

Inequidades de género y utilización de los servicios del nivel primario de atención en tres policlínicos de Cuba

Gender inequities and the use of primary health care services at three polyclinics in Cuba

MSc. René G. García Roche,^I MSc. Armando Rodríguez Salvá,^I PhD. Pol de Vos,^{II} PhD. Patrick Van der Stuyft^{II}

^I Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana, Cuba.

^{II} Instituto de Medicina Tropical de Amberes. Bélgica.

RESUMEN

Introducción: las categorías de sexo y género permiten analizar sus desigualdades sociales, influencia sobre la salud e inequidades derivadas de ellas. En Cuba, desde hace varios años, se aplica el modelo de medicina familiar en el nivel primario de atención con el fin de lograr equidad en los servicios de salud y el cual periódicamente se ha ido evaluando. Sin embargo, se desconocen las particularidades y la equidad en la utilización de los servicios según el género, lo cual motivó la realización de este estudio.

Objetivo: identificar inequidades de género en la utilización de los servicios del nivel primario de atención.

Métodos: se hizo un estudio descriptivo de la utilización de las consultas ofertadas para las personas entre 20 y 59 años, residentes en los territorios atendidos por algunos consultorios de los policlínicos "Felipe I. Rodríguez", "Marcio Manduley" y "Enrique Barnet". Se calcularon números absolutos, porcentajes y tasas anuales por habitantes/personas/año por sexo, para el total y en cada policlínico.

Resultados: las hembras tuvieron tasas mayores que los varones en todos los aspectos analizados, respectivamente, con cifras de aproximadamente 2,65 y 1,05 para las consultas; 0,90 y 0,40 para los terrenos; 0,88 y 0,39 para las consultas programadas; 1,42 y 0,58 para las actividades preventivas y 3,40 contra 1,38 para las prescripciones médicas. Sin embargo, en varios servicios las hembras tuvieron menores o iguales porcentajes de asignación o utilización que los varones, a pesar de tener mayores necesidades de dichos servicios.

Consideraciones finales: las formas de utilización y la no asignación proporcional de los servicios, según las necesidades de cada sexo, originan inequidades de género. El sexo femenino está en desventaja por estas inequidades.

Palabras clave: inequidades, género, utilización de servicios de salud, nivel primario de atención.

ABSTRACT

Introduction: The categories of sex and gender make it possible to analyze their social inequalities, their influence upon health, and the inequities stemming from them. For several years now, the family medicine model has been applied in primary care in Cuba, with the purpose of achieving equity in health services. The model has been evaluated periodically. However, little is known about specific equity features in the use of services according to gender. This is the reason why the present study was undertaken.

Objective: Identify gender inequities in the use of primary health care services.

Methods: A descriptive study was conducted of the use of consultations offered to persons aged 20-59 living in areas covered by consultation offices from the polyclinics "Felipe I. Rodríguez", "Marcio Manduley" and "Enrique Barnet". An estimation was made of absolute numbers, percentages and annual rates per inhabitant / person / year by sex, for the total sample and at each polyclinic.

Results: Females showed higher rates than males in all the aspects analyzed, with figures of approximately 2.65 and 1.05 respectively for consultations; 0.90 and 0.40 for field visits; 0.88 and 0.39 for scheduled consultations; 1.42 and 0.58 for prevention activities and 3.40 and 1.38 for medical prescriptions. However, in several services females had a lower or equal percentage of allotment or use, even though their need to use those services was greater.

Final considerations: Imbalance in the forms of use and the allotment of services between the sexes resulted in gender inequities. The female sex was at a disadvantage due to these inequities.

Key words: inequities, gender, use of health services, primary health care level.

INTRODUCCIÓN

Los términos sexo y género se utilizaron indiscriminadamente en el argot científico hasta mediados de la década del 80, pero a partir de esa fecha comenzó a diferenciarse el uso de ambos términos. La palabra sexo hace referencia a las características biológicas, predeterminadas y relativamente invariables, como las anatómicas y fisiológicas del hombre y de la mujer; mientras que el término género es utilizado para indicar características socialmente construidas, como los rasgos de la personalidad, las actitudes, los sentimientos, los valores, las conductas, el acceso y el poder sobre los recursos y las actividades que constituyen la definición de masculino y femenino, en las diferentes culturas.¹⁻³

