recomendaciones



Paso 6 | Consecuencias de política y recomendaciones

El paso final para cada indicador es un debate acerca de las consecuencias de política para el indicador. Explique cómo puede usarse el análisis de género para aportar información, elaborar, cambiar o ejecutar políticas. Esto puede incluir cambios en los servicios de salud o en la infraestructura.

Empiece con una descripción breve de las políticas actuales que se relacionan con el indicador. Utilice las siguientes preguntas como guía:

- ¿Cuáles son las políticas actuales en relación con este indicador?
- ¿Les impiden o les permiten a los hombres y las mujeres buscar atención o aprovechar los recursos por igual?
- ¿Hay políticas fuera del sector de la salud que deben cambiarse para reducir las desigualdades en materia de salud?
- ¿Qué han dicho los grupos de la comunidad y las personas acerca de la política asociada?
- ¿Indican los datos y la información que la política está funcionando para ayudar a la población y mejorar la salud?

Utilice la información que ahora se encuentra agrupada en el perfil para formular recomendaciones concretas para la política que deberían o podrían fortalecerse o cambiarse. Determine cuál es la autoridad pertinente encargada de la toma de decisiones a la cual se le harán las recomendaciones.

He aquí algunas áreas donde puede haber recomendaciones:

Datos del indicador

- ¿Están los datos recolectados suministrando la información que se necesita para comprender el problema de salud y cómo afectan a las mujeres y a los hombres? ¿Por ejemplo, deben recopilarse datos financieros o de ingresos para cada persona o para cada hogar?
- ¿Tienen los datos reportados el mismo nivel de detalle que los datos recopilados?
- ¿Deben ser más amplios los datos recopilados para el indicador? ¿Por ejemplo, las readmisiones a los hospitales suministrarían más información acerca de las tasas de morbilidad para la enfermedad o la afección?
- ¿Deben recopilarse y reportarse los datos para un período de tiempo diferente, o para diferentes categorías de edad? ¿Hay subpoblaciones perdidas sistemáticamente en los datos que deberían incluirse?
- ¿Hay una infraestructura adecuada para la vigilancia con respecto a ese indicador?

Promoción de la salud

- ¿Qué demuestra el análisis de género acerca de la orientación que deben tener las actividades e iniciativas de promoción de la salud? ¿Es un sexo, edad o grupo étnico especialmente vulnerable? ¿Cómo pueden orientarse la promoción de la salud y la educación para reducir

las inequidades en salud para esa parte de la población? Por ejemplo, quizás los carteles para la educación del público no se han hecho en el idioma local o son demasiado difíciles de leer y comprender.

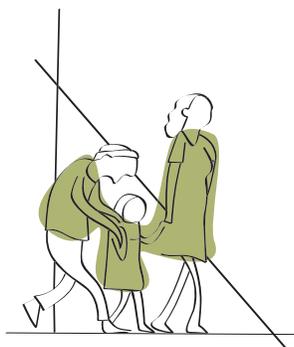
- ¿Cuán eficaces son los programas de tamizaje? ¿Están llegando hasta los miembros más vulnerables de la población? ¿Debe haber diferentes programas de tamizaje para las mujeres y los hombres del campo y de la ciudad? ¿Cómo puede llegarse hasta los hombres? ¿Sería útil someter a tamizaje a las mujeres cuando acuden en busca de atención para sus hijos? ¿Cómo se llegará hasta las mujeres sin hijos? ¿Cómo se puede llegar hasta a las mujeres y los hombres ancianos en las zonas rurales y urbanas?
- ¿Cómo se puede consultar a las mujeres y a los hombres en la localidad? ¿Están apoyando a la promoción de la salud las políticas de otros sectores? ¿Qué puede decirse acerca de las políticas de seguridad alimentaria, transporte local, costos

fiscales, por ejemplo? ¿Cómo se garantizan ingresos para los más pobres? ¿La violencia contra la mujer y las niñas se tolera o se pasa por alto?

