

La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable*

Gender and health articulation: a challenge that can't be postponed

A articulação das categorias gênero e saúde: um desafio inadiável

Fecha de recepción: 14-01-09 Fecha de aceptación: 11-09-09

John Harold Estrada Montoya**

* Este artículo de revisión hace parte del proyecto de investigación "Evaluación crítica del programa de educación en VIH a partir del proyecto piloto nacional de salud sexual y reproductiva en Colombia (2006-2008)", financiado por Colciencias durante los años 2008 y 2009 (código: 110140820469) y la Universidad Nacional de Colombia (código: 202010010790).

** Doctor en Salud Pública y Profesor Asociado, Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: estradamontoya@hotmail.com El autor expresa su agradecimiento a Andrés García Becerra, antropólogo de la Universidad de Antioquia y estudiante de la Maestría en Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia, quien desde las teorías feministas y *queer* contribuyó con la lectura y aportes al presente artículo.



Resumen

Se presenta una perspectiva de género para el análisis de la situación en salud, así como la articulación de las categorías género y salud para entender las diferencias de la salud de la mujer con respecto a la del varón, y también las especificidades que poseen las identidades de género no normativas, tales como las de personas transgeneristas. La información epidemiológica enmascara una gran parte de los problemas de mayor prevalencia e incidencia en cada sexo. Se recomienda prestar atención específica a aquellos procesos que subyacen a los problemas de salud de hombres y mujeres, y que trascienden el individualismo biomédico, así como estudiar las fuerzas sociales e históricas que por razones de género resultan en desventaja para el disfrute de la salud, y pasar del ámbito individual al colectivo.

Palabras clave autor: identidad de género, salud de las mujeres, salud de los hombres, diferenciales en salud, estereotipo, virus de inmunodeficiencia humana -VIH-, síndrome de inmunodeficiencia adquirida -SIDA-.

Palabras clave descriptor: identidad sexual, Salud de la Mujer, Salud del Hombre, VIH.

Abstract

This article gives a gender perspective of the analysis of the health situation, as well as the articulation between the categories of gender and health, in order to understand the differences between women's and men's health and also the specificities that not normative gender identity has, such as the transgender people have. The epidemiological information masks a high proportion of problems with a greater prevalence and incidence on one of the sexes. The recommendations are, to lend special attention to the disparate processes underlying the unhealthy lives of women and men, to transcend biomedical individualism, as well as to study the social and historical forces which generate gender-related health disadvantages, and to pass from the individual to the collective level.

Key words author: Gender Identity, Women's Health, Men's Health, Differentials in Health, Stereotypes, Human immunodeficiency virus -HIV-, acquired immunodeficiency syndrome -AIDS-.

Key words plus: Gender Identity, Women's Health, Men's Health, HIV (Viruses).

Resumo

Apresenta-se uma perspectiva de gênero para a análise da situação em saúde, bem como a articulação das categorias gênero e saúde para entender as diferenças da saúde da mulher com respeito à do homem, e também as especificidades que possuem as identidades de gênero não normativas, tais como as de pessoas transgeneristas. A informação epidemiológica mascara uma grande parte dos problemas de maior prevalência e incidência em cada sexo. Recomenda-se prestar atendimento específico aos processos que subjazem aos problemas de saúde de homens e mulheres, e que transcendam o individualismo biomédico, assim como estudar as forças sociais e históricas que por razões de gênero de sejam desvantagens para o disfrute da saúde e passar do âmbito individual ao coletivo.

Palavras chave autor: identidade de gênero, saúde das mulheres, saúde dos homens, diferenciais em saúde, estereótipo, vírus de imunodeficiência humana -HIV-, síndrome de imunodeficiência adquirida -AIDS-.

Palavras chave descritor: identidade sexual, saúde da mulher, saúde do homem, HIV.

1. Introducción

El género se manifiesta a partir de la construcción social que define lo masculino y lo femenino con base en las características biológicas determinadas por el sexo; presenta aspectos subjetivos tales como los rasgos de la personalidad, las actitudes o los valores, y aspectos objetivos o fenomenológicos tales como las conductas y las actividades que diferencian a hombres de mujeres.

Como categoría de análisis, el género explica los factores que conducen a las desigualdades entre mujeres y hombres; pone de manifiesto el carácter jerarquizado de las relaciones construidas entre los sexos en cada cultura, y por tanto facilita el cambio de esa realidad. El conocimiento profundo de los factores que condicionan las desigualdades de género relacionadas con la salud, permite la realización de acciones tendientes a su eliminación o disminución.

El sistema teórico sexo-género surge a partir de diversas corrientes del pensamiento que explican las diferencias entre mujeres y hombres a partir del análisis de los comportamientos sexuales. El sexo hace referencia a las características biológicamente determinadas, ya sean anatómicas o fisiológicas, tales como el sexo cromosómico, el gonadal, el genital, el endocrino o el hipotalámico-hipofisario, que establecen las diferencias entre la hembra y el macho de las especies sexuadas [1].

Sandra Bem (citada por Castañeda [1]) en 1989 define que el sexo expresa diferencias biológicas, mientras que el género sirve para representar la elaboración cultural de esa diferencia, mediante la apariencia personal o el uso del pelo y la ropa, y afirma que el sexo se conserva, mientras que el género no. Marta Lamas (citada por Castañeda [1]), en su clásico texto titulado *Usos, dificultades y*

posibilidades de la categoría género [2], cita la definición de género dada por Joan Scott y expresa que este se utiliza para identificar los símbolos, instituciones, subjetividades y mitos culturalmente disponibles, que evocan representaciones múltiples: conceptos normativos entendidos como doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, de la diferencia entre lo femenino y lo masculino; instituciones y organizaciones sociales tales como el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo diferenciado por sexos, e instituciones educativas; identidades individual y grupal de género que definen y relacionan los ámbitos del ser y del quehacer femeninos y masculinos en contextos específicos. Scott entiende que el énfasis sobre lo social dentro del género no implica la exclusión del elemento biológico, sino que, por el contrario, el foco del análisis dentro de esta perspectiva se dirige al examen de ambos factores, los cuales conducen a situaciones de ventaja o desventaja para uno u otro sexo.

El enfoque de género sostiene que una de las dimensiones de la desigualdad social es la relación entre mujeres y hombres, junto con otras tales como la clase social, la etnia, la región de residencia o la edad, las cuales dependen de las circunstancias históricas, del lugar y del momento particular; la utilización de este enfoque enriquece los marcos explicativos del proceso salud-enfermedad. El enfoque de género nace de la idea de que la mujer había quedado por fuera de los procesos de desarrollo, siendo necesario reconocer que, lejos de esto, la mujer ha sido parte invisible e indispensable de dichos procesos.