Los organismos de los individuos del sexo masculino y del femenino tienen patrones de comportamiento diferentes ante las agresiones del medio que comprometen a la salud y hacen necesario estudiar los aspectos psicosociales de las enfermedades y la influencia del género

en la salud y la enfermedad de los individuos para explicar todas las diferencias entre la morbilidad y la mortalidad entre los sexos.⁴⁻⁶ Por ejemplo, los masculinos tienen una sobremortalidad para casi todas las causas de muerte y edades, mayor vulnerabilidad ante los accidentes, mayor consumo de drogas, alcohol, tabaco y aumento de la gravedad de los padecimientos con respecto a las femeninas. En cambio, estas se enferman más, demandan más asistencia médica por enfermedades agudas, padecen con más frecuencia diabetes, artritis, colecistopatías, hipertensión arterial; son más propensas al consumo de tranquilizantes y al padecimiento de trastornos afectivos.^{1,2,7,8}

Las propias relaciones de desigualdad social entre los individuos del sexo masculino y femenino pueden impactar la salud y la vida de las personas. Por eso, en los estudios de género, es necesario tener presente el concepto de equidad en salud que no es la distribución igualitaria de los recursos, sino la asignación y entrega de los recursos según las necesidades particulares de cada sexo y de cada contexto socioeconómico, la eliminación de diferencias remediabiles en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles.^{2,9}

También es importante destacar que las desigualdades en la salud de los individuos del sexo masculino y femenino no todas implican una inequidad de género, pues esta se da con las desigualdades innecesarias, evitables e injustas, asociadas a desventajas en el plano socioeconómico.^{1,2}

La equidad de género en la atención en salud presupone que los servicios de salud se asignen y se reciban diferencialmente según las necesidades de cada sexo y que se paguen según su capacidad económica y no según su necesidad. La situación del sexo femenino es desventajosa en comparación con el sexo masculino, pues en general sus miembros necesitan más atención en salud y en los países en la que esta se paga, con frecuencia tienen menos capacidad económica para pagarla, porque reciben menos remuneración por su trabajo.^{1,2}

Desde 1978, en la Conferencia de Alma-Atá, se destacó la importancia de la atención de la salud como determinante del estado de salud para lograr la meta de "Salud para todos en el año 2000".¹⁰ Lamentablemente, esta meta no pudo lograrse¹¹ a pesar de los esfuerzos de los países participantes de llevar a efecto reformas en sus sistemas de salud enfocadas al desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS) que pretendía minimizar las inequidades en el acceso a la atención de la salud.

Después de la caída del Campo Socialista y el fin de la Guerra Fría, el mundo se vio envuelto en una compleja situación socioeconómica que acrecentó la pobreza de los países del Sur y con esto las diferencias Norte-Sur. Por esta razón, a partir de 1990 y a propuesta del Secretario General de Naciones Unidas, Butros Butros-Ghali, se celebraron una serie de cumbres internacionales para afrontar y tratar de remediar los grandes problemas de la humanidad. En septiembre del año 2000, en Nueva York, se celebró la Cumbre del Milenio, encabezada por representantes de 189 países que firmaron la Declaración del Milenio, la cual recoge ocho objetivos, denominados los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), referentes a la erradicación de la pobreza, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la mortalidad infantil y materna, el avance del VIH/SIDA y el sustento del medio ambiente.¹²

En Cuba, la reforma más importante realizada en el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el modelo de medicina familiar del Nivel Primario de Atención (NPA), que pretende lograr equidad en los servicios de salud que se le brindan a los masculinos y a las femeninas; sin embargo, el tipo de sociedad patriarcal en que vivimos, las relaciones entre hombres y mujeres, los roles de género y en general las desigualdades de género podrían convertirse en inequidades de género en la atención de la salud.¹

Prácticamente, este modelo da cobertura a toda la población y periódicamente se ha estado evaluando en distintos momentos,¹³ para su reorganización, consolidación y modernización con nuevos métodos y estilos de trabajo que garanticen mantener los logros alcanzados por SNS. Durante el período comprendido entre los años 2004 al 2008 se hizo una "Evaluación de la Reorganización de los Servicios de Salud en el NPA en tres policlínicos del país".

A pesar de haberse estado evaluando periódicamente este modelo, se desconocen las particularidades y la equidad en la utilización de los servicios según el género, lo cual motivó la realización de este estudio con el objetivo de identificar inequidades de género en la utilización de los servicios del Nivel Primario de Atención.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal cuyo universo de estudio lo constituyeron los 7 478 varones y las 7 921 hembras con edades entre 20 y 59 años, vistos respectivamente en 10 816 y 28 098 consultas o terrenos, entre el 1ro. de enero y el 31 de diciembre de 2006, y residentes en las áreas geográficas pertenecientes a 15 consultorios del médico de la familia del Policlínico «Enrique Barnet», del municipio Santa Isabel de las Lajas, en Cienfuegos; 8 consultorios del médico de la familia del Policlínico "Felipe I. Rodríguez", del municipio San Antonio de los Baños, en La Habana, y 16 consultorios del médico de la familia del Policlínico "Marcio Manduley", de Centro Habana, en Ciudad de La Habana (se tomaron los datos de este año porque era cuando se estaban evaluando simultáneamente los tres policlínicos).