Infraestructura en salud y otros sectores

- ¿Indican los datos y otra información que hay suficientes médicos, enfermeras u otros trabajadores de salud disponibles? ¿Necesitan estos trabajadores de salud capacitación para comprender tratamientos y atención con consideraciones de género?
- ¿Hay intervenciones intersectoriales coordinadas?
- ¿Cuáles son los obstáculos para reducir las inequidades en salud? ¿Qué iniciativas han tenido éxito?

Estos son sencillamente algunos ejemplos de las esferas posibles para el cambio de políticas que pueden mejorar la salud y reducir las inequidades.



Ejemplo | La diabetes en Belice

Describa las políticas actuales en Belice. ¿Cuáles son las normas actuales para la atención y prevención de la diabetes? ¿Se somete a tamizaje a las personas diabéticas que reciben tratamiento en las unidades de atención primaria para detectar las complicaciones? ¿Reciben las y los pacientes diabéticos educación para ayudarlos a controlar su enfermedad y prevenir las complicaciones? ¿Se han diseñado programas de promoción de la salud para abordar los factores de riesgo claves de la diabetes en la población? ¿Están cubiertos los costos de los medicamentos de venta con receta por un programa de seguro público? ¿Hay algún apoyo de asistencia domiciliaria u otro tipo de apoyo al alcance de las personas diabéticas para ayudarlos con el autocuidado diario?

Médicos, educadores de salud y enfermeras se capacitan en el manejo nutricional de la obesidad, la diabetes y la hipertensión [8]. Mediante las interacciones entre los proveedores de atención sanitaria y los y las usuarias, el programa también puede aportarles conocimientos a las personas que viven con la diabetes y a sus familias.

Como una iniciativa de promoción de la salud, el Ministerio de Educación introdujo el programa de estudios Salud y Vida Familiar y preparó guías de capacitación para las escuelas de primaria y secundaria. El programa de estudios, con el que se están haciendo pruebas piloto en 12 escuelas de seis distritos de todo el país, se centra en la nutrición y

la actividad física, entre otros asuntos de salud importantes para los niños y los jóvenes [8].

Identifique cualquier brecha o presente críticas provenientes de los grupos de la comunidad que muestran cómo las políticas vigentes pueden contribuir a las inequidades en materia de salud.

Formule recomendaciones para la recopilación y la notificación de datos a fin de ayudar a mejorar la vigilancia. Por ejemplo:

- Recopilar datos desglosados para la diabetes tipo 1, tipo 2 y gestacional.
- Recopilar datos desglosados por grupo étnico y situación socioeconómica (por ejemplo, ingresos, educación) de las mujeres y los hombres diabéticos.
- Reportar los datos sobre complicaciones de la diabetes en mujeres y hombres diabéticos.
- Recabar datos que representen un estadio más temprano de la diabetes (por ejemplo, consultas con médicos y diagnósticos, recetas de medicamentos para la diabetes) para medir la prevención de la enfermedad. El éxito de los programas puede evaluarse con relación a estos datos.
- Fortalecer la vigilancia de los factores de riesgo para la diabetes; reportar estos datos desglosados por sexo.
- Recabar datos cualitativos, con apoyo de los organismos comunitarios, acerca de las experiencias de mujeres y hombres con diabetes.

Las conclusiones sacadas del análisis de género para la diabetes quizá hayan mostrado la necesidad de formular políticas nuevas o de modificar las vigentes. Formule recomendaciones basadas en esos resultados. (Las siguientes recomendaciones se hacen sin tener un conocimiento cabal de las políticas actuales en Belice y solo se presentan a título ilustrativo).

→ Aumentar la toma de conciencia acerca de la eficacia de la prevención primaria para la diabetes. Aumente los programas para prevenir y retrasar la aparición de la diabetes mediante cambios de estilos de vida, como mayor actividad física y cambios en el régimen alimentario.

