

## **Participación de la mujer en el sector de la salud en Cuba**

*Yenisei Bombino Companioni*

### **Resumen**

El objetivo del artículo es reflexionar acerca de la participación y movilización de mujeres y hombres en el sector de la salud en Cuba, a través de sus representaciones en las especialidades médicas y cargos de dirección según niveles de atención, con énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS). El análisis de esta problemática se fundamenta en el enfoque de género, éste contribuye a visualizar las relaciones de poder y subordinación entre los sexos, y conocer las causas que las originan. Constituye una necesidad, profundizar en la distribución de las responsabilidades y el poder en la producción de salud, para identificar inequidades de género que subsisten —consciente e inconscientemente— en el sector formal de la salud y en la representación femenina en la estructura del poder local y nacional, y para la toma de decisiones.

### **Palabras claves**

Salud, género, mujer, Atención Primaria de Salud, Cuba

### **Introducción**

La historia de la mujer como sujeto activo en la movilización de recursos humanos para la gestión de salud se inicia en el ámbito doméstico-familiar, y se remonta a la Edad Media (1). Desde entonces y hasta el presente siglo, las acciones de la mujer en el cuidado y fomento de la salud se han realizado en espacios socioculturales históricamente opuestos: el público y el privado.

En el espacio privado-doméstico-familiar, la mujer organiza las labores médicas en el marco de una "estrategia general de supervivencia donde están incluidas las prácticas de alimentación, nutrición, higiene personal, saneamiento básico, recreación, sexualidad y reproducción, entre otras dimensiones que inciden en la calidad de vida de los miembros de la familia y la propia" (2), constituyéndose en un agente anónimo de la medicina doméstica. Este espacio es reconocido como el primer ámbito social de percepción y evaluación del daño a la salud y el bienestar, constituye una estructura de respuesta social organizada a la enfermedad, pudiendo considerarse como un nivel de atención primaria de salud y a la mujer, como su principal gestor.

Los conocimientos de cura y atención médica que se practican en este espacio, se fundamentan en la experiencia empírica cotidiana, son saberes construidos culturalmente carentes de fundamentos científicos marcados por creencias supersticiosas y místicas, y son transmitidos de una generación femenina a otra, unidas por lazos filiales y en el ámbito del hogar.

Las féminas extienden sus servicios de atención no remunerados y voluntarios a la comunidad, donde ejercen su influencia en la conducta de salud de sus miembros mediante la educación y promoción de estilos de vida saludables (1,3).

En el siglo XX se produjo un incremento en la representación de las mujeres al optar por ocupaciones de servicios en el campo de la salud, y en la composición predominantemente femenina del personal de asistencia sanitaria. En el espacio público donde se realiza la medicina institucional, las féminas han sido terapeutas y proveedoras de conocimientos profesionales, que paulatinamente han ganado reconocimientos y prestigio social como protagonistas del desarrollo.

Elsa Gómez plantea que internacionalmente, a pesar de la contribución de la mujer a la producción de salud, permanecen en una posición de desventaja dentro del sistema de salud debido a: predominan en los escaños de más baja remuneración y prestigio dentro del sector formal de salud; permanecen sub-representadas en las estructuras del poder local y nacional; y desempeñan sin remuneración el trabajo informal de promoción y atención de salud de la familia y la comunidad (4).

La Historia de la Medicina escrita ha adolecido de tener enfoque de género. El importante y decisivo papel desempeñado por las mujeres en el cuidado de la salud familiar e institucional, ha estado subvalorado y poco reconocido. La ausente referencia del papel de la mujer como sujeto social y en particular, sujeto de la salud, se ha debido —entre otras causas— a la influencia del sexismo en las investigaciones. Influye, además, que la historia ha sido escrita desde la experiencia masculina y se ha basado en la historia de la institucionalización del conocimiento médico a la cual la mujer accedió más tardíamente respecto a los hombres. Situación que ha provocado que por varias décadas no se haya divulgado ni reconocido suficientemente, la trayectoria del pensamiento y la acción histórico-social de las féminas como (auto) cuidadoras y hacedoras de salud.

