

Inequidad de género: tecnologías y realidades de la salud en Cuba

Iyamira Hernández Pita
arimayi@ infomed.sld.cu

Introducción.

El contexto socioeconómico constituye el escenario de desarrollo de, los seres humanos. Cuando las condiciones económicas y sociales están marcadas por desigualdades injustas, se expresan en dipolos de poder (superior/inferior)-ricos/pobres, blancos/indios-negros, hombres/mujeres, norte/sur, Occidente/Oriente, público/privado-y condicionan las formas de vivir, pensar, actuar, trabajar, crear valores, enfermar y morir.

La ciencia es un sistema de diferenciación social, desarrollada en la interacción transformadora entre el sujeto humano actuante y la naturaleza; es una construcción social, influenciada por intereses políticos, económicos que determinan los valores de quien o quienes la materializan (Valls L, 2006,p.21); como sistema social no puede abstraerse del entorno; y los productos del conocimiento y la innovación emergerán progresivamente en la medida que se acceda y se controlen equitativamente los diferentes recursos: económicos, información, conocimiento, educación y tiempo.

Los sistemas de salud son igualmente diferenciadores sociales que segmentan poblaciones e incrementan su exposición y vulnerabilidad (WHO, 2005). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto un conjunto de determinantes *estructurantes* que generan estratificación social e inequidades en salud, entre los cuales incluye indicadores tradicionales, como el ingreso y la educación, y reconoce explícitamente a la etnia, el género y la sexualidad, lo que constituye un verdadero avance en contraposición a los enfoques biologicista tradicionales. Como determinantes *intermediarios* se consideran aquellos que determinan diferencias en *exposición* y *vulnerabilidad*, e incluyen: condiciones de vida, disponibilidad de alimentos, conductas poblacionales, y barreras para la adopción de estilos de vida saludables. En este modelo el sistema de salud es entendido como un determinante intermediario, porque el acceso a los servicios de salud constituyen una brecha que se traduce en diferencias en la exposición y vulnerabilidad de las poblaciones, no sólo a nivel de la asistencia médica, sino también en la información, promoción y acciones intersectoriales.

Del mismo modo el género puede ser analizado como sistema categorial de diferenciación social que se estructura sobre las relaciones jerárquicas de poder, determinadas por el nivel de control sobre los recursos. El género en salud se asume acríticamente vinculado sólo a la mujer, o sustituyendo equívocamente el término "sexo", lo que es frecuentemente en informaciones epidemiológicas, estadísticas y bases de datos probablemente por la falta de Operacionalización para su uso práctico y por el insuficiente conocimiento y disponibilidad de indicadores género- sensibles, macroindicadores e indicadores domésticos, sobre todo de estos últimos; consecuentemente está ausente en la captura y análisis de información en los registros continuos de las instituciones de salud, en los sistemas de vigilancia epidemiológica y en la explicitación en políticas y programas de salud.

El condicionamiento de género es la base de la diferenciación del sistema social de género, sustentado en el proceso biocultural determinado por el conjunto de atributos asignados y asumidos según el sexo biológico, que conforman una manera particular de vida y de concepción del mundo o, lo que es lo mismo, una subjetividad diferente para hombres y mujeres. La construcción de una identidad excluyente de lo masculino y lo femenino a partir de la apropiación consciente o inconsciente de un universo de valores, prácticas, lenguas, símbolos y formas de aprehender el mundo, condiciona la reproducción de la cultura como continuidad.

La complejidad de condicionamiento de género está dada por su estructuración socio- ambiental no lineal, construido sobre una cadena de ambientes que entrelazan constituyendo el entramado de la determinación de la vida, y en particular de la salud como objeto de estudio que nos ocupa.