Algunas corrientes feministas radicales proponen que tanto el sexo como el género son construcciones culturales, simbólicas y políticas que buscan legitimar diferencias y jerarquías. Por ejemplo, la autora feminista lesbiana Monique Wittig, desde una mirada política de las diferencias naturalizadas, afirma:



No hay ningún sexo. Solo hay un sexo que es oprimido y otro que oprime. Es la opresión la que crea el sexo, y no al revés. Lo contrario vendría a decir que es el sexo lo que crea la opresión, o decir que la causa (el origen) de la opresión debe encontrarse en el sexo mismo, en una división natural de los sexos que preexistiría a (o que existiría fuera de) la sociedad [3].

En un primer momento, como género se entendía sólo la problemática de la vida de las mujeres, lo cual aún es sostenido en muchas ocasiones pues los estudios de género en ciencias sociales surgen directamente de la movilización política de las mujeres y de la teoría feminista; en segunda instancia, se usó para interpretar también la problemática de los hombres. En un tercer momento, se ha logrado consolidar el enfoque de género a través de la relación entre mujeres y hombres, por lo que se ha puesto el acento sobre los hechos de las relaciones entre ambos; es decir, que lo específico de este análisis es lo que acontece a las mujeres, a los hombres, y en las relaciones entre unos y otras.

Junto con los procesos y transformaciones económicas, sociales, culturales y políticas, ocurren cambios en el modo de relacionarse hombres y mujeres, así como en el lugar que ocupa cada grupo en la sociedad, que han determinado las diversas formas de subordinación de la mujer.

El enfoque de género en las investigaciones surge desde dos procesos, uno de carácter social, y otro relacionado con el pensamiento. La Antropología hizo un aporte significativo al surgimiento del enfoque de género, y es considerado paradigmático el trabajo realizado en la década de 1930 por Margaret Mead en Nueva Guinea, quien encontró que la organización social de las sociedades estudiadas tenía características particulares, que producían relaciones entre mujeres y

hombres diferentes a las occidentales, lo que la llevó a cuestionar el carácter natural de la situación de la mujer. Estos análisis se hicieron en un momento en que la teoría de género no estaba aún consolidada, y la explicación de las diferencias entre los sexos ponía el énfasis en lo biológico [1].

Los estudios antropológicos han permitido elaborar las definiciones actuales de género, a partir del orden simbólico en que cada cultura elabora la diferencia sexual, hasta llegar a la feminidad y la masculinidad y sus variaciones.

El enfoque de género surge también del aporte de la Psicología y la Sexología al entendimiento de los procesos subjetivos de configuración de la identidad, el cuerpo y la sexualidad. Psicólogos y sexólogos se preguntaban por qué existían personas que tenían comportamientos extraños desde el punto de vista sexual, que no correspondían a lo esperado, y que no se ajustaban a la cultura ni a las normas sociales establecidas. Se propuso la teoría del género para explicar que los comportamientos sexuales semejantes, sistemáticos son los más frecuentes, y que cualquier desviación se debía a que algo había ocurrido en la formación del género. Así, llamaron género a la relación entre las características sexuales y las psicológicas.

A principios de la década de 1950, el sexólogo John Money, estudioso de los trastornos de identidad sexual, asignó al sexo su carácter biológico y reservó el término *género* para lo referente a la influencia cultural, fundamentalmente la educativa, en la formación de la identidad sexual, y para asignar a la mujer un conjunto de conductas, y otro a los hombres. Luego, en la década de 1960, el psicólogo Robert Stoller elaboró conceptualmente el término siguiendo el pensamiento de Money, para explicar la imposibilidad de clasificar a algunos individuos como hembras o como

machos, debido a su dimorfismo sexual, y a otros que, aunque por su morfología estaban claramente definidos sexualmente, no se sentían bien con su cuerpo. Estos análisis fueron pasos importantes hacia la comprensión de que los procesos de la sexualidad no son solamente biológicos, en contra de la idea que prevalecía en ese entonces [1].

El proceso social del surgimiento del enfoque de género está vinculado con las luchas feministas que comenzaron en la época de la Ilustración, la Revolución Francesa y la Revolución Industrial [4], continuando en el siglo XIX durante la consolidación del capitalismo global y experimentando un auge notable en la década de 1960, cuyo efecto fundamental ha sido una profunda transformación en las condiciones de la mujer, y una relativa mayor igualdad entre los sexos. El feminismo académico se consolida a partir de la década de 1970 como una corriente del pensamiento que trata de explicar los factores que conducen a la opresión sobre la mujer. Han existido enfoques diferentes, tales como el del feminismo liberal, el cual argumenta que las causas de la opresión de la mujer están en una injusta discriminación legal; el feminismo radical encuentra la explicación en la división sexual del trabajo, y en el patriarcado como forma de poder del hombre condicionada por la naturaleza biológica masculina; el feminismo marxista o socialista coloca a la propiedad privada en los orígenes de la subordinación femenina. En nuestra región se manifiestan otras corrientes feministas, como la poscolonial, que estudia la situación desventajosa de las mujeres articulando género y sexualidad con elementos raciales, étnicos y tercermundistas, y a su vez desarrollando una fuerte crítica a los procesos coloniales de explotación, dominación y subordinación ejercidos desde los centros colonizadores hacia las periferias colonizadas [5].

Las epistemologías feministas [6, 7], que surgen de la teoría feminista, cuestionan fundamentalmente la forma androcéntrica de hacer ciencia. Dicha crítica se relaciona

directamente con la información presentada en diferentes congresos internacionales, donde se afirma que hasta la década de 1990 se solía excluir a las mujeres de la investigación médica y aun de los estudios de medicamentos, basándose en el supuesto de que mujeres y hombres sólo son diferentes en cuanto a sus órganos reproductivos, pero haciendo caso omiso de las particularidades fisiológicas e inmunológicas que diferencian a los sexos. Por otra parte, con frecuencia se tiende a equiparar de forma automática, y errónea, a las cuestiones de género con las de sexo, y a pensar que sólo las mujeres pueden desarrollar una ciencia feminista y que los hombres, por ser tales, están necesariamente excluidos de dicha empresa; por lo tanto, se asume que lo que está en juego no es la fuerza del género, sino la fuerza del sexo.