### **Gestión de salud de la mujer cubana en el siglo XVII y primera mitad del XX**

Las primeras labores de medicina realizadas por mujeres en Cuba con ciertos grados de organización social fueron ejercidas por las comadronas o parteras, éstas fueron mujeres de clases sociales con escasos recursos económicos: indígenas (hasta los tres primeros siglos posteriores a la Conquista), negras (las negras esclavas se mantuvieron hasta la primera década del siglo XIX, y en su condición de comadronas ejercieron una importante labor en el cuidado de la

mujer-ama-blanca y en el rol de nodriza de los hijos de los amos), mestizas, pobres y campesinas. Hasta los primeros años del siglo XIX, las comadronas fundamentaron sus conocimientos en la experiencia empírica –los conocimientos estaban marcados por creencias supersticiosas y místicas resultado, fundamentalmente, de la fusión de las prácticas indígenas y las tradiciones africanas- y ejercieron sin títulos. Este conocimiento era transmitido de una generación femenina a otra, unidas por lazos filiales y en el ámbito del hogar. (2,5-8).

Como dato histórico, se conoce que en 1609, el ayuntamiento de Santiago de Cuba concedió a la curandera india Mariana Nava, licencia para practicar la medicina sin necesidad de examen, siendo la primera mujer que ejerció legalmente esta profesión en Cuba. La primera partera examinada por el Real Tribunal del Protomedicato en Cuba, fue Petrona Rodríguez en 1696.

En la historia de la profesión médica cubana, no debería pasar desconocida Enriqueta Faver Caven, de nacionalidad francesa, quien asumió una personalidad masculina bajo el nombre de Henry Faver, para ejercer la profesión médica, fungió como Fiscal de Cirugía del Real Tribunal en Baracoa hasta que fue descubierto su verdadero sexo y la expulsaron de la isla (1820-1824) (5,6,8).

El oficio de comadronas se institucionalizó a principios del siglo XIX, con la fundación de la Academia de Parteras en 1828. La Academia garantizó, de cierto modo y como resultado del aumento del conocimiento científico de las parteras que en su mayoría eran mujeres negras y mestizas, incrementar la calidad del cuidado y la supervivencia después del parto, de la madre y el hijo. De 1836 a 1842, 15 mujeres fueron recibidas por la Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía para ser examinadas como comadronas. La primera comadrona asentada y reconocida por la Junta fue Doña María de la Concepción

Pagés, en 1836. De 1842 hasta 1863, la Universidad de la Habana formó a cincuenta comadronas. La primera mujer inscrita en los libros de graduados fue Doña María de Jesús Pérez, en 1845, siendo la primera mujer a quien se le confirió un título por nuestro más antiguo centro docente superior.

En 1899 comenzó a funcionar, en el Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes", la primera escuela oficial cubana para enfermeras, que en 1902 se oficializó como la Escuela de Enfermeras de Cuba. En 1900 se crearon otras cinco escuelas de enfermería en el país (Cienfuegos, Matanzas, Camagüey, Villa Clara y Santiago de Cuba), de esta manera se institucionalizó la enseñanza de la enfermería con base científica. El acceso de la mujer a esta profesión se hizo cada vez mayor; y favoreció que tanto la carrera de enfermería como su principal actor social: la mujer, ganaron e incrementaron su prestigio y reconocimiento social (5,6,8).

En la última mitad del siglo XIX, las labores comunitarias de la enfermería estuvieron caracterizadas por tres elementos fundamentales; por una parte, se produjo la incorporación de las comunidades religiosas femeninas a la enfermería, ejemplo de ello fue la orden las *Hijas de la Caridad* en el cuidado de los leprosos del Hospital San Lázaro de La Habana y en 1875, el establecimiento de las *Siervas de María*, dedicadas a la asistencia de los enfermos a domicilio.

Por otra parte, durante las guerras independentistas de 1868-1878 y 1895-1898, la presencia de la mujer cubana en la manigua realizando labores de enfermería. Algunas de estas valientes mujeres fueron: Caridad Bravo y sus hijas, Rosa Castellanos Castellanos conocida por Rosa la Bayamesa, Cirila López, Lila Warring, Mariana Grajales y Coello, Bernarda del Toro y Pelegrín, María Cabrales, Concha Agramonte y Boza, Isabel Rubio Díaz y Mercedes Sirvén

y Pérez Puelles, entre otras muchas que han quedado en la historia de manera anónima. (6)