Este conjunto de ambientes incluye el macroentorno cultural e ideológico en que se inscriben los sistemas más generales de Derecho y de políticas en los que se apuntan las escuelas médicas. Éstas se explicitan en un mesoentorno, geográfico e institucional, en sus prácticas (la organización de los servicios de salud y de los diferentes sectores e instituciones que conforman el espacio de reproducción social o espacio territorial, espacios de actuación donde se gestan las inequidades; la pobreza, la segregación, la marginalidad y la exclusión; los conocimientos, las actitudes y prácticas de las personas y de los profesionales de la salud). Todo constituye el sistema que favorece o no las condiciones en que viven las personas, en su microentorno: familia, pareja, trabajo, redes sociales y de las personas *per se* como sujetos de vida que, formados en esos entornos complejos, tienen un terreno biológico, una biografía y un conjunto de capitales (económico, cultural, simbólico y social), de los que todos y todas somos responsables como seres humanos para garantizar un mundo azul que amenaza ser eliminado por los diábolos discriminantes, la inequidad y la ignorancia de los factores reales y no formales que los originan. Se necesitan valores humanos como creer y tener la voluntad de construir, desarrollar y fomentar la justicia social para ese mundo mejor a que todos y todas aspiramos.

El engarce entre los sistemas de ciencia, salud y género constituyen un nudo, ignorado, para el que hace falta la espada que lo corte definitivamente.

Ignorancia de los otros saberes o el conocimiento expropiado.

Un diapolo de inequidad se estructura sobre el desconocimiento o subvaloración de la diversidad de sistemas de conocimiento o culturas. Se obvia la visión holística de la salud humana por el conocimiento farmacológico de sustancias vegetales y animales, por las prácticas curativas que integran la experiencia psicológica, la cosmovisión y lo biofísico a través del uso de alucinógenos^(Bant H, 2001,p.10)

La inequidad se expresa en el rechazo e insuficientes avances al profundizar e integrar los sistemas de conocimientos, absorbiendo culturas en desmedro de prácticas propias. Ejemplo de lo anterior es que hoy día nadie se ha preocupado de la protección de los derechos intelectuales del conocimiento farmacológico indígena, lo que favorece su expropiación por las industrias farmacéuticas y biomédicas.

El insuficiente desconocimiento de la diversidad y la consideración de la validación solamente de los sistemas en un posible reconocimiento formal de iguales, que no se produce, responden a un sistema excluyente que no reconoce que la experiencia social de todo el mundo es más amplia y variada que lo que la filosofía y la ciencia occidentales reconocen, y que esa riqueza es despreciada, por lo cual se requiere dar un salto, proponer un modelo diferente de racionalidad (incluyente) que reconozca que cualquier totalidad está hecha de heterogeneidad y que las partes que la componen tienen vida propia fuera de ella; un sistema que piense en términos de las dicotomía hegemónicas^(Sousa, 2005). Es decir, pensar el sur como si no hubiese norte; pensar en la mujer como si no hubiese hombre; pensar en el esclavo como si no hubiese señor, porque esas dicotomías obligadas cerraron la totalidad de los fragmentos dispersos que no han sido incluidos. Luego hay que proceder a utilizar la sociología de las ausencias para demostrar que lo que no existe, pues se trata de transformar las ausencias en presencia social no socializados (ibíd.)

El diapolo saberes occidentales/orientales- indígenas, biotecnológicos/sanación, los roles específicos médico/ shaman y verticalidad/horizontalidad, en la atención en salud, constituyen engarces muy difíciles de desatar si no se asume una práctica para su comprensión, producción de conocimientos y alternativas para la toma de decisiones.

En el caso de los sistemas de género se ha podido constatar el desarrollo de investigaciones científicas, específicamente ensayos clínicos realizados sólo entre hombres al suponer que los resultados pueden extrapolarse directamente a las mujeres, sustentando en la creencia inclusiva que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres debido a una protección natural, aunque ha sido demostrado que la carga de morbilidad y discapacidad en la sobrevivida es muy alta, lo que se puede traducir en que las mujeres no viven más, sino que se mueren más tarde. Estudios de seguimiento como el Framingham Heart Study, por citar un ejemplo, desarrollado durante más de un cuarto de siglo, han demostrado que los factores de riesgo respecto a la muerte súbita son diferentes para las

mujeres y los hombres (Valls LL, 2006, p.21). Y es que mujeres y hombres no son iguales: existen diferencias entre las características fenotípicas femeninas y masculinas que condicionan diferencias en la respuesta biológica a las variaciones del entorno.