Las fuentes de información fueron los registros de pacientes atendidos (las hojas de cargo que llenaron los médicos en la consulta y en el terreno) y los listados de las poblaciones dispensarizadas del departamento de estadística de dichos policlínicos. Se recogieron las siguientes variables:

- Total de personas por grupo de edad y sexo, que se les brindó atención médica en los consultorios estudiados de cada área, en dicho período de tiempo.
- Total de personas residentes en cada área de atención, por grupo de edad y sexo.
- Sexo de las personas: femenino y masculino.
- Tipo de servicios utilizados: consulta, terreno.
- Iniciativa en las consultas ofertadas: programadas, no Programadas.
- Prescripciones médicas: alguna (al menos una), ninguna.
- Actividades preventivas: indicadas, no indicadas.

Para el análisis de los resultados se calcularon los siguientes indicadores: números absolutos, porcentajes y tasas anuales por habitantes/personas/año de las consultas ofertadas por sexo, para el total y en cada policlínico.

Los datos recogidos de la hoja de cargo fueron introducidos en una base de datos, confeccionada al efecto, mediante la aplicación de Microsoft Access. Finalmente, con el paquete de programas estadísticos SPSS versión 11.5 y la aplicación de Microsoft Excel, se procesaron los datos y se obtuvieron los indicadores para el análisis de los resultados, los cuales se presentan en tablas.

RESULTADOS

La tasa anual de servicios utilizados en los consultorios estudiados fue mayor en las hembras que en los varones, respectivamente, con cifras de aproximadamente 2,65 y 1,05 para las consultas y de 0,90 y 0,40 para los terrenos por habitantes/personas/año; las cifras de hembras duplican las de los varones; esta regularidad se mantuvo en cada uno de los policlínicos. Los consultorios pertenecientes al Policlínico "Marcio Manduley" son los que tuvieron las mayores tasas para hembras y varones, de 3,57 y 1,70 en las consultas y de 1,66 y 0,82 en los terrenos por habitantes/personas/año (tabla 1).

Comparando relativamente los porcentajes de consultas y terrenos del total de pacientes atendidos de cada sexo, el porcentaje de varones atendidos en terrenos fue discretamente mayor que el de las hembras, 27,5 contra 25,2 %. Lo contrario ocurrió en las consultas donde se atendió un mayor porcentaje de hembras que de varones, 74,8 contra 72,5 %. En los policlínicos «Marcio Manduley» y "Enrique Barnet" se mantuvo esta diferencia entre hembras y varones; en el Policlínico "Felipe J. Rodríguez", los porcentajes de hembras en los terrenos superaron a los varones solo en 0,4 %, lo cual no permite afirmar que este porcentaje sea superior al de los varones (tabla 1).

De las consultas programadas, las hembras tuvieron tasas que duplicaron a las de los varones, 0,88 contra 0,39 por habitantes/personas/año. En cambio, el porcentaje que representaron las consultas programadas dentro de cada sexo fue inferior en las hembras que en los varones, respectivamente, con 24,7 y 26,9 %. Fue una excepción el Policlínico "Felipe J. Rodríguez", pues el porcentaje de consultas programadas de las hembras (16,5 %) casi duplicó a las de los varones (8,5 %).

En las consultas no programadas también las tasas de las hembras duplicaron a las de los varones e igualmente los porcentajes de las hembras fueron superiores a los de los varones (tabla 2).

Las tasas de actividades preventivas indicadas fueron más altas en las hembras (1,42) que en los varones (0,58), aunque en todos los policlínicos estas fueron bajas, excepto en el «Marcio Manduley», con cifras de 2,71 y 1,23 por habitantes/personas/año, respectivamente, para hembras y varones. Sin embargo, los porcentajes de indicación de actividades preventivas en las hembras, 40,0 % contra 39,9 % en los varones, no permite aseverar que relativamente se indicaron más actividades preventivas a las hembras que a los varones, porque estas ventajas resultaron pobres e irregulares y en ningún policlínico la diferencia entre unos y otros superó el 3 % (tabla 3).