Es significativa la labor de estas primeras enfermeras militares, quienes con mostrada valentía, además de curar a los heridos, cocinaban, lavaban y zurcían la ropa de los guerrilleros. Más de una de ellas, tuvo que servir de exploradora y empuñar las armas para proteger a los heridos de las emboscadas, ejemplo de ello es Isabel Rubio quien fue mortalmente herida mientras defendía a los ingresados de su hospital. En muchas ocasiones, por falta de medicamentos para curar y mitigar dolores, acudieron a sus conocimientos de medicina tradicional, y manufacturaron los medicamentos que obtenían de plantas medicinales. También es destacada la labor de la Dra. Mercedes Sirvén, graduada en farmacia, que se alistó junto a su hermano en la guerra independentista en 1896, llevando consigo los medicamentos comprados para la farmacia que iban a establecer en la ciudad de Holguín; en el año 1897, fue ascendida al grado de comandante de sanidad. (8)

Al finalizar el siglo XIX, sólo dos mujeres se habían graduado en Facultad de Medicina en Cuba: Laura Martínez de Carvajal y del Camino, y María Teresa Mederos y Rodríguez (1889). La Dra. Teresa Mederos dirigió la Clínica de Partos, fundada en febrero de 1899, y participó en la primera operación de cesárea practicada en el país (1901) (7).

En 1899 comenzó a funcionar, en el Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes", la primera escuela oficial cubana para enfermeras, que en 1902 se oficializó como la Escuela de Enfermeras de Cuba y la dirigió la enfermera norteamericana Miss Mary O´Donell. En 1900 se crearon otras cinco escuelas de enfermería en el país.

La doctora Luisa Martínez Pardo Suárez, fue la primera mujer en llegar al profesorado en la Facultad de medicina de Ciudad de La Habana, en 1904. En 1904 obtuvo su plaza por oposición de ayudante graduada en la cátedra de Histología Normal y Anatomía e Histología Patológica. En 1927, obtuvo la plaza de profesora auxiliar interina en la cátedra de Anatomía e Histología Patológica. Hasta 1960, solamente tres féminas habían logrado alcanzar cátedras en la Facultad de Medicina, ellas fueron: Dra. Rita Shelton y Villalón (1925), Dra. María de los Angeles Govín y Gómez (1926), y Dra. Viola Márquez Biscay (1953). (5,6,8)

### **Participación femenina en el sector de la salud en la segunda mitad del siglo XX**

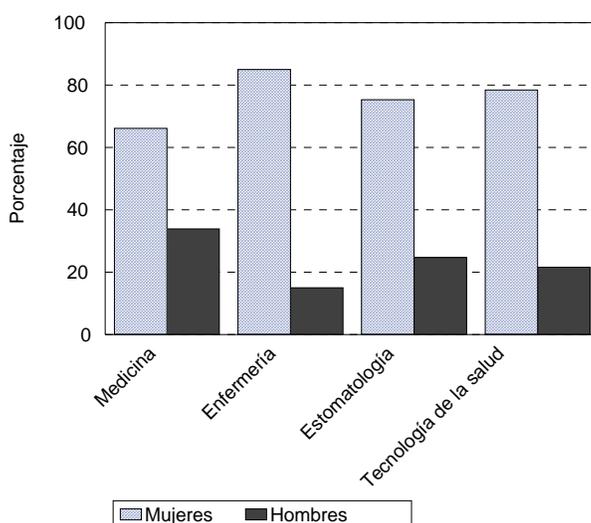
La historia de la profesión médica en Cuba hasta la primera mitad del siglo XX, mostró una tendencia hacia la naturalización del hecho que el hombre desempeñara roles de médico y odontólogo; la mujer de enfermera y partera. Las estadísticas del censo de 1943 referidas al número de mujeres dedicadas a diversas profesiones de la salud, muestran que el 100% de las personas dedicadas la labor de parteras empíricas eran mujeres. En el rol de enfermeras también fueron mayoría (72.6% del total con títulos académicos), en particular las mujeres de raza blanca. El tercer lugar de importancia, lo ocupa la mujer farmacéutica con una representación del 48.3%. Sólo el 4.6% de médicos son mujeres y el 17.2% ejerce la especialidad de optometrista (2).