Las mujeres presentan menor masa muscular promedio, menores recursos hemodinámicas, menor volumen cardíaco y de concentración de hemoglobina por litro de sangre, mayor proporción de grasa respecto al músculo y mayor capacidad de regulación neuroendocrina, lo que les confiere ventajas para el control de la agresividad y para la disponibilidad de reservas en períodos de estrés. La configuración neuroendocrina, junto a las demandas de su aparato reproductor, condicionan la sobrecarga premenstrual, las disfunciones menstruales y la labilidad cardiovascular y psicoendocrina (Breilh, 1996, p. 91; Valls L, Borrás y Fuentes, 1999, p. 3). Por tanto, no somos iguales somos diferentes.

Investigaciones con análisis multivariantes en Cuba, como Psiquiatrización del Climaterio por (Artiles Visbal, Navarro Despaigne y Manzano Ovies, 2007) sobre las conductas de los hombres ante determinados comportamientos de prevención y cuidado para la salud son restrictivas a partir de la construcción masculina de desvalorización de la atención a la salud como signos de debilidad, han demostrado que no se puede obviar la diversidad; desde las ciencias de la salud, en la investigación y en la práctica médica los hombres no son iguales a las mujeres; por tanto, hay que rescatar la producción de conocimientos y su tratamiento para que los sistemas de salud sean realmente equitativos. Estudios realizados por (Tájer 2000), han puesto en evidencia que la identidad de género masculina tradicional expone más a los sujetos varones que a las mujeres al riesgo.

Otros temas, como la violencia basada en el género han estado carentes de análisis como problema de salud, producto a la falta de reconocimiento explícito lo cual ha constituido un obstáculo para su detección y atención, es por ello, que el tratamiento dado por las instituciones jurídicas, policiales, educativas, de salud y las vinculadas directa o indirectamente a este problema universal deben dar respuesta real (y no formal) definitiva con acciones efectivas.

Profesiones como el trabajo social, la medicina, las ciencias jurídicas desde un trabajo trans-diciplinar pueden convertirse en operacionalizadores de las políticas sociales en pos de dar un tratamiento más personalizado a las problemáticas consideradas como problema de salud favoreciendo su detección y atención con un enfoque equitativo en materia de diversidad.

Ahora bien qué obstaculiza el abordaje desde este enfoque en nuestro contexto.

La insuficiente producción de conocimientos en este ámbito y, lo que es peor, lo poco incluido en las prácticas y políticas no sólo de los organismos de salud, sino de los vinculados a la toma de decisiones, con el fin de dar respuesta a tan infausto problema, constituyen parte de la inequidad en el derecho a la salud, básicamente de las mujeres, y parte de las violaciones a los derechos humanos y

las desigualdades que conducen a las inequidades sanitarias que fragilizan y afectan las situaciones de salud y de vida que son completamente evitables e injustas (Artiles, L. 2009. P.18)

Analizar la violencia como problema de salud de las mujeres permite develar que el fenómeno afecta, no solo la percepción de salud de quien sufre los malos tratos en cuanto a “sí misma”, sino que alcanza el cómo se percibe en su entorno, su inserción y participación en la vida social, en su familia, su comunidad y en las instituciones en las que interactúa en la vida cotidiana.

