

Datos para sociedades más equitativas

Ileana Elena Castañeda Abascal
Beatriz Corona Miranda



SALUD PÚBLICA • SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD



**Datos para sociedades
más equitativas**



Datos para sociedades más equitativas

Dr. C. Ileana Elena Castañeda Abascal
M. Sc. Beatriz Corona Miranda



SALUD PÚBLICA • SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

La Habana • 2025

Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas

Datos para sociedades más equitativas. Ileana Elena Castañeda Abascal, Beatriz Corona Miranda; —La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2025.

80 p.: il., tab.— (Colección Salud Pública. Serie Sistemas de Información en Salud).

-

Indicadores Demográficos, Factores de Riesgo, Percepción, Diversidad de Género, Análisis de Género en Salud, Cuba

--

WA 300

Cómo citar esta obra:

Castañeda Abascal IE, Corona Miranda B. Datos para sociedades más equitativas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2025. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/datos-para-sociedades-mas-equitativas/>

Edición: Ing. Damiana I. Martín Laurencio

Diseño, realización y maquetación: D.I. José Manuel Oubiña González

Sobre la presente edición:

© Ileana Elena Castañeda Abascal, Beatriz Corona Miranda, 2025

© Editorial Ciencias Médicas, 2025

ISBN 978-959-316-207-4 (PDF)

ISBN 978-959-316-206-7 (EPUB)

ISBN 978-959-316-210-4 (Impreso)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, núm. 654, entre D y E, El Vedado

La Habana, C. P. 10400, Cuba

Teléfono: +53 7836 1893

ecimed@infomed.sld.cu

www.ecimed.sld.cu



En colaboración con
Canada

Agradecemos el apoyo de la Cooperación Técnica de la OPS para la edición y el diseño de este texto. Igualmente, el trabajo sostenido, en parte, con fondos del proyecto "Mejorar el acceso equitativo y la cobertura de vacunación contra Covid-19 en América Latina y el Caribe", financiado por Canadian Global Affairs.



Esta obra se difunde bajo una licencia Creative Commons de Atribución No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de copiar, compartir, distribuir, exhibir o implementar sin permiso, salvo con las siguientes condiciones: reconocer a sus autores (atribución), no usar la obra de manera comercial (no comercial) y, si produce obras derivadas, mantener la misma licencia que el original (compartir igual). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Autoría

Autores

Ileana Elena Castañeda Abascal

Doctor en Ciencias de la Salud.

Máster en Salud Pública.

Especialista de II Grado en Bioestadística.

Profesora Titular y Consultante.

Investigadora Titular.

Escuela Nacional de Salud Pública.

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

<https://orcid.org/0000-0001-6880-5890>

Beatriz Corona Miranda

Máster en Salud Ambiental.

Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología.

Profesora e Investigadora Auxiliar.

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Colaboradores

Julio Guerra Izquierdo

Especialista I Grado en Medicina General Integral.
Especialista de II Grado en Nefrología.
Especialista de II Grado en Administración de Salud.
Profesor Auxiliar.
Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

María Elena Pérez Leyva

Máster en Salud Pública.
Licenciada Gestión Información en Salud.
Profesora Instructor.
Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
<https://orcid.org/0000-0002-4113-0501>

Maite Martínez Machín

Licenciada en Gestión de la Información en Salud.
Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
Ministerio de Salud Pública.

Asesoras

Ana Ortigoza

Asesora, Equidad en Salud DHE-EG
<https://orcid.org/0000-0001-8100-422X>

Roxana González López

Consultora OPS/OMS, Cuba.
<https://orcid.org/0000-0001-9818-7018>

Isis Alonso Expósito

Máster en Estudios de Población.
Especialista de I Grado en Medicina General Integral.
Especialista de I Grado en Bioestadística.
Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
Ministerio de Salud Pública.

Prólogo

En el contexto actual, la salud pública enfrenta el desafío de atender de manera equitativa y efectiva a una población diversa y heterogénea. Los sistemas de información en salud desempeñan un papel fundamental al recopilar, organizar y analizar datos que permiten comprender mejor las condiciones y necesidades de diferentes grupos poblacionales. Sin embargo, para que estas herramientas sean verdaderamente útiles, es imprescindible que los datos recolectados reflejen variables clave como el sexo, el color de la piel y la orientación sexual.

Este trabajo, originado mediante Proyecto de Investigación entre la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, se centra en la importancia de que los sistemas de información en salud desagreguen los datos según estas categorías, ya que solo de esta manera se pueden identificar con precisión los grupos poblacionales que enfrentan mayores vulnerabilidades o desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios sanitarios. Al contar con información detallada y desagregada, los investigadores y responsables de políticas públicas podrán diseñar y ejecutar acciones sanitarias más inclusivas, efectivas y justas.

Es así, que este estudio busca contribuir a la construcción de un sistema de salud más sensible a la diversidad, al posibilitar reconocer y atender las particularidades de cada grupo y con ello promover una verdadera equidad para mejorar la calidad de vida de toda la población. La desagregación de datos no es solo una herramienta técnica, sino un compromiso ético para garantizar que nadie quede desatendido en la búsqueda del bienestar colectivo.

Este trabajo conllevó la revisión del marco legal, de la información en el campo de la salud con contenidos de esos datos y de los registros

primarios de información estadística de salud. Tuvo la participación en su realización, de expertas en el trabajo de género, bioestadística, epidemiología y sistemas de información en salud.

La profundidad y valor del contenido de este trabajo, que posee la experiencia acumulada por nuestro país y los modestos avances alcanzados con la introducción de diferentes mecanismos para promover, inducir y estimular la obtención de avances concretos en la reducción de las inequidades sociales, sin dudas contribuirá a fortalecer la capacidad institucional en la medición y monitoreo de las desigualdades en salud, así como también aportará con creces al enriquecimiento del saber en los sistemas y servicios de salud en general.

Dr. Cs Pastor Castell-Florit Serrate

Académico de Mérito de la Academia de Ciencias de Cuba (ACC)

Presidente del Consejo Nacional de Sociedades Científicas
de la Salud (CNSCS)

Director de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP)

Índice de contenido

Sección I. Introducción/ 1

Marco conceptual / 1

Contexto cubano/ 3

Propósito de este trabajo/ 4

Referencias bibliográficas/ 5

Sección II. Elaboración de marcos políticos y jurídicos para la incorporación de variables de género y color de la piel/ 7

Las peculiaridades de Cuba/ 7

El rol de la Sociedad Civil/ 9

Metodología para la revisión de políticas y documentos jurídicos y normativos que dan soporte a la incorporación de variables de género y color de la piel/ 9

Resultados de la revisión de políticas, documentos jurídicos y normativos, que dan soporte a la incorporación de variables de género y color de la piel/ 10

Marco relacionado con el derecho a la identidad y la no discriminación/ 12

Acuerdo 9231. Estrategia integral de prevención y atención de la violencia de género en el escenario familiar/ 12

Decreto Presidencial 198. Programa para el Adelanto de las Mujeres/ 13

Ley 156. Código de las Familias/ 14

Anteproyecto Ley de la Salud Pública/ 15

Decreto Ley 96. Protocolo de actuación ante situaciones de Discriminación, Violencia y Acoso en el Ámbito Laboral/ 15

Marco relacionado con legislación sobre datos/ 16

Acuerdo 9231. Estrategia Integral de Prevención y Atención de la Violencia de Género en el Escenario Familiar/ 16

Anteproyecto Ley de la Salud Pública/ 17

Ley 149. Ley de Protección de Datos Personales/ 17

Lineamientos en Cuba que dictan la incorporación de las variables relacionadas con género y color de la piel en los registros estadísticos de salud/ 18

Sección III. Procesos ligados a la disponibilidad de instrumentos de recolección de datos sobre sexo, identidad de género, color de la piel y poblaciones clave en el Sistema de Estadística de Dispensarizados/ 21

Antecedentes sobre la disponibilidad de variables sexo, género y color de la piel en los sistemas de información de estadística de salud/ 21

Metodología para examinar la disponibilidad de variables de género y color de la piel en el sistema de información de estadística en salud/ 25

Disponibilidad de variables de género y color de la piel en el sistema estadística en salud/ 26

Formularios de los sistemas de información de estadística de salud que recogen información sobre las variables de interés en este estudio/ 26

Sección IV. Procesos ligados a la recolección, gestión y uso de datos sobre género y color de la piel/ 29

Metodología/ 29

Resultados/ 31

Revisión documental del Manual de Organización y Procedimientos en Registros Médicos y Estadísticas/ 31

Procesos relacionados con la recolección de datos sobre sexo, color de la piel y poblaciones clave en el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados/ 33

Resultados del análisis observacional sobre los procesos relacionados con la recolección, gestión y uso de la información del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados/ 41

Procedimientos utilizados en el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados en los consultorios y policlínicos estudiados/ 41

Procedimientos utilizados en el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados en la Dirección General de Salud del municipio Plaza de la Revolución/ 45

Procedimientos utilizados en el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados en la Dirección General de Salud, La Habana/ 46

Procedimientos utilizados en el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados en la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP/ 47

Resultados de las entrevistas a actores claves/ 48

Sección V. Generación y disseminación de la evidencia sobre inequidades en salud/ 55

Evidencia del uso de las variables sexo, identidad de género y color de la piel/ 55

Metodología para el análisis de desigualdades en salud a partir de los datos del Sistema de Estadística de Dispensarizados/ 59

Metodología/ 59

Resultados del análisis de desigualdades en salud a partir de los datos del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados/ 59

Poblaciones clave/ 72

Sección VI. Conclusiones y recomendaciones/ 75

Conclusiones/ 75

Recomendaciones/ 76

Definiciones relevantes/ 77

Bibliografía consultada/ 81

Anexos/ 83

Anexo 1. Algoritmo de los documentos revisados/ 83

Anexo 2. Guía de Observación de la Historia de Salud Familiar/ 84

Anexo 3. Guía de observación de los documentos estadísticos del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados/ 85

Anexo 4. Entrevistas a especialistas de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud/ 87

Anexo 5. Entrevistas a personal de salud médicos, enfermeras, equipo básico de salud (EBS)/ 88

Anexo 6. Entrevista a usuarios y directivos/ 89

Anexo 7. Entrevistas a poblaciones clave (LGBT y población general) y personas de organizaciones relacionadas con derechos y salud/ 90

Anexo 8. Consentimiento informado/ 92



Sección I

Introducción

Marco conceptual

Los determinantes sociales de la salud están conformados por los contextos socioeconómicos, ambientales, culturales y políticos, así como también por las condiciones más inmediatas en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen. ⁽¹⁾ Todos ellos a través de complejas interacciones de determinación y condicionamiento dan forma a las oportunidades de vida y las experiencias de salud de diferentes grupos poblacionales, afectando de manera distinta a las personas y grupos según su condición socioeconómica, lugar de residencia, género, y etnicidad ⁽²⁾ entre otras características sociales. ⁽³⁾ Como se afirma en la Política de Etnicidad y Salud (2017), la Organización Panamericana de la Salud considera que la humanidad es indivisible y las diferencias entre los individuos son de carácter cultural y simbólico. Si bien algunos países utilizan el concepto de raza para reconocer las relaciones sociales construidas a partir del colonialismo y la esclavitud, para efectos de este documento se utilizará el término *etnicidad*.

Las desigualdades en salud por diferencias de género pueden considerarse debidas, por un lado, a diferencias biológicas (sexo) -difícilmente modificables- y por otro a aquellas inequidades relacionadas con normas y roles de género que afectan diferencialmente los recursos socioeconómicos y los comportamientos y oportunidades entre mujeres y hombres. Estas diferencias pueden ser consideradas injustas e innecesarias y es un mandato poder ser evitadas. ⁽³⁾ De la misma manera, las desigualdades observadas entre grupos étnico- raciales están arraigadas en historicidades coloniales, las desigualdades estructurales y discriminación social que perpetúan la segregación y la exclusión e impactan no solo en la vulnerabilidad socioeconómica, sino también en la presencia de estereotipos, prejuicios y prácticas discriminatorias en los sistemas de salud, lo

que dificulta una atención equitativa y culturalmente sensible. ^(4, 5) Reconocer y abordar estos factores como dimensiones clave en las políticas de salud resulta esencial para reducir las brechas existentes y avanzar hacia sistemas de salud más inclusivos y justos en la región.

Los datos desagregados, de alta calidad, accesibles, confiables y oportunos son esenciales para producir información valiosa sobre las desigualdades en salud que contribuya a mejorar el desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación efectivos de las políticas y programas de salud. ⁽⁶⁾ La generación, gestión integral y análisis de información en salud que incorpore desagregación y perspectiva de género y etnicidad se considera fundamental para explicar mejor la intersección e interacción entre las desigualdades relacionadas con el origen étnico y la interculturalidad (perspectiva de etnicidad), la identidad y los roles de género (perspectiva de género) y otros determinantes sociales de la salud (como la posición socioeconómica). Esto contribuye también a la generación de evidencia que respalde respuestas diferenciadas y sensibles a la diversidad cultural y de género para enfrentar las inequidades en salud.

El avance hacia la incorporación de dimensiones de género y etnicidad en los sistemas de información para la salud presenta desafíos propios que pueden identificarse a lo largo del ciclo de vida de los datos (fig. 1). Por un lado, existen los que están vinculados a su **conceptualización** debido a la naturaleza multidimensional y contextual de estos constructos. ⁽⁷⁾ Los contextos sociopolíticos e histórico- culturales, así como los marcos políticos y legales pueden influir en cómo se definen y operacionalizan los constructos sobre género y etnicidad; también pueden propiciar o impedir la incorporación de estas dimensiones en los sistemas de información. Por otra parte, los procesos relacionados con el diseño e implementación de instrumentos para la **recolección de datos** con perspectiva de género y etnicidad necesitan ser participativos, éticos y culturalmente sensibles para fortalecer la legitimidad y la pertinencia de la información, asegurando que se refleje de manera genuina y confiable las experiencias y contextos de grupos actualmente invisibilizados. ^(8, 9) Así mismo, se necesita transparencia y sistematización en el **registro y procesamiento** de estos datos para que se garantice el acceso y disponibilidad para su uso y para la **producción de evidencia** que persiga el beneficio colectivo, ⁽¹⁰⁾ promoviendo el desarrollo de acciones que prioricen la equidad y la justicia en salud. ⁽⁴⁾



Fig. 1. Modelo conceptual sobre las diferentes instancias que componen el ciclo de vida de los datos.

Contexto cubano

Cuba, en los últimos años, ha realizado un proceso de reformas en políticas y programas para impulsar prácticas más inclusivas y antidiscriminatorias en salud. Entre los documentos aprobados se encuentran: Programa Nacional contra el Racismo y Discriminación Racial, Programa para el Adelanto de la Mujer, Estrategia Integral para la Prevención y Atención de la Violencia de Género y el Código de las Familias; este último, vigente desde el año 2022, permitió el matrimonio entre personas del mismo sexo, la adopción por parte de personas del mismo sexo y la gestación subrogada.

En 2020, se reorganizó el Sistema de Información del Gobierno hacia la transformación digital; se creó el Observatorio de Igualdad de Género, en 2023, por la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI); en ese año, en el Subsistema de Información de

Estadística de Salud, se comienza la introducción de preguntas sobre orientación sexual en algunos registros y formularios de la atención primaria de salud y, en el 2024, la pregunta sobre color de la piel en los formularios estadísticos de salud.

Los esfuerzos encaminados a contribuir a la solución de los problemas de la salud de los hombres y las mujeres han creado la necesidad de cuantificar las disparidades de género en distintas áreas, en correspondencia con el cumplimiento de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, específicamente en lo que respecta a la producción de datos e indicadores. Estas son herramientas importantes para apoyar la toma de decisiones políticas, la evaluación de los resultados de aquellas que ya han sido implementadas, así como el monitoreo de los avances o retrocesos de estas acciones en el tiempo para promover la equidad.

Subsisten todavía vestigios de discriminación en la sociedad que, aunque existan las políticas para su mitigación, están arraigadas en la cultura de algunas personas. En correspondencia, en esta investigación se pretende la profundización del marco normativo del país y la identificación de desigualdades para generar evidencias que permitan la realización de acciones sanitarias oportunas y sensibles.

Propósito de este trabajo

En el contexto del proceso de dispensarización llevado a cabo durante el año 2024 en Cuba, este trabajo tiene como finalidad aprovechar las lecciones aprendidas sobre la incorporación, diseño e implementación de preguntas sobre sexo, color de la piel y poblaciones clave recogidas en la Historia de Salud Familiar que es la fuente de datos del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados, para avanzar en su recopilación y uso. Ello permitirá estimar mejor las desigualdades en materia de salud y así generar evidencias que posibiliten luego apoyar estrategias e intervenciones sensibles a las cuestiones de género y culturales para abordar esas inequidades.

Este trabajo se abordó desde una metodología mixta, con aproximaciones cualitativas y cuantitativas. La aproximación cualitativa tuvo el propósito de examinar los procesos involucrados en el diseño, la integración y la implementación de las preguntas relacionadas con dimensiones de género, y color de la piel presentes en los mecanismos de recolección de información desarrollados en Cuba y en los formularios de los sistemas de información de estadística de salud. La aproximación cuantitativa examinó la disponibilidad y calidad de los datos obtenidos a través de las preguntas incorporadas sobre sexo, color de la piel y poblaciones clave y producir un análisis de las desigualdades con perspectiva de género y etnicidad con los datos disponibles.

Respondiendo a este propósito se trazaron los siguientes objetivos:

- Identificar los documentos normativos, jurídicos, encuestas y programas relacionados con la incorporación de datos de sexo, género y color de la piel en los sistemas de información de estadística de salud.

- Describir los documentos jurídicos, procedimientos y protocolos, encuestas y programas relacionados con la recolección de datos por sexo, género, y color de la piel, en los sistemas de información de estadística de salud.
- Identificar la información que posee el personal de salud y poblaciones clave sobre la importancia y desafíos de la incorporación de las variables identidad de género, orientación sexual y color de la piel en los sistemas de información de estadística de salud.
- Identificar los registros primarios de los sistemas de información de estadística de salud de Cuba que desglosan la información según sexo, identidad de género, color de la piel y poblaciones clave.
- Describir los procedimientos utilizados en un sistema de información de estadística de salud seleccionado para el procesamiento y análisis de la información según sexo, color de la piel y poblaciones clave.
- Identificar las desigualdades en salud desagregadas por sexo, color de la piel, poblaciones clave y grupos de edad.

Referencias bibliográficas

1. WHO. Closing the gap: Policy into practice on social determinants of health. Discussion paper. Geneva: World Health Organization. 2011. Available: <http://www.who.int/sdhconference/Discussion-paper-EN.pdf>
2. PAHO. Policy on Ethnicity and Health. 29th Pan American Sanitary Conference. CSP29/7, Rev. 1 28 September, 2017.
3. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).
4. Pan American Health Organization. Just societies: Health equity and dignified lives. Report of the Commission of the Pan American Health Organization on equity and health inequalities in the Americas. 2018. Available: <https://www.paho.org/en/documents/just-societies-health-equity-and-dignified-lives-report-commission-paho>
5. World Health Organization. Social determinants of health: Conceptual frameworks. 2017. Available: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf
6. PAHO. Por qué es importante la desagregación de datos durante una pandemia. Caja de herramientas: transformación digital. OPS/EIH/IS/COVID-19/20-0026. 2020.
7. Rangel. La inclusión de pueblos indígenas y afrodescendientes en los sistemas de información de salud en el marco de la pandemia de COVID-19; serie Seminarios y Conferencias, N° 98 LC/TS.2022/142), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2022.
8. UN Women. Gender Data Gaps and the Path Toward Inclusive Data. United Nations. 2019.
9. World Health Organization. Social determinants of health: Conceptual frameworks. 2017.
10. Carroll SR, Herczog E, Hudson M *et al.* Operationalizing the CARE and FAIR Principles for Indigenous data futures. *Sci Data* 8, 108, 2021. Available: <https://doi.org/10.1038/s41597-021-00892->





Sección II

Elaboración de marcos políticos y jurídicos para la incorporación de variables de género y color de la piel

Los contextos sociopolíticos e histórico-culturales, así como los marcos políticos y legales pueden influir en cómo se definen y operacionalizan los constructos sobre género y etnicidad. También pueden propiciar o impedir la incorporación de estas dimensiones en los sistemas de información.

Existen políticas y marcos legales -relacionados con el derecho a la identidad, a la salud y al acceso a la información y marcos normativos para la recolección de datos- que impactan en la conceptualización de los constructos sobre identidad de género, poblaciones clave, orientación sexual y/o color de la piel. En esta sección se describen los procesos que permitieron la decisión de incorporar las variables de género y color de la piel en los formularios del Subsistema de Información Estadística de Salud. Parte de estos procesos involucra la comprensión del contexto socio-histórico actual de Cuba, los movimientos sociales que propiciaron políticas y leyes, así como el contenido de los documentos políticos y jurídicos.

Las peculiaridades de Cuba

El Estado cubano se ha enfocado a eliminar todas las formas de discriminación y opresión por razones de color de la piel, identidad de género, orientación sexual. Para esto ha implementado un conjunto de documentos que constituyen marco jurídico o legal, tales como la Constitución de la República de Cuba del 2019 y el Código de las Familias 2022, entre otros, así como encuestas y programas con el fin de crear y desarrollar las bases económicas, políticas, ideológicas, jurídicas, educacionales, culturales y sociales que garantizan la igualdad de derechos, oportunidades y posibilidades a toda la población. Con igual fin ha impulsado la institucionalidad de género y favorecido los cambios sustanciales que han tenido lugar en la condición y posición de las cubanas.

En los órdenes histórico, social, cultural y jurídico, se asume que la nación cubana posee un etnos único, inclusivo y mestizo, aunque heterogéneo y diverso por sus

orígenes y matices de color de la piel. No existe en Cuba una mayoría nacional o étnica con una cultura propia y hegemónica, tampoco hay diversos pueblos cubanos como aborígenes, hispanocubanos, afrocubanos, francocubanos, asiáticos u otros, existe solo una nación, la cubana.

Constituye un error recurrente hablar de “composición étnica” en Cuba, o de una agrupación o institución específica. El Estado nacional cubano es uniétnico. Lo correcto es hablar de “composición por color de la piel”, pues es ese el único elemento que diferencia físicamente a los miembros de esta población. Esta clasificación no se basa ni en la genética, ni en la etnia de pertenencia. Existen cubanos de piel blanca, parda y negra que tienen en su mestizaje genes de origen africano y, también, cubanos de piel negra que no son únicamente de ascendencia africana, están mestizados.

Incluso, existen habitantes de la región oriental descendientes directos de los aborígenes cubanos, agrupados en pequeños poblados, como el caso de “La Ranchería” de Caridad de los Indios, en el municipio de Yateras, provincia de Guantánamo. Ellos no se comunican con la lengua originaria, se expresan en español, no conservan las prácticas religiosas de sus ascendientes, ni su música y danza, ni sus vestimentas y usan muebles, objetos, artículos e instrumentos aborígenes tal como lo hacen otros campesinos cubanos, a la vez que estos igualmente utilizan otros objetos de diverso origen. En Madruga, también hay un poblado de descendientes de mayas yucatecos, pero les sucede lo mismo. En fin, no constituyen grupos étnicos específicos.

Lo anterior ocurre asimismo con descendientes de chinos, japoneses, etnias españolas, de italianos y provenientes de otras naciones; en todos los casos están mestizados familiarmente con cubanos de otros orígenes y no conservan intactas sus culturas, sino han experimentado la transculturación criolla.

Existe una amplia gama de tonalidades en la epidermis de los cubanos, pero básicamente se asumen tres: piel blanca, piel parda o mulada y piel negra. No existen en cantidades importantes en Cuba persona de piel amarilla (de origen asiático oriental) ni de piel roja-cobrizo (aborígenes nativo-americanos).