Las transformaciones acontecidas en Cuba a partir del año 1959, incidieron en la reestructuración del sistema público de servicios de salud que favoreció la superación de las inequidades de género en cuanto al acceso a la atención y los recursos, y en la presencia de la mujer como hacedora de salud institucional, impactando en la salud y calidad de vida de las mujeres. Se incrementó la

representación femenina como recurso humano importante para la gestión y el cuidado de la salud familiar, comunitaria y social.

En el año 1962 se produce una importante apertura en la matrícula en la Escuela de Ciencias Médicas, hecho que benefició consustancialmente a la mujer y en particular, marcó definitivamente su entrada al ámbito público en el sector de la salud, y el acceso a todas las especialidades médicas. Se eliminó la discriminación por razones de raza y sexo en el acceso a la enseñanza de las ciencias médicas. El impacto de las políticas educativas en el sector de la salud en Cuba se reflejan en la matrícula del curso docente 1967-1968: Medicina 42.9% de los estudiantes eran mujeres, Estomatología 61.3%, Farmacia 22.9% y Veterinaria 25.5%. A partir de los 80, las féminas comenzaron a ser predominantes en las matrículas de todas Ciencias Médicas; en curso escolar 1981-1982, el 56.7% de la carrera de Medicina, el 81.7% en Estomatología y el 97.7% en Enfermería<sup>1</sup>. El gráfico 1 refleja la matrícula, según sexo, del curso docente 2003-2004.

Gráfico No. 1 Matrícula por carreras. Curso 2003-2004



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Área Docencia e Investigación

<sup>1</sup> Datos obtenidos en la Dirección Nacional de Estadísticas y el área de Docencia e Investigación, Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2004.

Se puede afirmar que en Cuba ha existido un proceso de feminización en las ocupaciones del sector de la salud. Las estadísticas del año 2003 reflejan que el 71.6% de la fuerza laboral del sector de la salud pública eran mujeres (Tabla No.1). Su presencia predomina como personal administrativo: oficinistas y secretarias (95.7%), enfermeras (89.6%), en especialidades técnicas (77.8%), trabajador de servicios: hace la limpieza, pantrista (77.7%). Ocupaciones que se pueden clasificar como "colaboradoras" en la gestión de salud y que reproducen el *habitus* tradicional femenino al representar una imagen culturalmente construida de la mujer y en el ejercicio de sus tradicionales roles relacionados con actividades de cuidado y atención de los otros. Son actividades que mantienen a la mujer en una relación socio-ocupacional de subordinación respecto a los hombres, significan un salario más bajo y no disponen del control de los recursos ni del poder.

Los porcentajes de mujeres y hombres en las categorías de médicos y dirigentes tienden a semejar la proporción, las mujeres representan el 55.4% del personal médico y el 52.8% de los dirigentes. Estas actividades son altamente reconocidas socialmente y confieren mayor prestigio, representan una elevada competitividad, son económicamente mejor remuneradas y significan un pleno ejercicio del poder social y de los recursos.

Tabla No.1. Trabajadores del Sistema Nacional de Salud en Cuba, según la categoría ocupacional. Año 2003

	<b>Total</b>	<b>Mujeres</b>	<b>%</b>
<b>Trabajadores</b>	<b>380 576</b>	<b>272 408</b>	<b>71.6</b>
Personal de Enfermería	80 354	71 960	89.6
Técnicos*	216 715	168 581	77.8
Personal Médico	68 017	37 696	55.4
Personal de Estomatología	10 167	7 606	74.8
Dirigentes	18 178	9 604	52.8
Administrativos	16 738	16 024	95.7
Servicios	76 444	59 360	77.7
Obreros	52 501	18 839	35.9

\* Excluye al personal de enfermería

Fuentes: Anuario Estadístico 2003. Departamento Recursos Humanos. MINSAP

En Cuba, los graduados de medicina, hombres o mujeres, tienen las mismas posibilidades para optar por una especialidad médica. La elección depende sólo de la preferencia individual y de las posibilidades que se tenga en relación a las plazas, y la trayectoria docente sostenida por el optante.