Considerar e instrumentar la perspectiva de género como una herramienta de análisis y de instrumentación en las políticas públicas en salud, constituye un desafío para la lucha por la salud como derecho ciudadano y bien público. Resulta un deber la instalación perentoria de capacidades para su instrumentación en los diferentes ámbitos de la salud con el fin de que se convierta en la espada necesaria para cortar el nudo gordiano de la inequidad de género en salud. (Artiles, L. 2009, p.20)

Por definición, la salud pública no se ocupa de los pacientes a título individual. Su interés se centra en tratar las enfermedades, afecciones y problemas que afectan a la salud, y pretende proporcionar el máximo beneficio para el mayor número posible de personas. Esto no significa que la salud pública haga a un lado la atención de los individuos. Más bien, la inquietud estriba en prevenir los problemas de salud y ampliar y mejorar la atención y la seguridad de todas las poblaciones.

El enfoque de salud pública a cualquier problema es interdisciplinario y se basa en datos científicos. Extrae conocimientos de muchas disciplinas, entre ellas la medicina, la epidemiología, la sociología, la psicología, la criminología, la pedagogía y la economía. Esto le ha permitido al campo de la salud pública ser innovador y receptivo con respecto a una amplia variedad de enfermedades, padecimientos y lesiones en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud(OMS) ha descrito un conjunto de determinantes estructurales que generan estratificación social e inequidades en salud, entre los cuales incluye indicadores tradicionales, como el ingreso y la educación, y reconoce explícitamente a la etnia, el género y la sexualidad, lo que constituye un verdadero avance en contraposición a los enfoques biologicistas tradicionales. Como determinantes intermediarias se consideran aquellas que establecen diferencias en la exposición y vulnerabilidad, e incluyen: condiciones de vida, disponibilidad de alimentos, conductas poblacionales, y barreras para la adaptación de estilos de vida saludables. En este modelo el sistema de salud es entendido como un determinante intermediario, porque el acceso a los servicios de salud constituye una brecha que se traduce en diferencias en la exposición y vulnerabilidad de las poblaciones, no solo a nivel de la asistencia médica, sino también en la información, promoción y acciones intersectoriales. (Artiles, L. 2010, p.20)

Del mismo modo el género puede ser analizado como un sistema categorial de diferenciación social que se estructura sobre relaciones jerárquicas de poder, determinadas por el nivel de control sobre los recursos. El género en salud se asume acríticamente vinculado sólo a la mujer, o sustituyendo equívocamente al término “sexo”, lo que es frecuente en informaciones epidemiológicas, estadísticas y bases de datos probablemente por la falta de operacionalización para su uso práctico y por el insuficiente conocimiento y disponibilidad de indicadores domésticos, sobre todo de estos últimos; consecuentemente está ausente en la captura y análisis de información en los registros continuos de las instituciones de salud, en los sistemas de vigilancia epidemiológica y en la explicitación en políticas y programas de salud. (Artiles, L. 2009., p.20)

Según el estudio a fondo del secretario general sobre la violencia contra la mujer (9 de Octubre 2006)

Las mujeres que son objeto de violencia tienen más probabilidades de sufrir problemas físicos, mentales y de salud reproductiva. Son lesiones físicas las fracturas de huesos y las enfermedades crónicas. Las consecuencias para la salud reproductiva abarcan trastornos ginecológicos, infecciones de transmisión sexual, embarazos indeseados y problemas con el parto.

La violencia en el hogar y la violación representan el 5% del total de problemas de salud entre las mujeres de 15 a 44 años de edad en países en desarrollo y 19% en países desarrollados. La violencia crea mayores riesgos para la mujer de tener una mala salud física y reproductiva, además las mujeres maltratadas tienen una mala salud mental y un funcionamiento social menos acertado.

La depresión es una de las consecuencias más comunes de la violencia sexual y física contra la mujer. Hay muchas más probabilidades de que las mujeres objeto de violencia hagan uso indebido del alcohol y las drogas e informen de disfunción sexual, intentos de suicidio, estrés postraumático y trastornos del sistema nervioso central.