Las hembras, al igual que en el resto de los rubros analizados, tuvieron tasas de prescripciones médicas por habitantes/personas/año muy superiores a los varones, respectivamente, con 3,40 contra 1,38. Entre los policlínicos, el "Marcio Manduley", fue el que tuvo las tasas de prescripciones médicas por habitantes/personas/año más altas, 5,01 y 2,41, para hembras y varones, respectivamente. A uno y otro sexos se les hizo alguna prescripción médica en un alto porcentaje de los servicios utilizados y estos fueron muy semejantes en ambas categorías (95,8 % en las hembras contra 95,5 % en los varones); dentro de cada policlínico los porcentajes también fueron similares en un rango que va desde 94,2 % en los varones del «Enrique Barnet», hasta 96,1 % del "Felipe J. Rodríguez". Esto permite asegurar que se hicieron prescripciones médicas relativamente en la misma proporción a las hembras que a los varones; sin embargo, se debe destacar que hubo un porcentaje de ambos a los cuales no se les hizo ninguna prescripción médica y estos porcentajes fueron desde 3,9 % para las hembras del Policlínico "Felipe J. Rodríguez" hasta el 5,8 % para los varones del "Enrique Barnet" (tabla 4).

DISCUSIÓN

El contexto socioeconómico cubano y la voluntad política del gobierno, que se materializa en un sistema de salud con objetivos, propósitos y directrices dirigidos a lograr la salud para todos de la forma más equitativa posible, han permitido que los logros alcanzados en esta esfera sean superiores al resto de los países de América Latina,¹ aunque a continuación se especificarán aspectos encontrados en este estudio que constituyeron inequidades de género, porque los servicios de salud no se asignaron, ni se recibieron diferencialmente según las necesidades de cada sexo.^{1,2,9}

En este estudio, el comportamiento de la utilización de los servicios fue similar al reportado por otros autores.^{1,3} La mayor necesidad de atención a la salud y actividades preventivas en las hembras que en los varones por características específicas de su sexo (etapa reproductiva, climaterio, menopausia, ataque de ciertas enfermedades crónicas, etc.) es un hecho reconocido que ha dado lugar al diseño e implementación en el país de programas particulares para este grupo de población,^{14,15} como el programa materno infantil que aborda la salud sexual y reproductiva de la mujer, incluyendo la prevención del cáncer de mama y el cáncer de cuello de útero. Por esta razón, las tasas de actividades preventivas se consideraron bajas cuando no lograron alcanzar la cifra de 2 para las hembras y de 1 para los varones.

Por otra parte, en las consultas se ofrecen más actividades asistenciales, y en los terrenos más actividades preventivas. Sin embargo, la igualdad de los géneros es un ODM¹² y en general programarle o brindarle iguales o menores porcentajes de terrenos y de actividades preventivas a las hembras que a los varones constituye una inequidad de género, porque las actividades preventivas no se brindaron de acuerdo con las necesidades de cada sexo, como lo ratificaron las tasas de utilización de consultas y terrenos por uno y otro sexos, encontrados en este estudio.

En general, el bajo porcentaje de consultas programadas en los tres policlínicos podría indicar un mal control de los dispensarizados; pero, además, el menor porcentaje de consultas programadas entre las hembras que entre los varones (excepto el policlínico "Felipe J. Rodríguez", al parecer por un mejor trabajo de los equipos de salud de este policlínico), podría deberse a que estas hicieron una mayor utilización del servicio de forma espontánea, minimizando la importancia relativa de las consultas programadas para este grupo poblacional o a una programación deficiente de las consultas en la

cual se le programaron relativamente menos consultas a las hembras que a los varones y esto constituyó una inequidad de género.

Se ha planteado por otros autores¹⁶⁻¹⁸ que las hembras, habitualmente en las diversas etapas de la vida, necesitan atenciones y prescripciones médicas de forma diferencial a los varones por las razones antes expuestas, pero la igualdad en los porcentajes de prescripciones médicas hechas a hembras y varones encontrados en este estudio podrían constituir también una inequidad de género, porque no se estuvieron cubriendo diferencialmente las necesidades de prescripción del sexo femenino.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Aunque la variable *diagnóstico del médico* se recogió, no resultó útil para este estudio, porque en la investigación original solo se particularizaron los diagnósticos de hipertensión arterial y asma bronquial, usados como enfermedades trazadoras en la evaluación de los servicios de salud de los consultorios compartidos.

- El total de individuos no fue exactamente el mismo en todas las tablas del trabajo porque faltaban datos en algunas variables.

- Los datos analizados tienen más de 5 años de recogidos, pero consideramos que son útiles, porque no se encontraron otros trabajos en la literatura nacional que abordaran este problema.