En la población cubana están presentes elementos de origen africano en cuanto a hábitos, costumbres y tradiciones de diversa índole, dentro de las que se encuentra la alimentaria y culinaria, el vestuario y la llamada cultura popular tradicional. Existen religiones cubanas de matriz africana amalgamadas con elementos de la religión católica y de la cultura aborígen. En la música el elemento africano es fundamental en el ritmo. Pero no es objetivo identificar en este país a una persona natural como afrodescendiente por su color de la piel negra o parda, porque el cubano de cualquier color de la piel es tan afrodescendiente, como eurodescendiente, asiaticodescendiente o descendiente nativoamericano por el mestizaje genético que existe, demostrado científicamente.

Persisten en Cuba criterios racistas y prejuicios raciales que provocan estereotipos y prácticas discriminatorias por el color de la piel, a pesar del mestizaje genético, cultural y la igualdad de derechos proclamada en la jurisprudencia y las políticas públicas de beneficio económico y social, a partir de la equidad que desarrolla el proceso revolucionario.

El rol de la Sociedad Civil

Diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han incidido en la elaboración de leyes, programas y acciones, a partir de la emisión de sus criterios esenciales desde diferentes disciplinas y sectores para el logro de la equidad de todas las personas. Existe la contribución de las experiencias de organizaciones de la administración central del Estado como: Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Educación, así como los provenientes de la sociedad civil dentro de los que se pueden mencionar el movimiento de LGBTIQ+, las provenientes de organizaciones sociales entre las que se encuentra, con un papel destacado desde el triunfo de la Revolución, la Federación de Mujeres Cubanas, como organización encargada de la emancipación y desarrollo de las mujeres. Otros espacios han sido las redes, dentro de ellas los de personas cuya identidad y/o expresiones de género no se corresponden con las expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado (TRANS) y los de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), y las asociaciones que agrupan a las personas con discapacidad. Sus ideas han sido tomadas en cuenta en la elaboración del marco legal del país expuesto anteriormente, donde también se ha legalizado el matrimonio igualitario.

En la Conceptualización de etnicidad en Cuba, documento de la Comisión Nacional del Programa Nacional contra el Racismo y la Discriminación Racial se explica que no existen las razas para los seres humanos.

El racismo como teoría supone la existencia de razas y, a partir de ahí, la superioridad biológica, intelectual y estética de una raza sobre otras. En el caso cubano menos aún, al comprobarse científicamente a partir del mestizaje genético, existe pertenencia a la misma especie y la única raza de esa especie, la humana. En cuanto a los términos de etnia, nación y nacionalidad, se entiende que la etnia o grupo étnico es un conjunto de seres humanos con comunidad de lengua, costumbres, hábitos y tradiciones. La nación es un conjunto de seres humanos de una etnia o de varios grupos étnicos que comparten históricamente un espacio común, lengua y cultura. La nacionalidad es la caracterización cultural de los componentes de la nación.

Metodología para la revisión de políticas y documentos jurídicos y normativos que dan soporte a la incorporación de variables de género y color de la piel

Primeramente, se realizó una entrevista en profundidad al funcionario designado de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP, para identificar los documentos políticos y jurídicos que permiten la incorporación y desagregación de las variables por sexo, identidad de género y color de la piel en la información estadística de salud.

La revisión y análisis de 40 documentos identificados, se llevó a cabo a partir de un algoritmo creado con este propósito, el cual tiene tres partes, relacionadas con el tipo de documento (Anexo 1).

Documentos identificados, según el diseño del algoritmo:

- Constitución de la República de Cuba (2019).
- Ley, Decreto Ley, decretos y resoluciones. Los documentos identificados fueron: Decreto Ley 6 (2020) Sistema de Información del Gobierno; Decreto 9 (2020) Reglamento del Decreto-Ley 6 del Sistema de Información del Gobierno. Acuerdo 9231 (2021)
- Estrategia Integral de Prevención y Atención de la Violencia de Género en el Escenario Familiar; Ley 149 (2022). Protección de Datos Personales; Ley 41 de Salud Pública (1983); Anteproyecto Ley Salud Pública (2023); Ley 156 (2022) Código de las Familias; Decreto Ley 198 (2021) Programa de Adelanto de las Mujeres; Decreto Ley 96 (2023) Protocolo de Actuación en Situaciones de Discriminación, Violencia y Acoso en el Ámbito Laboral.
- Censo de Cuba, encuestas y programas nacionales. Los documentos fueron: Censo de población y viviendas del 2012; Características de la población cubana según el color de la piel, 2016. Encuesta Bioconductual de seroprevalencia de VIH, sífilis, VHB, VHC, y vigilancia del comportamiento en grupos de poblaciones clave, HSH y Trans, Cuba, 2022; III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles, Cuba. 2010-2011; Encuesta Nacional de Salud, Cuba, 2018-2020; Encuesta Nacional de Fecundidad, 2022. Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género, 2016-2018; Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS-2019); Observatorio de Cuba sobre Igualdad de Género, 2021; Programa Nacional contra el Racismo y la Discriminación Racial, 2021; Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, 2023; Informe Nacional. Implementación de la Declaración y Plataforma de acción de Beijing, Cuba 2024.
- Manual Estadístico, formularios y documentos en Atención Primaria de Salud (APS). En este acápite se revisaron el Manual de Organización y Procedimientos en Registros Médicos y Estadísticas lo que permitió identificar la inclusión o no de las variables sexo, color de la piel, identidad de género en las poblaciones clave en los registros estadísticos de salud.

Esta revisión permitió la extracción y descripción de los artículos más importantes de las leyes y resoluciones en el marco jurídico, que se detallan a continuación.

Resultados de la revisión de políticas, documentos jurídicos y normativos, que dan soporte a la incorporación de variables de género y color de la piel

En la tabla 1 se presenta un resumen de los principales marcos jurídicos que rigen la recolección de datos sobre género y color de la piel, surgido a partir de las necesidades de la gestión de las instituciones del país.

Tabla 1. Resumen de los marcos políticos y jurídicos que posibilitan la recolección de datos sobre género y color de la piel

	Ley / Normativa	Artículos relevantes / Notas
Derecho a la identidad y la no discriminación	Constitución de la República de Cuba, 2019	Artículos 13, 41 y 42
	Acuerdo 9231. Estrategia Integral de Prevención y Atención de la violencia de Género en el Escenario familiar, 2021	Artículos 4, 5, 6, 11, 13, 14 y 16
		Su Plan de Acción, tiene varias áreas, entre ellas: <i>Medios de comunicación</i> , para difundir los resultados de las investigaciones científicas y la información estadística sobre las mujeres <i>Educación, prevención y trabajo social</i> , promueve cursos sobre racialidad, diversidad sexual, género, violencia de género, igualdad y no discriminación
	Decreto Presidencial 198. Programa para el Adelanto de las Mujeres (PAM), 2021	<i>Salud sexual y reproductiva</i> , incluye derechos como reproducción humana asistida y las relativas al cambio anatómico del sexo y reducir las relaciones sexuales precoces <i>Estadísticas e investigaciones</i> , exige y revisa la incorporación en las estadísticas las variables sociodemográficas, sexo, edad y color de la piel para los análisis de género correspondientes. Estimula el desarrollo de las investigaciones científicas con un enfoque de género
Regulación de datos	Ley no 156. Código de las Familias, 2022	Artículos 3, 4, 12, 119, 130 y 201
	Resolución 16	Modelos y calendarios estadísticos del SIEC
	Acuerdo 9231, 2021	Artículos 18 y 19
	Ley 149. Ley de Protección de Datos Personales, 2022	Artículos 4, 10, 15 y 24

Marco relacionado con el derecho a la identidad y la no discriminación

Constitución de la República de Cuba

Aprobada en el 2019, constituye un reflejo del compromiso estatal por la igualdad de género, sin discriminación, e incluye los motivos que no pueden ser causas de discriminación: la orientación sexual, la identidad de género, la edad y la discapacidad, entre otras, al expresar que fomenta el empoderamiento de las mujeres desde lo individual y social. Asegura el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y la protege de la violencia de género en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos.

Establece en sus artículos lo siguiente:

Artículo 13. “Garantizar la igualdad efectiva en el disfrute y ejercicio de los derechos” ... “obtener mayores niveles de equidad y justicia social”.

Artículo 41. Reafirma la responsabilidad estatal de garantizar a las personas “el goce y el ejercicio irrenunciable, imprescriptible, universal de los derechos humanos en correspondencia con los principios de progresividad, igualdad y no discriminación...”

Artículo 42. Refrenda la igualdad ante la ley sin discriminación, por género, la orientación sexual, la identidad de género, la edad y la discapacidad, entre otras.

Acuerdo 9231. Estrategia integral de prevención y atención de la violencia de género en el escenario familiar

Este acuerdo, aprobado en el 2021, establece acciones que permiten, la detección, identificación, prevención, atención, de las víctimas y sobrevivientes; así como el tratamiento a quienes ejercen la violencia. Se articula con los servicios médicos, sociales y legales. Se dirige principalmente a las mujeres u otra persona que confronte el sistema de género heteronormativo, por su orientación sexual e identidad de género, color de la piel, edad y situaciones de discapacidad; en sus artículos se plantea lo siguiente:

Artículos 4, 5 y 6. Define la violencia de género, su conexión con ejes de opresión por sexo, color de la piel, orientación sexual, identidad de género, sexualidad, ocupación y otras, las cuales se superponen, interceptan y coexisten simultáneamente. Expresan sus diversas manifestaciones como la verbal, física, psicológica, económica, entre otras.

Artículo 11. Explica sus componentes. Dentro de estos se encuentra la Comunicación Social, dirigida al logro de la equidad de género y la cultura de derechos, cuestiona los estereotipos de género, prejuicios sexuales, las desigualdades por género, color de la piel y otras.

Artículo 12. Componente de comunicación educación. Dirigido a la capacitación de los docentes en estos temas y su inclusión en programas de pre y posgrado de las universidades.

Artículo 13. Componente de prevención. Fortalece las alianzas intersectoriales para la erradicación de los estereotipos sexistas, los prejuicios sexuales y la discriminación.

Artículo 14. Componente local y comunitario. Regula el incremento de la participación de las organizaciones de masas y sociales, y actores comunitarios en la identificación, detección, prevención y atención a la violencia de género.

Artículo 15. Componente de atención. Incrementa protocolos para la atención de niños, niñas y adolescentes, personas TRANS, personas con VIH/sida y otras poblaciones con vulnerabilidad según sus necesidades específicas.

Artículo 16. Componente protección. Incluye la prevención del femicidio y las medidas dirigidas a las víctimas, mujeres, personas TRANS, adultas mayores y otros.

Artículo 17. Componente legislativo. Fortalece el acceso a la justicia de víctimas y divulga los servicios de orientación jurídica para niños, niñas y adolescentes, mujeres, personas TRANS, y otros vulnerables

Decreto Presidencial 198. Programa para el Adelanto de las Mujeres

En el Programa para el Adelanto de las Mujeres (PAM), del 2021, se reconoció la insuficiente preparación y el conocimiento sobre género que tienen personas que se desempeñan en cargos directivos, y a nivel social, todo lo cual fundamenta su aprobación. Su objetivo es promover el avance de las mujeres y la igualdad de derechos, oportunidades y posibilidades. Está compuesto por medidas que abarcan siete áreas de especial atención que se presentan a continuación:

1. Empoderamiento económico de las mujeres. Profundiza los análisis con enfoque de género.
2. Medios de comunicación. Fomenta la difusión de los resultados de las investigaciones científicas y la información estadística sobre las mujeres.
3. Educación, prevención y trabajo social. Promueve la necesidad de realizar cursos, maestrías y otras capacitaciones que aborden los temas de racialidad, diversidad sexual, género, igualdad y no discriminación, violencia de género, entre otros.

4. Acceso a la toma de decisiones. Encaminado al perfeccionamiento de las políticas que posibiliten la promoción de las mujeres, a todos los niveles de toma de decisión a partir de su diversidad.
5. Legislación y derecho. Enfocado a la elaboración y aplicación de una estrategia de género para el sistema jurídico.
6. Salud sexual y reproductiva. Fortalece la perspectiva de género y los derechos sexuales; incluida la reproducción humana asistida y el cambio anatómico del sexo.
7. Estadísticas e investigaciones. Se indica la necesidad de incorporar en las estadísticas para el análisis con enfoque de género las variables sociodemográficas como sexo, edad y color de la piel. Incentiva en las investigaciones este análisis con el apoyo del uso de indicadores por sexo para identificar las desigualdades, así como impulsar la creación de un Observatorio Científico de Género que posibilite dar seguimiento.

Ley 156. Código de las Familias

Las normas contenidas en el Código de las Familias, aprobado en 2022, se aplican a todas las familias, cualquiera que sea la forma de organización que adopten y a las relaciones jurídico-familiares que de ellas se deriven entre sus miembros, y de estos con la sociedad y el Estado. A continuación, se describen algunos de sus artículos:

Artículo 3. Se rige por los principios de dignidad, humanismo, igualdad y no discriminación; pluralidad; responsabilidad; solidaridad; equidad; respeto a las voluntades, deseos y preferencias.

Artículo 4. El derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos; el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos independientemente de su sexo, género, orientación sexual e identidad de género, situación de discapacidad incluido el derecho a la información científica sobre la sexualidad, la salud sexual y la planificación familiar.

Artículo 12. Define la discriminación como la acción que excluya, limite o margine a las personas por razones de sexo, género, orientación sexual, identidad de género, edad, origen étnico, color de la piel, creencia religiosa.

Artículo 119. Establece los principios que rigen la determinación de la filiación asistida como resultado del uso de la técnica; el derecho a formar una familia; el respeto; la igualdad y la no discriminación.

Artículo 130. Trata sobre la gestación solidaria que favorece el ejercicio del derecho de toda persona a tener una familia y se ven impedidos por alguna causa médica

que les imposibilite la gestación, o cuando se trate de hombres solos o parejas de hombres.

Artículo 201. Explica el concepto del matrimonio entendido como la unión voluntariamente concertada de dos personas con aptitud legal para ello en el libre consentimiento y en la igualdad de derechos, deberes y capacidad legal de los cónyuges.

Anteproyecto Ley de la Salud Pública

En este anteproyecto, de 2023, se explican los artículos más relevantes relacionados con la organización y prestación de los servicios de salud.

Artículo 10. La organización y prestación de los servicios de la salud pública se sustentan en el carácter público de las instituciones sanitarias; gratuidad, protección y recuperación de la salud; en principios éticos, de legalidad, honradez, imparcialidad y eficiencia; evaluación periódica del funcionamiento y de los resultados; transparencia de las actuaciones; equidad, perspectiva de género y atención a las personas en situación de vulnerabilidad, en todas las políticas, los planes y programas que tengan impacto en la salud de las personas, en la disminución de las desigualdades sociales en salud, utilización adecuada de los adelantos científico técnicos en pos del bienestar social; y propiciar ambientes libres de violencia en las instituciones sanitarias, entre otros.

Artículo 132. Los cuidados a la salud sexual y reproductiva de las personas son un derecho a la salud incluye recibir información, orientación y atención especializada en las instituciones del Sistema. Promueve la posibilidad de contar con ambientes inclusivos y libres de estigmas, discriminación y violencia, así como en el entorno familiar y comunitario.

Artículo 133. La sexualidad, a los efectos de la presente Ley, comprende la identidad de género, la orientación y actividad sexual y la reproducción. Los servicios de salud en coordinación con la familia, los centros educacionales y la comunidad, participan en la educación integral de la sexualidad.

Decreto Ley 96. Protocolo de actuación ante situaciones de Discriminación, Violencia y Acoso en el Ámbito Laboral

Este Decreto Ley, del 2023, surge para prevenir y enfrentar actos o hechos de discriminación por razones de sexo, género, orientación sexual, identidad de género, edad, origen étnico, color de la piel, creencia religiosa, situación de discapacidad, origen nacional o territorial, o cualquier otra condición, para asegurar un entorno laboral libre de discrimi-

nación, violencia y acoso. Establece los mecanismos legales de protección que garanticen condiciones de igualdad y equidad en el lugar de trabajo (incluye el sector estatal y no estatal).

Es un instrumento de prevención y protección, se aplica a las personas de nuevo ingreso en cursos de capacitación, estudiantes en prácticas preprofesional, los trabajadores que aspiran a un cargo y los que ocupan cargos de dirección y ejercen la autoridad. Precisa que la violencia por razón de género en el ámbito laboral que supone el maltrato físico, e incluye otras como el psicológico, el sexual, el económico y el simbólico, dirigidos hacia una persona en razón del género adoptado, como resultado de la asignación de determinados atributos y roles socioculturales, que actúa convirtiendo la diversidad sexual en desigualdad social.

Define que el acoso se produce cuando el trabajador, cuadro o funcionario es objeto de amenazas, aislamiento, humillaciones, persecución y otras formas de maltrato en el trabajo. Puede adoptar la forma de acoso moral, psicológico o sexual, en el lugar de trabajo o mediante el uso de medios de comunicación, correo electrónico, internet y las redes sociales.

Marco relacionado con legislación sobre datos

Resolución 16. Modelos y calendarios estadísticos del SIEC

La Resolución 16, del 2018, establece los nuevos modelos y calendarios del Subsistema de Información de Estadística Complementario (SIEC). Este es el sistema estadístico ramal del sector salud, subordinado ejecutivamente al ministro de Salud Pública y metodológicamente a la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). Satisface recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales especializados en sistemas de información. Resuelve que el (SIEC) de Salud está compuesto por formularios de captación, indicadores, contenido metodológico y por el método de cálculo matemático.

Acuerdo 9231. Estrategia Integral de Prevención y Atención de la Violencia de Género en el Escenario Familiar

Esta Estrategia fue creada en 2021, en su Sección 8va aparece el Artículo 18 y Sección 9na Artículo 19, que establecen:

Artículo 18. Dirigido a la información y las estadísticas. Sus objetivos están encaminados a la consolidación de la obtención, procesamiento, análisis y sistematización de los datos estadísticos y la información desagregados por sexo, edad, color de la piel, territorio, clase social, ocupación, situación de discapacidad y otras características que posibiliten el análisis interseccional y garantizar que el Observatorio Científico de Género incluya la información relativa a la violencia de género.

Artículo 19. Sobre la investigación. Dirigido a potenciar investigaciones que favorezcan la transformación social y el empoderamiento de las víctimas-sobrevivientes; divulgar las metodologías y resultados científicos, poner en marcha un Programa Nacional de Investigación sobre Violencia de Género, y consolidar una Red Nacional de Investigadores. Insta a la promoción del intercambio de resultados de investigación y buenas prácticas en la prevención, atención y protección de las víctimas sobrevivientes de violencia de género y en el escenario familiar. Crea las condiciones para la puesta en marcha de un Programa Nacional de Investigación sobre Violencia de Género y la consolidación de una Red Nacional de Investigadores en esta área. Sienta las bases legales para el intercambio con los decisores encargados de la introducción de resultados científicos en materia de género, violencia de género y de otras formas de violencia en el escenario familiar.

Anteproyecto Ley de la Salud Pública

Artículo 38.1. El Ministerio de Salud Pública establece y controla un sistema de registros médicos y de estadísticas de salud, como parte del Sistema de Información del Gobierno y a los efectos de satisfacer sus propias necesidades de información para la toma de decisiones, de conformidad con las disposiciones que dicten las autoridades competentes y lo establecido en el Reglamento de esta Ley.

Ley 149. Ley de Protección de Datos Personales

Esta Ley, aprobada en 2022, en sus artículos establece:

Artículo 4. Dicta el marco legal para la protección de los datos personales relacionados con el sexo, edad, imagen, voz, género, identidad, identidad de género, orientación sexual, color de la piel, origen étnico nacional y territorial, condición y clasificación migratoria, situación de discapacidad, creencias religiosas, filiación política, estado civil, domicilio, datos médicos o de salud, económico-financieros, académicos y de formación, profesionales y de empleo, judiciales y administrativos, y cualquier información relacionada con estos datos que pueden llevar a la identificación de una determinada persona, recopilados a partir de registros, ficheros, archivos y bases de datos.

Artículo 10. La protección y tratamiento de datos personales se rige por los principios de la limitación de recogida, calidad de los datos en cuanto a la especificación de los fines, limitación de uso, legitimación, salvaguarda de la seguridad. Otro elemento es la transparencia de la información que rige la participación individual, la responsabilidad, legalidad, grados de reserva de la información y el consentimiento de su publicación.

Artículo 15. Considera datos sensibles a aquella información cuya utilización indebida puede dar lugar a discriminación o conlleve un riesgo grave para su titular, dentro de

los que se encuentran el sexo, género, identidad, identidad de género, orientación sexual, origen étnico y color de la piel, el estado de salud presente o futuro, situación de discapacidad, información genética.

Artículo 24. El titular, su representante legal o apoyo, pueden ejercer los derechos de acceso, no divulgación, rectificación, corrección, modificación, actualización, cancelación y oposición de los datos personales que le conciernen al solicitar su rectificación, corrección, modificación o actualización mediante la presentación de los medios probatorios que acrediten la acción solicitada, al recaer sobre los datos asentados la presunción de veracidad.

Lineamientos en Cuba que dictan la incorporación de las variables relacionadas con género y color de la piel en los registros estadísticos de salud

Acuerdo 9231. Estrategia Integral de Prevención y Atención de la Violencia de Género en el Escenario Familiar (artículos 18 y 19), explicada en el acápite anterior.

Decreto Ley 6. Sistema de Información del Gobierno (SIG), 2020. Establece los principios de organización y funcionamiento del Sistema de Información del Gobierno. Está integrado por el Sistema Nacional Estadístico y los sistemas de información institucionales. Sus principios son: coordinación, clasificación (uso de clasificadores y nomencladores), calidad, oportunidad, confiabilidad, universalidad, temporalidad, comparabilidad, registro, trazabilidad, transparencia, responsabilidad, obligatoriedad y otros, que permiten la recogida y desagregación de las variables estudiadas.

Decreto 9. Sistema de Información de Estadística (SIE), 2020: desarrolla lo dispuesto en el Decreto Ley 6 del SIG y establece las normas y procedimientos generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional Estadístico y de los sistemas de información institucionales, así como el control, fiscalización de la información. A continuación, se describen los principales artículos del Decreto 9:

Artículo 4. Establece que la información estadística de carácter oficial se fundamenta en la implementación de metodologías, donde la captación de datos se realiza a través de los censos, las encuestas y la información de los registros públicos y los administrativos, según las necesidades de información de los usuarios.

Artículo 12. El Subsistema de Información Estadística Nacional comprende la captación, el procesamiento, el análisis y la difusión de datos estadísticos.

Artículo 25. Los procesos de captación y procesamiento de la información estadística comprenden el seguimiento de la disciplina, la calidad y la cobertura de la información.

La calidad de la información estadística se determina a partir de la detección de errores en los formularios.

Resolución 16. Modelos y Calendarios Estadísticos del SIEC de salud, 2018. Establece los nuevos modelos y calendarios del Sistema de Información de Estadística Complementario (SIEC), donde se contempla la desagregación de la información según sexo y color de la piel, entre otras variables.

Otro documento aprobado por el Consejo de Estado, fue el Decreto Ley 98 de 2024 De la Estadística Oficial, que establece el marco jurídico general para la elaboración, producción y difusión de las estadísticas oficiales de la República de Cuba, y dispone cumplir con el mayor grado de desagregación posible por sexo, edad, color de la piel, situación de discapacidad, así como la oportunidad y calidad del dato, entre otras características.





Sección III

Procesos ligados a la disponibilidad de instrumentos de recolección de datos sobre sexo, identidad de género, color de la piel y poblaciones clave en el Sistema de Estadística de Dispensarizados

Una vez establecidos los conceptos a operacionalizar, los procesos relacionados con la elaboración e implementación de instrumentos para la recolección de datos cobran importancia para dar legitimidad y pertinencia a la información que se recolecte, sobre todo si involucran los procesos participativos de codiseño. Ello contribuye además a aumentar la tasa de respuesta a las preguntas, lo que contribuye al mejoramiento de la calidad de los datos a recolectar. En este capítulo se examinan los procesos relacionados con la disponibilidad y desarrollo de preguntas sobre sexo, género y color de la piel en el Subsistema de Información de Estadística de salud.