En el año 2007 según estudio realizado en la provincia de Cienfuegos, existieron aproximadamente 700 denuncias de mujeres hacia sus parejas o ex parejas, en este último caso, con mayor frecuencia a la Policía Nacional Revolucionaria del Municipio. Las tipologías de las denuncias, que se presentaron con mayor frecuencia fueron: las amenazas (275 casos), lesionadas (190 mujeres), violentadas en su domicilio (43 mujeres), dañadas (22 mujeres), ejercicio arbitrario de derecho (50 casos) y otras denuncias en 75 casos. Si además tenemos en cuenta que, en los años del 2000 al 2007, se produjeron 26 homicidios intencionados por su pareja, 116 mujeres sufrieron lesiones graves, de ellas 79 con secuelas graves y 37 con lesiones graves con peligro para la vida, estamos en presencia de eventos de gran tensión, de pánico en vista de lo que le sucede, que merecen condicionar entornos de mayor apoyo, que amortigüen las consecuencias, mortales y no mortales. (López, L; 2009, p-7)

Por todo lo antes expuesto, creemos que la violencia contra las mujeres es un serio problema que afecta la salud, el bienestar y la calidad de vida. Sus consecuencias son devastadoras, llegando a ser mortales. En consecuencia, deben crearse entornos de mayor apoyo institucional que protejan a las mujeres, que prevengan nuevas situaciones de maltrato y que contribuyan a su sanación. Es urgente contar con servicios oportunos, efectivos y de calidad, desde donde podamos obtener tantos conocimientos básicos como sea posible acerca de todos los aspectos de la violencia, mediante la recopilación sistemática de datos sobre la magnitud, el alcance, las características y las consecuencias de la violencia a nivel local, nacional e internacional, llevar a cabo estudios para determinar, las causas y los factores correlativos de la violencia, los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de violencia, los factores que podrían modificarse mediante intervenciones, búsqueda de posibles formas de promoción y prevención.

Ignorancia de la otra sexualidad, diferencia con desigualdad.

Un enorme vacío en la producción de conocimientos alrededor de la salud de las mujeres, provocada por esa uniformidad de los patrones hegemónicos de lo masculino y de lo heterosexual como paradigma cultural establecido, aceptado y asumido, normado y vivenciado en la cotidianidad, se ubica en los temas referidos al lesbianismo en todos los órdenes y, en especial, el que se refiere a la salud de las mujeres lesbianas, lo que constituye otra parte de la inequidad en salud (Alfonso, A, 2002, p.6).

Estamos convencidas de que existe:

- Falta de sensibilidad por estos temas en la formación académica y en la investigación científica, con una visión que no alcanza a colocar la salud como resultado de la capacidad de solución a las necesidades diferentes de determinados sujetos de salud;
- La necesidad de considerar a dichos sujetos como sujetos sexuados capaces de elegir libremente con quién o quienes desean vivir su sexualidad y compartir su experiencia erótica;
- La necesidad de entender la salud como derecho humano de las personas; por tanto, el disfrute de la sexualidad y el respeto por la orientación sexual requieren visualizarse en su interrelación con la salud y con el derecho de las mismas a la salud;
- Carencia de sensibilidad ante el derecho de las mujeres lesbianas a una atención médica de calidad, que sólo puede comenzar a lograrse en la medida en que seamos capaces de mover los resortes de prácticas afincadas en evidencias que no consideran la diversidad sexual ni los riesgos de una elección sexual diferente al sexo oficial.

La globalización como engarce del nudo

Los impactos de la globalización constituyen una malla que enreda los engarces del nudo entre los sistemas de ciencia, salud y género, en tanto que la producción de conocimiento en esta dirección es prácticamente inexistente.

Los efectos de la globalización como fenómeno ligado al consumismo ilimitado conducen a crear necesidades desbordadas en las mujeres, que afecta su salud mental. El consumismo se está legitimando como una cultura de poder, en la cual la posesión de mercancías se convierte en un satisfactor fundamental (Arango P, 2007, p.17).