“La escala del problema requiere medidas que se extiendan a toda la población para reducir los niveles de sobrepeso y obesidad y aumentar la actividad física. Las decisiones de política bien fundamentadas acerca del transporte, el diseño urbano, así como los precios y la publicidad de los alimentos pueden desempeñar una función importante para reducir los riesgos de sufrir de diabetes tipo II en toda la población” [6]

→ Planificar una respuesta coordinada que incluya a varios sectores y que aborde factores ajenos al sector salud que intervienen en los riesgos de la diabetes (por ejemplo, transporte y diseño urbano).

→ Aumentar la toma de conciencia acerca de la diabetes entre las mujeres, para mejorar la prevención o retardar su aparición, y acerca de las prácticas para el manejo y la prevención eficaz de las complicaciones.

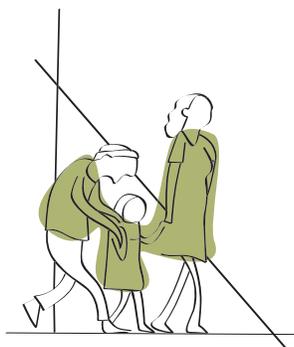
→ Formular programas de promoción de la salud y de servicios de salud que sean apropiados para las mujeres y los hombres en los diferentes grupos de edad, que consideren las diferencias culturales y las condiciones socioeconómicas.

→ Consultar con organismos de la comunidad sobre las necesidades y las experiencias de las mujeres y los hombres con respecto a la diabetes. Dado que la mayor parte de la atención de la diabetes depende del mismo paciente debidamente informado, es importante empoderar a las personas y adaptar la educación sobre la diabetes a sus necesidades.

→ Estudiar las oportunidades para detectar la diabetes gestacional y suministrar información de prevención de la diabetes en las visitas prenatales.

→ Encontrar soluciones innovadoras que aborden la menor utilización de servicios de salud por los hombres. Por ejemplo, diríjase a los hombres para impartirles educación sobre la diabetes en el lugar de trabajo.

→ Corregir cualquier inequidad en el acceso a los especialistas por distrito; mejorar la capacidad de atención ambulatoria en los distritos rurales.



“Solo a través de asociaciones, con la participación de los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado, pueden hacerse los cambios necesarios que revertirán las tendencias actuales en cuanto al sobrepeso, la obesidad y la gama de enfermedades crónicas asociadas con ellos” [6]

Para mejorar la política, también es importante considerar cualquier oportunidad de intercambiar información y coordinar la planificación y la ejecución, con redes existentes en otros países. También considere qué alianzas podrían establecerse con organizaciones no gubernamentales u organismos de otros sectores para mejorar la prevención y el control de la diabetes. Busque los modelos de mejores

prácticas en las esferas donde usted identifique necesidades especiales en su población (por ejemplo, educación sobre la diabetes en un lenguaje sencillo y sensible al género).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de la Diabetes (FIL) cooperan en la ejecución del programa Diabetes Action Now, que procura reducir el impacto de la diabetes en todo el mundo. El programa se centra en las comunidades de ingresos bajos y medios, en particular en los países en desarrollo. Su finalidad es estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces para la vigilancia, la prevención y el control de la diabetes. [6]