Al analizar la representación femenina según su participación en especialidades médicas, se aprecia que están muy poco incorporadas en especialidades médicas que tradicionalmente otorgan mayor prestigio social: en Cirugía Cardiovascular un 5.3% son mujeres; representan entre un 10% y un 20% en las especialidades de Ortopedia y Traumatología, Cirugía General, Medicina Deportiva, Coloproctología, Neurocirugía; y entre un 20% y un 35% en Urología, Cardiología, Terapia Intensiva y Emergencia, Neurología, Angiología, Cirugía Pediátrica, Medicina Interna y Oncología. La presencia de la mujer es mayoritaria en especialidades médicas como Embriología, Genética Clínica, Histología, Logopedia y Foniatría, Microbiología, Nutrición y Psiquiatría Infantil,

todas ellas con una representación superior al 75%. Es importante destacar que sólo representan el 22.4% en la especialidad de Organización, Administración y Dirigentes. (9)

Los resultados descritos coinciden, de manera general, con los obtenidos por diferentes autores consultados (10-16), que han realizado investigaciones similares en países de América, los cuales demuestran que las especialidades más ejercidas por las mujeres son Pediatría, Clínica Médica, y Medicina General Integral. Por su parte, los hombres predominan en especialidades como Cardiología, Cirugía, Neurología, Ortopedia y Traumatología. En opinión de los autores, esa elección está marcada por la influencia de aspectos socioculturales de los roles femeninos y masculinos cristalizados e institucionalizados socialmente.

En Cuba, resulta significativo que a diferencia de los resultados obtenidos por las investigaciones señaladas, en la especialidad de Ginecología y Obstetricia, los hombres representan el 54.6%, especialidad médica que interviene en la zona íntima del cuerpo femenino. Es importante destacar que en el siglo XIX las acciones de atención ginecológica eran ejercidas exclusivamente por mujeres situación que persiste en muchos países y culturas debido a la represión de la sexualidad en que viven las féminas en el cual se les prohíbe mostrar el cuerpo al hombre, aunque fuese médico (17).

### **Reflexiones sobre la superación profesional de la mujer**

Para la mujer la superación de postgraduados (diplomados, maestrías, doctorados, especialidades médicas) significa realizar un esfuerzo adicional para conjugar adecuadamente la superación con la maternidad, crianza y educación de hijos menores, tareas domésticas. En el artículo *La prevención institucional de la salud. Un acercamiento desde el ejercicio de las/los profesionales*, las

autoras presentan los resultados obtenidos de un grupo de discusión con mujeres profesionales de la salud quienes refirieron estudiar y prepararse para los exámenes de especialidad en horario de la madrugada, además hubo quien refirió tomar medicamentos para no dormir y poder estudiar en horario nocturno (16).

La superación profesional además de constituir un factor de desgaste para las mujeres al compatibilizar los estudios con el resto de las responsabilidades, significa un indicador diferenciador entre mujeres y hombres al marcar contrastes salariales, debido a que las políticas de estimulación salarial están asociadas al incremento de las categorías científicas (licenciaturas, maestrías, doctorados, grados de especialidades médicas), y si las mujeres tiene limitadas las posibilidades de superación profesional por las exigencias de la cotidianidad y la doble jornada laboral, entonces estarán en desventajas respecto a sus colegas quienes obtendrán mejores salarios.

Debemos señalar que el período reproductivo constituye otro factor importante que marca significativamente el desarrollo profesional de las mujeres, su superación y acceso a cargos de dirección y niveles de atención en salud.

La representación femenina en cargos de dirección, se reduce en la medida que se incrementa el nivel de atención en salud. Según información ofrecida por las Direcciones Nacionales de Servicios Ambulatorios y Hospitales del Ministerio de Salud Pública, en el año 2004, las mujeres representaron el 50% de los dirigentes de policlínicos y el 23.1% de hospitales, se constató que no habían mujeres directoras provinciales de salud, ni directoras de institutos, había una viceministra (Viceministerio de Batalla de Ideas) y cuatro directoras de Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología (4/15). Los por cientos reflejan la reproducción de una estructura piramidal en el sector.

Investigaciones realizadas en Cuba han identificado que la sobrecarga de roles de la mujer dentro del hogar como patrón actual de la cotidianidad, constituye una importante causa que limita el incremento del acceso y representación femenina en los cargos de dirección, junto a las dificultades relacionadas con los recursos materiales y de los servicios de apoyo al hogar, incompatibilidad entre el trabajo de dirección y participación social con actividades doméstico-familiares, poco apoyo familiar y respaldo social en el cuidado y atención a menores, ancianos y enfermos; “incomprensión e inflexibilidad de algunos administradores para abordar y ofrecer soluciones a las diferencias y problemas considerados propios del género femenino” (17,18).