La insuficiente producción de resultados de investigaciones y de publicaciones científicas que devalen cómo publicitaria y *light*, promovida por los medios de comunicación, ha conducido a afectar la salud de las mujeres, quienes, por medio de dietas no saludables, cirugías estéticas y/o conductas anoréxicas o bulímicas, arriesgan severamente su salud.

La formación de recursos humanos como base de este nudo gardiano.

En nuestras escuelas de ciencias médicas y sus carreras a fines como Trabajo Social de la Salud, predomina un modelo de formación médico hegemónico, por lo cual aún pervive el modelo asistencialista en las prácticas de estos profesionales, que se caracteriza por:

- Predominio de la concepción médica como ciencia biológica
- Enfoque curativo
- Medicalización de los procesos
- Paciente como objeto
- Práctica médica tecnologizada
- Relación vertical de poder,

En contraposición con un *modelo médico social*, en el cual predomina:

- La concepción de la medicina como arte que se integra a la biología.
- La población como objeto de atención
- Trato al paciente como “individuo-persona”
- Humanizar y desmedicalizar los procesos
- Hacer horizontal la relación profesional de la salud- paciente (Artiles, L, 2004).

Estas formas prevalentes de formación se expresan en los sistemas de prestación institucional mayoritariamente:

(.....) La salud aun se rige por ciencias abstractas que desconocen las diferencias individuales y contextuales y prescinden de factores sociales, culturales y situaciones específicos de las poblaciones involucradas. La salud parece ser vista desde la perspectiva de cómo funciona el cuerpo o la mente y no desde la perspectiva de cómo funciona la sociedad (González y Sánchez, 2000, p.25).

De esta manera, según la historia de las últimas décadas, se ha demostrado que la introducción de la perspectiva de género como elemento socializador en la formación de recursos humanos y en los productos básicos de los sistemas académicos, que incluyen la docencia, la extensión universitaria y la investigación, ha sido escasa. En una investigación presentada por la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), EN LA Conferencia Internacional sobre Investigaciones en Salud para el Desarrollo, celebrada en Bangkok en el año 2000:

- La inclusión de la perspectiva de género en el ámbito de la salud en las últimas décadas en América Latina, ha correspondido a un proceso no sistemático de investigadores, principalmente mujeres, que pertenecen predominantes a organizaciones no gubernamentales y, en menor medida, a programas y centros universitarios.
- No ha existido una estrategia que oriente a una investigación en salud para el desarrollo con enfoque de género, que conduzca a una agenda de investigaciones que incorpore el enfoque de género y en la que no existan criterios para la asignación de recursos.
- Resistencia a otorgar estatus científico a los estudios de género, considerándolos de baja calidad y poco rigor metodológico, a partir del posicionamiento de las llamadas ciencias duras en la salud
- La investigación en salud con perspectiva de género se realiza principalmente en las ciencias sociales con bajos niveles de interdisciplinariedad con las ciencias biomédicas y con bajos niveles de interlocución o diálogo con los investigadores de las ciencias médicas.
- Inexistencia de agendas por parte de los Estados, de estrategias para promover la investigación con esta perspectiva.

En resumen, falta mucho por andar para poder formar el capital humano de los recursos humanos que incorpore en sus acciones, estrategias y políticas un modelo médico generalizado. Resulta necesario que:

- Las acciones preventivas y educativas se diseñen, planifiquen, ejecuten y evalúen sobre la plataforma de los patrones culturales y comportamientos sociales para los sexos en una sociedad determinada;
- El objeto de estudio lo constituya la población según el sexo;
- El método de estudio sea la epidemiología de las diferencias;
- La formación incluya una visión humanística en la que predomine la concepción de la medicina como arte, y se integren las condiciones subjetivas que afectan diferencialmente a las mujeres y hombres;
- Se promueva el predominio del enfoque preventivo centrado en la salud y el bienestar sustentado en la equidad entre los sexos;
- Se considere al individuo –persona generizado
- En la integración de lo biológico y social, se incorpore el condicionamiento el condicionamiento y la perspectiva de género;
- Se naturalicen los procesos desde el reconocimiento de las diferencias;
- Se humanice la práctica médica en una dimensión holística;

- Se involucre en el acto diagnóstico, la orientación y toma de decisiones al paciente según sexo y género;
- Se mida la eficiencia del servicio en función de la satisfacción de las necesidades de la población según el sexo.