Consideraciones generales para la presentación de un perfil

- Asegúrese de suministrar suficiente información para que los lectores que no tengan formación médica ni estadística puedan utilizar la información, así el perfil será más útil para una amplia gama de interesados directos.
- Defina los conceptos sociales y las abstracciones. ¿Por ejemplo qué se entiende por el término 'joven' o 'anciano'? ¿Quién está incluido en estas categorías? ¿Cómo se definen 'los ingresos bajos'? Estos y otros términos generales requieren claridad.
- Asegúrese de suministrar suficiente información sobre cuál es el numerador y cuál es el denominador en la estimación de cualquier tasa. ¿La tasa se refiere a toda la población, o a un grupo más restringido de los que están en riesgo o expuestos a la enfermedad, por ejemplo, las mujeres en edad fértil, adultos, jóvenes en algún intervalo de edades?
- Presente el perfil y los indicadores en un lenguaje claro, no académico para que el perfil pueda ser utilizado por una gama amplia de organismos, entre ellos, las organizaciones comunitarias.
- Los gráficos deben rotularse claramente. Si bien es cierto que los gráficos multicolores son atractivos, deben ser también legibles y fáciles de distinguir en blanco y negro cuando se reproducen por fotocopia o se imprimen desde una computadora.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, 2007; Volumen I: Regional. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2007.
2. It's Your Health: Type 2 Diabetes. [Internet]. Ottawa: Health Canada.; c2006 [citado el 19 de mayo del 2008]. Puede consultarse en: http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/diseases-maladies/diabete_e.html
3. Ministerio de Salud, Belice. Mayo 2006. Health Statistics of Belize, 2001-2005. Unidad de Epidemiología, Ministerio de Salud.
4. Donner, L. H. Isfeld, M. Haworth-Brockman and C. Forsey. Manitoba Women's Health profile. Winnipeg, MB: Prairie Women's Health Centre of Excellence, 2008. [De próxima publicación].
5. 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.
6. Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de la Diabetes. 2004. Diabetes Action Now. [Internet] Ginebra, Suiza: OMS. [citado el 25 de mayo del 2008]. Consultar en <http://www.who.int/diabetes/actionnow/en/DANbooklet.pdf>.

- 7.** Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. 2003. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. OMS Serie de Informes Técnicos 916. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS. [citado el 25 de mayo del 2008]. Consultar en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf
- 8.** Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, 2007; Volumen II: Países, Belice. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2007.



Anexo A | Ejemplos de marcos de referencia para perfiles de género y salud

A continuación figuran tres ejemplos de los marcos utilizados en los perfiles de género y salud:

| Perfil de salud de la mujer, Manitoba www.pwhce.ca/Profile | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> → Factores socioeconómicos → Violencia contra la mujer → Salud sexual y reproductiva → La salud física y mental → Uso de la atención de salud → Mortalidad | |
| Mujeres del Asia Sudoriental: un perfil de salud www.searo.who.int | |
| Estado de salud de la mujeres | <ul style="list-style-type: none"> → Mortalidad y morbilidad → Carga de morbilidad → Salud reproductiva → Nutrición → Problemas de salud en el trabajo y en el ambiente → Violencia contra la mujer |
| Factores determinantes y respuestas | <ul style="list-style-type: none"> → Factores que determinan la salud → Iniciativas nacionales |
| Indicadores de salud de la mujer y relacionados con el desarrollo | <ul style="list-style-type: none"> → Cuadros regionales → Descripciones de países |
| Organización Panamericana de la Salud | |
| Factores socioeconómicos determinantes de la salud | <ul style="list-style-type: none"> → Demografía → Factores socioeconómicos (ingresos, empleo, educación, ambiente, leyes y reglamentos) |
| Estado de salud | <ul style="list-style-type: none"> → Mortalidad → Morbilidad → Factores de riesgo → Salud sexual y reproductiva → Violencia de género |
| El acceso y la utilización de los servicios de salud | <ul style="list-style-type: none"> → Cobertura → Utilización en promoción y prevención de la salud → Gastos sanitarios |
| Gestión sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> → Atención de salud formal e informal → Toma de decisiones |

Anexo B | Glosario

Tasa específica por la edad: El número de casos o sucesos de interés para las personas de un grupo de edad, dividido por la población en ese grupo de edad.

Tasa estandarizada por edades (Método Directo): La tasa que ocurriría en las poblaciones que se están comparando si compartieran una composición estándar de edades (una población estándar), a la cual se aplicaron sus tasas específicas para la edad. Cuando se compara a poblaciones masculinas y femeninas, la población estándar suele ser la población total (hombres + mujeres).

Frecuencias: El número de casos o sucesos para la variable de interés, por ejemplo, defunciones, ingresos en hospitales, diagnósticos, hogares con ingresos bajos, personas con diploma de escuela secundaria.

Tasa bruta: El número de casos o frecuencias para la variable de interés, dividido por el número de personas de la población total.