En muchos países, la articulación de las categorías género y salud ha sido reducida al conocimiento de la salud materno-infantil, al estudio de indicadores de morbilidad y mortalidad de mujeres y, en el mejor de los casos, a la descripción de diferencias de la salud de la mujer con respecto a la del varón. Se han asignado a mujeres y a hombres diferentes roles en la sociedad, los cuales, aunados con las diferencias biológicas, hacen que existan para las mujeres perfiles de salud diferentes a los de los hombres, lo que se ha dado en llamar “perfiles epidemiológicos de género”. Cada género, clase social y etnia tiene un perfil de salud característico [8]. Las diferencias y las desventajas de género en el campo de la salud se manifiestan no sólo en la distribución de la enfermedad en una población determinada, sino en la forma como se promueve la salud, se previene y controla la enfermedad, se cuida a los enfermos, y en los modelos empleados para estructurar los sistemas de salud y la seguridad social [8 - 10].

La perspectiva de género en el análisis de la situación de la salud permite desarrollar acciones diferenciadas para cada sexo, de



acuerdo con sus problemas y necesidades, y por lo tanto desarrollar conocimientos concretos sobre la situación de las mujeres en el mundo con respecto a los hombres, por lo que refleja la existencia de opresión e injusticia genérica en la organización de las sociedades a favor del sexo masculino, fundamentalmente [11]. La versatilidad de la categoría género puede ser utilizada [12] como herramienta para:

1. Mejorar las condiciones de inequidad y atenuar el impacto de la triple carga de trabajo (trabajo social, doméstico, de procreación-reproducción) sobre la salud y el envejecimiento de las mujeres. Su articulación con las condiciones de reproducción social, de clase, de etnia, entre otras, permite una mirada más integradora a la categoría salud.
2. Al posibilitar una lectura desde un enfoque diferente, más sociológico y menos biológico, permite introducir un paradigma diferente en la salud.
3. Establecer indicadores teóricos y prácticos, y nuevas categorías de análisis —el malestar en la cotidianidad [13]— que apuntan a una nueva lectura y consecuente accionar en salud.
4. A partir de que posibilita identificar y estimular la autonomía de las mujeres y su ejercicio de la ciudadanía, reevalúa sus roles, funciones y acciones.
5. Facilitar la lectura de la división social-sexual del trabajo, a partir de develar el esclarecimiento de espacios de movimiento y de tiempos, así como el desempeño de roles diferentes por las mujeres, lo cual ayuda a determinar un impacto diferenciado sobre la salud de ellas.
6. Descubrir las relaciones de poder y las asimetrías en las relaciones entre hombres y mujeres, y en la relación médico(a)-paciente.

7. Permitir identificar las inequidades y las brechas de género en la salud, existentes entre mujeres y hombres.
8. Favorecer la inclusión de la subjetividad de los colectivos femeninos y masculinos, como elementos muy importantes en el análisis de la salud.

Esta perspectiva, aplicada al análisis de la salud con perspectiva de género, dirige la atención hacia la dialéctica de las relaciones entre la biología y el medio social, que se plasma en situaciones de desventaja o de ventaja de las mujeres frente a los hombres, entendidas en términos de las probabilidades de gozar de salud, de enfermar o de morir. La perspectiva de género se presenta como una alternativa que revaloriza y reubica el rol de las mujeres como constructoras y actrices de su propia historia y de su salud, y abre un nuevo espacio a su autonomía y a su ejercicio ciudadano [12]. Para lograr lo anterior es preciso tener en cuenta que las mujeres no son objetos sobre los cuales recaen análisis diferenciales o acciones específicas en salud, sino más bien sujetos activos que gestionan su bienestar e inciden directamente en las prácticas de salud.

Algunos aspectos que ilustran el efecto diferenciador de los factores de género sobre la salud de los individuos son:

1. La mayor mortalidad masculina por accidentes y violencia, visible a lo largo de toda la vida, está asociada estrechamente con actitudes y conductas estereotipadamente masculinas, tales como agresividad, intrepidez, osadía e ingestión excesiva de alcohol [14].
2. La prevalencia de depresión es de dos a tres veces mayor entre las mujeres que entre los hombres, está menos relacionada con factores hormonales que con estilos de personalidad, con experiencias ligadas al tipo de socialización-cultura,

- o con oportunidades diferenciadas por género [15].
3. Muchos de los síntomas climatéricos vinculados con la esfera emocional—depresión, ansiedad, irritabilidad—están más asociados con las relaciones de subordinación de género prevalecientes en el medio familiar, en la pareja y en el medio laboral, que con el ajuste biológico neuroendocrino propio del climaterio [16].
 4. El hecho de que en América Latina más del 80% de la población haga recaer sobre la mujer la responsabilidad de regular la fecundidad y, junto con esta, los efectos nocivos colaterales de la tecnología anticonceptiva, habla de las desventajas de la mujer en este aspecto. Las mujeres con múltiples roles terminan teniendo más deberes, mayores presiones de tiempo y mayor estrés, lo cual aumenta sus posibilidades de sufrir problemas de salud agudos y crónicos, y disminuye sus posibilidades de buscar atención para solucionarlos [17]. Este fenómeno no es igual en las diferentes regiones del mundo, y depende de múltiples factores de índole social, cultural y económica; así que es de vital importancia identificar los factores que conforman las diferencias de género en cada región, para poder actuar apropiadamente sobre ellos.
 5. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1995, en el “Programa de mujer, salud y desarrollo”, consideró que la condición de género da lugar a tres tipos de actividades: las productivas, las reproductivas y las de gestión comunitaria, en las que se reconocen los tres tipos de roles de género que hay que tener en cuenta cuando se pretende situar el análisis del proceso salud-enfermedad desde esta perspectiva. El rol reproductivo se refiere tanto a la reproducción biológica

como a las actividades que garantizan el bienestar y la supervivencia de los individuos que componen el hogar, como son la crianza, la educación, la atención y el cuidado de sus miembros, así como la organización y el mantenimiento de aquel. El rol productivo comprende las actividades que proveen ingresos personales y domésticos, bien sea en dinero o en especie. El rol de gestión comunitaria se refiere a todas las actividades que se realizan para aportar al desarrollo o a la organización política de la comunidad, y puede tomar la forma de participación voluntaria en la promoción y el manejo de actividades comunales. El desempeño de las mujeres en estos tres roles es diferente al masculino, ya que ellas están más ligadas a las funciones reproductivas, de servicio y de gestión comunitaria, fundamentalmente como promotoras de la salud, mientras que entre los hombres es más frecuente la realización de las tareas productivas y de gestión comunitaria desde la posición de toma de decisiones, principalmente [15].

2. Indicadores de salud: una alternativa para el análisis de la salud desde la perspectiva de género

Un indicador de salud con perspectiva de género es definido como:

la construcción teórica que, aplicada a unidades de análisis de una población, arroja una cifra, absoluta o relativa, que refleja diferencias entre mujeres y hombres, en relación con la salud, atribuidas, fundamentalmente, a características o variables socioculturales [18].