Se concluye que las formas de utilización y la no asignación proporcional de los servicios según las necesidades de cada sexo originan inequidades de género. El sexo femenino está en desventaja por estas inequidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Sal Públ [Internet]. 2007 [citado 18 de diciembre de 2012]; 33(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es

2. Guarnizo-Herreño CC, Agudelo C. Equidad de Género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. Rev Sal Públ [Internet]. 2008 [citado 17 de septiembre de 2012]; 10(Supl. 1): 44-57. Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000600005&lng=en / <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642008000600005>

3. Vega MJ, Bedregal GP, Jadue HL, Delgado BI. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. Rev Méd Chile [Internet]. 2003 [citado 28 de diciembre de 2012]; 131(6):669-78. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000600012&lng=es

4. Gálvez Pérez T. Indicadores de género en la salud. Monitoreo en Chile. Proyecto "Género, equidad y reforma de la salud en Chile". Santiago de Chile: OPS/OMS [Internet]. 2003 [citado 28 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.siyanda.org/docs/Galvez_Perez_indicadores.doc
5. Las desigualdades, por razón de género, dificultan la atención a la salud mental de las mujeres. Argos Comunicación. Madrid: Intersalud [Internet]. 2008 [citado 28 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/descarga_pdf.ats?clave=36331
6. Rohlf I. Género y salud: diferencias y desigualdades. Madrid: Consorcio de bibliotecas universitarias de Cataluña [Internet]. 2007 [citado 28 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Quark/article/download/54973/65434>
7. Diferencias en la salud de hombres y mujeres. Buenos Aires: Intramed [Internet]. 1997 [citado 28 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=62901>
8. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Equidad de género e interculturalidad: derechos y ejes determinantes para alcanzar la salud para todos. Ciudad de México: Entorno Médico [Internet]. 2008 [citado 28 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://entornomedico.org/index.php/78-noticias/206-equidad-de-genero-e-interculturalidad-derechos-y-ejes-determinantes-para-alcanzar-la-salud-para-todos>
9. Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Sal Publ [Internet]. 2002 [citado 28 de diciembre de 2012]; 11(5-6):327-34. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500008&script=sci_arttext
10. Declaración de Alma-Atá. Salud Pública Educ Salud [Internet]. 2002 [citado 28 de diciembre de 2012]; 2(1):22-4. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev02-1/AlmaAta-02-1.pdf>
11. López Jiménez M. Alma-Ata, 30 años después. Madrid: Foro Alerta Bibliográfica [Internet]. 2008 [citado 28 de diciembre de 2012]; Disponible en: <http://www.e-mergencia.com/foro/archive/index.php/t-24319.html>
12. Objetivos de desarrollo del milenio. Naciones Unidas, New York: ONU. Informe del 2005 [Internet]. 2005 [citado 28 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/MDGBOOK_SP_new.pdf
13. De Vos P, Vanlerberghe V, Rodríguez Salvá A, García Roche R, Bonet Gorbea M, Van der Stuyft P. Uses of first line emergency services in Cuba. Health Policy [Internet]. 2008 [citado 28 de diciembre de 2012]; 85(1):84-104. Disponible en: [http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510\(07\)00148-0/fulltext](http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510(07)00148-0/fulltext)
14. Hernández Gómez Lidia C. Presencia de la mujer en la Salud Pública Cubana. Rev Cubana Sal Públ [Internet]. 2009 [citado 28 de diciembre de 2012]; 35(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100010&lng=es

15. Verdeses Vázquez M. Programas de Gobierno y publicaciones sobre la mujer en Cuba. París: 60th IFLA General Conference - Conference Proceedings IFLANET/INIST [Internet]. 1994 [citado 28 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://archive.ifla.org/IV/ifla60/60-verv.htm>
16. Rivas Alpízar E, Navarro Despaigne D. Factores relacionados con la demanda de atención médica para el climaterio. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2003 [citado 28 de diciembre de 2012];14(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol14_3_03/end03303.htm
17. Velasco Areas S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid: Digital Solutions Networks SA [Internet]. 2009 [citado 28 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>
18. Valls Llobet C. Género y salud: de la invisibilidad al mainstreaming de género en las políticas de salud. En: X coloquio internacional de geocrítica "Diez años de cambios en el mundo, en la geografía y en las ciencias sociales". Madrid: Universidad de Barcelona [Internet]. 2008 [citado 28 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/-xcol/61.htm>

Recibido: 5 de mayo de 2013.
Aprobado: 22 de junio de 2013.

MSc. *René G. García Roche*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). Calle Infanta No. 1158 e/ Clavel y Llinás. Municipio de Centro Habana. La Habana, Cuba. Correo electrónico: rene@inhem.sld.cu