### **La mujer en la Atención Primaria de Salud (APS)**

En la Atención Primaria de Salud (APS) labora la mayor proporción de mujeres médicos (63%) y enfermeras (98%), en actividades de promoción y asistencia clínica. Tradicionalmente la APS ha representado un nivel de atención a la salud de menor prestigio y valoración social respecto a los niveles secundarios (hospitales) y terciarios (institutos y centros de investigación), pero que alcanza un elevado valor para el cuidado y la promoción de la salud familiar y comunitaria.

Nos planteamos como hipótesis que las trabajadoras del sector salud (fundamentalmente médicos y enfermeras) prefieren trabajar en las áreas de salud (consultorios médicos de familia, policlínicos, farmacias, hogares de ancianos y hogares maternos) —la Atención Primaria de Salud— porque estas instituciones están ubicadas cerca de sus hogares, lo que les permite una estrategia más adecuada de organización de la vida cotidiana y de atención a la familia, para compensar la sobrecarga de roles y minimizar el consumo de tiempo en transportación. Por esta razón, consideramos que un importante

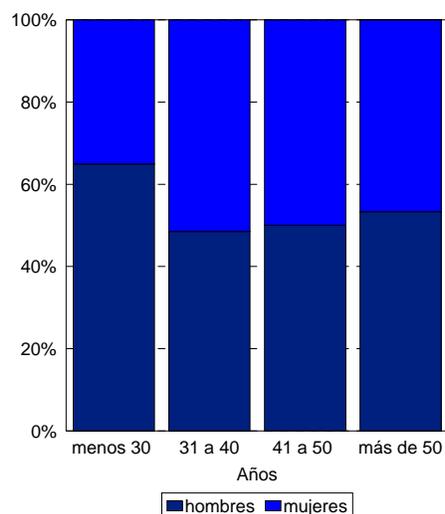
número de mujeres médicos optan por realizar la especialidad de Medicina General Integral (63.3% son mujeres).

El reciente proceso de descentralización de los estudios de especialización, a nivel municipal, favorece el incremento de mujeres del sector cursando estudios de superación y especialización de determinadas especialidades relacionadas con la medicina integral, de educación y promoción en salud, y otras. Existirán otras especialidades -como cirugía, cardiología- que continuarán siendo predominantemente de hombres, dado a que exigen más años de estudios y se ejercen en el nivel secundario y terciario de atención en salud.

En el estudio realizado por la autora y publicado en el artículo *Feminización del sector de la salud en Cuba ¿hegemonía femenina?*, se profundizó en la distribución del poder de hombres y mujeres trabajadores en APS.

Resulta significativo el análisis realizado en función de la variable edad. El estudio arrojó que en el 2004, los hombres dirigentes de policlínicos predominaron en el grupo de edad de los menores de 30 años. Es importante señalar que la etapa de 25 a 29 años (los estudiantes de medicina se gradúan con 25 años) es una de las más valiosas en la vida reproductiva de las mujeres cubanas, constituye el segundo grupo de edad que más aporta a la Tasa General de Fecundidad del país. A partir de los 30 años se produce de forma general, un incremento de la presencia femenina llegando a equilibrar la existencia de ambos sexos en el grupo de los mayores de 50 años (Ver Gráfico 2) (19).

Gráfico 2. Relación de directores de policlínicos, según edad y sexo. 2004



### **Aportes de la feminización en el sector de la salud en Cuba**

Nuestras reflexiones demuestran que la feminización del sector de la salud no significa necesariamente equidad en la participación ni hegemonía femenina. Pero sin dudas, la elevada presencia de la mujer en un sector que requiere de sus recursos humanos en la relación médico-paciente la práctica de una elevada sensibilidad humana, comprensión, apoyo, afectividad, respeto, aplicar la justicia, saber escuchar, no enjuiciar, entre otros valores y sentimientos que son identificados con la condición del género femenino.

La presencia de la mujer en el ejercicio del poder puede conllevar al ejercicio de técnicas de dirección más democráticas, participativas, solidarias, basadas en el principio de la negociación y la cooperación.