En un intento por avanzar en la construcción de este tipo de indicadores, la OPS en 1997



ha señalado que para el estudio de problemas desde una perspectiva de género se deben contemplar los siguientes criterios [18]:

1. Impacto global sobre la supervivencia y la calidad de vida de las personas; éste reflejará la importancia del problema a la luz de sus consecuencias, frecuencia de ocurrencia, costos, y del interés público que conlleve.
2. Potencial como demarcador de especificidad-exclusividad, diferencia e inequidad. La *especificidad-exclusividad* se refiere a lo que se manifiesta sólo en un sexo, como el embarazo, el cáncer cérvico-uterino, la menopausia, el cáncer de próstata o la hemofilia. La *diferencia* expresa las manifestaciones que se dan en uno u otro sexo como marcadores no salvables, por ejemplo: la anemia ferropénica, la osteoporosis, la depresión, la artritis, la diabetes y la violencia sexual (que afectan más las mujeres), o la cirrosis, el cáncer de pulmón, la mortalidad por violencia, homicidios y accidentes, más frecuentes en los hombres; en tanto que por *inequidad* se entienden las diferencias socioculturales injustas y, por tanto, evitables, que reciben respuestas diferentes del sistema de salud según se trate de mujeres o de hombres. Aquí caben los problemas cardiovasculares, la esterilización voluntaria, la exclusión de las mujeres de estudios clínicos sobre enfermedades que afectan a ambos sexos, o el uso del cuerpo masculino como estándar en la investigación [16].
3. Susceptibilidad de modificación a través de intervenciones. Consiste en seleccionar los problemas de salud y considerar el posible efecto sobre ellos de acciones encaminadas a su solución, control o atenuación.
4. Valor informativo sobre aspectos de salud más amplios que el directamente

medido. Se refiere al aporte teórico y metodológico de los posibles resultados del estudio.

5. Disponibilidad de información para el diagnóstico y el tratamiento.

Con esto en mente, al estudiar la información epidemiológica disponible sobre morbilidad y mortalidad de hombres y de mujeres, se encuentra que ella enmascara una gran parte de los problemas de mayor prevalencia e incidencia en uno de los sexos, como por ejemplo el que en muchas sociedades las mujeres estén expuestas a condiciones extremas de privación de recursos económicos para desempeñar su doble o triple trabajo diario [19].

La labor doméstica depende casi exclusivamente del trabajo femenino; la mujer padece subvaloración en el empleo; sufre una discriminación sistemática en los aspectos de la alimentación (la desnutrición femenina es mayor que la masculina), de la recreación, de formación y acceso a la educación formal y no formal; recibe menor remuneración por trabajos equivalentes a los de los hombres; está sometida a formas de vida cotidiana bajo patrones de dominación patriarcal, y a subordinación; es víctima de maltrato intrafamiliar; tiene menor acceso a los servicios públicos, en particular los de salud; y todo esto con una mínima cuota en el poder y en la conducción de la vida social y política, como lo demuestran las bajas tasas de participación femenina en los órganos gubernamentales de dirección de las principales democracias occidentales [20].

Los datos cuantitativos internacionales comparables, que introducen la categoría de “género” en los informes anuales sobre salud-enfermedad de la población, tales como el informe de la salud de la OMS [14] o los Informes de Desarrollo Humano [21], son muy limitados, ya que se reducen a dos: 1) *el*

índice de desarrollo de género, que contempla variables relacionadas con la educación, el ingreso y otros aspectos económicos, y con la participación social de hombres y de mujeres, y 2) *el índice de potenciación de género*, que evalúa aspectos relacionados con las disparidades entre los géneros en la toma de decisiones y en el acceso al poder [20].

A pesar del avance que la inclusión de estos índices ha significado para cerrar la brecha de inequidad y desigualdad entre hombres y mujeres, aún estamos lejos de contar con herramientas sensibles a las diferencias de género, que permitan mejorar la comprensión del proceso salud-enfermedad de hombres y de mujeres y, por ende, introducir políticas públicas de salud diferenciadas y adecuadas a las necesidades, expectativas e intereses de ellos y ellas, con lecturas de edad, clase social, etnicidad y opciones sexuales, políticas o religiosas, por mencionar sólo algunas de las posibilidades.

La inclusión de los indicadores con perspectiva de género resulta útil para constatar las diferencias entre mujeres y hombres, por medio de la lectura desde esta propuesta teórica, lo que puede devenir en una alternativa atractiva a los enfoques utilizados tradicionalmente.

3. Género: salud y cotidianidad

Las diferencias de género en las condiciones de salud-enfermedad pueden reflejarse, a través de un conjunto de aspectos biológicos, en las condiciones sociales; la edad, por ejemplo, tiene un gran influjo sobre la salud, porque las etapas del proceso vital traen aparejados cambios en los niveles biológico, psicológico y socio-cultural: en la edad reproductiva, de 15 a 49 años, la mujer está en condiciones de tener y de criar a los hijos, y de realizar su trabajo en el hogar y fuera de él, lo que la expone a una mayor

carga de enfermedad, la cual a su vez hace que el costo de mantener o recuperar la salud (en términos de Unidades de Pago por Capitación (UPC) en el caso de Colombia, por ejemplo) sea el más elevado de todos los subgrupos por edad y sexo, mientras que los hombres de la misma edad están en la plenitud de su vida laboral, actividad que usualmente realizan de manera casi exclusiva. Esto hace que existan diferencias entre ambos grupos, en las formas de vivir, enfermar y morir [22].

En relación con el costo de mantener la salud en este período, el valor para los hombres es la tercera parte del valor para las mujeres, lo cual determina un factor de inequidad adicional a los ya comentados. Entre las edades de 49 a 54 años aparecen los cambios climáticos más evidentes, muchas veces agravados por situaciones no biológicas, y en la llamada tercera edad, la mayoría de las personas pasan al período de retiro, lo que provoca cambios en sus actividades y en sus recursos económicos, que generan diferencias entre los sexos en términos de problemas de salud crónicos y degenerativos.

Si a esto se suma el que las mujeres tienen expectativas de vida más prolongadas que los hombres, es decir, que mueren más tarde, tenemos que estarán mayor tiempo expuestas a enfermedades, y que deberán destinar mayores recursos a la atención de tales eventos, recursos que seguramente en ese período de sus vidas estarán bastante menguados debido al desempleo o al subempleo, a una pensión precaria y a responsabilidades familiares adicionales [16].

En todas las edades, la percepción de salud de las mujeres es peor que la de los hombres y lo es cada vez más con el paso de los años, factor que no se traduce en una mayor demanda de servicios de salud por parte de ellas, ya que en promedio consultan mucho



más tarde que los hombres de su misma edad [21], lo que posterga las posibilidades de prevención y de atención temprana de la mayoría de enfermedades, con una consiguiente carga de enfermedad mayor para ellas que para ellos [23].