Antecedentes sobre la disponibilidad de variables sexo, género y color de la piel en los sistemas de información de estadística de salud

El atributo color de la piel, ha evolucionado en su contenido conceptual y metodológico, en su denominación, desde el punto de vista de la medición estadística en los censos de población y en las encuestas de hogares realizados en Cuba. En el país se reconocen oficialmente la realización de 18 censos de población. En todos ellos y bajo distintas denominaciones, se captó la variable relacionada con el color de la piel y sexo. En los primeros se usó la clasificación de Blanco y No Blanco, a su vez clasificados en Negros y Mulatos o Pardos.

El Censo de 1899 distinguió de manera individualizada el asiático, amarillo o chino, grupo que en los censos de 1861 a 1887 se incluyó dentro de los clasificados como Blanco. En los realizados en el siglo XXI se tuvo en cuenta que las personas con color de la piel amarillo eran pocas, desde el punto de vista estadístico, por lo que se consideró su inclusión dentro de la población mestiza o mulata, en los casos en que fuera necesario. Finalmente, quedó establecida la denominación de Mulato o

Mestizo para aquellos cuyo color de la piel no se considera ni Blanco ni Negro. En los censos de la época colonial el término empleado para referirse a estos grupos era el de Raza. En el siglo XX y hasta el Censo de 1953 se utilizó indistintamente Raza y Color de la piel.

A partir de 1960 deja de utilizarse la denominación de Raza y queda establecido definitivamente Color de la piel, como el término que mejor caracteriza a los grupos de personas para la captación de información. Esto se fundamentó en que, en Cuba, resulta inapropiado hablar de razas desde el punto de vista sociocultural y genético. El mapa genético para el origen étnico de los cubanos, realizado por el Centro Nacional de Genética Médica, refrenda la concepción de que la población cubana es mestiza, condición que se establece por el color de la piel. Esta investigación marcó la presencia de genes ancestrales europeos en una proporción de 70,3 %; 20,2 % la de genes de origen africano; 8,1 % la de genes de origen nativoamericano; y 1,3 % la de genes de origen asiático, en la mayoría de las personas. Existe una amplia gama de tonalidades en la epidermis de los cubanos, pero básicamente se asumen tres: piel blanca, piel parda o mulata y piel negra.

En la investigación publicada en el año 2022 sobre poblaciones del este de Cuba, mencionada anteriormente, donde se encuentran reconocidas familias descendientes de indígenas, se encontró que en promedio los individuos estudiados poseen un 45,7 % de su información genética procedente de ancestros europeos, 25,4 % de ancestros africanos, 20,2 % de origen amerindio y 8,6 % de origen asiático. Como puede apreciarse, aunque las cifras son mayores a la de investigaciones nacionales en el componente amerindio y el asiático, se aprecia incorporación a los genes de europeos y asiáticos lo que habla a favor de que, incluso en esas comunidades, el mestizaje es elevado.

Antes del 2012, en los censos la pregunta de color de la piel se recogía por observación del entrevistador. A partir de ese año varió la metodología y se realiza la pregunta directamente al entrevistado, de modo que los datos se obtienen por autoclasificación. La recogida de información es por declaración, atendiendo únicamente a las características y significaciones que entiende la población. La información que se capta no responde, en lo conceptual, a raza, etnia o conceptos parecidos. Se trata del color de la piel, declarado por la persona entrevistada, que puede ser agrupada por color de la piel Blanca, Negra y Mulata o Mestiza (tabla 2). En el año 2024 se incorporó y desagrega el color de la piel (Blanca, Negra, Mestiza) en los formularios estadísticos de salud

Tabla 2. Disponibilidad de preguntas sobre sexo, identidad de género, y color de la piel según fuente y año, desde el año 2002-2022

Fuente	Año	Sexo	Identidad de género	Color de la piel
Censo	2002	x		x
	2012	x		x
Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas	2010-2011	x		x

Tabla 2. (continuación)

Fuente	Año	Sexo	Identidad de género	Color de la piel
Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género	2016-2018	x	x	x
Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados	2020	x		x
Encuesta Nacional de Salud	2018-2020	x		x
Encuesta Bioconductual de seroprevalencia de VIH, sífilis, VHB, VHC y vigilancia del comportamiento	2022	x	x	x
Encuesta Nacional de Fecundidad	2022	x		x

En la tabla 3 se precisa cómo se recogió el color de la piel en los censos y encuestas desde el 2002 hasta 2022. Varió la metodología de la pregunta según color de la piel: en el Censo del 2002 era por observación del encuestador y en el 2012 por declaración de la persona. En las encuestas revisadas lo usan indistintamente.

Tabla 3. Disponibilidad de preguntas sobre color de la piel según censos y encuestas. 2002-2022

Fuente	Año	Pregunta	Opciones
Censo	2002	Color de la piel (por observación del entrevistador)	Blanca Negra Mestiza Mulata
Censo	2012	¿Cuál es su color de la piel? (por declaración del entrevistado)	Blanca Negra Mestiza Mulata
Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas	2010-2011	¿Cuál es su color de la piel? (por observación)	Blanca Negra Mestiza
Encuesta Nacional de salud	2018-2020	¿Cuál es su color de la piel? (por observación del entrevistador)	Blanca Negra Mestiza
Encuesta Nacional de Igualdad de Género	2016	¿Cuál es su color de la piel? (por declaración del entrevistado)	Blanca Negra Mestiza

Tabla 3. (continuación)

Fuente	Año	Pregunta	Opciones
Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados	2020	¿Cuál es su color de la piel? (por declaración del entrevistado)	Blanca Negra Mestiza
Encuesta Bioconductual	2022	Color de la piel (por observación del entrevistador)	Blanca Negra Mestiza
Encuesta Nacional de Fecundidad	2022	¿Cuál es su color de la piel? (por declaración del entrevistado)	Blanca Negra Mestiza

Existe la teoría de la autoidentidad, que se basa en la “autonomía del sujeto” para decidir sobre sí. No es exclusiva para el tema del color de la piel. Se aplica en la identidad de género, preferencia u orientación sexual, creencia religiosa, ateísmo, ideología política, profesión u oficio, afición o fanatismo deportivo, pertenencia a un país más allá de su nacionalidad, que es un hecho cultural hereditario, o su ciudadanía, que es adquirida por nacimiento o naturalización.

Las preguntas sobre identidad de género se incluyeron en dos encuestas: en la Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género 2016-2018 y en la Encuesta Bioconductual de seroprevalencia de VIH, sífilis, VHB, VHC y vigilancia del comportamiento, del 2022 (véase tabla 2). En la primera se preguntó: ¿Usted se identifica como? Hombre, Mujer o TRANS. En la segunda se preguntó: Entre estas opciones, ¿con cuál se identifica usted? Hombre, Mujer, Mujer TRANS, Hombre TRANS.

La tabla 4 presenta las preguntas sobre identidad de género en el periodo 2016 a 2022.

Tabla 4. Disponibilidad de preguntas sobre identidad de género. 2016-2022

Fuente	Año	Pregunta	Opciones
Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género	2016- 2018	¿Usted se identifica como...?	Hombre Mujer TRANS
Encuesta Bioconductual	2022	Entre estas opciones, ¿con cuál se identifica usted?	Hombre Mujer Mujer TRANS Hombre TRANS

Tabla 4. (continuación)

Fuente	Año	Pregunta	Opciones
Formulario de dispensariados	2022	¿Cómo se considera o percibe?	Masculino Femenino TRANS (se dispensarizan como poblaciones clave en: HSH, TRANS, PPTS)

En los sistemas de información de estadística de Cuba, se observa un intento de búsqueda de información sobre poblaciones clave, tales como hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer (TRANS) y personas que practican el sexo por alguna ganancia (PPST), de esa forma se recoge en el formulario de dispensarizados desde el año 2022. La Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades del MINSAP elaboró un instrumento para dispensarizar a las poblaciones clave con preguntas con enfoque de género: ¿Cómo se considera o percibe?: Masculino, Femenino o Persona TRANS. En esta fuente de información solo se registran a los del sexo masculino debido a que su propósito es la vigilancia del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, por ser las personas de mayor riesgo de contagio. No obstante, las acciones de salud como consejerías, y apoyo con condones y lubricantes, también se les brindan a las del sexo femenino.

Metodología para examinar la disponibilidad de variables de género y color de la piel en el sistema de información de estadística en salud

Como parte de los procesos relacionados con la disponibilidad de datos sobre sexo, identidad de género, color de la piel y poblaciones clave en los sistemas de información de estadística de salud, se realizó una entrevista al funcionario designado de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP, en la que se indagó sobre los resultados más relevantes de las encuestas y programas nacionales, relacionados con la desagregación de estas variables. También se identificaron los formularios de los sistemas de información estadística que tienen desagregados los datos por estas variables. De esta manera, se decidió seleccionar 17 formularios que tenían ítems relacionados con algunas de las variables antes mencionadas; estos fueron sujetos a revisión exhaustiva por observación de documentos. Otra indagación realizada en la referida entrevista en profundidad se dirigió a la selección del sistema de información de estadística que se estudiaría, de forma particular, en función de que tuviera mayor grado de desagregación de las variables de interés en este estudio.

Luego del análisis del Subsistema de Información de Estadística Complementario de Salud de Cuba se decidió el estudio del Sistema de Información de Estadística de

Dispensarizados. Esto se fundamentó en el hecho de que posee cobertura poblacional, lo que permite que todos los individuos puedan estar representados. La información desglosada por edad y sexo se recoge desde su creación en 1979, las poblaciones clave a partir de 2022 y el color de la piel desde 2024.

Disponibilidad de variables de género y color de la piel en el sistema de información de estadística en salud

Formularios de los sistemas de información de estadística de salud que recogen información sobre las variables de interés en este estudio

La entrevista con la jefa del Departamento de Estadísticas Sanitarias del MINSAP arrojó que se ha indicado la incorporación de las variables sexo, color de la piel y edad en los formularios de los sistemas estadísticas de salud. El proceso de incorporación se encuentra en desarrollo y de forma paulatina, comenzando por los registros primarios de los sistemas.

De los 17 formularios revisados, 14 ya tiene incorporada la información de sexo, en 12, el color de la piel y en dos las poblaciones clave. Se revisó también la edad que está en todos y la dirección o localización en 15. En la tabla 5 se presenta el nombre de los formularios estudiados y la presencia de recogida de información de variables relacionadas con las desigualdades.

Las preguntas según color de la piel son similares en su formulación en todos los formularios, al igual que su operacionalización, debido a que responden a las variables que se recogen en cada uno. Se registran a partir de la consideración del registrador.

Tabla 5. Formularios del Subsistema de Información de Estadística Complementario de Salud

Formularios	Número del formulario	Sexo	Color de la piel	Poblaciones clave	Edad	Localización
1. Historia de Salud Familiar (registro primario)	54-50-03	X	X	X	X	X
2. Formulario del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados (registro primario)	241-476-08	X	X	X	X	X
3. Población por grupo dispensarial según edad, sexo y color de la piel (registro primario)	18-209-01	X	X	–	X	X
4. Población por enfermedad según edad, sexo y color de la piel (registro primario)	18-210-01	X	X	–	X	X

Tabla 5. (continuación)

Formularios	Número del formulario	Sexo	Color de la piel	Poblaciones clave	Edad	Localización
5. Certificado médico de defunción fetal (registro primario)	18-37	X	X	–	X	X
6. Certificado médico de defunción neonatal (registro primario)	18-38-03	X	X	–	X	X
7. Certificado médico de defunción (28 días y más) (registro primario)	18-39-03	X	X	–	X	X
8. Actividades de consulta externa (registro primario)	18-144-03	X	X	–	X	–
9. Actividades de medicina familiar (registro primario)	18-145-04	X	X	–	X	–
10. Reporte de cáncer	68-02-04	X	X	–	X	X
11. Enfermedad de declaración obligatoria (formulario de flujo)	241-403-06	X	X	–	X	X
12. Enfermedad de declaración obligatoria. Notificación de caso (registro primario)	84-01-04	x	x	–	x	x
13. Registro de vacunación escolar (registro primario)	84-19-02	–	–	–	X	X
14. Tarjeta de vacunación (registro primario)	84-20-03	X	–	–	X	X
15. Registro de vacunación escolar (registro primario)	84-05-01	–	–	–	X	X
16. Carné de vacunación (registro primario)	84-21-02	–	–	–	X	X
17. Encuesta epidemiológica de eventos adversos a la vacunación (registro primario)	84-30-03	X	–	–	X	X

Hay formularios que brindan información a varios sistemas de información de salud como los de actividades de consulta externa y actividades de medicina familiar. Los datos según sexo y color de la piel, aunque se recogen, no fluyen a través del sistema de consulta externa, sin embargo, son utilizados para el análisis de los problemas de salud en las áreas de salud.



Sección IV

Procesos ligados a la recolección, gestión y uso de datos sobre género y color de la piel

Una vez que se dispone de preguntas para la recolección de datos, los procesos de su implementación para la recolección, gestión y uso de la información pueden influir en su disponibilidad y calidad necesarias para el análisis en salud.

La existencia de manuales operativos y el entrenamiento del personal destinado a la recolección, gestión y uso de los datos es clave para mantener consistencia en los procesos a lo largo del tiempo.

En este capítulo se examina la disponibilidad y contenido de instructivos, así como también las percepciones de los diferentes actores involucrados en la recolección, gestión y uso de los datos.

Metodología

Como parte de los procesos relacionados con la recolección, gestión y uso de datos sobre sexo, identidad de género, color de la piel y poblaciones clave en los sistemas de información de estadística de salud, se realizó una entrevista al funcionario designado de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP, en la que se identificaron y analizaron manuales de procedimientos correspondientes al Subsistema de Información de Estadística Complementario de Salud de Cuba, y en particular el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados.

El Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados se sometió a un análisis observacional del procedimiento de recolección y gestión de los datos en lugares seleccionados de la provincia de La Habana que se detallan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Efectores seleccionados para el análisis observacional

- Consultorio 14. Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordóñez Cancellor, municipio Plaza de la Revolución.
- Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordóñez Cancellor, municipio Plaza de la Revolución.
- Consultorio 9. Policlínico Universitario Héroes del Moncada, municipio Plaza de la Revolución.
- Policlínico Universitario Héroes del Moncada, municipio Plaza de la Revolución.
- Consultorio 21. Policlínico Luis Pasteur, municipio 10 de Octubre.
- Policlínico Luis Pasteur, municipio 10 de Octubre.
- Consultorio 14. Policlínico 26 de Julio, municipio Playa.
- Policlínico 26 de Julio, municipio Playa.
- Dirección General de Salud, municipio Plaza de la Revolución.
- Dirección General de Salud, provincia La Habana.
- Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública.

Se decidió estudiar la provincia La Habana, por factibilidad y dentro de ella, en aras de explorar las mejores prácticas en la gestión y uso del Sistema Estadístico de Dispensarizados, se seleccionó uno de los municipios cuya trayectoria en cuanto a la calidad estadística se ha mantenido sistemáticamente. Para ello, se realizó una consulta a los directivos de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; el resultado fue el municipio Plaza de la Revolución y de acuerdo con los mismos criterios se estudiaron los dos policlínicos, sugeridos por la jefa del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de la provincia de La Habana, lo que se concilió con los directivos de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP. Este mismo criterio se repitió cuando se eligieron los consultorios. También, se estudiaron otros dos policlínicos, ubicados en municipios diferentes para evidenciar la consistencia de la información.

En los consultorios se realizó la observación para la revisión de las historias de salud familiar, contenidas en el archivo, con la utilización de la Guía de observación de la Historia de Salud Familiar (Anexo 2) para constatar:

- Orden del archivo: número consecutivo de las historias de salud familiar dentro de la cuadra o manzana a la que pertenecen.
- Registro de las variables en el formulario Historia de Salud Familiar: sexo, color de la piel y poblaciones clave.
- Procedimiento utilizado para volcar en el formulario del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados (241-476-08) la información contenida en el formulario 54-50-03 Historia de Salud Familiar. Para ello también se hicieron preguntas al equipo básico de salud y la estadística, que esclarecieran el mecanismo utilizado.

En los policlínicos, en la Dirección General de Salud del municipio Plaza de la Revolución, en la Dirección General de Salud de la provincia La Habana y en la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, del Ministerio de Salud Pública, se entrevistaron además a los jefes de estadística y estadísticos responsabilizados con el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados, para conocer los procedimientos que realizan en la recogida, procesamiento y emisión de la información del sistema.

Se realizó una observación de los datos para verificar su calidad en función de los requisitos lógico-matemáticos del sistema en función de lo solicitado en la Guía de observación de los documentos estadísticos del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados (Anexo 3).

Las personas sujetas a este estudio se interrogaron acerca de:

- La utilidad que le confiere a la información desglosada por sexo y color de la piel y la de las poblaciones clave.
- Uso propio, o de otros usuarios, de la información desglosada por sexo y color de la piel y la de las poblaciones clave.
- Dificultades para la ejecución del sistema.

Para obtener información sobre los desafíos relacionados con la recolección, gestión, y uso de los datos, se realizaron entrevistas a los estadísticos y usuarios del MINSAP, de la Dirección General de Salud (DGS), de las tres direcciones municipales de salud y los cuatro policlínicos de la provincia de La Habana.

Las entrevistas a funcionarios y especialistas fueron realizadas a partir de instrumentos diseñados para este estudio; estos son:

- **Anexo 4.** Entrevista a especialistas de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- **Anexo 5.** Entrevista al personal de salud. Dirigida a médicos, enfermeras, y otros miembros del equipo básico de salud.
- **Anexo 6.** Entrevista a usuarios y directivos.
- **Anexo 7.** Entrevista a poblaciones clave. Dirigida a LGBT, población general y personas de organizaciones relacionadas con derechos y salud

A todos se les solicitó el consentimiento informado (Anexo 8) donde se explicaron los objetivos y características del proyecto, y se le preguntó su consentimiento en participar en el estudio.

Resultados

Revisión documental del Manual de Organización y Procedimientos en Registros Médicos y Estadísticas

El Manual de Organización y Procedimientos en Registros Médicos y Estadísticas establece las funciones de los departamentos de registros médicos y estadísticas a nivel provincial, municipal, policlínicos y otras instancias del Ministerio de Salud Pública.

En el capítulo II de este manual, se describen las funciones de la sección de estadísticas de los departamentos de registros médicos y estadísticas de salud de los policlínicos; estas son:

1. Controlar la integridad de los sistemas de información de estadística y la calidad de los datos.
2. Recoger, revisar y procesar los datos estadísticos y enviar según calendario estadístico.
3. Garantizar la conservación de los documentos.
4. Realizar los análisis necesarios de la información elaborada.
5. Contribuir con la docencia e investigación científica.
6. Asesorar en la confección de tarjeteros, registros y archivos de historias clínicas.
7. Colaborar con la informatización de la unidad funcional.

En el capítulo III, se establecen los procedimientos de los departamentos de registros médicos y estadísticas en los policlínicos. A continuación, se relacionan las tareas que asumen estos departamentos, relacionadas con el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados:

1. Controla la integridad de los sistemas de información estadística y la calidad de los datos. Realiza, en cada trimestre, al menos una supervisión de la fidelidad de los datos primarios, de cada sistema en los diferentes servicios y departamentos (incluyendo los consultorios, que se supervisan mensualmente).
2. Recoge, revisa, procesa los datos estadísticos y los envía según calendario estadístico. Procesa la información de las actividades de los departamentos o servicios, y de las hojas de consulta, según lo establecido por el Sistema de Información Estadística. Si se detectan deficiencias, se realizan las correcciones correspondientes.
3. Registra y controla los programas específicos, incluye el control y procesamiento de la dispensarización; confecciona junto al médico y enfermera del consultorio, las estadísticas de dispensarizados, para lo cual utiliza las historias de salud familiar y agrupa los datos por enfermedad, discapacidad, incidencia y prevalencia de las enfermedades, riesgos y secuelas; realiza el control de la vacunación, garantiza la calidad del dato y la información anual.
4. Analiza la información para su emisión a la dirección del policlínico o niveles superiores, mediante cuadros, indicadores y gráficos; evalúa programas, rendimientos, índices y calidad de la información. Contribuye a la docencia e investigación científica, entre otros.

Este manual establece que el formulario de Actividades de Medicina Familiar, la Historia Clínica Individual y la Historia de Salud Familiar son documentos de trabajo del Equipo Básico de Salud de los consultorios médicos.

Historia Clínica Individual. Se confecciona una para cada miembro de la familia, de manera individual. Recoge la información del estado de salud del individuo y registra los aspectos relacionados con la atención médica integral; queda conformado un expediente clínico.

Historia de Salud Familiar. Se confecciona para cada familia del área de atención.

Es obligatorio registrar la atención brindada en la Historia Clínica Individual y en la Historia de Salud Familiar, cada vez que se atiende a un paciente o familia.

El *Programa del Médico y la Enfermera(o) de la Familia* explica que la incorporación del médico y la enfermera(o) produjo modificaciones en el contenido y la práctica de la atención médica, estableciendo cambios en la atención primaria que han repercutido favorablemente en los resultados del Sistema Nacional de Salud. En él se establece que la dispensarización es un proceso organizado, continuo y dinámico, que permite la evaluación e intervención planificada y programada; es liderado y coordinado por el equipo básico de salud sobre la situación de salud de personas y familias, el cual se desarrolla a través de:

- Registro de todas las personas y familias pertenecientes a cada consultorio en la Historia de Salud Familiar.
- Evaluación de la salud de personas y familias, de forma periódica y personalizada, mediante la aplicación de los métodos clínico y epidemiológico, con la estratificación de los riesgos, daños y discapacidades según edad y sexo.

La evaluación confirma o modifica la clasificación de las personas en uno de los cuatro grupos dispensariales establecidos:

- Grupo I. Personas supuestamente sanas: aquellas que no tienen riesgo, daño a la salud, ni en situación de discapacidad, y que son capaces de enfrentar equilibradamente los problemas de la vida cotidiana con autonomía y responsabilidad, según las etapas del crecimiento y desarrollo. Se evalúan en consulta una vez al año.
- Grupo II. Personas con riesgos: son aquellas que están expuestas a condiciones que de no ser controladas aumentan la vulnerabilidad a sufrir daños a la salud individual o familiar, disminuyendo la capacidad de enfrentar equilibradamente los problemas de la vida cotidiana. Se evalúan dos veces al año, una en consulta y otra en terreno.
- Grupo III. Personas enfermas: aquellas con diagnóstico de enfermedad no transmisible o transmisible que son trazadoras: hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, cáncer, asma bronquial, tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes *mellitus*, insuficiencia renal crónica, hepatopatías, dislipidemias y obesidad. Su evaluación se realiza tres veces al año, dos en consulta y una en el terreno. Las no trazadoras, que son el resto de las enfermedades se realiza dos veces al año, una en consulta y la otra en el terreno.
- Grupo IV. Personas con secuelas, en situación de discapacidad según tipo, sin ninguna otra patología asociada. Se evalúan dos veces al año en consulta o terreno.

Procesos relacionados con la recolección de datos sobre sexo, color de la piel y poblaciones clave en el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados

Se describe inicialmente el análisis de la información que recoge el formulario 54-50-03 *Historia de Salud Familiar*, porque es el registro de entrada del Sistema de Información de

Estadística de Dispensarizados. Este formulario tiene el objetivo de registrar la información relacionada con las características de la salud de los integrantes de la familia, las condiciones materiales de vida, el funcionamiento familiar, resultado de la evaluación de la salud familiar y el tipo de intervención a realizar. Se aplica a toda la población del país. Tiene como unidad de análisis a la familia, por lo que cada historia corresponde a cada una de estas y recoge información de sus miembros. Es llenado por los médicos de familia de los consultorios del médico de la familia. Es un documento de trabajo permanente para el desempeño del equipo básico de salud de los consultorios del médico y la enfermera de la familia.