La elevada representación en las especialidades médicas de Ginecología y Obstetricia, Peditría permite eliminar o reducir las barreras de comunicación para el cuidado del cuerpo femenino lo que permite una mejor atención médica

pues la consulta se produce entre pares que favorece la confianza; ejemplo de lo referido, es la creación de la Consulta de Climaterio. Es importante el aporte de la mujer en las especialidades de Psiquiatría y MGI, determinado por el hecho de que la mujer tiene una concepción de la salud de forma integral y holística (20) que incluye aspectos físicos-somáticos y psicológicos, que integra de manera dialéctica la evaluación de la salud referida a “estar bien” y “sentirse bien”. Esta concepción integra los conceptos de malestar, debilidad, bienestar, entre otras definiciones, que favorece la atención.

La participación femenina en la Atención Primaria de Salud (APS) en sus labores de promoción y educación de salud está dirigido fundamentalmente a mujeres hacedoras de salud familiar (jubiladas, amas de casas, madres, etc) y comunitaria. En esta labor se comparten conocimientos de atención de la salud compartidos tradicionalmente en el seno del hogar y entre las mujeres de la familia, con los conocimientos de la medicina científica; lo cual favorece la acción de las mujeres en el hogar en el cuidado de los miembros de la familia.

### **Reflexiones finales**

En Cuba, como resultado de la división sociosexual del trabajo, en el proceso de profesionalización de las Ciencias Médicas se produjo una monopolización del conocimiento académico, basado en desigualdades sexistas que generó una brecha, con crecimiento exponencial, en la representación de hombres y mujeres en el sector de la salud. Además, se reforzó la discriminación en el acceso al conocimiento, en función de las clases sociales y raza.

La Revolución Cubana constituyó un cambio radical en la situación de discriminación y marginalidad de la mujer, en cuanto a su acceso a la enseñanza científica y la gestión pública de salud. Se crearon condiciones sociales y establecieron políticas públicas de igualdad de condiciones, incluidas las salariales, reconocimiento y estatus social. Estas políticas sociales de

participación de la mujer al desarrollo, nos permiten confirmar la existencia de un proceso de feminización del sector de la salud en Cuba. El sector de la salud está constituido mayoritariamente por mujeres, lo que le confiere una hegemonía cuantitativa, sin que esta situación se pueda traducir en un cambio cualitativo de la posición y la condición de la mujer en el ejercicio del poder en este sector.

Investigaciones realizadas en Cuba han demostrado que a pesar del avance que ha tenido lugar en la condición de la mujer aún persisten inequidades en las relaciones de las mujeres en la familia y en el poder. En la familia se reproduce un modelo sexista de distribución de las tareas domésticas que representa una sobrecarga de roles que incide negativamente en la salud psíquica y física de las mujeres, además en el desempeño de sus funciones sociales y en el ejercicio del poder, a través de la posibilidad de ocupar cargos de dirección. El ejercicio del poder femenino está afectado por la tradicional división sexual de trabajo en las familias cubanas.

La mujer es protagonista del conflicto entre lo asignado y el reto impuesto por la sociedad, que le ha ofrecido las posibilidades de incorporarse al trabajo público, asumiendo responsabilidades sociales, pero sin modificar su lugar de madre y esposa en la casa, ni en el ejercicio de las tareas domésticas. La mujer cubana ha ejercido sus profesiones en situación de carencias económicas, donde invierte gran parte de tiempo y esfuerzo, limitando sus horas de descanso y recreación.

Constituye una necesidad profundizar en la distribución de las responsabilidades y el poder en la producción de salud, para identificar inequidades de género que subsisten, consciente e inconscientemente, en el

sector formal de la salud y en la representación femenina en la estructura del poder local y nacional, y para la toma de decisiones.

Es por ello que consideramos oportuno el desarrollo de investigaciones que profundicen en el aspecto subjetivo y de las representaciones sociales (cualitativo) de la división sexual del trabajo en función de niveles de autonomía, capacidad de decisión, jerarquía de género, prestigio y reconocimiento de la mujer como recurso humano de la salud con necesidades psicológicas, sociales y culturales, propias de género. Además, que incluya un análisis más estratificado de las categorías profesionales en función de otras variables como la edad, estado civil, número de hijos, color de la piel, y otras. Las investigaciones deben incorporar como elementos de análisis, el ejercicio profesional de las y los hacedores de salud, con sus vidas cotidianas, representados como sujetos psicosociales, con subjetividades e historia propias marcadas por la cultura de género.