Las enfermedades más frecuentes en la mujer son los dolores óseos y articulares, y las relacionadas con la presión sanguínea y los trastornos del sueño. En las mujeres, los accidentes en el hogar se dan con mayor frecuencia, a causa de que permanecen allí por más tiempo, y porque sobre ellas cae la responsabilidad del trabajo doméstico. Para muchas mujeres de áreas rurales de África, Asia y América Latina, la búsqueda de agua en lugares alejados del hogar las expone a ciertas enfermedades transmisibles (tales como la esquistosomiasis), y al cocinar con leña se ven expuestas a padecimientos pulmonares con mayor frecuencia que los hombres [24].

Por otro lado, las mujeres no solicitan atención médica por los mismos motivos que los hombres, y la demanda es también diferente según la especialidad laboral. Las mujeres consumen de tres a cuatro veces más analgésicos que los hombres, utilizan tranquilizantes e hipnóticos en mayor medida, y se automedican más frecuentemente tratando de aliviar los malestares de la cotidianidad; igualmente, tienden a utilizar más hipotensores y medicamentos antiinflamatorios. Si la enfermedad ha requerido hospitalización, al darse de alta ellas tienen un menor acceso a medicamentos, a exámenes especializados y a consultas de seguimiento que los hombres, lo cual deteriora aún más su salud y los ingresos del núcleo familiar [23].

La mujer y el VIH/SIDA¹

Se ha comprobado que la mujer se ve cada vez más afectada por la epidemia del VIH. Los datos epidemiológicos confirman que

cada año es mayor el número de mujeres que se enferman y mueren por esta causa, llegando la proporción de hombres y mujeres infectados a estar 1:1 a nivel mundial, y en regiones más afectadas por la epidemia, como el África subsahariana, las mujeres llegaron a representar el 60% del total de adultos infectados. La mujer es más vulnerable a esta infección desde los puntos de vista biológico, epidemiológico y social; desde el punto de vista biológico, las causas por las cuales la mujer es más vulnerable que el hombre se basan en que durante el coito heterosexual ella es la parte receptiva, y una gran superficie de su mucosa vaginal es expuesta al semen, que contiene una mayor concentración de virus que las secreciones vaginales. Este riesgo es mayor en las niñas y adolescentes, cuya inmadurez genital impide que la mucosa actúe como barrera efectiva contra los gérmenes patógenos, así como en las mujeres post-menopáusicas, por los cambios atróficos que la mucosa vaginal sufre en esta fase de la vida. Otro factor por el cual la mujer tiene más posibilidades de ser infectada es el mayor tiempo que el semen permanece en contacto con dicha mucosa.

Desde el punto de vista epidemiológico, las mujeres por lo general se casan o tienen relaciones sexuales con hombres que las superan en edad, lo que implica que estos han tenido más tiempo y más parejas para exponerse al virus y a otras infecciones, por lo que existe una mayor probabilidad de que hayan adquirido el VIH y se lo transmitan a sus nuevas compañeras. Otro aspecto a tener en cuenta es que las mujeres son transfundidas con mayor frecuencia que los hombres, generalmente por razones obstétricas. Es necesario señalar que existe correlación entre las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA; es decir, que las unas facilitan al otro y viceversa, y en la mayoría de los casos, en la mujer muchas de las ITS pasan inadvertidas o son descubiertas tardíamente.

¹ Este apartado retoma y enriquece elementos presentados por las investigadoras cubanas especialistas en temas de VIH, Rosaida Ochoa y Myrna Villalón [25].

Socialmente, el comportamiento sexual esperado de las mujeres es diferente al esperado de los hombres, y se considera que la mujer debe ser pasiva durante las relaciones sexuales. Así mismo, la sociedad impone normas diferentes a las mujeres en lo que a la fidelidad conyugal se refiere; al hombre le es permitido tener relaciones sexuales por fuera del matrimonio, y ello es aun fomentado en algunos medios. Con frecuencia, estas relaciones son clandestinas, lo que conduce en muchos casos a situaciones que hacen muy difícil que la mujer se pueda proteger de la infección. De hecho, en muchos países la principal conducta de riesgo son las relaciones con el esposo o con la pareja estable. En la mayoría de los casos, la mujer no puede exigir fidelidad al hombre y tampoco le es posible decir "NO", lo que dificulta negociar la utilización del condón. En muchos países, la vulnerabilidad social de la mujer no se limita a lo sexual, sino que también está relacionada con un conjunto de desventajas en los campos de la educación, lo económico y lo legal.

Se puede afirmar que el problema del SIDA no se deriva sólo de las conductas personales, y que más bien está relacionado con la condición de la mujer en la sociedad. La mayoría de las mujeres están destinadas a vivir dentro de los roles tradicionales y rígidos que la sociedad les impone, con dificultades para tomar decisiones, las que corresponden generalmente a los hombres.

La mujer no siempre ha tenido control de su salud reproductiva; la aparición de los anticonceptivos le permitió decidir sobre la reproducción, pero ello no garantiza la prevención de las ITS o del VIH/SIDA. La prevención del SIDA y las decisiones reproductivas son problemas íntimamente ligados, pero que requieren diferentes medidas de control.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas calcula que el 40% de las mujeres adolescentes quedan embarazadas antes de cumplir los 20 años de edad. Estas jóvenes se enfrentan al rol de madres prematuramente y sin suficiente preparación, lo que da lugar a que ellas y sus hijos vivan en condiciones inapropiadas, con deficiencias alimentarias y carencias afectivas. Los trabajos sobre mujer y SIDA con frecuencia se enfocan en el área de la prostitución, por lo que gran parte de dichos estudios resultan en propuestas deficientes; se limitan a pruebas para detectar el VIH en las trabajadoras sexuales, y consideran a los clientes víctimas de estas mujeres, lo cual ilustra uno de los principales obstáculos que existen para realizar investigaciones e intervenciones relevantes.

Se puede afirmar, con respecto al VIH/SIDA, que no hay enfermedad que desenmascare mejor la gran discriminación y desigualdad existente entre mujeres y hombres; así mismo, aquellas se manifiestan en lo que les sucede a las mujeres cuando son afectadas directamente por la epidemia, ya que con frecuencia se les diagnostica mucho más tarde, y entonces son discriminadas y rechazadas por la sociedad, e incluso por sus familias. Ven muchas veces limitado su acceso a la atención médica y psicológica, y cuando se les atiende, sus necesidades particulares como mujeres, y como madres de hijos que pueden a su vez estar infectados por VIH, son ignoradas. Es sabido también que las mujeres seropositivas usuarias de drogas intravenosas están sometidas frecuentemente a una doble discriminación.