Cuando las familias se trasladan a otro domicilio llevan consigo la Historia de Salud Familiar, para que sea entregada al consultorio de destino. Su numeración será la de la familia que había anteriormente y si es una nueva construcción, se le asignará el número consecutivo que corresponda después del último asignado en la cuadra donde esté enclavado.

En el formulario aparece su número (54-50-03) y su nombre (Historia de Salud Familiar). A continuación, se describen las variables que se analizan.

Encabezamiento. Se recogen los datos de localización de la vivienda:

- Circunscripción.
- CDR.
- Equipo básico de trabajo a la que pertenece.
- Dirección detallada. Calle, carretera o finca; número o kilómetro; edificio; apartamento; localidad; entrecalles, bloque, zona y reparto; municipio y provincia.

Salud de los integrantes de la familia. Este bloque está conformado en forma de matriz. Cada fila corresponde a un miembro de la familia donde se consignan sus nombres y apellidos. Por columnas se registran las variables para cada miembro de la familia:

- Color de la piel. El dato se registra de acuerdo con lo que arroja la observación del médico. Se recoge a partir del año 2024.
- Sexo. El dato se recoge de acuerdo con la observación del médico y/o referencia de las personas.
- Fecha de nacimiento. Se anota el día, el mes y el año.
- Nivel de educación. Según la clasificación: primaria sin terminar, primaria terminada, secundaria terminada, técnico medio terminado (se especifica la especialidad), preuniversitario terminado, universitario terminado (se especifica la especialidad), círculo o jardín infantil, vías no formales, precolar no institucionalizado, no escolarizado apto para el estudio, no escolarizado no apto para el estudio.
- Labor que realiza. Según referencia de las personas.
- Grupo dispensarial:
 - I Supuestamente sano.
 - II. Con riesgo.
 - III. Enfermos.
 - IV. Con secuelas.

Cuando se produce un cambio del grupo se coloca el mes y el año.

- Problemas de salud, que son los factores de riesgo, las enfermedades y las secuelas sometidas a la dispensarización.

En el cuadro 2 se detallan los problemas de salud que se consideran trazadores clasificados de acuerdo con el grupo dispensarial II, III y IV donde pertenecen.

Cuadro 2. Relación de enfermedades, factores de riesgo y secuelas según el grupo dispensarial correspondiente	
Grupo II Con riesgo	
Riesgo de consumo de drogas (RD)	
Donante voluntario	
Donante especial	
Sedentarismo	
Riesgo por consumo de alcohol	
Riesgo preconcepcional	
Grupo III Enfermos	
Diabetes <i>mellitus</i> tipo I	
Diabetes <i>mellitus</i> tipo II	
Hipertensión arterial	
Asma	
Insuficiencia renal crónica (IRC)	
De ello: Por diabetes <i>mellitus</i>	
Hipercolesterolemia	
Cardiopatía isquémica	
De ello: Con IMA	
Enfermedad cerebrovascular	
Enfermo por consumo de drogas (ED)	
Cáncer en cualquier localización (incluye con la enfermedad, controlados y curados)	
De ello: cáncer de pulmón (incluye con la enfermedad, controlados y curados)	
De ello: cáncer de próstata (incluye con la enfermedad, controlados y curados)	
De ello: cáncer de colon (incluye con la enfermedad, controlados y curados)	
De ello: cáncer de mama (incluye con la enfermedad, controlados y curados)	
De ello: cáncer cérvicouterino (incluye con la enfermedad, controlados y curados)	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	
Obesidad	
Enfermo por consumo de alcohol	
Tabaquismo	
VIH-sida	
Cirrosis hepática	
Pareja infértil	
De ello: parejas que no desean tener hijos	

Cuadro 2. (continuación)**Grupo IV Con secuelas**

Discapacidad físico-motora

De ello: por accidente

Discapacidad auditiva

Discapacidad visual

De ello: por accidente

De ello: ceguera por retinopatía diabética

Discapacidad por sordoceguera

Discapacidad por trastornos del lenguaje, voz y habla

De ello: por accidente

Discapacidad intelectual

De ello: autismo

De ello: síndrome de Down

Discapacidad mixta (cuando ocurren dos o más discapacidades en una misma persona. Se excluye la sordoceguera que se considera como una sola discapacidad)

Discapacidad psicosocial o mental

En la columna observaciones, se declaran las condiciones del individuo que motivaron la baja como integrante de la familia (se mudó, falleció).

Condiciones de la vida material de la familia. Es otro bloque de la Historia de Salud Familiar donde se recoge:

- Fecha en día, mes y año cuando se realiza la evaluación.
- Condiciones estructurales de la vivienda: buena (B) cuando es sólida, tiene buen mantenimiento, regular (R) cuando es requiere reparación, mala (M) cuando es insegura.
- Índice de hacinamiento: se calcula mediante la división del número de personas que viven en la vivienda entre la cantidad de habitaciones que tiene y se añaden consideraciones sobre su conformación. Se clasifica en buena (B) cuando el Índice de hacinamiento es menor o igual a 2 y la vivienda tiene sala y comedor; existe posibilidad de aislamiento de los habitantes y separación por dormitorios de los adolescentes y adultos de distintos sexo, excepto matrimonios; regular (R) cuando el Índice de hacinamiento es menor o igual a 2, y la vivienda tiene sala y comedor, y no hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación de dormitorios; y mala (M) cuando el Índice de hacinamiento es mayor a 2 y la vivienda carece de sala y comedor y no hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación de dormitorios.
- Equipamiento doméstico básico: buena (B) cuando la familia cuenta con otros artículos además de los considerados como básicos que son televisor, radio, refrigerador y plancha; regular (R) cuando poseen al menos refrigerador, televisor o radio y plancha; mala (M) cuando no alcanzan a tener estos equipos básicos.

- Satisfacción de familia con los ingresos: se clasifican en satisfechos, muy satisfechos, insatisfechos según el criterio de los miembros adultos de la familia junto a la valoración del equipo básico.
- Número de la familia.
- Número de la Historia de Salud Familiar. Se conforma por los números correspondientes a la circunscripción, el CDR, y el equipo básico de trabajo.

Funcionamiento familiar. La familia se clasifica en: funcional, cuando la familia cumple con las funciones básicas y tiene buena dinámica de las relaciones internas; riesgo de disfuncionalidad, cuando la familia incumple con una de las funciones básicas, pero no repercute en la dinámica de las relaciones internas de la familia; no funcional, cuando la familia incumple con algunas de las funciones básicas y está afectada la dinámica de las relaciones internas.

Equipo Básico de Salud. Se anotan las fechas en día, mes y año cuando se realiza la evaluación del funcionamiento familiar.

Resultado de la evaluación de la salud familiar. La familia se clasifica en:

- Sin problemas de salud: cuando la salud de sus integrantes y/o las condiciones materiales de vida sean favorables; de no serlo, no influyan en la dinámica de las relaciones internas y el cumplimiento de las funciones básicas de esta, conservando la familia su equilibrio y capacidad plena para enfrentar y solucionar estas situaciones.
- Con problemas de salud: cuando existan dificultades con las condiciones materiales de vida y/o la salud de sus integrantes, con una repercusión negativa en la dinámica de las relaciones internas y el cumplimiento de las funciones básicas de esta, no conservando la familia su equilibrio y capacidad para enfrentar y solucionar estas situaciones Según el predominio de:
 - Dificultades con las condiciones de la vivienda.
 - Dificultades con la salud de los integrantes de la vivienda.
 - Dificultades con el funcionamiento de la familia.

Se anotan las fechas en día, mes y año de la evaluación que realiza el Equipo Básico de Salud.

Formas de intervención familiar necesaria:

- Intervención educativa. Cuando según el criterio del equipo básico de salud (EBS), la familia sea tributaria de recibir información con el objetivo de producir conocimiento sobre determinados temas de salud y promover la reflexión, para estimular la adopción de estilos de vida saludables y patrones de relación funcionales, y adaptativos a los cambios, incluyendo los de salud-enfermedad.
- Intervención terapéutica. Cuando según el criterio del EBS la familia sea tributaria de recibir este tipo de intervención por ser una familia disfuncional.
- Se registra la fecha en día, mes y año cuando se realiza la evaluación para determinar la necesidad de realizar alguna intervención familiar.

En anotaciones especiales, el equipo básico de salud puede anotar elementos de interés a partir del resultado de evaluación de la salud familiar, o de la intervención, o ambos.

La Historia de Salud Familiar recoge variables que permiten el análisis de las desigualdades como el sexo y el color de la piel, junto a otros como la ubicación geográfica de la vivienda que aborda las tres fuentes principales de desigualdad. El abordaje interseccionado es posible mediante el análisis de los datos antes mencionados con las condiciones de la vida material de la familia y el funcionamiento familiar en función de la salud de los integrantes de la familia. La información que se recoge sirve de base para definición de las intervenciones que requiere la familia, que se registran también en el formulario.

Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados

Este sistema tiene el propósito de registrar la población dispensarizada para transmitir información a cada nivel del sector salud y otros usuarios que la soliciten. A lo largo de los años las enfermedades o riesgos registrados se han incrementado, en función de la necesidad de la vigilancia que requieren. Es informado por todos los policlínicos, que incluyen además datos provenientes de los consultorios de médico y la enfermera de la familia, los de la población en hogares de ancianos, centros médicos psicopedagógicos, hogares de niños sin amparo familiar y centros de trabajo con médico de familia. En La Habana se recoge, por el policlínico que le corresponde, los datos de los pacientes cuya dirección del carné de identidad es la del Centro Provincial de Protección Social o del Hospital Psiquiátrico de La Habana. La periodicidad es bienal, del 1 de julio del año 1 al 30 de junio del año 2.

La captación los datos del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados para el llenado del formulario 241-476-08 (dispensarizados) se realiza por el técnico de estadística designado para los consultorios y centros de trabajo, junto con el médico y enfermera (EBS). Se toma como registro primario la Historia de Salud Familiar (formulario 54-50-03), cuya dispensarización es hecha exclusivamente por el médico. El sistema tiene dos variantes la del médico de familia y la de centro de trabajo que tienen médico de familia en función del lugar donde se dispensariza la población.

Los procesos de perfeccionamiento de los sistemas de información de estadística de salud han conllevado a la revisión del formulario Historia de Salud Familiar (54-50-03) en tres ocasiones y el de dispensarizados (241-476-08) en ocho; en este último, se incorporó la variable color de la piel en Blanco, Negro y Mestizo, y se modificó en la variable edad, se desglosó el grupo de 19–24 en 19 y 20–24 en la última realizada (año 2023).

El encabezamiento del formulario dispensarizados (241-476-08) contiene su identificación mediante el logo del MINSAP, el nombre del formulario y el sistema al que corresponde (Sistema de Información de Estadística Complementario), su número, la periodicidad y el número de páginas. Además, se registra la fecha de cierre del informe, la unidad de medida que es uno, la variante (Médico de Familia o Centro de trabajo) y el nombre del centro informante.

El cuerpo del formulario está conformado en forma de matriz con filas y columnas. En cada fila se colocan los datos correspondientes a cada situación de salud nombrada como enfermedad, factor de riesgo o condición. La última fila es la Suma Control, que será igual a la suma de cada columna de la 6 a la 27. Tiene dos columnas iniciales, en la A se registra el código de la incidencia y prevalencia según el nomenclador que aparece en las instrucciones del sistema para el médico de familia y para centros de trabajo, según sea el caso; en la columna B se anota el nombre completo en letra legible del grupo dispensarial desglosado por población que son:

I Supuestamente sanas.

II Con riesgo.

III Enfermos.

IV Con secuelas.

En la columna C aparece impreso el número de cada fila. Información recogida en las columnas:

- 1 y 2: Total según sexo, femenino y masculino.
- 3, 4 y 5: Color de la piel, blanco (B), negro (N) y mestizo (M).
- 6 a la 27. Grupos de edad según sexo.

Las edades se agrupan en:

- Menos de un año.
- 1 a 4
- 5 a 9
- 10 a 14
- 15 a 18
- 19
- 20 a 24
- 25 a 59
- 60 a 64
- 65 y más
- Ignorado

La calidad de la información se garantiza a partir de la revisión lógica y aritmética que exige el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados. Esta se ejecuta en cada nivel del sector salud donde se consolida la información. Consiste en constatar que:

- La sumatoria de las columnas 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24 y 26 será igual a la columna 1.
- La sumatoria de las columnas 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25 y 27 será igual a la columna 2.
- La cifra de la incidencia en todas las enfermedades tiene que ser igual o menor que la prevalencia.
- Todas las enfermedades que tenga un de ello, la cifra tiene que ser igual o menor al total.

- La suma de los diferentes tipos de cáncer, tanto en la incidencia (1181 hasta 1185) como en la prevalencia (2181 hasta 2185) tiene que ser igual o menor que el total de cáncer (1180, 2180).
- El grupo IV (con secuelas) tiene que ser igual a la suma de la prevalencia de todas las discapacidades.
- Cáncer de próstata (solo para sexo masculino).
- Cáncer cérvico uterino (solo para sexo femenino).
- Riesgo preconcepcional (solo para sexo femenino) en los grupos de edades de 10-14, 15-18, 19, 20-24 y 25-59 años.
- Pareja infértil (solo para sexo femenino) en los grupos de edades de 15-18, 19, 20-24 y 25-59 años.
- Hipercolesterolemia (permitida para los grupos de edades de 1-4 años en adelante).
- Enfermos por consumo de drogas (permitida para los grupos de edades de 10-14 años en adelante).
- Enfermo por consumo de alcohol (permitida para los grupos de edades de 10-14 años en adelante).
- Riesgo por consumo de drogas (permitida para los grupos de edades de 10-14 años en adelante).
- Riesgo por consumo de alcohol (permitida para los grupos de edades de 10-14 años en adelante).
- Donante voluntario y especial (permitida para los grupos de edades de 15-18 años en adelante).
- Sedentarismo (permitida para los grupos de edades de 1-4 años en adelante).
- Hipertensión (permitida para los grupos de edades de 1-4 años en adelante).
- Poblaciones clave (permitida para los grupos de edades de 19 en adelante).

El Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados registra a las poblaciones clave. Se entiende el conjunto de personas que, debido a una serie de prácticas específicas como conductas sexuales de riesgo y condicionantes estructurales, presentan mayor riesgo de infección por el VIH. Dentro de ellos se agrupan:

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) mediante sexo anal con penetración y sexo oral.
- Personas TRANS (TRANS) que son aquellas cuya identidad o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo asignado al nacer. Se incluyen en esta categoría a travesti, transexuales, transgénero, queer, mujer TRANS, hombre TRANS.
- Personas que practican sexo transaccional (PPST).

Las poblaciones clave se clasifican según los cuatro grupos dispensariales:

- I Supuestamente sanas.
- II Con riesgo.

- III Enfermos.
- IV Con secuelas.

Aclaraciones. Permite la recogida de aclaraciones que se utilizan para la validación del Sistema de Información Estadística o para esclarecer algún dato en particular.

Los datos recogidos en el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados permiten el análisis de las relaciones entre los grupos dispensariales, y de cada una de las enfermedades y riesgos que lo componen como el sexo, el color de la piel y la edad. En particular, el mismo análisis puede realizarse en las poblaciones clave en las que, además de su condición de riesgo para contraer el VIH, se puede explorar la situación existente en ello en función a los grupos dispensariales donde clasifican.

Estos análisis pueden hacerse en todos los niveles del sector salud, en la atención primaria, en los consultorios del médico y la enfermera de la familia y en los centros de trabajo donde se genera la información recogida en la Historia de Salud Familiar, la periodicidad puede ser la que se decida. En las áreas de salud, municipios, provincia y nivel central, se pueden hacer estudios bienales cuando se complete el consolidado de cada nivel. Es factible hacer investigaciones en el tiempo, con la utilización de los resultados de la dispensarizarización hecha en años anteriores.

Las provincias y la nación pueden contar para la realización de sus análisis con las salidas del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados que se encuentra digitalizado. Este brinda información según provincia, enfermedad y años. En la posibilidad de salida se encuentra la información de:

- Incidencia y prevalencia según sexo y por territorio.
- Incidencia y prevalencia según sexo y grupos de edad, y por territorio.
- Tasas según edad y sexo, y por territorio.
- Incidencia y prevalencia según grupos de edad y por territorio.
- Población según grupo dispensarial y por territorio.
- Centros de trabajo según grupo dispensarial y por territorio.
- Tablas para el anuario.

Tiene otra opción para hacer análisis comparativo, donde se solicitan los años a comparar con las mismas salidas anteriores.

Resultados del análisis observacional sobre los procesos relacionados con la recolección, gestión y uso de la información del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados

Procedimientos utilizados en el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados en los consultorios y policlínicos estudiados

La tabla 6 expone los resultados obtenidos en la gestión del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados en los consultorios y policlínicos estudiados.

Tabla 6. Resultados de la gestión del Sistema de Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados

Actualización de las Historias de Salud Familiar	En el policlínico se revisan sistemáticamente los formularios de consultas y de terreno y se detectan los casos de incidencia y prevalencia que son contrastados con la información contenida en la historia de salud familiar para su completamiento, cuando es necesario. Se utiliza además el libro de registro de incidencia del policlínico para asegurar que todos los casos nuevos sean dispensarizados en los consultorios de médico y enfermera de la familia.
Planificación para la actualización del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados	El MINSAP elabora el cronograma de trabajo que regirá en todo el país en octubre del año precedente a la entrega de la información. En cada policlínico se realiza la elaboración de los cronogramas de trabajo por el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud que se concilia con los equipos básicos de salud de los consultorios y con asistencia médica y lo aprueba el director. Se realizan los seminarios de preparación para acometer la recogida de información, procesamiento y emisión de la información de forma escalonada a través de toda la estructura estadística de salud del país.
Recogida de información para el llenado del formulario 241-476-08 del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados a partir de la información contenida en la Historia de Salud Familiar (54-50-03)	De acuerdo con lo previsto en el cronograma se reúnen en cada consultorio su equipo básico de salud y la estadística designada por el policlínico para realizar el vaciamiento de forma manual de la información contenida en la historia de salud familiar en el formulario de dispensarizados. Para la realización de esta tarea se utilizan los palotes. En las tablas de trabajo cada persona se clasifica según su sexo y la edad en cuanto a las enfermedades, riesgo y grupos dispensariales, por una parte y lo mismo según color de la piel.

Tabla 6. (continuación)

Procesamiento de las tablas de trabajo provenientes de los consultorios en el policlínico	Se obtienen los totales de los grupos dispensariales y de la incidencia y prevalencia de los problemas de salud según grupos de edad y sexo, por una parte y lo mismo según color de la piel. La información obtenida de cada consultorio se concilia con su equipo básico de salud previa a la introducción en una base de datos en Excel. Se introduce en bases de datos Excel. La información de cada consultorio está vinculada a la del policlínico, lo que evita errores por omisión o cambios de números. Las bases de datos de Excel que se producen en los policlínicos tienen áreas sombradas que marcan casillas que no pueden ser llenadas de acuerdo con los requisitos del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados, lo que ayuda a garantizar la calidad de la información. Cuando las sumatorias que se realizan en Excel no concuerdan con los totales emitidos por los consultorios en los documentos que se hicieron de forma manual, se revisa para detectar el error y enmendarlo mediante la solicitud de reparos a los médicos. Para esto las vías fundamentales de comunicación son mediante WhatsApp o vía telefónica. La utilización de las fórmulas en la base de datos en Excel y la posibilidad de vincular una tabla del policlínico con las de los consultorios facilita el cuadro de datos y la detección de posibles errores. Cuando la información se encuentra lista se emite a la Dirección General de Salud del municipio.
Calidad de la Historia de Salud Familiar	En los cuatro consultorios revisados existía un archivo de Historia de Salud Familiar donde los formularios de cada familia se encontraban numerados de forma consecutiva y organizada por cuadras. Se informa que hay lugares se organizan por manzanas. La letra era legible y los datos de sexo y edad estaban registrados adecuadamente en los cuatro consultorios. El color de la piel estaba registrado en tres de los consultorios mediante columnas añadidas al modelo impreso que estaban usando.

Tabla 6. (continuación)

Calidad de la información Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados de los policlínicos	Se realizó la revisión lógica- aritmética que rige en el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados:
	Los totales de cada sexo para cada una de las enfermedades resultaron ser la suma de los correspondientes según grupos de edad. Esto se logra a partir de las bondades de la aplicación Excel, que permite la construcción de validaciones.
	La restricción de las edades que dictan las instrucciones metodológicas del formulario se cumplieron en todas las enfermedades y riesgo.
	Las restricciones de los sexos que dictan las instrucciones metodológicas del formulario se cumplió en todas las enfermedades y riesgo.
	Lo anterior se garantiza porque la base de datos tiene sombreadas las edades que no pueden contener información. Se comprobó de forma lógica la información de incidencia y prevalencia con aumento del número de casos de enfermedades no transmisibles y discapacidades a medida que aumenta la edad.

Se indagó con los médicos de familia criterios en cuanto a la calidad del dato que recogían correspondiente al sexo, color de la piel y de poblaciones clave. Consideraron que la del sexo es adecuada porque además de las características sexuales secundarias manejan la información del carné de identidad de la población que atienden. Se constata que la información que se recaba no es la de identidad de género, sino el sexo. En cuanto al color de la piel es más confusa porque refirieron tener dificultad, en muchas ocasiones, de diferenciar entre un mestizo y un negro o entre un mestizo y un blanco. La situación de las poblaciones clave es peor, en tanto que los médicos adolecen de herramientas cognoscitivas y prácticas adecuadas para indagar sobre esto; aunque pueden existir preguntas indirectas que de forma ética deben ser hechas, no las saben aplicar.

Por otra parte, el estigma y la discriminación que persiste hace que las personas no declaren fácilmente su condición de ser HSH, TRANS o PPST, razón por la cual puede existir subregistro en el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados. Esta situación mejora cuando el personal de enfermería o el médico del consultorio llevan mucho tiempo en la comunidad y tienen vías de comunicación alternativa para obtener esta información.

Hay dos elementos importantes para que el dato tenga calidad en el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados. Uno que la Historia de Salud Familiar tenga veracidad, integralidad, es decir que se llene con los datos reales y el otro es el llenado correcto de las bases de datos de Excel.

La utilización de la información desagregada por sexo y color de la piel del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados de los consultorios y policlínicos estudiados, ha sido fundamentalmente por el director del policlínico, el jefe del grupo básico de trabajo, el vicedirector de higiene y epidemiología, así como residentes de la especialidad de Medicina Familiar. Sirve de base para la realización del análisis de la situación de salud.

Algunos de los entrevistados refirieron que era importante conocer la distribución de las enfermedades y riesgos de acuerdo con el color de la piel para hacer acciones de salud diferenciadas; no obstante, se apreció que existen debilidades en cuanto a las posibilidades que brinda este tipo de información para el quehacer en la atención primaria, y en la mayoría se concibe su recogida y procesamiento como una tarea realizada para emitir datos a los niveles superiores.

Dentro de los principales problemas que se confrontan para la ejecución del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados en los policlínicos, se encontró dificultades con la disponibilidad de formularios impresos y de medios computacionales y de telefonía, así como la movilidad del personal médico, de enfermería y de registros médicos.

Procedimientos utilizados en el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados en la Dirección General de Salud del municipio Plaza de la Revolución

Esta es la instancia municipal de salud donde se recibe la información del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados de forma digital, en bases de datos Excel, de todos los policlínicos enclavados en este territorio.

Cuando se recibe la información del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados de los policlínicos, el estadístico la revisa y la concilia con ellos. Luego de esto procede a la introducción de los datos a la base datos en Excel del municipio, donde verifica que la información municipal sea la suma de las de cada policlínico, lo que se logra al estar vinculadas las tablas.