## Referencias

1. Gómez E. La salud y las mujeres en América y el Caribe. Viejos problemas y nuevos enfoques. Disponible en <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProdasp?xml=/publicaciones/xml/7/5687.xml> (Consultado: Noviembre 2006)
2. Fleitas R. Contradicciones de la movilización de la mujer como gestora de salud sexual y reproductiva en Cuba. En Revista cubana de Salud Pública 2003; 29(3): 246-52.
3. Zolla C, Carrillo AM. Mujeres, saberes médicos e institucionalización. En dossier del curso Género y Salud. Programa de actualización en Salud Pública y Epidemiología. INSP, curso de verano 2004. Cuernavaca, México.
4. Gómez E. Equidad, género y salud: Mitos y realidades. Revista Mujer Salud 2000; 3.
5. Delgado G. Cuaderno de Historia 1996; 81(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/his/vol\\_1\\_96/his03196.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/his/vol_1_96/his03196.htm) (Consultado: Noviembre 2004)
6. Delgado G. Presencia de la mujer en la Historia de la Medicina Cubana. En Cuadernos de Historia de la Salud Pública. Estudios sobre Historia Médica Cubana. La Habana: Consejo Nacional de Sociedades Científicas del Ministerio de Salud Pública; 1983.

7. Vinat R. Las cubanas en la posguerra (1898-1902). Acercamiento a la reconstrucción de una etapa olvidada. Editora Política. La Habana; 2001.
8. Bombino Y. La mujer como protagonista de la gestión de salud en Cuba: una mirada histórico-sociológica En Fleitas. R. (comp.) Sociología y Políticas Sociales de la Salud La Habana: Editorial Félix Varela; 2006.
9. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico del MINSAP 2004. La Habana: MINSAP; 2004.
10. Machado MH. La mujer en el mercado de trabajo en el sector de la salud en las Américas. ¿hegemonía femenina? En: Gómez E. Género, mujer y salud en Las Américas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1993.
11. Machado HM, Leite HB. La médica y el mercado de trabajo. Cuaderno de Medicina Social 1986; 35.
12. Pizuki H. Funciones de las mujeres en la asistencia sanitaria. Ginebra: OMS; 1998.
13. León DG. Las mujeres médicas en las profesiones en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1990.
14. Machado MH. A participao da mulher no sector saúde no Brasil-1979/80. Cadernos de Saúde Pública 1986; 2(4).
15. Castañeda I. Desigualdades atribuibles al género entre cirujanos(as): Ciudad de La Habana. Revista cubana de Salud Pública, julio-diciembre 2004; 28 (2).
16. Sarduy C, Alfonso A. La prevención institucional de la salud. Un acercamiento desde el ejercicio de las/los profesionales. Revista Mujer Salud 2002; 2.
17. Álvarez M. Mujer y Poder en Cuba. Sarduy C, Alfonso AF (comp). Género Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.
18. Ares P. Ser mujer en Cuba. Riesgos y conquistas. Sarduy C, Alfonso AF (comp). Género Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.
19. Bombino Y. Feminización del sector de la salud en Cuba ¿hegemonía femenina?. VI Taller Internacional Mujeres en el siglo XXI [CD-ROM] ISBN 595-7164-34-5.. Universidad de La Habana, noviembre 21 al 25 del 2005.
20. Bombino Y. Equidad de género en salud en el marco del desarrollo humano en Cuba. [Tesis para optar por el Master en Sociología] Tutora: Dra. Reina Fleitas Ruiz. Universidad de La Habana. Facultad de Filosofía e Historia. Departamento de Sociología; 2006.

---

## Sobre la autora

Yenisei Bombino Companioni. Licenciada en Sociología. Master en Sociología. Universidad de La Habana.

Recibido: 14 marzo 2007

Aprobado: 20 julio 2007

Cita sugerida (Vancouver): Bombino Companioni Y. Participación de la mujer en el sector de la salud en Cuba: ¿inequidades de género?. Reporte Técnico de Vigilancia 2007 [Consultado: día/mes/año]; 12(4). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/bombinoyeni.pdf>