Una investigación reciente, llevada a cabo por la antropóloga María Yaneth Pinilla [26], con 35 mujeres viviendo con VIH/SIDA de diferentes regiones de Colombia, pone en evidencia que para las mujeres entrevistadas aceptar el diagnóstico de personas viviendo con VIH/SIDA se convierte en un reto per-



manente, dado que al experimentar un nuevo evento relacionado con su salud-enfermedad o ser sometidas a una vulneración de sus derechos por su condición de seropositivas deben afrontar la realidad de su diagnóstico como si fuera la primera vez. Sobre esta primera vez, las mujeres expresaron tener mucha carga emocional, dado que para la mayoría el diagnóstico de seropositivas les llegó después de la enfermedad y muerte de sus compañeros, de manera sorpresiva (o a veces sospechada) y en muchas ocasiones fueron informadas también que uno o más de sus hijos (as) vivían con el virus, lo cual les generó profunda angustia y una sensación de que sus proyectos de vida habían finalizado y que no había lugar para la esperanza. Luego de meses o años de esperar la muerte, que no llegaba, muchas de ellas decidieron reiniciar sus vidas laborales y afectivas, siempre con el temor del rechazo y el estigma causado por el hecho de vivir con el virus.

Para las que se encuentran en tratamiento farmacológico, las entrevistas permiten inferir que los efectos colaterales e indeseados que experimentan la mayoría de ellas se convierten en elementos adicionales de discriminación y estigma, en particular cuando se producen cambios en la apariencia de sus cuerpos, que las limitan en el ejercicio de su feminidad y de su sexualidad. De igual importancia es el hallazgo frente a sus experiencias con los sistemas de salud, ya que para todas las entrevistadas, el ingreso, permanencia y seguimiento por parte del sistema de salud ha sido traumático y se ha constituido en un evento de sufrimiento y violencia simbólica, y a veces física, ejercido sobre ellas como pacientes.

Como elemento positivo por resaltar por las mujeres durante esta investigación, se destaca que al pasar los años, la mayoría de ellas experimentó una mejoría en su percepción de ciudadanas depositarias de derechos,

dada su activa participación como lideresas en organizaciones no gubernamentales que abogan por la defensa de estos derechos, el encuentro solidario con otras mujeres y personas viviendo con VIH, lo cual ha contribuido en el mejoramiento del bienestar y una adecuada calidad de vida de estas mujeres, lo que le permite concluir a la investigadora que son los círculos y redes de solidaridad tejidos por las mujeres, y no las políticas de Estado en materia de seguridad social y salud, lo que les ha dado nuevos elementos para afrontar su vida con dignidad [26].

Al analizar los anteriores aspectos, se ve la necesidad de poner en marcha, con la mayor fuerza, proyectos de trabajo que contribuyan a incrementar entre las mujeres la percepción del riesgo, la promoción y la educación en pro de la adopción de prácticas sexuales seguras, así como el brindarles a la mujer ya infectada servicios de salud y acceso a medicamentos, que incluyan a sus hijos, así como los servicios de una red de apoyo social donde puedan compartir sus experiencias con otras mujeres o personas viviendo con el virus.

4. A manera de epílogo

En la explicación de la salud integral con perspectiva de género se jerarquizan como contexto explicativo las diferencias genéricas en cuanto a morbilidad, mortalidad y calidad de vida, el estatus aún subordinado de la mujer en las arenas social y política, y, en lo subjetivo, lo económico, lo erótico y lo vincular. La mayor vulnerabilidad de las mujeres en cuanto a la salud está relacionada con su carencia de poder de negociación, ya sea en relación con las cargas domésticas, el uso del preservativo para prevenir ITS y VIH, con su plena incorporación a los espacios de toma de decisiones, o con una alimentación inequitativa en situaciones de escasez, la

violencia de género que experimentan en la vida cotidiana o en situaciones de conflicto político-militar, como en el caso de Colombia, donde la violación de las mujeres (que en muchos casos termina convirtiéndolas en seropositivas para el VIH) se utiliza como arma de intimidación al bando que se considera contrario [27].

Los patrones de construcción de la masculinidad y la femineidad (socialización diferencial) son importantes para cada uno de los sexos, porque influyen en gran medida en la autovaloración y en la imagen que de sí tienen hombres y mujeres. La subjetividad diferente de unos y otras conduce a que los patrones autoevaluativos sean disímiles, toda vez que los hombres se realizan generalmente en función de ellos mismos, pendientes de su rendimiento y de su realización social y sexual, mientras que la realización de las mujeres depende de lo que son capaces de dar a otros [16]. Esto puede conducir a que muchas mujeres tengan una imagen negativa de sí mismas, la cual se refleja en:

1. Insatisfacción con sus vidas.
2. Tolerancia a las descalificaciones, las faltas de respeto y los malos tratos de distinto tipo (físico, psicológico, afectivo, laboral, económico o legal).
3. Descuidos significativos de sí mismas, de su salud, de su imagen corporal, o de su bienestar.
4. Olvidos y postergaciones, a veces permanentes, de sus necesidades, sus fantasías o sus proyectos propios.
5. Inhibiciones de todo tipo, sostenidas por la idea de que “no voy a poder”.
6. La idealización de otras personas.
7. Una descalificación de sí mismas.
8. La intensidad de sus autocríticas.

9. Una dificultad para aceptar elogios, reconocimientos o regalos.
10. Su ubicación, en la familia y fuera de ella, como últimas de la lista [22, 28].

Como se ha resaltado aquí, en la mayor parte de las publicaciones del sector salud el tema de la salud de la mujer se ha relacionado en gran medida, y en ocasiones exclusivamente, con la salud reproductiva, desde puntos de vista reduccionistas, que sólo involucran lo biológico [29, 30]. En los programas sensibles al género es importante tener en cuenta, además de las variables relacionadas con el sexo, aquellas que tienen que ver con el proceso vital, con la existencia o no de pareja, con la planificación familiar, la escolaridad, la ubicación geográfica, la etnicidad, la religión y en particular con la clase social, y considerar los efectos de un ejercicio libre de la reproducción y la sexualidad sobre la disponibilidad de tiempo y la salud mental de la mujer.