El estadístico refiere que los procedimientos encontrados en los policlínicos Dr. Cosme Ordoñez y Héroes del Moncada son los mismos que se usan en el resto de los policlínicos del territorio y se corresponden con el método de trabajo del municipio y de la provincia La Habana a la cual pertenece. Es decir, en cada hoja de su base de datos corresponde a cada policlínico y tiene otra que es la del municipio, que se llena a partir de celdas vinculadas con las anteriores y donde se permite el cuadro de los totales por sexo y color de la piel de cada una de las enfermedades y riesgos. Es importante destacar que la información municipal se encuentra salvada en la nube, lo que impide la pérdida de datos en caso de roturas de PC. No se ha podido llevar esta posibilidad a los policlínicos por no contar con un parque computacional adecuado, ni financiamiento para hacerlo.

El estadístico considera muy importante la desagregación por sexo, color de la piel y las poblaciones clave, porque brindan información necesaria para el monitoreo de programas que se ejecutan en el país dirigidos a mejorar la vida y la salud de las personas en función de sus necesidades. Es importante el estudio de la relación entre esas variables y los daños a la salud para ejecutar acciones sanitarias con equidad.

Alega que la información del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados ha sido solicitada para investigaciones por la Facultad de Geografía de la Universidad de La Habana y para otro proyecto que estudiaba el espacio costero del territorio. También, son usuarios sistemáticos la dirección del municipio y los departamentos de Higiene y Epidemiología, y Estomatología.

Dentro de las mayores dificultades que tienen para la realización del trabajo de estadística se encuentra el completamiento de los recursos humanos, para lo cual en el

municipio se está utilizando la posibilidad del pluriempleo que se brinda actualmente. Pero, esta dificultad se encuentra también en los policlínicos. La escasez de medios computacionales y de modelajes es otro de los problemas que tienen que enfrentar.

Procedimientos utilizados en el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados en la Dirección General de Salud, La Habana

El Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, de la Dirección General de Salud de La Habana elabora un cronograma para despachar la información del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados enviada por las direcciones de los municipios. En estos despachos participan los estadísticos y los vicedirectores. En este nivel de salud se cuenta, además, con una base de datos en Excel que contiene las variables: municipio, área de salud, consultorio del médico de familia, dirección del consultorio, actualización de la Historia de Salud Familiar y población total, que sirve para contrastar la del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados, lo que contribuye a que se cometan menos errores.

El Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados cuenta con una aplicación en Web que permite la introducción de la información en el formulario (241-476-08) desde las direcciones de salud municipales, las provinciales y el nivel nacional. Esta facilidad informática ayuda a garantizar la calidad de la información, en tanto que cuando detecta un error, no permite el envío de la información al nivel inmediato superior y declara dónde se encuentra, lo que posibilita el reparo oportuno. Otro mecanismo es que se visualiza la aprobación o no de los datos emitidos por el nivel inferior cuando son revisados por el nivel superior. Este Sistema es similar para cada nivel, pero en función de su cobertura. El de las direcciones de salud de los municipios contiene la información de los policlínicos, el de las provincias tiene el de sus municipios y el de la nación, el de las provincias. En cada nivel se pueden visualizar sus correspondientes tablas de salida.

En entrevista con la jefa del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de la Dirección General de Salud de La Habana y el estadístico a cargo del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados se corroboró lo expresado por el estadístico de la Dirección General de Salud del municipio Plaza de la Revolución, acerca de la existencia de un APK que se está utilizando en dos policlínicos de este territorio. Los datos que introduce el médico de familia son los de la Historia de Salud Familiar, que es la fuente primaria de información del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados. Esta aplicación se encuentra en fase de desarrollo para móviles, que permitirá introducir esta información desde los consultorios del médico y la enfermera de la familia.

Se indagó acerca de la calidad del dato de la Historia de Salud Familiar y se expresó lo que ya se había observado en los consultorios visitados, en cuanto a que la incidencia se toma de los formularios de actividades de consultas y terrenos, y se registra en documentos elaborados para este fin. Esto permite contrastarla con lo que aparece en la Historia de Salud Familiar y con la Historia Clínica Individual. Existen otros registros que permiten verificar esta información como el de dietas médicas otorgadas.

Otra inquietud compartida con los estadísticos en la visita realizada a la provincia La Habana fue que, en la información analizada de los policlínicos y consultorios, se observó que en los grupos dispensariales las enfermedades y riesgos se presentan relacionadas con el sexo y los grupos de edad, no así la de color de la piel que solo aparece en función de los grupos dispensariales, y enfermedades y daños. Se refirió que al ser esta una información que se recoge desde el año pasado, en estos momentos se encuentra en desarrollo el perfeccionamiento de la aplicación en Web de Dispensarizados para que el color de la piel sea tratado de la misma forma que el sexo y los grupos de edad.

Se profundizó acerca de que no toda la información que se recoge en los formularios de los sistemas la información de salud, sobre color de la piel y sexo, fluye a los niveles superiores. Se explica que, al aparecer están disponibles para su mayor uso que es precisamente en los lugares donde se recogen los datos. Se insistió en los datos de vacunación que ninguno de los revisados los recoge, sin embargo, en el formulario de Actividades de Enfermería si está, por lo que puede utilizarse en la Atención Primaria de Salud, lo mismo ocurre con el sexo.

Otra indagación realizada fue la captación de los datos de las poblaciones clave. Se refirió, por el estadístico y vicedirectora de la Dirección General de Salud de La Habana, que existe un software Datasoft para este grupo de personas desde 2021, que permite el control para la distribución del paquete mínimo que consiste en condones y lubricantes, así como para los análisis clínicos y la remisión a asesorías (es un servicio diferenciado a poblaciones clave). Es importante destacar que solo se registran los del sexo masculino porque está dirigida al control del VIH y ellos son lo más expuestos al riesgo de contraer la enfermedad. En Cuba más del 80 % de los VIH son HSH.

Las dificultades referidas estuvieron encaminadas a materiales de oficina, no así a las relacionadas con equipamiento informático y de personal como lo encontrado en los niveles inferiores.

En cuanto a los usuarios principales de la información se encuentran los directivos de salud provinciales, junto a autoridades del Gobierno y políticas de ese territorio.

Procedimientos utilizados en el Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados en la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP

En la entrevista a la especialista del sistema en la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, se pudo conocer que la informatización del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados se desarrolló a partir del trabajo conjunto de expertos en estadística e informática, y los médicos. Este trabajo en equipo permitió, además, de precisar las variables a registrar, la definición de las restricciones como mecanismo para el control de la calidad de la información, debido a que impide la entrada de datos en las casillas no permitidas, de acuerdo con el conocimiento de las características de cada enfermedad y riesgo.

El sistema tiene alcance municipal, provincial y nacional. La entrada de datos al sistema automatizado se realiza en los municipios. Cada uno tiene su usuario y contraseña y

el permiso de modificación de datos según nivel. El municipio tiene la posibilidad de enviar automáticamente a la provincia la información concluida mediante el botón Enviar, una vez enviado no puede modificar los datos. A su vez, este nivel realiza el chequeo de los datos y solicita reparos al municipio en caso necesario y cuando todo está correcto envía al nivel central mediante el botón Revisar. En este último nivel se procede de forma similar que en la provincia y finaliza el proceder con el botón Aprobar. Se pudo constatar con la observación del sistema automatizado los procedimientos que se ejecutan en estos momentos, cuando se encuentra en fase de culminación la información del año 2024.

Existen diferentes roles dentro del sistema, los editores que se encuentran en los municipios, provincia y a nivel central que tienen el encargo de la recogida, procesamiento y emisión de los datos, y los visualizadores o invitados que son las personas que hacen uso de las tablas de salida.

La estadística, especialista a cargo del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados del nivel central, considera que para garantizar la calidad del dato es importante que las historias de salud familiar estén correctamente llenadas y actualizadas. Existen en los consultorios mecanismos de control, uno es el chequeo sistemático de estos documentos, el otro es el cruzamiento de la información contenida en estos, con los formularios de consultas y terrenos, donde hay captación de la incidencia, así como con la Historia Clínica Individual y el registro de defunciones. En los policlínicos se llevan registros de incidencia que también aportan información importante.

El registro de los datos del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados se realiza en los consultorios del médico y enfermera de la familia por el estadístico del policlínico junto al equipo básico de salud. En ese momento, de forma manual se conforman documentos con la utilización de palotes que contienen las variables de este sistema, en los formularios establecidos para la captación. Los resultados de este trabajo se concilian entre estos actores.

La especialista considera que las mayores dificultades de la dispensarización están en el registro de las poblaciones clave, porque los médicos no tienen todas las herramientas necesarias para su identificación y las personas no están acostumbradas a referir que pertenecen a estos grupos. Esto pudiera conllevar a que exista un subregistro en los HSH, TRANS y PPST.

En cuanto a la utilidad de la información desagregada por color de la piel y sexo, tiene el criterio que es importante para identificar los grupos en que son más frecuentes para poder accionar de forma equitativa.

Resultados de las entrevistas a actores claves

En las tablas 7 y 8 se expone la cantidad de entrevistados según las categorías asignadas en el estudio y según las instituciones de salud identificadas.

Tabla 7. Entrevistados según las categorías asignadas en el estudio

Categorías	Número	Porcentaje (%)
I Estadísticos	21	25,0
II Médicos y enfermeros	20	23,8
III Usuarios y directivos	23	27,4
IV Poblaciones clave	20	23,8
Total	84	100

Tabla 8. Entrevistados según las instituciones de salud identificadas

Institución de salud	Número	Porcentaje (%)
Área de salud y consultorios	34	53,1
Ministerio de Salud Pública	10	15,6
Municipio de Salud	8	12,5
Dirección General de Salud de La Habana y Centro Provincial de Higiene y Epidemiología	6	9,4
Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología (INHEM)	6	9,4
Total *	64	100

Nota: *No se incluyeron las poblaciones clave

Las poblaciones clave se entrevistaron en un taller realizado en el municipio Playa denominado: Cajas de herramientas para la implementación de las estrategias de género de la respuesta nacional a las ITS, el VIH y la hepatitis, donde participó una representación de las redes de las poblaciones clave siguientes:

- RedCub+, personas que viven con el VIH y sus parejas.
- RedTransCuba, personas transgénero.
- Red HSH, hombres que tienen sexo con hombres.

En todas las entrevistas se realizaron preguntas relacionadas con las variables de edad, sexo, color de la piel e identidad de género (esta última a las poblaciones clave). Se preguntó, además, si consideraban importante la desagregación de estas variables en los registros estadísticos de salud, su uso y limitaciones.

Las preguntas sobre el color de la piel se realizaron por autodeclaración de las personas entrevistadas, igual a como se realizó en el Censo de Población de Cuba en el 2012. Predominó el color de la piel Blanca con un total de 37 para un 44 % (fig. 2). Según categorías se encontró en estadísticos 9 (24,4 %), médicos y enfermeros 11 (29,7 %),

directivos y usuarios 10 (27,0 %), y poblaciones clave 7 (18,9 %) del total de los blancos. En cuanto al color de la piel Mulata y Negra no se encontraron diferencias relevantes entre los cuatro grupos entrevistados.

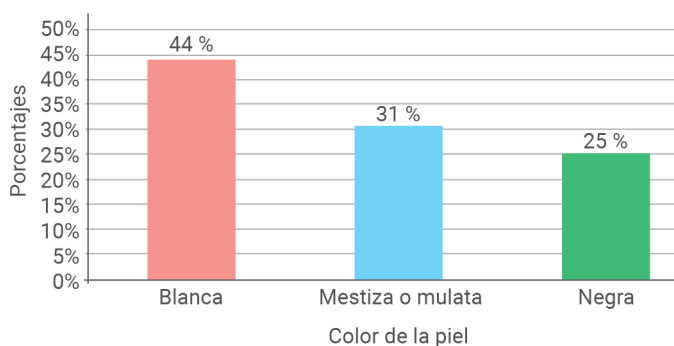


Fig. 2. Entrevistados según color de la piel.

En cuanto a la pregunta si consideraban importante o no, la desagregación de estas variables en los registros estadísticos de salud. El 97 % respondió que sí y solo el 2,4 % respondió que no, porque consideraban que al preguntar estaban afirmando que existe discriminación (fig. 3).

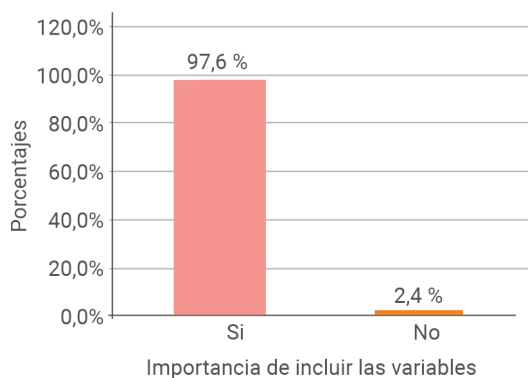


Fig. 3. Entrevistados según importancia de incluir estas variables en los registros estadísticos de salud.

En la figura 4 se muestran las respuestas más frecuentes sobre la importancia de incluir estas variables en los registros de salud. La respuesta más frecuente, que ocupó el 55,9 % del total de los entrevistados, fue: “Es importante para saber la distribución de las enfermedades por ejemplo la HTA, que es más común en el color de la piel negra, de esta forma se comparan la distribución según esas variables. Sirve para identificar el uso de medicamentos o reacciones adversas, brinda información sobre la incidencia y prevalencia de las enfermedades. A las poblaciones clave se les brindan medios de protección como condones para evitar que enfermen”.

Le siguió en orden de frecuencia la respuesta dada por las poblaciones clave con un 23,8 % del total de entrevistados, que refirieron: “Es importante para que la sociedad y la familia aprendan de estos temas y entiendan que somos diferentes y debemos ser respetados y aceptados con nuestras diferencias. Para que se entienda y se vea que todos tenemos los mismos derechos, que somos personas normales con diferentes gustos y que no debemos ser discriminados por nuestra orientación sexual. Muchas veces nos discriminan sin apenas conocernos, y de esta forma se visualizan nuestros problemas, y otras personas pueden conocernos mejor”.

El 14,2 % mencionó: “Estas variables son parte de los determinantes de salud que establecen diferencias, con esta desagregación se identifica grupos de riesgo y vulnerables a diferentes enfermedades, se permite que las estrategias sean más específicas a esos grupos”. “Se visualizan las diferencias que ocurren por color de la piel, sirve para establecer indicadores que permiten tomar decisiones para disminuir estas diferencias”. “Es importante en los análisis de morbilidad y mortalidad que se utiliza en el análisis de la situación de salud y los servicios de salud deben prepararse para esto”.

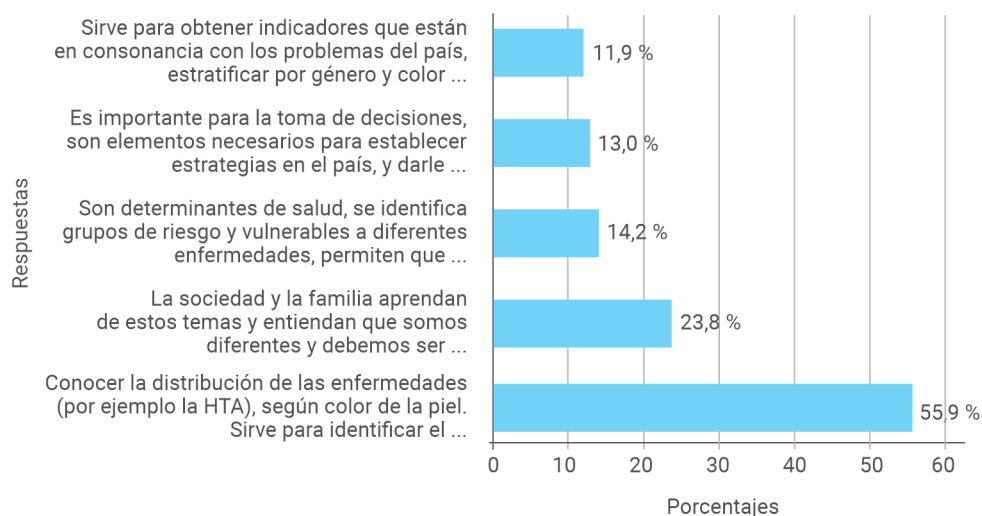


Fig. 4. Entrevistados según consideraciones acerca de la importancia de la inclusión de estas variables en los registros estadísticos de salud.

En la figura 5 aparecen los resultados sobre las principales limitaciones o dificultades para la recopilación del dato. El 90,6 % de los entrevistados consideró que se producían por las carencias de recursos materiales como formularios, tarjetas de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), papel, bolígrafos e informatización en los consultorios. El 46,8 % refirió la necesidad de realizar capacitaciones frecuentes a médicos, enfermeros y directivos sobre estos temas. El 28,1 % refirió la inestabilidad de los médicos y las dificultades con los recursos humanos en las instituciones.

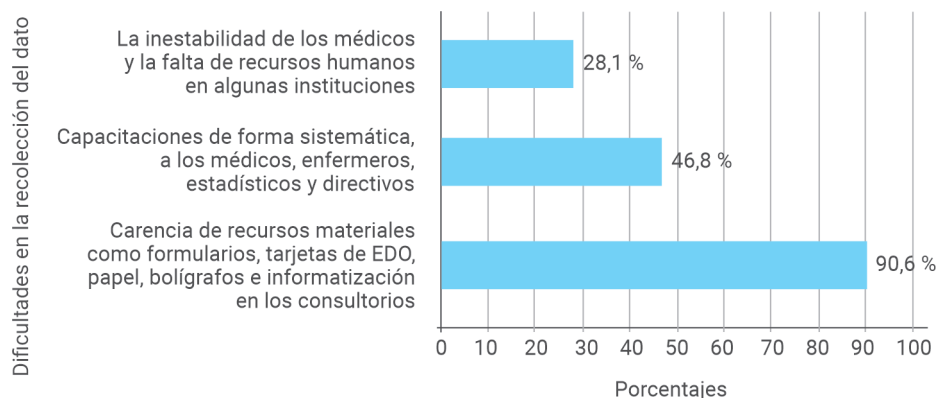


Fig. 5. Entrevistados según limitaciones para la recopilación del dato.

En cuanto a los usuarios de esta información, en la figura 6 se aprecia que el 72,0 % de los entrevistados refirió que los más frecuentes eran los directores municipales, provinciales y funcionarios estadísticos. El 34,8 % refirió, además, los vicedirectores de Higiene y Epidemiología y de Asistencia Médica, y el 18,6 % mencionó a los investigadores de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, e institutos de investigación de salud pública.

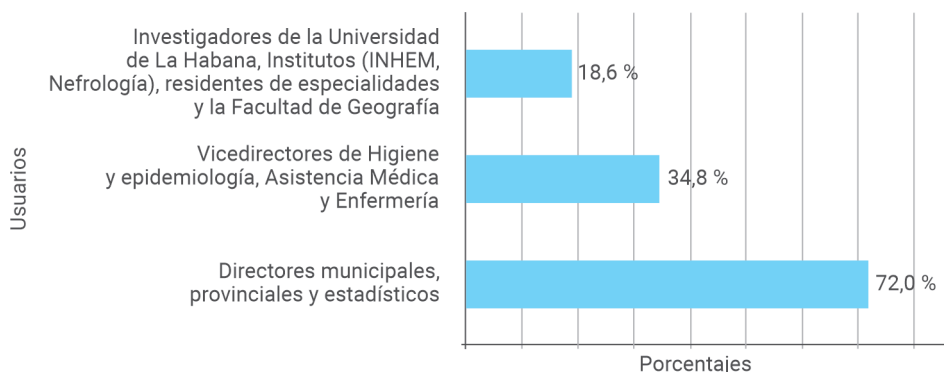


Fig. 6. Entrevistados según principales usuarios de datos desagregados por sexo y color de la piel.

Estos porcentajes demuestran que todavía existe insuficiente utilización de esta información por parte de los usuarios y en algunos casos no se le ha dado el uso necesario, como por ejemplo en la Atención Primaria de Salud (APS).

Cuando se indagó acerca del conocimiento que tenían sobre las preguntas para identificar a la identidad de género y las poblaciones clave, el 100 % respondió que no las conocían; respuesta que contrasta con el hecho de que existe un instrumento para la recogida de esta información. El 80 % reconoció que tenían dificultad para preguntarles a las personas sobre estas condiciones relacionadas con la identidad de género y la orientación sexual (fig. 7). Una de las voces que avala este resultado fue: “se hace difícil abordar el tema sobre todo cuando

no conocemos a la población”. Esto pudiera estar relacionado con la inestabilidad en estos servicios y con la necesidad de la capacitación continua a estos profesionales.

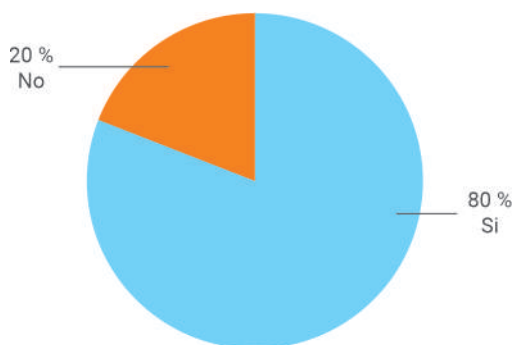


Fig. 7. Entrevistados según la dificultad de los médicos y enfermeros para realizar preguntas sobre identidad de género y orientación sexual

En la figura 8 se muestran los resultados de la orientación sexual de las poblaciones clave entrevistadas. Un 50 % de ellos se identificó como HSH, seguidos por un 30 % como mujer TRANS y un 20 % como lesbianas. El 100 % respondió no tener dificultades para hablar sobre su identidad de género, u orientación sexual.

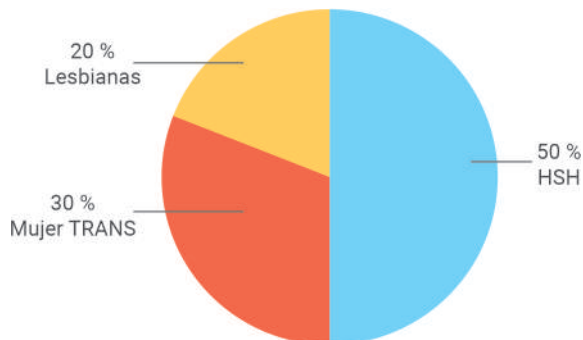


Fig. 8. Identificación de las poblaciones clave entrevistadas según su orientación sexual.

Las preguntas, para la captación del dato sobre identidad y orientación de género a las poblaciones clave se obtuvieron a partir de la revisión realizada a la Encuesta Bioconductual, la de Identidad de Género, así como al instrumento elaborado por el Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades del MINSAP, utilizado para dispensarizar a las poblaciones clave, las preguntas fueron: ¿Cómo se identifica usted? Hombre, Mujer o TRANS.

Según orientación sexual se preguntó: ¿Cómo se identifica según su orientación sexual?





Sección V

Generación y disseminación de la evidencia sobre inequidades en salud

La disponibilidad y calidad de los datos que se pueden usar para la generación de evidencia sobre inequidades en salud depende ampliamente de las preguntas que se hayan utilizado para desagregar la información por dimensiones claves de equidad, como son la edad, sexo, nivel educativo, lugar de residencia, la identidad de género, orientación sexual y color de la piel entre otros. También depende de que los métodos de recolección y gestión de datos los contemplen. Finalmente, su capacidad de integración y análisis de la información desagregada permitirá también tener evidencia más detallada sobre la intersección e interacción de determinantes sociales sobre las inequidades en salud. En este capítulo se muestran los resultados obtenidos en censos y encuestas realizadas en Cuba, así como algunos análisis que se pudieron producir utilizando los datos desagregados del Sistema de Información Estadística de Dispensarizados.