Tasas de incidencia: mide la probabilidad de que las personas sanas contraigan una enfermedad durante un cierto período. La incidencia es útil para el estudio de causas de la enfermedad y para evaluar el éxito de los programas de prevención.

Número de nuevos casos
----- x 100.000 habitantes
Población (en riesgo)

Nota: Para fines del cálculo de la incidencia, se considera que una población “está expuesta al riesgo” cuando está compuesta de personas que no tienen la enfermedad a principios del período para el que se está calculando la tasa. El tamaño de la población en riesgo a menudo se calcula al restar el número de casos confirmados de la enfermedad en la población, es decir, los casos prevalentes, de la población total.

Salud de la población: es el estudio de la salud y la enfermedad en las poblaciones humanas, donde la comunidad, en lugar de la persona, es el principal centro de interés.

Tasas de prevalencia: miden el número de casos existentes de las enfermedades en una población en un momento determinado. Las tasas de prevalencia son útiles para la evaluación de la carga de morbilidad, en particular de las enfermedades crónicas, en la población.

Número de casos existentes
----- x 100.000 habitantes
Población total

Datos desglosados por sexo: son datos separados para hombres y mujeres, que permiten al usuario leer y utilizar los datos para cada sexo por separado o en combinación.



Anexo C | Diagrama de flujo para presentar un perfil de género y salud (diabetes)



Anexo D | Plantillas ilustrativas para el desarrollo de perfiles

Marco del perfil:

- ¿Qué temas sobre género y salud se incluirán en el perfil?
- ¿Cómo ha seleccionado estos temas?
- ¿Qué indicadores son medidas útiles y prácticas para describir los temas?
- ¿Qué datos están disponibles para cada uno de estos indicadores?

| Área temática: | Indicadores dentro de los temas: | Datos disponibles: |
|----------------|----------------------------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Paso 1: Introducción

Preguntas para considerar y explicar en la introducción de cada tema:

¿Cuál es el tema?

¿Qué indicador o indicadores se utilizarán para describir el tema?

¿Por qué este tema se incluye en el perfil?

¿Por qué es una preocupación de salud para las mujeres o los hombres?

¿Qué se espera aprender del presente análisis?

¿Por qué razón el tema es importante para la salud de las comunidades o de la población en su totalidad?

¿Cómo pueden usarse los resultados para cambiar las políticas o los servicios sanitarios?

Paso 2: Descripción de los datos y de sus limitaciones:

Describa los datos que está utilizando:

¿Se desglosan los datos por sexo? ¿Se desglosan por otras variables como edad, área residencia rural o urbana, o grupo étnico.



¿Cómo se define la enfermedad o la afección que se está considerando, es decir, cuál es la 'definición de casos' y qué criterios de inclusión/exclusión se aplican?

¿Son los datos confiables? ¿Describen al indicador como usted quisiera? ¿Cómo abordará la falta de precisión? ¿Cómo puede usar los datos disponibles como una aproximación a su indicador?

¿Están los datos completos? ¿Quién o qué le falta? ¿Cómo abordará las brechas en los datos?

¿Son los datos comparables? ¿Pueden los datos compararse entre la población y a lo largo del tiempo? ¿Cómo abordará las incongruencias en los datos?

Otras preguntas posibles para considerar y explicar cuando se describen los datos:

Entre hombres y entre mujeres, ¿cuál es el porcentaje de enfermedad no diagnosticada?

¿Qué subpoblaciones no están incluidas en estos datos? ¿De qué otra forma puede encontrar información acerca de la enfermedad y las tendencias para esas subpoblaciones?

¿En estos datos están incluidas las poblaciones institucionalizadas o las que reciben atención en los hospitales privados?

¿Es necesario hacer alguna corrección para eliminar los posibles datos repetidos o duplicados donde los datos registran más de un caso para la misma persona?

Paso 3: Análisis de género y presentación de los datos:

¿Cómo presentará los datos?