Un programa de salud sensible y transformador de las relaciones de género debe explorar la relación entre la salud y la sexualidad de las mujeres y, por lo tanto, debería incluir al menos los siguientes componentes:

1. *Un análisis de las limitaciones en la sexualidad*: las dificultades a las que se enfrentan las mujeres para acceder al *ejercicio pleno de su sexualidad*² y la forma como aquellas inciden sobre su calidad de vida y, por ende, sobre su salud.
2. *La exploración de los mitos y tabúes acerca del ciclo vital femenino*: las condiciones de vida y algunas circunstancias vinculadas más con el proceso vital y cultural que

2 Este concepto tan complejo tiene que ver, entre otros aspectos, con la comprensión de los imaginarios que acompañan la iniciación sexual de las niñas, la sexualidad adolescente, la materialización del deseo, la opción sexual, la riqueza en el disfrute de la sexualidad, la opción de la maternidad, los cambios y la madurez que permite el arribo a la menopausia.



con enfermedades específicas, repercuten sobre las posibilidades de la mujer de asumir y vivir plenamente la sexualidad y la maternidad.

3. *La invisibilización de la sexualidad femenina*: reevaluar el lugar asignado a la sexualidad en los programas de salud, y las bases ideológicas de estos, ocultas para las mujeres, y que les son impuestas.

Las necesidades de hombres y mujeres se derivan de la interacción entre lo biológico, lo subjetivo y lo socio-cultural y, por lo tanto, este triple determinante debe ser tenido en cuenta para responder equitativamente a dichas necesidades diferenciales. Se debe obtener información acerca de los grupos que según los patrones de género se encuentran en desventaja relativa (tales como las mujeres, los hombres que tienen sexo con otros hombres, las mujeres transgénero) e incluirlos en los índices que miden el riesgo y la vulnerabilidad de la salud [31].

En este punto es pertinente mencionar las experiencias, necesidades y padecimientos específicos de personas con identidades de género no normativas, que exceden el orden cultural binario hombre-mujer. Por ejemplo, las personas transexuales (quienes nacieron como “hombres” o como “mujeres” y modifican su cuerpo, mediante intervenciones estéticas, quirúrgicas, hormonales, para transformar su sexo y su género, buscando acceder a la identidad en la cual se reconocen) no cuentan con suficientes servicios en salud que los acompañen en sus tránsitos identitarios y en la construcción de sus cuerpos. Además de las situaciones de discriminación, exclusión y violencia que cotidianamente sufren las personas trans, el sistema de salud excluye estas experiencias de su repertorio de servicios. Muchas personas trans se automedican altas dosis de hormonas y se realizan intervenciones ries-

gosas (implantes “artesanales” de siliconas industriales y aceites de cocina en los senos, las piernas, los glúteos, el rostro) sin ningún tipo de acompañamiento médico, que generan múltiples problemas de salud e incluso llegan a causar su muerte [32].

Algunas y algunos, en sus tránsitos por el género, en la construcción de sus cuerpos y en la autogestión de su identidad, pierden la vida, mientras los sistemas de salud sólo están preparados para atender a aquellos que son mujeres y hombres desde que nacen hasta que mueren. Parece que los tránsitos, las experiencias de frontera, los cambios de sexo, no tienen espacio alguno dentro del sistema de salud. ¿Será que estos cuerpos en tránsito son el límite de nuestras ciudadanías?, pues los servicios, los derechos y las instituciones propias de las democracias contemporáneas no los cobijan. Quizá es el momento de pensar estas experiencias no normativas desde la salud, las ciencias sociales, el género, los derechos y la ciudadanía, como ejercicio de visibilización, inclusión y equidad [33].

Mujer y equidad de género: Informe final de la comisión de los determinantes sociales en salud de la OMS

Este reporte se basa en la afirmación de igualdad y del derecho universal a la salud de las personas, independientemente de las categorías generadoras de inequidad. El informe resalta como punto central que las condiciones de poder de género se entrecruzan en diferentes aspectos de la vida de los seres humanos. Como cualquiera otra de las relaciones sociales, las interacciones de género están fundamentadas en las jerarquías y el poder. El informe muestra cómo las inequidades e incluso las igualdades de género en salud están gobernadas socialmente. El sexo y la sociedad interactúan para determinar quién está sano y quién está

enfermo, quién debe ser tratado y quién no, quién actúa dentro de comportamientos de riesgo y a quiénes se les debe satisfacer sus necesidades de atención en salud. El género también interactúa con las inequidades económicas, con las jerarquías étnicas o raciales, la dominación de castas, las diferencias basadas en la orientación sexual y otra gran cantidad de marcadores sociales. El acceso a los servicios de salud es mayor en la población de ingresos altos comparativamente con la población más pobre. Sin embargo (señala el informe), no existen reportes de las diferencias encontradas entre las diferentes castas o grupos raciales dentro de la población más pobre. ¿Hombres y mujeres de bajos recursos reaccionan igual ante las dificultades encontradas para acceder a los servicios de salud? ¿En el caso de presentar injurias o heridas por catástrofes, son tratados de igual forma los jóvenes de escasos recursos y las mujeres viudas? [34].

La globalización neoliberal ha jugado un papel muy importante dentro de la estructuración de las relaciones de género, al transformar y desarticular la composición de las fuerzas de trabajo, al imponer brutalmente una nueva forma de la división sexual del trabajo a escala planetaria, al reducir los espacios políticos nacionales (lo cual ha llevado al desmantelamiento de los fondos destinados a salud y educación) y al aumentar la violencia de la sociedad como consecuencia de los cambios políticos y económicos que han sufrido las naciones gracias a la imposición de políticas de los organismos transnacionales.

El informe presentado por la comisión confirma que las consecuencias de la disparidad de género en la sociedad no sólo afectan la salud de las personas de manera injusta e inequitativa, sino que son inefectivas e ineficientes, ya que en casi todas las sociedades del planeta la mujer posee menos tierra, bienestar y propiedades, y aun así

tiene mayor responsabilidad en la economía del cuidado, al ser responsable de la supervivencia, la reproducción y la seguridad de las personas, incluyendo jóvenes y ancianos. Las niñas y adolescentes, por lo general, son alimentadas y educadas en menor proporción que los hombres jóvenes y son más restringidas físicamente; muchas veces son vistas como menos capaces o menos hábiles; es más, en algunos ámbitos, la violencia en contra de las mujeres no sólo no es castigada, sino que puede llegar a ser premiada [34].

Finaliza el informe con una extensa propuesta de acciones que pueden contribuir a modificar la situación de inequidad presentada; tales acciones pretenden:

- Transformar y profundizar la red de derechos humanos para las mujeres.
- Asegurar recursos para garantizar atención en salud a las mujeres, aun en condiciones de reformas económicas, y garantizar la atención sin depender de la condición social.
- Promover y apoyar programas que transformen la actitud de hombres y mujeres en el cuidado mutuo, con responsabilidad e igualdad.
- Expandir las capacidades y las políticas de educación a las mujeres para permitir mayor habilidad para combatir las disparidades.
- Incrementar la participación política de la mujer, en asuntos caseros, nacionales e internacionales.
- Crear, implementar y reforzar los acuerdos, los códigos y las leyes internacionales y regionales que combatan la violación de derechos en salud de la mujer.
- Trabajar con hombres jóvenes para contrarrestar las conductas de riesgo y las prácticas violentas.