Evidencia del uso de las variables sexo, identidad de género y color de la piel

En Cuba se han realizado un conjunto de censos y encuestas donde se incorporaron datos de sexo, género y color de la piel. En la tabla 9 se describen algunos resultados obtenidos a partir de estas fuentes.

Tabla 9. Resultados obtenidos en censos y encuestas realizados en Cuba

Fuentes	Variables incluidas	Resultados obtenidos
Censo	Sexo, color de la piel	En el año 1943, la población Blanca, concentró al 72,8 %, y en el 2012 pasó al 64,1%. La Negra que tenía una proporción del 12,4 % disminuyó hasta el 9,3 %, la Mulata aumentó su presencia de 14,8 a 26,6 %.
		Estructura por sexo y edades según color de la piel: en Cuba hay un equilibrio entre sexos, con ligera superioridad en la cantidad de mujeres. En cuanto al Índice de Masculinidad (IM), hay 995 hombres por cada 1000 mujeres. Según color de la piel, en la Blanca se alcanza el valor mínimo con 983, seguidos por el color de piel Mulata con 989; en la Negra, esta relación se invierte y alcanza los 1105 hombres por cada 1000 mujeres.
		La población blanca es más envejecida que el resto con un 20,0 % de su población total con 60 años y más.
		La población negra es la que presenta menor proporción de población en el grupo de 0 a 14 años, con 11,8 % (es la población con menor fecundidad o paridez media). La población mulata tiene un 19,4 % (coincide con las investigaciones que apuntan a que es la población con mayor fecundidad).
		Los resultados encontrados en este estudio no muestran marcadas diferencias entre los distintos grupos según el color de su piel. Incluso, para algunos indicadores, las personas con color de piel Negra presentan situaciones más favorables que los de piel Blanca. En cambio, la población mulata presenta, de manera general situaciones menos favorables que la blanca y la negra.

Tabla 9. (continuación)

Fuentes	Variables incluidas	Resultados obtenidos
Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género. 2016-2018	Color de la piel, identidad de género	El 88,7 % de la población cubana de 15 a 74 años considera que en Cuba se aplican las leyes que protegen a las mujeres y que existen políticas y acciones específicas a favor de estas. El 85,5 % afirma que existen lugares o servicios que dan atención a las mujeres que son víctimas de violencia y el 83,7 % que existen organizaciones donde las mujeres pueden plantear sus necesidades y preocupaciones. El 71 % valora que en las familias se respetan los derechos de las mujeres. El 96 % de las personas no se han sentido discriminadas. La razón más declarada de discriminación fue la situación económica, con un 3,8 %. Es mayor la proporción de personas Negras que se han sentido discriminadas en los últimos 5 años (8,5 % en total) que la proporción de personas Mestizas (2,6 %) y Blancas (1,2 %). Un 77 % considera que las personas que tienen relaciones sexuales con otras de su mismo sexo deben tener iguales derechos que las demás personas, en la encuesta realizada en 1988-1899 (solamente un 23,3 % consideró lo contrario). El 49,1 %, considera que a las parejas del mismo sexo se les debería permitir casarse. El derecho a la adopción de niños(as) por una pareja formada por dos hombres es reconocido por el 31 % y el 34,6 % cuando se trata de dos mujeres. Tanto hombres como mujeres coinciden en expresar que los bajos ingresos económicos (72,8 %), la escasez de viviendas (35,2 %) y los problemas de transporte (31,8 %), son los problemas que afectan a la población. Los resultados muestran la persistencia de brechas de género en la carga total de trabajo de hombres y mujeres. En el trabajo no remunerado, las mujeres dedican 14 horas más como promedio en una semana que los hombres. Las mujeres siguen siendo las principales responsables del cuidado, acompañamiento y atención, de familiares dependientes, sustentado por un patrón tradicional de distribución de tareas que revela desigualdades y se ve reproducido en la educación de los hijos e hijas desde edades tempranas. El 51,9 % de la población percibe que la violencia contra la mujer en Cuba es poca, un 30 % valoró que es mucha y un 8,9 % declaró que no existe la violencia contra la mujer en nuestro país. La violencia no fue reconocida por la mayoría de la población entre los tres principales problemas de hombres y mujeres en nuestro país. De las mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja, solo el 3,7 % ha acudido a pedir ayuda.

Tabla 9. (continuación)

Fuentes	Variables incluidas	Resultados obtenidos
Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. MICS. 2020	Sexo y color de la piel	Es una encuesta en hogares, para el monitoreo de la situación de la infancia y de la mujer. Se describen algunos resultados según, color de la piel. Uso de TIC (adolescentes y mujeres). Porcentaje de adolescentes y mujeres que alguna vez usaron una computadora, Internet y que tienen teléfono móvil/celular. Color de la piel del jefe del hogar Blanca 64,3 %, Negra 53,5 %, Mulata o Mestiza / Otro 57,8 %. Uso de TIC (adolescentes y hombres). Porcentaje de adolescentes y hombres que alguna vez usaron una computadora, Internet y que tienen teléfono móvil/celular. Color de la piel del jefe del hogar Blanca 53,1 %, Negra 59,2 %, Mulata o Mestiza / Otro 54,7 %. Edad al primer consumo de cigarrillos y frecuencia de consumo (adolescentes y mujeres) Porcentaje de adolescentes y mujeres que fumaron un cigarrillo completo antes de los 15 años. Color de la piel del jefe del hogar Blanca 2,6 %, Negra 3,2 % Mulata o Mestiza / Otro 3,2 %. Edad al primer consumo de cigarrillos y frecuencia de consumo (adolescentes y hombres) Porcentaje de adolescentes y hombres que fumaron un cigarrillo completo antes de los 15 años. Color de la piel del jefe del hogar Blanco 9,8 % Negro 6,3 % Mulato, mestizo / Otro 8,3 %. Consumo de alcohol (adolescentes y mujeres). Porcentaje de adolescentes y mujeres de que nunca han tomado una bebida alcohólica, Color de la piel del jefe del hogar Blanca 9,8 %, Negra 6,3 %, Mulata o Mestiza / Otro 40,2 %. Consumo de alcohol (adolescentes y hombres). Porcentaje de adolescentes y hombres de 15 a 49 años que nunca han tomado una bebida alcohólica. Color de la piel del jefe del hogar Blanca 27,6 %, Negra 26,3 %, Mestiza / Otro 21,8 %. Matrimonio infantil (adolescentes y mujeres) 15-49 años. Porcentaje de adolescentes y mujeres que se casaron o se unieron por primera vez antes de cumplir 15 años. Color de la piel: Blanca 6,3 %, Negra 7,6 % y Mulata o Mestiza 5,3 %. Porcentaje de adolescentes y hombres que se casaron o se unieron por primera vez antes de cumplir 15 años. Color de la piel: Blanca 1,4 %, Negra 0,9 % y Mulata o Mestiza 2,4 %. Actitud hacia el castigo físico. Porcentaje de madres/cuidadores de niños, niñas y adolescentes de 1 a 14 años que creen que el castigo físico es necesario para criar o educar a un niño y niña adecuadamente. Color de la piel: Blanca 3,2 %, Negra 4,8 % y Mulata o Mestiza 3,6 %. Porcentaje de niños que fueron sometidos a castigo físico severo, color de la piel: Blanca 1,3 %, Negra 2,2 %, Mestiza 2,2 %. Discriminación y acoso (mujeres). No se sintieron discriminadas el 97,9 %. Según causa: color de la piel 0,4 %, según género 0,4 %; orientación sexual 0,3 %, edad 0,2 %, creencias religiosas 0,7 %, discapacidad 0,3 % y otras 0,6 %, cualquier razón 2,1 %. Discriminación y acoso (hombres). No se sintieron discriminados el 96,9 %. Según color de la piel 0,5 %, género 0,4 %, orientación sexual 1,0 %, creencias religiosas y discapacidad 0,4 %, otra razón 0,6 % y cualquier razón 3,1 %.

Metodología para el análisis de desigualdades en salud a partir de los datos del Sistema de Estadística de Dispensarizados

Metodología

- Se realizó un estudio descriptivo y transversal cuyos universos fueron:
- Cuba.
- Provincia La Habana.
- Municipio Plaza de la Revolución.
- Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordoñez Cancellor.
- Consultorio 8 del Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordoñez Cancellor.

Fuentes de información: tablas de salida con información preliminar del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados de los cuatro niveles de atención: Cuba, como país. Provincia La Habana, municipio Plaza de la Revolución y Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordoñez Cancellor, donde el de nivel inferior pertenece al superior. Para el Consultorio 8 del policlínico antes mencionado, se utilizó la información proveniente del análisis de la situación de salud 2024.

Se utilizaron las poblaciones efectivas calculadas por la Oficina Nacional de Estadística e Información para los grupos de edad y sexo en Cuba, provincia La Habana y municipio Plaza de la Revolución. Las de color de la piel son las correspondientes a la población atendida por el médico de familia en todos los niveles estudiados, al igual que la de sexo en el policlínico Cosme Ordoñez.

El análisis hecho a través de los diferentes niveles de atención permitió hacer un estudio transversal a esta información de salud, que tiene carácter censal. La información se resumió en porcentajes.

Resultados del análisis de desigualdades en salud a partir de los datos del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados

Cuba

El Sistema de Información Estadístico de Dispensarizados tiene establecidos los grupos de edad que se presentan en la tabla 10. Como se observa el de mayor intervalo de clase es el de 25 a 59 años, lo que hace que alcance un porcentaje distante al resto (48,89 %) en total y de forma similar para cada sexo. No obstante, la importancia relativa en las edades de 60 años y más, fue importante; los grupos de 60 a 64 años y 65 años y más, alcanzaron 23,80 %, lo que evidencia una población cubana envejecida. En el Censo de Población de 2012, el país tenía una población de 60 años y más de 18,3 % y para el año 2024 alcanzó un 25,7 %, lo que evidencia una agudización de esta situación de acuerdo con los datos del Sistema de Dispensarizados.

En la tabla 11 aparece el Índice de masculinidad que expresa que por cada 100 personas del sexo femenino hubo aproximadamente 98 del masculino. En el Censo de Población de 2012, se aprecia que el país tenía supremacía del sexo femenino con una relación de

masculinidad que se interpreta como que por cada 1000 mujeres había 932 hombres. El Anuario Estadístico de Salud de Cuba 2023 presenta la serie histórica de la distribución de la población según sexo del Sistema de Información Estadística Nacional de Demografía (Oficina Nacional de Estadística e Información) y puede observarse que, desde 2012 en Cuba existe mayor cantidad de efectivos femeninos que masculinos.

Tabla 10. Población según grupos de edad y sexo. Cuba. 2024

Grupos de edad	Sexos				Total	Porcentaje (%)
	Masculino	Porcentaje (%)	Femenino	Porcentaje (%)		
Menos 1 año	45 786	0,94	43 073	0,86	88 859	0,90
1 a 4	200 303	4,10	188 164	3,77	388 467	3,93
5 a 9	284 124	5,82	263 003	5,27	547 127	5,54
10 a 14	290 051	5,94	273 442	5,48	563 493	5,70
15 a 18	210 443	4,31	199 209	3,99	409 652	4,15
19	58 295	1,19	54 592	1,09	112 887	1,14
20 a 24	305 248	6,25	281 724	5,64	586 972	5,94
25 a 59	2 404 506	49,23	2 424 051	48,54	4 828 557	48,89
60 a 64	329 979	6,76	355 815	7,13	685 794	6,94
65 y más	755 072	15,46	910 344	18,23	1 665 416	16,86
Total	4 883 807	100,00	4 993 417	100,00	9 877 224	100,00

Tabla 11. Población según sexo. Cuba. 2024

Sexo	Número	Porcentaje (%)	Índice de masculinidad
Masculino	4 883 807	49,45	
Femenino	4 993 417	50,55	
Total	9 877 224	100,00	

Hubo diferencias en cuanto a la forma de preguntar en el Censo Poblacional de 2012 y en la dispensarización. En el primero se preguntó a cada persona: ¿Es del sexo masculino o femenino?, es decir la respuesta se daba en función del criterio del entrevistado, mientras en la Historia de Salud Familiar, que es la fuente de información del Sistema de Dispensarizados, la respuesta depende del criterio del registrador, que es el médico de familia.

El orden de la distribución porcentual de personas según color de la piel coincidió con el Censo de Población de 2012, donde el mayor porcentaje estuvo en la piel Blanca 64,1 %, seguido de la Mestiza (26,6 %) y por último la Negra (9,3 %). El Sistema de Dispensarizados muestra variaciones en las frecuencias relativas respecto a la fuente anterior. Hubo un 46,81 % de personas con color de piel Blanca, seguido de 31,41 % Mestiza y 21,78 % Negra, sin embargo, el orden se mantuvo: Blanca, Mestiza y Negra (tabla 12).

Puede que las diferencias encontradas se deban a que la forma de la pregunta para recoger el dato fue diferente. En el Censo de Población de 2012 se preguntó a cada persona: ¿cuál es su color de la piel?, entonces la respuesta dependía del criterio del entrevistado e incluso del conocimiento que tenían de sus antepasados familiares; mientras, en el Sistema de Dispensarizados se realizó por observación del médico que es el registrador, y anteriormente se dijo que estos manifestaron que, en ocasiones, tenían dificultad para determinar si una persona era Mestiza o Blanca o si era Mestiza o Negra.

Tabla 12. Población atendida por el médico de familia según color de la piel. Cuba. 2024

Color de la piel	Número	Porcentaje (%)
Blanca	4 623 136	46,81
Negra	2 150 983	21,78
Mestiza	3 102 000	31,41
Total	9 876 119	100,00

El grupo dispensarial más representado fue el III Enfermos, tanto para toda la población como por sexo, con cifras que oscilaron entre 44,17 % en el masculino hasta 47,26 % en el femenino. En segundo lugar, las personas se clasificaron en el grupo II Con riesgo, 36,60 % en el masculino y 35,16 % en el femenino (tabla 13).

Tabla 13. Población según grupos dispensariales y sexo. Cuba 2024

Grupos dispensariales	Sexos				Total	Porcentaje (%)
	Masculino	Porcentaje (%)	Femenino	Porcentaje (%)		
Supuestamente sano	768 959	15,76	739 051	14,79	1 508 010	15,27
Con riesgo	1 785 092	36,60	1 757 259	35,16	3 542 351	35,87
Enfermos	2 154 647	44,17	2 362 009	47,26	4 516 656	45,73
Con secuelas	169 147	3,47	139 955	2,80	309 102	3,13
Total	4 877 845	100,00	4 998 274	100,00	9 876 119	100,00

Las enfermedades más frecuentes en el país para los dos sexos y en cada uno de sus territorios fueron hipertensión arterial y asma. En el sexo femenino hubo mayor presencia de obesidad y en los hombres de tabaquismo. El sexo masculino presentó mayor riesgo de consumo de alcohol y el sedentarismo en las mujeres. En el Anuario Estadístico de Salud 2023 se muestra que en el año 2022 hubo mayor riesgo de que las mujeres padecieran de hipertensión arterial, asma y diabetes *mellitus*, mientras en los hombres fue en enfermedad cerebrovascular.

En la tabla 14 se observa pocas diferencias entre personas con diferente color de la piel. Según el color de la piel, Blanca, Negra y Mestiza, fueron clasificados de forma principal en el grupo III Enfermos (47,60 %, 45,17 % y 43,24 % respectivamente). En segundo lugar, estuvo el grupo II Con riesgo, para los tres colores de la piel, Blanca (35,00 %), Negra (35,52 %) y Mestiza (37,53 %).

Tabla 14. Población atendida por el médico de familia según grupos dispensariales y color de la piel. Cuba. 2024

Grupos dispensariales	Color de la piel					
	Blanca		Negra		Mestiza	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
Supuestamente sano	658 345	14,24	348 650	16,21	501 225	16,16
Con riesgo	1 617 943	35,00	764 001	35,52	1 164 032	37,53
Enfermos	2 200 800	47,60	971 551	45,17	1 341 447	43,24
Con secuelas	146 048	3,16	66 781	3,10	95 296	3,07
Total	4 623 136	100,00	2 150 983	100,00	3 102 000	100,00

Provincia La Habana

La población de 60 años y más encontrada por el Sistema de Dispensarizados en 2024 fue de 25,83 % (tabla 15). Esta cifra fue superior a la encontrada en el Censo de Población de 2012 (19,9 %).

Según sexo, el más envejecido, de acuerdo con los resultados del Sistema de Dispensarizados, resultó ser el femenino (28,41 %) respecto al masculino (22,97 %) (tabla 15). Este es un resultado esperado porque las féminas logran vivir, de forma general, más años que el otro sexo. En el Anuario Estadístico de Salud de Cuba 2023, se muestra la información sobre la esperanza de vida al nacer del Sistema de Información Estadística Nacional de Demografía de la Oficina Nacional de Estadística e Información, para el periodo 2018-2020, las mujeres es 80,15 años, mientras que los hombres 75,36 años.

Tabla 15. Población según grupos de edad y sexo. La Habana. 2024

Grupos de edad	Sexos				Total	
	Masculino		Femenino		Número	Porcentaje (%)
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)		
Menos de 1 año	69 41	0,83	6 563	0,71	13 504	0,77
1 a 4	34 341	4,11	32 047	3,46	66 388	3,77
5 a 9	49 622	5,95	47 208	5,10	96 830	5,50
10 a 14	46 065	5,52	44 083	4,76	90 148	5,12
15 a 18	34 509	4,13	33 636	3,63	68 145	3,87
19	9 434	1,13	9 444	1,02	18 878	1,07
20 a 24	51 712	6,20	49 462	5,34	101 174	5,75
25 a 59	410 350	49,16	440 711	47,58	851 061	48,33
60 a 64	63 180	7,57	74 828	8,08	138 008	7,84
65 y más	128 515	15,40	188 300	20,33	316 815	17,99
Total	834 669	100,00	926 282	100,00	1 760 951	100,00

En el Censo de Población de 2012 La Habana arrojó que por cada 1000 mujeres había 920 hombres. Esta relación de supremacía femenina se observó también en los datos del Sistema de Dispensarizados donde se encontró que por cada 100 personas del sexo femenino hubo 90,11 del masculino (tabla 16). Según los datos que aparecen en el Anuario Estadístico de Salud de Cuba 2023 el Índice de Masculinidad es de 89,72 %.

Tabla 16. Población según sexo. La Habana. 2024

Sexo	Número	Porcentaje (%)	Índice de masculinidad
Masculino	834 669	47,40	90,11
Femenino	926 282	52,60	
Total	1 760 951	100,00	

En la tabla 17 puede observarse que la provincia La Habana presentó menos personas de color de la piel blanca (36,0 %) que, en el país, cuya cifra es 47,0 %, sin embargo, las cifras que se corresponden con el color de la piel negra y mestiza, fueron superiores. En cuanto al orden fue similar, mayor frecuencia de de personas blancas, seguidas de las mestizas y finalmente las negras.

Tabla 17. Población atendida por el médico de la familia según color de la piel. La Habana. 2024

Color de la piel	Número	Porcentaje (%)
Blanca	738 269	36,00
Negra	593 468	28,94
Mestiza	719 076	35,06
Total	2 050 813	100,00

En la provincia La Habana, el grupo III Enfermos, fue el más representado, el sexo masculino alcanzó el 51,25 % y el femenino 50,17 % observándose pocas diferencias entre ellos. Le siguió el grupo I Supuestamente sano, un poco más distante que en el país con cifras de 36,10 % para el masculino y 33,62 % para las féminas (tabla 18).

Tabla 18. Población según grupos dispensariales y sexo. La Habana. 2024

Grupos Dispensariales	Sexos				Total	
	Masculino		Femenino		Número	Porcentaje (%)
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)		
Supuestamente sano	301 322	36,10	311 393	33,62	612 715	34,79
Con riesgo	236 935	28,39	263 975	28,50	500 910	28,45
Enfermos	427 765	51,25	464 759	50,17	892 524	50,68
Con secuelas	22 821	2,73	21 843	2,36	44 664	2,54
Total	834 669	100,00	926 282	100,00	1 760 951	100,00

En cuanto a la distribución según el color de la piel tampoco se encontraron grandes diferencias entre personas de color de piel Blanca, Negra y Mestiza. La frecuencia mayor estuvo en el grupo III Enfermos (43,34 %, 42,53 % y 44,52 % respectivamente). Le siguió el grupo I Supuestamente sanos (30,92 %, 30,32 % y 28,44 %) (tabla 19).

La hipertensión arterial, el asma y la diabetes *mellitus* tipo II fueron las enfermedades más frecuentes. Los riesgos más marcados fueron el consumo de alcohol en el sexo masculino y en el femenino, el sedentarismo.

Tabla 19. Población atendida por el médico de la familia según grupos dispensariales y color de la piel. La Habana. 2024

Grupos dispensariales	Color de la piel					
	Blanca		Negra		Mestiza	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
I						
Supuestamente sanos	228 263	30,92	179 944	30,32	204 508	28,44
II Con riesgo	175 840	23,82	147 622	24,87	177 448	24,68
III Enfermos	319 967	43,34	252 420	42,53	320 137	44,52
IV Con secuelas	14 199	1,92	13 482	2,27	16 983	2,36
Total	738 269	100,00	593 468	100,00	719 076	100,00

Municipio Plaza de la Revolución

El envejecimiento de la población en el municipio Plaza de la Revolución (33,74 %) (tabla 20) fue superior al encontrado por el Sistema de Dispensarizados en la provincia La Habana (25,83 %) y en Cuba (23,80 %), lo cual se repitió dentro de cada sexo. Este resultado puede deberse a que, aunque este territorio no es totalmente homogéneo como ningún otro del país, se caracteriza por condiciones de vida favorables y adecuada accesibilidad a las facilidades sanitarias del primer, segundo y tercer nivel de atención.

Tabla 20. Población según grupos de edad y sexo. Municipio Plaza de la Revolución. 2024

Grupos de edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
Menos de 1 año	294	0,60	266	0,45	560	0,52
1 a 4	1 395	2,84	1 276	2,16	2 671	2,47
5 a 9	2 032	4,14	1 907	3,23	3 939	3,64
10 a 14	2 090	4,26	1 975	3,34	4 065	3,76

Tabla 20. (continuación)

Grupos de edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
15 a 18	1 660	3,38	1 724	2,92	3 384	3,13
19	508	1,04	550	0,93	1 058	0,98
20 a 24	2 878	5,87	2 813	4,76	5 691	5,26
25 a 59	23 937	48,79	26 353	44,61	50 290	46,50
60 a 64	4 390	8,95	5 364	9,08	9 754	9,02
65 y más	9 880	20,14	16 848	28,52	26 728	24,72
Total	49 064	100,00	59 076	100,00	108 140	100,00

En la tabla 21 se aprecia una supremacía femenina (83,05 %), sin embargo, la cifra de hombres es inferior a la alcanzada en La Habana con un índice de masculinidad de 90,11 % y el país que fue aún mayor (97,88 %).

Tabla 21. Población según sexo. Municipio Plaza de la Revolución. 2024

Sexo	Número	Porcentaje (%)	Índice de masculinidad
Masculino	49 064	45,37	83,05
Femenino	59 076	54,63	
Total	108 140	100,00	

En el municipio Plaza de la Revolución se encontró una frecuencia relativa de de personas clasificadas según el color de la piel Blanca (49,69 %) (tabla 22) que resultó ser muy superior a la encontrada en la provincia La Habana (36,00 %), e incluso la del país (47,02 %). Lo contrario ocurrió en llas de color de la piel Negra y sobre todo en la Mestiza.

Tabla 22. Población atendida por el médico de la familia según color de la piel.
Municipio Plaza de la Revolución. 2024

Color de la piel	Número	Porcentaje (%)
Blanca	61 563	49,69
Negra	26 069	21,04
Mestiza	36 262	29,27
Total	123 894	100,00

El grupo III Enfermos, fue el más importante en el municipio Plaza de la Revolución al igual que en la provincia La Habana y el país, con escasas diferencias entre los sexos; el masculino alcanzó el 47,60 % y el femenino 48,48 %. Sin embargo, en segundo lugar, estuvo el grupo I Supuestamente sanos, con 29,10 % en ellos y 27,05 % en ellas (tabla 23).

Tabla 23. Población atendida por el médico de la familia según grupos dispensariales y sexo.
Municipio Plaza de la Revolución. 2024

Grupos dispensariales	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
I Supuestamente sanos	17 011	29,10	17 704	27,05	34 715	28,02
II Con riesgo	12 511	21,40	14 732	22,51	27 243	21,99
III Enfermos	27 825	47,60	31 724	48,48	59 549	48,06
IV Con secuelas	1 109	1,90	1 278	1,95	2 387	1,93
Total	58 456	100,00	65 438	100,00	123 894	100,00

En la tabla 24 se puede observar que tampoco se encontraron diferencias marcadas en el color de la piel y grupos dispensariales. El grupo III Enfermos, fue el más importante tanto para las personas blancas, negras y mestizas (48,40 %, 45,53 % y 49,33 % respectivamente). Le siguió el grupo I Supuestamente sanos (28,67 %, 27,92 % y 26,99 %). Este territorio ha sido clasificado como de buenas condiciones de vida, lo que puede haber influido en que la población supuestamente sana sea importante.

Tabla 24. Población atendida por el médico de familia según color de la piel y grupos dispensariales. Municipio Plaza de la Revolución. 2024

Grupos de dispensariales	Color de la piel					
	Blanca		Negra		Mestiza	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
I Supuestamente sanos	17 650	28,67	7 278	27,92	9 787	26,99
II Con riesgo	13 003	21,12	6 380	24,47	7 860	21,68
III Enfermos	29 794	48,40	11 868	45,53	17 887	49,33
IV Con secuelas	1 116	1,81	543	2,08	728	2,01
Total	61 563	100,00	26 069	100,00	36 262	100,00

Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordóñez Cancellor

El envejecimiento poblacional en el área atendida por el Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordóñez Cancellor, representado por la población mayor de 60 años que fue de 37,38 %, como puede apreciarse en la tabla 25, fue superior al del municipio Plaza de la Revolución (33,74 %) y sobre todo al de la provincia La Habana (25,83 %) y el país (20,80 %). Lo anterior se repitió también dentro de cada sexo, sobre todo en el femenino. Esto hace pensar que la población atendida puede tener condiciones de vida que le permiten mantener la salud de forma más adecuada que en otros lugares.

Tabla 25. Población atendida por el médico de familia según grupos de edad y sexo. Policlínico Cosme Ordóñez. 2024

Grupos de edad	Sexos				Total	
	Masculino		Femenino		Número	Porcentaje (%)
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)		
Menor de 1 año	29	0,49	39	0,55	68	0,52
1 a 4	152	2,55	168	2,37	320	2,45
5 a 9	233	3,91	213	3,00	446	3,42
10 a 14	262	4,40	292	4,11	554	4,25
15 a 18	169	2,84	181	2,55	350	2,68
19 años	68	1,14	98	1,38	166	1,27
20 a 24	359	6,03	355	5,00	714	5,47
25 a 59	2 579	43,32	2 975	41,92	5 554	42,56

Tabla 25. (continuación)

Grupos de edad	Sexos				Total	
	Masculino		Femenino		Número	Porcentaje (%)
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)		
60 a 64	746	12,53	968	13,64	1 714	13,13
65 y más	1 356	22,78	1 808	25,48	3 164	24,25
TOTAL	5 953	100,00	7 097	100,00	13 050	100,00

En la tabla 26 se aprecia predominio del sexo femenino, por cada 100 mujeres hubo 83,65 hombres, cifra cercana a la del municipio donde pertenece, Plaza de la Revolución que fue de 83,05 %, pero inferior a la de La Habana (90,11 %) y el país (97,80 %).

Tabla 26. Población atendida por el médico de familia según sexos. Policlínico Cosme Ordóñez. 2024

Sexos	Número	Porcentaje (%)	Índice de Masculinidad
Masculino	5 953	45,62	83,88
Femenino	7 097	54,38	
Total	13 050	100,00	

En cuanto al color de la piel las cifras encontradas en el Policlínico Universitario Dr.Cosme Ordóñez Cancellor (tabla 27) se asemejan más a las de la provincia La Habana, que al municipio donde pertenece, en tanto que las personas de tez Blanca aportaron 37,11 %, las que clasificaron como Negra alcanzaron el 28,57 % y en la Mestiza el 34,32 %. Las cifras de la provincia fueron de 36,00 % en Blanca, 28,94 % en Negra y 35,06 % en Mestiza.

Tabla 27. Población atendida por el médico de familia según color de la piel. Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordóñez Cancellor. 2024

Color de la piel	Número	Porcentaje (%)
Blanca	4 843	37,11
Negra	3 728	28,57
Mestiza	4 479	34,32
Total	13 050	100,00

En el Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordóñez Cancellor, el grupo III Enfermos estuvo discretamente por encima de la mitad, para el sexo masculino (55,85 %) y el femenino (56,00 %). Le siguió el grupo I Supuestamente sanos, en los que ellos alcanzaron la cifra de 29,72 % y ellas el 28,17 %. Este orden fue similar al municipio Plaza de la Revolución, donde se encuentra enclavado (tabla 28).

Tabla 28. Población atendida por el médico de familia según grupos dispensariales y sexo.
Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordóñez Cancellor. 2024

Grupos dispensariales	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
I Supuestamente sanos	1 769	29,72	1 999	28,17	3 768	28,87
II Con riesgo	839	14,09	1 098	15,47	1 937	14,84
III Enfermos	3 325	55,85	3 975	56,01	7 300	55,94
IV Con secuelas	20	0,34	25	0,35	45	0,34
Total	5 953	100,00	7 097	100,00	13 050	100,00

En la tabla 29 se aprecia que tanto en los individuos con color de la piel Blanca, Negra y Mestiza, los mayores porcentajes estuvieron en el grupo III Enfermos, con cifras algo mayores al 50,0 % para cada uno. Cuando se profundizó en el Sistema de Dispensarizados, acerca de los problemas de salud y riesgos, se encontró que en los de tez Blanca fue más elevada en hipertensión arterial, por cada 100 personas con ese color de la piel estaban enfermos 25,75 % por esa causa; le siguió el tabaquismo, que aportó el 13,79 % y por diabetes mellitus tipo II la cifra fue de 11,93 %. En los de piel Negra el orden fue similar; presentaron mayor porcentaje en hipertensión arterial (22,64 %), seguido por el tabaquismo (14,11 %) y la diabetes mellitus tipo II (10,03 %). En los que clasificaron en Mestiza, la hipertensión arterial fue también la más importante (28,18 %) seguida del tabaquismo (13,24 %), pero la tercera enfermedad fue el asma bronquial (10,98 %).

Tabla 29. Población atendida por el médico de familia según grupos dispensariales y color de la piel.
Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordóñez Cancellor. 2024

Grupos dispensariales	Color de la piel					
	Blanca		Negra		Mestiza	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
I Supuestamente sanos	1 343	28,57	1 248	28,88	1 177	29,23
II Con riesgo	701	14,91	619	14,32	617	15,32
III Enfermos	2 639	56,14	2 442	56,50	2 219	55,10
IV Con secuelas	18	0,38	13	0,30	14	0,35
Total	4 701	100,00	4 322	100,00	4 027	100,00

Consultorio del médico de familia No. 8, del Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordóñez Cancellor

El análisis de la situación de salud del Consultorio No. 8 del Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordóñez Cancellor presentó la información de la población atendida mediante el cruce de las variables según grupos de edad, sexo y color de la piel, lo que brinda una visión más integrada de la composición de la población. La frecuencia relativa mayor estuvo en las mujeres (55,87 %), mientras los hombres alcanzaron el 44,13 % lo que hizo que el índice de masculinidad fuera de 78,99 % cifra inferior a los niveles de atención superiores que estuvieron entre 83,00 % y 98,00 %.

En cuanto al color de la piel en el sexo masculino prevalecieron los de tez Blanca (48,60 %) seguido por los de piel Negra (35,60 %) y en último lugar la Mestiza (15,79 %). El orden varió en el femenino donde fue preponderante la Negra (47,92 %), en segundo orden la Blanca (41,32 %) y finalmente la Mestiza (10,76 %). El envejecimiento poblacional medido por la población de 60 años y más fue elevado (34,02 %), aunque algo inferior al policlínico donde pertenece (37,45 %).

En la figura 9 se aprecia que el sexo que aportó mayor cantidad de personas de 60 años y más fue el femenino con 47,0 %; el masculino alcanzó 33,75 %. La distribución de personas de este grupo de edad dentro de cada sexo arrojó que en el masculino los más frecuentes fueron las personas de color de la piel blanca (17,21 %), mientras en las féminas la importancia relativa mayor estuvo en las de tez negra (23,22 %) seguidas las de color de la piel blanca (19,4 %).

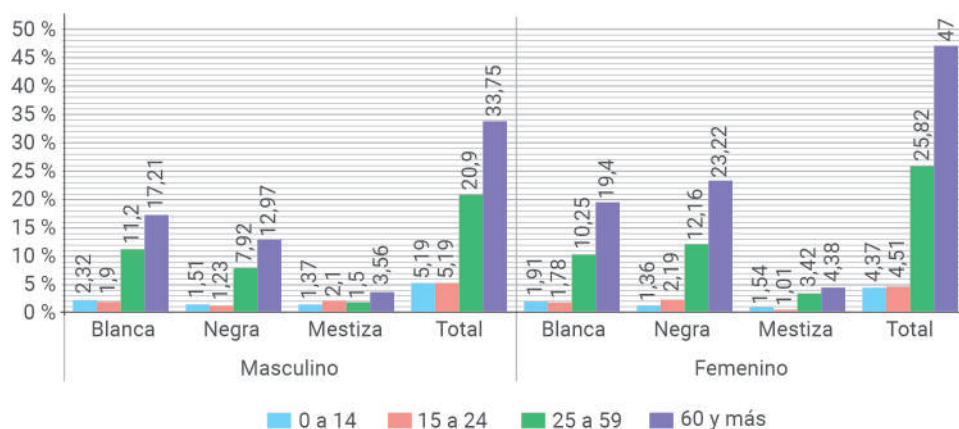


Fig. 9. Población atendida por el médico de familia según grupos de edad, sexo y color de la piel. Consultorio No. 8. Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordóñez Cancellor.

De acuerdo con la información obtenida en el análisis de la situación de salud del Consultorio No. 8, del Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordóñez Cancellor, en la figura 10 se aprecia que los hombres y las mujeres Blancas clasificaron en primer lugar en el grupo I supuestamente sanos (42,77 % y 37,93 %). Le siguió el grupo III Enfermos, para ellos (39,62 %), coincidió la importancia relativa de este grupo con el de enfermos (37,93 %).

Fue más importante para las personas clasificadas de acuerdo con color de la piel Negra, tanto del sexo masculino como del femenino, el grupo III Enfermos, para ellos (52,42 %) y para ellas (47,74 %). Los hombres y las mujeres Mestizas estuvieron más representadas, en primer lugar, en el grupo I Supuestamente sanos (47,50 % y 50,62 %). En los hombres de este color de la piel le siguió el grupo II Con riesgo (27,50 %), mientras en ellas fue el grupo III Enfermas (34,57 %).

Aunque las diferencias no fueron marcadas, las personas de color de la piel Negra de ambos sexos estuvieron algo más desfavorecidas. Es importante el análisis agregado por sexo y color de la piel para identificar problemas de salud existentes en grupos poblacionales específicos. En el análisis de la situación de salud aparece como las principales enfermedades no transmisibles la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica y la diabetes *mellitus* que, aunque se presentan en ambos sexos, el femenino fue el más afectado.

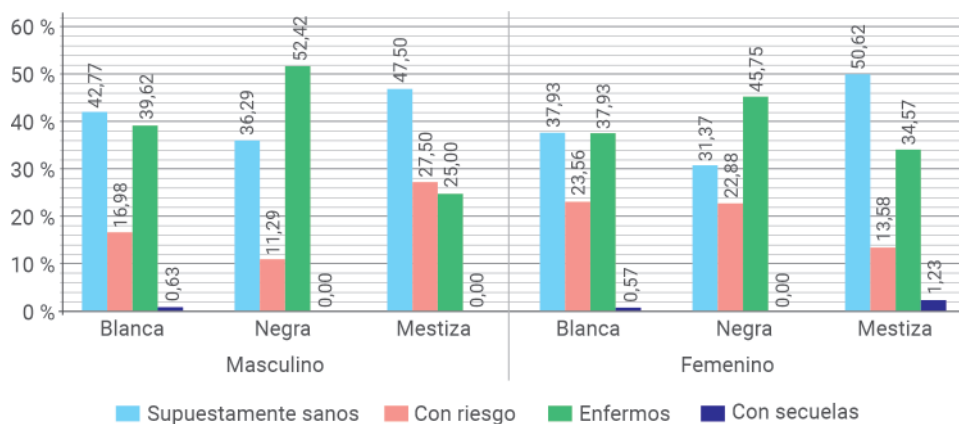


Fig. 10. Población atendida por el médico de familia según grupos dispensariales, sexo y color de la piel. Consultorio No. 8. Policlínico Universitario Dr. Cosme Ordóñez Cancellor. 2024.

Poblaciones clave

Las poblaciones clave merecen una mirada particular por eso se analiza aparte. En la tabla 30 se aprecia que los HSH (60,99 %), TRANS (58,98 %) y PPST (57,87 %) se clasificaron fundamentalmente en el grupo II Con riesgos, sobre todo en los del sexo masculino, aunque en las mujeres TRANS estuvieron más representadas (65,74 %).

Los riesgos más frecuentes en la población atendida por el médico de familia, de acuerdo con las salidas del Sistema de Dispensarizados fueron para ambos sexos el de consumo de alcohol, donde el masculino estuvo más representado, le siguió el sedentarismo donde

las féminas exhibieron mayor frecuencia relativa y, en tercer lugar, el consumo de drogas, con un predominio masculino. No obstante, con la información disponible no se puede asegurar que este perfil sea igual en las poblaciones clave.

Tabla 30. Poblaciones clave según tipo y sexos. Cuba. 2024

Tipos de poblaciones clave	Sexos			
	Masculino		Femenino	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
HSH I Supuestamente sanos	17 536	22,96	-	-
HSH II Con riesgos	46 583	60,99	-	-
HSH III Enfermos	11 448	14,99	-	-
HSH IV Con secuelas	807	1,06	-	-
Total HSH	76 374	100,00	-	-
TRANS I Supuestamente sanos	557	24,33	24	22,22
TRANS II Con riesgos	1 350	58,98	71	65,74
TRANS III Enfermos	349	15,25	11	10,19
TRANS IV Con secuelas	33	1,44	2	1,85
Total TRANS	2 289	100,00	108	100,00
PPST I Supuestamente sanos	1 626	34,10	1 020	35,64
PPST II Con riesgos	2 760	57,87	1 599	55,87
PPST III Enfermos	368	7,72	233	8,14
PPST IV Con secuelas	15	0,31	10	0,35
Total PPST	4 769	100,00	2 862	100,00





Sección VI

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Existe en Cuba un marco legal y jurídico diseñado a partir de las demandas sociales, que respalda las acciones encaminadas a la recogida de información según sexo, color de la piel y poblaciones clave en los registros estadísticos de salud, con vistas a la ejecución de acciones tendientes a la equidad.

Aunque la comprensión del enfoque de género ha mejorado en las instancias gubernamentales y en la población, aún persisten actitudes tradicionales y estereotipadas en el desarrollo de acciones diferenciadas para todas las personas, a partir de la identificación de las desigualdades, para lo que puede contribuir la recolección de la información según identidad de género.

Los desafíos encontrados no están en los procedimientos para el procesamiento y la emisión de la información estadística del Sistema de Dispensarizados, sino en sesgos que pueden estar ocurriendo en el registro de los datos en la Historia de Salud Familiar y en su utilización.

Es necesario perfeccionar el Sistema de Dispensarizados para que aporte salidas donde se trate el color de la piel de la misma forma que lo hace para el sexo. Las existentes en el momento actual, no permite el análisis conjunto de los grupos dispensariales según sexos y color de la piel.

No se explora la información relacionada con la identidad de género en el Sistema de Dispensarizados, ni en otros sistemas de información estadística de salud. La información desagregada según sexo, color de la piel y la de las poblaciones clave del sistema antes mencionado no se utiliza sistemáticamente por los directivos para la toma de decisión e investigadores para el análisis de las desigualdades relacionadas con la salud.

Se considera que existe un subregistro de información de las poblaciones clave, por una parte, a causa de la dificultad de estos a la hora de responder, por el estigma

y la discriminación que ha existido y, por otra, porque los médicos no cuentan siempre con las habilidades necesarias para su exploración.

El color de la piel y el sexo se miden a partir de la observación del personal de salud, en función de las características sexuales secundarias, en el caso de la primera variable; por el color de la piel, tipo de pelo y rasgos faciales en la segunda, lo que puede producir sesgos.

Existen problemas con el completamiento de las plantillas en los departamentos de Registros Médicos y Estadística de los policlínicos y municipio, así como dificultad con los medios computacionales y recursos materiales necesarios para optimizar el trabajo, lo que se repite en los consultorios. La movilidad de médicos y personal de enfermería de los consultorios impide el conocimiento pleno de su población.

Recomendaciones

Capacitar al personal de salud, médicos, enfermeros, directivos y los posibles usuarios del Sistema Nacional de Salud, sobre la importancia de la información desagregada según sexo, identidad de género, color de la piel y de las poblaciones clave, para la realización de investigaciones desde el enfoque de las desigualdades en salud y para la gestión con equidad en los diferentes niveles del sector.

Capacitar al personal de salud encargado del registro de la información según sexo y color de la piel, para asumir definiciones estandarizadas que contribuyan a disminuir los sesgos.

Crear las habilidades comunicacionales necesarias en el personal de salud que registra información de poblaciones clave, para contribuir a la disminución de subregistros.

Trabajar de manera intencionada con las poblaciones clave en las comunidades, en la promoción de salud y la prevención de enfermedades.

Incorporar a los sistemas de información de estadísticas de salud la variable identidad de género y capacitar al personal de salud encargado de su registro.

Realizar investigaciones con enfoque de la determinación social de la salud con la información recogida en la Historia de Salud Familiar.



Definiciones relevantes

Se presenta un conjunto de definiciones relacionadas con la presente investigación que se encuentran en concordancia con los enfoques metodológicos y la postura científica del país.

Análisis de la situación de salud (ASS). Proceso que permite caracterizar e intervenir sobre la situación de salud de la población en la comunidad, en un contexto y momento dado. Para su realización se requiere de un análisis integral relacionado con las determinantes sociales de la salud y sus inequidades en grupos de poblaciones, los riesgos, los servicios de salud, los daños a la salud en las personas y las familias, así como la participación de la población y otros sectores en la solución de los problemas presentes, por lo que requiere de un enfoque interdisciplinario y flexible.

Censo de población y viviendas. Es el conjunto de operaciones consistentes en reunir, elaborar, analizar y publicar datos demográficos, económicos y sociales correspondientes a todos los habitantes de un país, así como a las viviendas en que residen, referidos a un momento determinado o a ciertos períodos dados.

Ciudadanía. Es un asunto jurídico o legal, mientras, *nación* es el conjunto de seres humanos de una etnia o de varios grupos étnicos que comparten históricamente un espacio común, lengua y cultura. La *nacionalidad* es el componente cultural que caracteriza la nación.

Desigualdades en salud. Disparidades en el acceso a la atención médica, en la calidad de la atención recibida o ambas, lo que repercute en la situación de salud. Presenta una relación estrecha con desventajas sociales, políticas, económicas y ambientales. Se originan en características como la raza, la etnia, el sexo, la identidad de género, la orientación sexual, la edad, la religión, la discapacidad, la formación, el ingreso, el domicilio, entre otras.

Determinantes sociales de la salud. Circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana.

Discriminación por orientación sexual y/o identidad de género. Una persona es discriminada por su orientación sexual y/o identidad de género cuando por estas razones reciba un trato que perjudique sus derechos y menoscabe su condición humana. Por tanto, si por ser homosexual, lesbiana, bisexual, transexual o travesti, a las personas se les da un trato excluyente, restrictivo, diferente al que se le ofrece comúnmente a otras, en cualquier ámbito de sus relaciones interpersonales, se les está discriminando y causando sufrimientos.

Dispensarización. Proceso organizado, continuo y dinámico, que permite la evaluación e intervención planificada y programada; es liderado y coordinado por el equipo básico de salud (EBS) sobre la situación de salud de personas y familias.

Equidad de género. Principio de justicia que potencia la realización de los propósitos de vida de las personas según sus diferencias en el hecho de poseer identidad femenina o masculina, a partir del respeto y garantía de los derechos humanos, la igualdad de oportunidades y el reconocimiento de las diferencias sociales.

Equidad en salud. Componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas que puedan influir en el mantenimiento de la salud.

Equipo Básico de Salud. Está conformado, por un médico y una enfermera(o). Es el responsable de la ejecución del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia en su comunidad. Organiza el trabajo a partir de las necesidades de salud de la población y utiliza el análisis de la situación de salud para la identificación, análisis y búsqueda de soluciones a esas necesidades.

Etnia o grupo étnico. Conjunto de seres humanos con comunidad de lengua, costumbres, hábitos y tradiciones.

Grupo Básico de Trabajo. Grupo de trabajo integrado por un especialista en Medicina Interna, uno en Ginecología y Obstetricia, y uno en Pediatría (o por un médico especialista en Medicina General Integral certificado en estas especialidades básicas), un licenciado en psicología, un licenciado en enfermería (supervisor), todos con categoría docente, y un técnico en estadística. Es dirigido por el especialista en Medicina Familiar. No debe exceder los 10 miembros, los que cumplirán con las funciones asistenciales, docentes, investigativas y administrativas, que se definan según las características sociodemográficas de la comunidad.

Identidad de género. Es el grado en que cada persona se identifica como masculino o femenino o alguna combinación de ambos. Esta no se corresponde necesariamente con el sexo biológico con el que la persona nace. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

Igualdad de género. Es entendida como un derecho humano de no discriminación. Se trata de la garantía de los mismos derechos y oportunidades para todas las personas a partir del reconocimiento de su diversidad. Alude a la plenitud humana de mujeres y hombres. No significa semejanza ni trato idéntico.

Interseccionalidad. Perspectiva teórica y analítica que reconoce que las desigualdades sistémicas se configuran a partir de la superposición de dimensiones sociales como el sexo, la identidad género, la raza- etnia-color de la piel, la clase social, la orientación sexual, la discapacidad, entre otras para crear experiencias de discriminación, opresión o privilegio.

Jefe(a) de hogar. Es la persona que sea reconocida como tal por los demás miembros del hogar, es decir, aquella a la que todos le consultan las decisiones a tomar o la que más influencia tenga en estas. No tiene necesariamente que coincidir con el jefe(a) de núcleo declarado en la libreta de consumo familiar normado, tampoco tiene que ser necesariamente el propietario de la vivienda, ni el que aporta la mayor parte de los recursos económicos del hogar.

Mestizaje o hibridez. Se refiere a la mezcla racial o interétnica.

Monitoreo de desigualdades en salud. Práctica que se nutre del sistema de información de salud que sirve para determinar los subgrupos de la población que están desfavorecidos y para hacer un seguimiento del progreso de las mejoras (o cambios) en la salud.

Orientación sexual. Se refiere a la atracción sexo-erótica que siente una persona hacia otra del sexo contrario, de su mismo sexo o hacia personas de ambos sexos. Por tanto, la orientación sexual puede ser heterosexual, homosexual o bisexual.