Resulta necesario trazar estrategias que permitan incorporar la perspectiva de género en la formación académica de pregrado y postgrado, en la investigación científica y en la extensión universitaria, a partir de la capacitación de los sectores sociales desde los ámbitos académicos, como vía de una mayor integración universidad – sociedad.

Por todo lo anteriormente expuesto podemos concluir que resulta importante considerar e instrumentar la perspectiva de género como herramienta de análisis y de instrumentación en las políticas públicas en salud, constituye un desafío para la lucha por la salud como derecho ciudadano y bien público. Resulta un deber la instalación perentoria de capacidades para su instrumentación en los diferentes ámbitos de la salud con el fin de que se convierta en la espada necesaria para cortar el nudo en el que se teje la inequidad de género en salud.

Bibliografía.

Alfonso, A. La salud de las lesbianas. Algunas palabras de lo invisible. Salud, año 1, no. 12, segunda quincena, septiembre; 2002, p.6

Arango P, A. C. La salud de las lesbianas. Algunas palabras de lo invisible. Saluco, año 1 no. 12, segunda quincena, septiembre, 2002, p.17

Artiles, L. Desafíos para el Caribe a 10 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, Egipto. Revista Panamericana de Salud Pública. 2004, p.18-20

Artiles, L. El nudo Gordiano de la inequidad de género: Tecnologías y realidades de la salud. En. Revista Sexología y Sociedad, Año 15, No.41. Diciembre del 2009.

Artiles, L. y Alfonso, A. Construcción de un instrumento auto administrado para la detección de la violencia contra las mujeres en el ámbito comunitario. Soporte digital; 2010 p.12

Artiles, L, D. Navarro y B Manzano. Climaterio y menopausia: enfoque desde lo social. Editorial de Ciencias y Técnica, Ciudad de La Habana, 2007, p.4.

Bant Haver, A. (2001). Salud, cultura y género: ¿cómo mejorar la salud sexual y reproductiva en un país multicultural? Adaptación de la introducción del documento de trabajo “La salud sexual y reproductiva en Ucayalí y San Martín, escrito con Angélica Motta y publicado por Reprosalud y Manuela Ramos. En

<http://español.iwhc.org/recursos/saludculturagenero.crim>(consultado: 19 de septiembre, 2005, p.10

Breilh, J. Género, poder y salud. Aportes críticos a la construcción (intergenérica) de una sociedad sin subordinaciones. En el Género entrefuegos: inequidad y esperanza. Ediciones CEAS. Quito. Ecuador, 1996, p.3

González, A. C. y M. Sánchez .La investigación en salud para el desarrollo y el enfoque género: una contribución necesaria para la equidad en salud. Red de la Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC); 2000, p.25

López. M. L. Guía Metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas de Cienfuegos. ISSN: 1727-897X. Medisus 2009; 7(5), p.7

Tájer, D. (2000). Género y construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes. VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas en Salud, La Habana, 3 al 7 de julio 2000.

Valls LL, C. (2006). Desigualdades de género en salud pública. En: <http://www.caps.pangea.org/quadern/30/5valls.pdf>.p.21

_____ (2006a) La invisibilidad de las mujeres para la ciencia. Invisibilidad de sus cuerpos. En mujeres invisibles. Cap. 2. Plaza & Janés.p.21

World Health Organization (WHO) (2005). Commission on Social Determinants of Health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health (draft).5 de mayo