- Identificar las conductas y normas que sesgan las prácticas de atención en salud de hombres y mujeres e identificar las estrategias para lograr que no se traten de manera diferente condiciones y conductas de riesgo en salud que sean equiparables o equivalentes en hombres y mujeres.
- Apoyar las organizaciones que luchan por los derechos de la mujer y que pugnan por permitir la identificación de las problemáticas y su denuncia [34].

Como se ha presentado a lo largo de este artículo, la perspectiva de género funciona como un prisma que hace posible visualizar las inequidades, las relaciones asimétricas entre los géneros, el ejercicio de roles diferentes por mujeres y hombres, y su impacto sobre la salud. Además, dicha perspectiva permite nuevos análisis de la situación de la salud, favorece la autonomía comunitaria y la de las mujeres, y aporta un nuevo matiz a las reformas en el sector de la salud, así como a la adopción de un nuevo paradigma en salud [12].

Finalmente, invitamos a los y las lectores (as) a prestar atención específica a aquellos procesos que subyacen a las carencias en salud y que trascienden el individualismo biomédico; a estudiar las fuerzas sociales e históricas que generan desventajas por razones de género, y a pasar del ámbito individual al ámbito colectivo para contribuir con la tan anhelada construcción y preservación de una ciudadanía verdaderamente democrática [35].

Referencias

1. Castañeda I. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2007; 33 (2). [Citado en noviembre de 2008] Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662007000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=es.)
2. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En: Lamas M, compiladora. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México D.F.: PUEG; 1996. pp.
3. Wittig M. La categoría de sexo. En: Wittig M. *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Egales; 2006. pp. 21-29.
4. Amorós C et al. *Feminismo e Ilustración*. En: Amorós C et al., compiladora. *Teoría feminista: De la ilustración a la globalización*. Madrid: Minerva Ediciones; 2005. pp. 93-143.
5. Femenías M. *El feminismo postcolonial y sus límites*. En: Amorós C et al., comp. *Teoría feminista: De la ilustración a la globalización*. Madrid: Minerva Ediciones; 2005. pp. 155-213.
6. Harding S. *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata; 1996.
7. Fox Keller E. *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia, España: Ediciones Alfons el Magnànic; 1991.
8. Breilh J. *El género entre fuegos: inequidad y esperanza*. Primera edición. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1996.
9. Breilh J. *La triple carga (trabajo, práctica doméstica y procreación)*. Deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo. Quito: Ceas; 1991.
10. Breilh J. *Género, poder y salud*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1993.
11. Bourdieu P. *La dominación masculina*. Segunda edición. Barcelona: Anagrama; 2000.
12. Sarduy C. *Postmodernidad, género y salud*. En: Sarduy C y Alfonso A. *Género: salud y cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000. pp. 261-79.
13. Sarduy C, Alfonso A. *Género: salud y cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia*. París; 2004.
15. Castañeda I et al. Algunas reflexiones sobre el género. *Revista Cubana de Salud Pública*. 1999. 25 (2): 129-42.
16. Artilles L. Políticas de salud con perspectiva de género a las puertas del tercer milenio. En: Sarduy C, Alfonso A. *Género: salud y cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000. pp. 280-92.
17. Viveros M. *Género y salud reproductiva en Colombia*. En: Franco S, editor. *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública*. Bogotá: ¿Editorial?; 2003. pp. 481-93.



18. Castañeda I, Bayarre H. Indicadores de salud. Una alternativa para el análisis de la salud desde la perspectiva de género. En: Sarduy C, Alfonso A. Género: salud y cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.
19. Profamilia, UNFPA. La salud reproductiva de las adolescentes de 15 a 19 años en Colombia. Encuesta nacional de demografía y salud. Bogotá: Printex Impresores; 2002.
20. Scott J. La querrelle de las mujeres a finales del siglo XX. *New Left Review*. 2000; (3): 97-116.
21. World Health Organization (WHO). The world health report 2000. Health systems: Improving performance. París, Francia; 2000.
22. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia. Cuarta edición. Bogotá: Rasgo y Color; 1999.
23. Céspedes J et al. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Revista Salud Pública*. 2000; 2 (2): 145-64.
24. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano 2003. Los objetivos de desarrollo del milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza. Copenhague, Dinamarca: Ediciones Mundi Prensa; 2003.
25. Ochoa R, Villalón M. Mujer, género y SIDA. En: Sarduy C, Alfonso A. Género: salud y cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000, pp. 158-78.
26. Pinilla Y. Mujeres viviendo con VIH. De historias inexploradas a más allá de una historia. Tesis presentada como requisito parcial para optar al grado de magistra en Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2009.
27. Tajer D. Epílogo. En: Sarduy C, Alfonso A. Género: salud y cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000. pp. 293-98.
28. Costa A, Merchán-Hamann E, Tajer D. Saúde equidade e gênero. Um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000.
29. Castro A. Determinantes socio-políticos de la infección por VIH: violencia estructural y culpabilización de la víctima. Conferencia presentada en el 2º. Foro Latinoamericano de VIH/SIDA. La Habana, Cuba, 2003.
30. García J et al. Status of the HIV/AIDS Epidemic and Methods to Monitor It in the Latin America and Caribbean Region. *AIDS*. 2002. 16 (3): S3-S12.
31. Artilles L. Crítica, desde la perspectiva de género, al índice "equidad de la contribución financiera" del informe de la OMS 2000. En: Torres M et al. Memorias del seminario internacional El derecho a la salud y la equidad en los servicios de salud. Bogotá: Antropos; 2001.
32. Organización Colombia Diversa. Alcaldía de Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. Informe de derechos humanos de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en Colombia 2006-2007. 2008. Por una ciudad de derechos: Lineamientos generales de la política pública para la garantía plena de de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas —LGBT— y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital. Bogotá: Alcaldía de Bogotá; 2008.
33. García A. Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo-género: feminismos y experiencias de transexuales y travestis. *Revista Colombiana de Antropología*. 2009; 45 (1). (En prensa).
34. Gita S, Piroška Ö, Asha G. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Stockholm, Sweden; World Health Organization & Karolinska Institutet; 2007.
35. Giroux H. La escuela y la lucha por la ciudadanía. Cuarta edición. México D.F.: Siglo XXI; 2006.