Población clave. Conjunto de personas que comparten prácticas específicas que conllevan a tener mayor riesgo de infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). La OMS/OPS propone una clasificación de acuerdo con la conducta sexual de riesgo en:

– *Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).* Es una expresión definida por las prácticas sexuales. Se entiende por hombre al individuo que tiene asignación al sexo masculino desde el nacimiento. La relación sexual se caracteriza por el sexo anal con penetración y el sexo oral. Este grupo no incluye a las mujeres transgénero.

- *Personas TRANS*. Se refiere a las personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer. Se incluyen en esta categoría a travesti, transexuales, transgénero, *queer*, mujer TRANS, hombre TRANS. Para captar la información según distribución por sexo de las personas TRANS se hará según sexo biológico, excepto cuando la persona tenga reconocimiento legal de reasignación de sexo.
- *Personas que practican sexo transaccional (PPST)*. A este grupo pertenecen quienes tienen relaciones sexuales a cambio de dinero, regalos u otros beneficios, de manera regular u ocasionalmente. Esta definición también es independientemente de si la persona se autoidentifica como tal o no.

Razas. Es un atributo en el orden biológico para muchas especies de animales, pero no existe en los seres humanos. Todas las personas tienen el mismo origen. Se puede hablar entonces de raza humana, como sinónimo de especie humana.



Bibliografía consultada

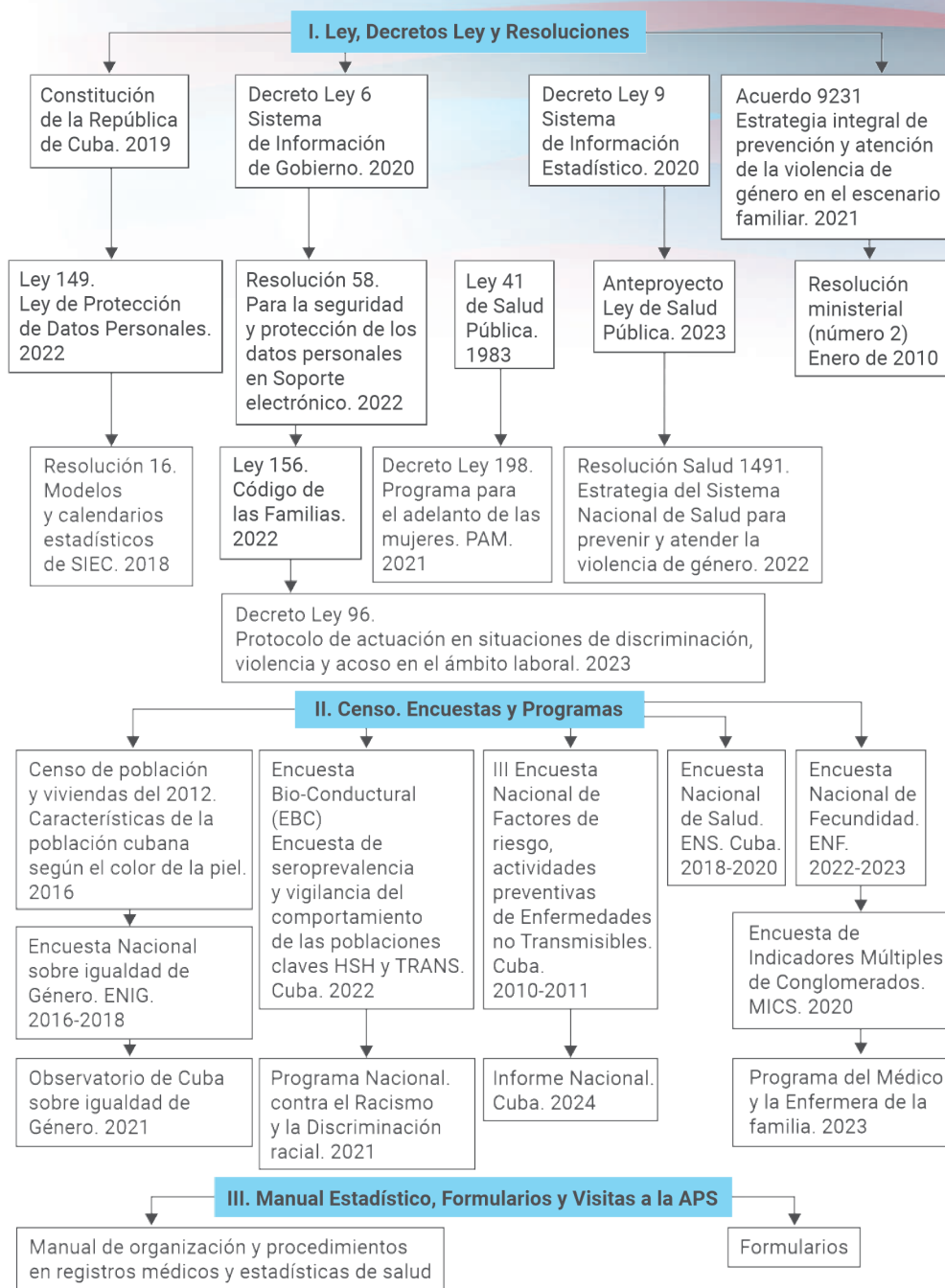
- Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2014. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/iii-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-y-actividades-preventivas-de-enfermedades-no-trasmisibles-cuba-2010-2011/>
- Castañeda Abascal IE, Bernal Díaz Z. Desigualdad social y género. Revista Cubana de Salud Pública. 2020;46(4):oct-dic. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400018
- Castañeda Abascal IE, Rodríguez Sotomayor Y, et al. Diferencias de género relacionadas con la salud en instituciones seleccionadas. 2016-2020. La Habana: Editorial Universitaria, 2023.
- Corral Martín A, Pría Barros M del C. Diseño de un Índice de condiciones de vida y clasificación del territorio nacional. Rev Cubana Med Gen Integr. 2015;31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000300007
- Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud y UNICEF Cuba. Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019. La Habana. 2020. Disponible en: https://temas.sld.cu/estadisticassalud/files/2021/02/MICS6_Cuba-2019_compressed.pdf
- Dirección Nacional de Estadística e Información. Ministerio de Salud Pública. Tablas de salida del Sistema de Información Estadístico de Dispensarizados 2022.
- Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ministerio de Justicia. Constitución de la República de Cuba. 2019. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/constitucion-de-la-republica-de-cuba>
- Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ministerio de Justicia. Decreto 96/2023. Protocolo de actuación ante situaciones de discriminación, violencia y acoso en el ámbito laboral. No 66. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/decreto-96-de-2023-de-consejo-de-ministros>
- Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ministerio de Justicia. Decreto Ley 6/2020. Número 54. Sistema de Información del Gobierno. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/decreto-ley-6-de-2020-de-consejo-de-estado>
- Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ministerio de Justicia. Decreto Presidencial 198/2021. Programa Nacional para el adelanto de las mujeres. Número 14. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/decreto-presidencial-198-de-2021-de-presidente-de-la-republica>
- Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ministerio de Justicia. Decreto ley 149/2022. Número 90. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/ley-149-de-2022-de-asamblea-nacional-del-poder-popular>

- Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ministerio de Justicia. Estrategia integral de prevención y atención a la violencia de género en el escenario familiar. Acuerdo 9231/2021. Número 101. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/gaceta-oficial-no-101-extraordinaria-de-2021>
- Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ministerio de Justicia. Ley 156/2022. Código de las familias. Número 99. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/sites/default/files/goc-2022-o99.pdf>
- Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ministerio de Justicia. Ley de Salud Pública. Número X-49, 2023. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/acuerdo-x-49-de-2023-de-asamblea-nacional-del-poder-popular>
- Mancheco B, Hartmann, Gómez EJ, Larramengi JA, Garrido H. Cuba indígena de hoy, sus rostros y ADN. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Ciudad Guatemala: Ediciones Polymita S.A. 2022.
- Marcheco Teruel B, Parra EJ, Fuentes-Smith E, Salas A, Buttenschøn HN, Demontis D, et al. Cuba: Exploring the History of Admixture and the Genetic Basis of Pigmentation Using Autosomal and Uniparental Markers, PLoS Genet. 2014;10(7):e1004488. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4109857/>
- Ministerio de Salud Pública (CUB), Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y enfermera de la familia. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/>
- Ministerio de Salud Pública (CUB), Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Manual de organización y procedimientos en registros médicos y estadísticas de salud. Tercera actualización.
- Ministerio de Salud Pública (CUB), Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2023. La Habana: OPS/OMS, 2024. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2024/10/Anuario-Estad%C3%ADstico-de-Salud-2023-EDICION-2024.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (CUB). Instrucciones metodológicas. Formulario 241-476-08. "dispensarizados".
- Ministerio de Salud Pública (CUB). Instructivo Modelo No. 54-50-02. Historia de Salud Familiar. Oficina Nacional de Estadística e Información. Informe Nacional. Censo Población y Viviendas, Cuba 2012. La Habana: UNFPA, 2014. Disponible en: https://cubamemorias.com/wp-content/uploads/2023/12/Cuba_INFORME_NACIONAL_CENSO_2012.pdf
- ONEI. El color de la piel según el censo de población y viviendas de 2012. 2016
- ONEI. Encuesta Nacional de fecundidad, 2022. Disponible en: https://www.onei.gob.cu/sites/default/files/publicaciones/2023-07/informe_enf_2022.pdf
- ONEI. Observatorio cubano sobre igualdad de género. 2023. Disponible en: <https://www.genero.onei.gob.cu/>
- ONEI-CEM. Encuesta nacional sobre igualdad de género, 2018. Disponible en: https://www.genero.onei.gob.cu/static/documents/informes/1_enig2016.pdf
- Programa Nacional contra el racismo y la discriminación racial. Disponible en: https://www.ics.gob.cu/programa_des_local/programa-nacional-contra-el-racismo-y-la-discriminacion/
- Rensoli Medina R. Conceptualización de la etnicidad. La Habana: Editorial de Ciencias sociales, 2021.



Anexos

Anexo 1. Algoritmo de los documentos revisados



Anexo 2. Guía de Observación de la Historia de Salud Familiar

Me dirijo a usted para solicitar que me facilite el archivo que contiene la historia de salud familiar. Se está realizando un proyecto MINSAP-OPS que pretende buscar información sobre la captación, procesamiento y emisión de datos sobre género y color de la piel en los sistemas de información de estadística en Cuba, por ser este país referente para otros de la región. No habrá violación de la confidencialidad de los datos porque no se utilizarán los nombres de las personas que se encuentran en los registros.

Indagar con el equipo de salud del consultorio y la estadística:

- ¿Cómo realiza el registro de la información contenida en la Historia de salud familiar en especial la de género, color de la piel y poblaciones clave? Insistir en la forma que identifica la incidencia y la prevalencia
- ¿Qué procedimientos se hacen para llevar la información contenida en la historia clínica familiar que se registra para cada miembro al Formulario Dispensarizados que se registra según enfermedades y riesgos?
- ¿Cómo garantiza la calidad de los datos contenidos en la Historia de Salud Familiar?
¿Se cruza la información de la Historia de Salud Familiar con otros formularios como el de actividades del médico y enfermera de la familia o la Historia Clínica Individual?
- ¿Qué dificultad tiene para la captación de los datos de género, color de la piel y poblaciones clave?
- ¿Qué utilidad le brinda que los datos de género, color de la piel y la de las poblaciones clave se recojan en la Historia de Salud Familiar?
- Solicitar el archivo de las historias de salud familiar y revisar:
 - Presencia de un archivo con las historias de salud familiar.
 - Orden del archivo de la Historia de Salud Familiar: cuadras y número consecutivo.
 - Registro del sexo, color de la piel y poblaciones clave.
 - Forma de registrar la incidencia y la prevalencia.
 - Posibilidad de leer la información.

Anexo 3. Guía de observación de los documentos estadísticos del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados

Me dirijo a usted para solicitar que me facilite los documentos estadísticos del Sistema de Información de Estadística de Dispensarizados. Se está realizando un proyecto MIN-SAP-OPS que pretende buscar información sobre la captación, procesamiento y emisión de datos sobre género y color de la piel en los sistemas de información estadístico en Cuba, por ser este país referente para otros de la región. No habrá violación de la confidencialidad de los datos que serán divulgados en forma resumida.

Indagar con el estadístico encargado del Sistema de Dispensarizados:

- ¿Cómo realiza la consolidación en el policlínico de la información de dispensarizados proveniente de los consultorios del médico y la enfermera de la familia?
- ¿Cómo garantiza que la información del Sistema de Dispensarizados que emite al municipio tiene calidad?
- ¿Qué utilidad le confiere a la información desglosada por sexo y color de la piel y la de las poblaciones clave?
- ¿Quiénes le solicitan la información del Sistema de Dispensarizados?

Solicitar la documentación estadística del Sistema de Dispensarizados y comprobar que se cumple lo siguiente: la sumatoria de las columnas 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24 y 26 será igual a la columna 1.

Revisar en el Formulario Dispensarizados del policlínico que se cumplan los siguientes requisitos:

- La sumatoria de las columnas 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25 y 27 será igual a la columna 2.
- La cifra de la incidencia en todas las enfermedades tiene que ser igual o menor que la prevalencia.
- Todas las enfermedades que tenga un *de ello*, la cifra tiene que ser igual o menor al total.
- La suma de los diferentes tipos de cáncer, tanto en la incidencia (1181 hasta 1185) como en la prevalencia (2181 hasta 2185) tiene que ser igual o menor que el total de cáncer (1180, 2180).
- El grupo IV (con secuelas) tiene que ser igual a la suma de la prevalencia de todas las discapacidades.
- Cáncer de próstata (solo para sexo masculino).
- Cáncer cervicouterino (solo para sexo femenino).

- Riesgo preconcepcional (solo para sexo femenino) en los grupos de edades de 10-14, 15-18, 19, 20-24 y 25-59 años.
- Pareja infértil (solo para sexo femenino) en los grupos de edades de 15-18, 19, 20-24 y 25-59 años.
- Hipercolesterolemia (permitida para los grupos de edades de 1-4 años en adelante).
- Enfermos por consumo de drogas (permitida para los grupos de edades de 10-14 años en adelante).
- Enfermo por consumo de alcohol (permitida para los grupos de edades de 10-14 años en adelante).
- Riesgo por consumo de drogas (permitida para los grupos de edades de 10-14 años en adelante).
- Riesgo por consumo de alcohol (permitida para los grupos de edades de 10-14 años en adelante).
- Donante voluntario y especial (permitida para los grupos de edades de 15-18 años en adelante).
- Sedentarismo (permitida para los grupos de edades de 1-4 años en adelante).
- Hipertensión (permitida para los grupos de edades de 1-4 años en adelante).
- Poblaciones clave (permitida para los grupos de edades de 19 en adelante).

Anexo 4. Entrevistas a especialistas de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud

Actores claves involucrados en el diseño de normativas y protocolos.

1. Fecha en que se llena el formulario
2. Provincias_____ 3. Municipio: _____ 4. Área de salud_____
5. Edad____
6. Sexo: M____ F____
7. ¿Cuál es su color de la piel?: Blanca____ Mulata o Mestiza____ Negra____
8. Nivel de educación alcanzado:
 - Ninguno____
 - Primaria____
 - Secundaria Básica____
 - Obrero calificado____
 - Preuniversitario____
 - Técnico medio____ Universitario____ Ignorado____
9. Centro de Trabajo:_____
10. Cargo que ocupa:_____
11. Años de experiencia en el cargo que ocupa:
12. ¿Considera importante incluir las preguntas de género, color de la piel y orientación sexual en los registros estadísticos de salud? Sí____ No____
13. ¿Por qué las considera importante?
14. ¿Cómo realiza el proceso para la captación del dato, procesamiento, registro y emisión de la información de dispensarizados, en especial género y color de la piel? *
15. ¿Qué sistemas o registros estadísticos tienen desagregado las variables sexo, color de la piel y orientación sexual?
16. ¿Qué desafíos o dificultades enfrenta usted para la recopilación de la información sobre identidad de género, orientación sexual y color de la piel?
17. ¿Cómo garantizan la calidad de ese dato?
18. ¿Quiénes son los principales usuarios de esa información?
19. ¿Qué recomendaciones usted realizaría para mejorar la recopilación y uso de estos?

Anexo 5. Entrevistas a personal de salud médicos, enfermeras, equipo básico de salud (EBS)

1. Fecha en que se llena el formulario
2. Provincias_____ 3. Municipio: _____ 4. Área de salud_____
5. Consultorio____
6. Edad.
7. Sexo: M____ F____
8. ¿Cuál es su color de la piel?: Blanca____ Mulata o Mestiza____ Negra ____
9. Nivel de educación alcanzado:
 - Ninguno____ Primaria____ Secundaria Básica____ Obrero calificado____
 - Preuniversitario____ Técnico medio____ Universitario____ Ignorado____
10. Centro de Trabajo:_____
11. Cargo que ocupa: _____
12. Años de experiencia en el cargo que ocupa: _____
13. ¿Considera importante incluir las preguntas de género, color de la piel y orientación sexual en los registros estadísticos de salud? Sí ____ No ____
14. ¿Por qué las considera importante? *
15. ¿Cómo realiza el registro de género y color de la piel en la historia de salud familiar?
16. ¿Presenta algún desafío o dificultad para la recopilación de la información sobre identidad de género, orientación sexual y color de la piel? Cuál.
17. ¿Conoce usted las preguntas, para dispensarizar las poblaciones clave?
18. Cuáles son: _____
19. Presenta alguna dificultad para hacer la pregunta sobre orientación sexual.
20. ¿Cómo surgió la necesidad de incluir estas variables, en los registros estadísticos?
21. ¿Quiénes son los principales usuarios de esa información?
22. ¿Qué recomendaciones adicionales usted realizaría para mejorar la recopilación y uso de esos datos?

Anexo 6. Entrevista a usuarios y directivos

(Para jefes de programas, miembros de comisiones nacionales de diferentes especialidades; Comisión de género del MINSAP; funcionarios de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud y otros)

1. Fecha en que se llena el formulario: _____
2. Edad: _____
3. Sexo: M ___ F ___
4. ¿Cuál es su color de la piel?: Blanca___ Mulata o Mestiza___ Negra___
5. Nivel de educación alcanzado:
 - Ninguno___
 - Primaria___
 - Secundaria Básica___
 - Obrero calificado___
 - Preuniversitario___
 - Técnico medio___
 - Universitario ___
 - Ignorado___
6. Centro de Trabajo: _____
7. Cargo que ocupa: _____
8. Años de experiencia en el cargo que ocupa: _____
9. ¿Qué utilidad le brinda la información desagregada según género y color de la piel y orientación sexual que se recogen en la historia de salud familiar y en el sistema de dispensarizados o en otro de los sistemas de información de estadística?

Solo para jefes o integrantes de programas nacionales del nivel central:

10. En su experiencia profesional, ¿ha tenido la necesidad de solicitar la inclusión de las variables género, color de la piel y orientación sexual en los sistemas de información de estadística de salud? Sí___ No___
11. ¿Qué recomendaciones adicionales usted realizaría para mejorar la recopilación y uso de esos datos?

Anexo 7. Entrevistas a poblaciones clave (LGBT y población general) y personas de organizaciones relacionadas con derechos y salud

1. Fecha en que se llena el formulario: _____
2. Provincias _____ 3. Municipio: _____ 4. Área de salud _____
5. Edad. ____
6. Sexo: M ____ F ____
7. ¿Cuál es su color de la piel?: Blanca ____ Mulata o Mestiza ____ Negra ____
8. Nivel de educación alcanzado:
Ninguno ____ Primaria ____ Secundaria Básica ____ Obrero calificado ____
Preuniversitario ____ Técnico medio ____ Universitario ____ Ignorado ____
9. Estado Civil: Casado ____ Divorciado ____ Viudo ____ Unido ____
Separado ____ Soltero: ____ Ignorado ____
10. Centro de Trabajo:
11. Entre estas opciones, ¿Cómo se considera o se percibe?
Masculino ____ Femenino ____ Persona TRANS ____

Orientación sexual. Entre estas opciones, ¿con cuál se identifica usted?

Variables	No	Si	Porcentajes
HSH			
Trans			
PPST			
Bisexual			
Lesbiana			
Total			

12. En los últimos 12 meses, ¿se ha sentido personalmente discriminado o acosado por los siguientes motivos?

Variables	Si	No	No sabe
Color de la piel			
Género			
Orientación sexual			
Otra razón			

13. ¿Considera importante las preguntas de género, color de la piel y orientación sexual en los registros estadísticos de salud? Sí ___ No ____

14. ¿Por qué las considera importante?

15. ¿Presenta usted desafíos o dificultades para responder las preguntas sobre identidad de género, orientación sexual y color de la piel?

16. ¿Qué recomendaciones usted realizaría para mejorar la recogida y uso de estos datos?

17. En los últimos 12 meses, ¿tuvo alguna dificultad para acceder a los servicios de salud, o ser atendido? Si__ No_____ No recuerdo___

18. De responder afirmativamente. ¿Cuál de estas dificultades tuvo que enfrentar?

Variables	No	Si	Porcentajes
a) Lejanía del sitio de atención			
b) Costo del transporte			
c) Dificil acceso al servicio por tener el médico otra actividad planificada			
d) Horario de consulta no asequible			
e) Ausencia del facultativo			
f) Dificultad para conseguir la cita			
g) Demora para ser atendido			
h) El establecimiento de salud no está abierto			
i) Otra			
No responde			

Anexo 8. Consentimiento informado

Como parte del proyecto MINSAP-OPS que se realiza en Cuba para fortalecer los procesos de incorporación, diseño e implementación de preguntas sobre género, color de la piel, y orientación sexual en los registros de la Atención Primaria de Salud (APS), y que su vez puedan servir de ejemplo a otros países de la Región, le pedimos su consentimiento para realizarle la siguiente entrevista.

La entrevista es sencilla, privada y tiene como objetivo específico examinar los procesos involucrados en el diseño, la integración y la implementación de las preguntas sobre orientación sexual, identidad de género y color de la piel en el registro de historia de salud familiar del sistema de atención primaria de salud.

De aceptar, deberá contestar las preguntas que le formulará el entrevistador, su respuesta es totalmente confidencial y anónima, amparada en el Decreto Ley No. 6 del sistema de información del gobierno, que estipula la obligatoriedad de proteger y mantener en estricta confidencialidad toda la información que usted provea, garantizándole que no se revelará su identidad, solamente se utilizará para fines estadísticos, no teniendo así peligro alguno de verse involucrado en los resultados.

Le hacemos saber que su participación en este estudio es completamente voluntaria y tiene el derecho de dar por finalizada la entrevista en el momento que así lo desee, por lo que le preguntamos.

¿Acepta usted participar en la entrevista? ____ Sí ____ No

Gracias



Datos para sociedades más equitativas

Ileana Elena Castañeda Abascal
Beatriz Corona Miranda



El proceso salud enfermedad de las comunidades se manifiesta en correspondencia con las condiciones de vida, de ahí la importancia de contar con información sistemática de distintas variables para la toma de decisiones en función de las características de cada territorio, con la finalidad de ejecutar acciones equitativas tendientes a la disminución de las inequidades sociales. Cuba, en los últimos años, ha implementado reformas en políticas y programas para impulsar prácticas más inclusivas y antidiscriminatorias en salud. Fortalecer la capacidad institucional para medir y monitorear las desigualdades en salud es una necesidad urgente.

Datos para sociedades más equitativas, es una investigación realizada con el propósito de profundizar sobre el marco legal del país y la identificación de desigualdades para generar evidencias que permitan la realización de acciones sanitarias oportunas y sensibles. Describe los documentos jurídicos, procedimientos y protocolos, encuestas y programas relacionados con la recolección de datos por sexo, identidad de género, y color de la piel. Brinda una mirada a la utilización de la información proveniente de los sistemas de información de estadística para la identificación de desigualdades según sexo, color de la piel y en las poblaciones clave.



En colaboración con
Canada



ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

www.ecimed.sld.cu

ISBN 978-959-316-210-4