Frecuencias

Tasas brutas

Explicar por qué usted utilizará o no utilizará lo siguiente

→ Tasas específicas para la edad

→ Tasas ajustadas por edad

Otras preguntas posibles a considerar para otros análisis:

¿En qué medida las diferencias observadas en las tasas de hospitalización entre las mujeres y los hombres reflejan el acceso diferencial o la 'exposición' de los hombres y las mujeres al sistema de atención de salud?

¿Hay cambios en la prestación de los servicios a los que puede atribuirse, hasta cierto punto, cualquier tendencia reciente en las tasas?

¿Pueden atribuirse las discrepancias observadas del tratamiento y la mortalidad a los diferentes estilos de vida? ¿Cuáles son esos estilos? ¿Cómo se relacionan con los roles asignados a los hombres y a las mujeres en los hogares, las comunidades y la sociedad?

¿Cómo influyen las diferencias en los niveles de pobreza en el acceso al tratamiento u otros servicios por distrito y por sexo,?

¿ El tamaño de la población en los distritos influyen en una vulnerabilidad particular para el indicador?

Paso 4: Análisis de la bibliografía y debate:

¿ La bibliografía apoya los resultados de su análisis de datos o existe alguna información nueva o diferente?

¿Qué dice la bibliografía acerca de los factores que intervienen en las experiencias y los resultados diferentes en las mujeres y los hombres para este problema e indicador de salud?

¿ La bibliografía aborda adecuadamente la influencia de género?

¿Las experiencias de las mujeres o de los hombres del lugar suministrar más información?

Considere cómo las mujeres y los hombres quizás difieran para alguno de los siguientes factores, en su relación con el tema de salud y el indicador:

Factores de riesgo (es decir, sobre la base de las diferencias biológicas y las desigualdades de género en cuanto a la exposición a factores de riesgo para la salud)

Síntomas y experiencia de enfermedad (por ejemplo, la gravedad del síntoma puede variar como resultado de las diferencias biológicas entre los sexos, los

roles y responsabilidades de género pueden influir en las diferentes necesidades y prioridades en la experiencia de enfermedad)

Intervención y tratamientos (por ejemplo, terapias con fármacos, operación quirúrgica, nuevas terapias o las que se consideran como terapias de alto riesgo)

Uso de servicios o recursos (por ejemplo, visitas de médicos, enfermo hospitalizado o atención de urgencia, referencia a especialistas, atención institucionalizada, apoyo de recursos informales)

Resultados (por ejemplo, limitación de actividades, discapacidad a largo plazo, duración o avance de la enfermedad, complicaciones, co-enfermedad, muerte)

¿Cuáles son las diferencias entre las mujeres y los hombres de ciertos grupos (étnico, edad, área de residencia, o grupo socioeconómico) en cuanto a su experiencia de los factores enumerados arriba?

Paso 5: Conclusiones y lecciones aprendidas

¿Qué conclusiones puede sacar de su análisis de los datos y otra información?

¿Cómo se relaciona la información recabada con otros indicadores en su perfil?

¿Qué nuevos aspectos han surgido?



Paso 6: Consecuencias de política y recomendaciones

¿Cuáles son las actuales políticas que se relacionan con el o los indicadores?

¿Les impiden o les permiten a los hombres y las mujeres buscar atención o aprovechar los recursos por igual?

¿Hay políticas fuera del sector de la salud que deberían cambiarse para reducir las desigualdades en materia de salud?

¿Qué han dicho los grupos de la comunidad y las personas acerca de la política afín?

¿Indican los datos y la información que la política está funcionando para ayudar a la población y mejorar la salud?

Utilice la información que ahora está agrupada en el perfil para formular recomendaciones concretas de política que deben o podrían fortalecerse o cambiarse. Identifique a la autoridad pertinente de toma de decisiones a la cual se harán las recomendaciones.

He aquí algunas esferas donde puede haber recomendaciones:

Recopilación de datos del indicador

Promoción de la salud y prevención de enfermedades

Las políticas en otros sectores se relacionaban con este indicador

Infraestructura y recursos de salud y de otros sectores



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud