

Resúmenes

-
- 1.** Acevedo D. Género y flexibilización del trabajo: nuevas formas de inserción de la mujer al trabajo. ¿Cómo repercuten en el análisis y prácticas de la salud ocupacional? Relatoria Oficina Trabajo: Género y Salud Colectiva, 1997;28-31.
BMN

Las medidas de ajuste introducidas en países de América Latina para enfrentar la crisis económica de los últimos 20 años ha tenido como una de sus exposiciones la flexibilización del trabajo. Es de gran interés desarrollar algunos rasgos de la organización del trabajo que se han extendido como consecuencia de la flexibilización y su relación con la salud de los trabajadores, desde una perspectiva del Género. Reflexiones acerca de los cambios que deben introducirse en la Salud Ocupacional a partir de estos hechos son considerados en este estudio.

-
- 2.** Antrobus P. Enfoque de género en los sistemas de atención de salud: el caso del Caribe. Género Mujer Salud, 1993;(541):19-24.
BMN

El presente documento se concentró en el contexto y los factores económicos, sociales, culturales y políticos que afectan la salud de la mujer y su función en el sector de salud. Después de examinar el contexto y de tratar de conceptualizar de nuevo el tema de la mujer, la salud y el desarrollo, se exploró otro enfoque de la atención de salud en el Caribe, arraigado en la realidad cultural, social, económica y política de las economías, los gobiernos y las mujeres del Caribe de hoy.

-
- 3.** Barnett B. Planificación familiar después del aborto. Network (en español) 1997;17(4);26-9.
BMN

En las mujeres que han abortado, la fertilidad regresa rápidamente (al cabo de 14 días solamente). Por consiguiente, es importante que los proveedores de servicios de salud presenten oportunamente servicios de planificación familiar en el posparto para que puedan prevenir un embarazo posterior no planificado. La planificación familiar es uno de los elementos clave de la atención de calidad en el posparto, según un informe de expertos internacionales de atención de salud que se reunieron en Bellagio, Italia. Entre otros componen-

tes de la atención, figuran el tratamiento de emergencia para el aborto en condiciones de riesgo y sus complicaciones, el cual puede reducir la mortalidad y morbilidad maternas; y los vínculos entre la atención de emergencia y los servicios integrados de salud de la reproducción, que pueden mejorar la salud general de la mujer. La doctora Khama Rogo, presidenta de la Asociación Médica de Kenia y experta en atención de posparto, quien asistió a la reunión de Bellagio, dice: “aparte del tratamiento médico para la situación de emergencia inmediata, los proveedores deben decir a la mujer cómo evitar que se repita ese problema. Eso es lo más importante de todo. Deben decirle que existe una forma de evitar el embarazo no deseado”. Meena Cabral, funcionaria de programas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que, como mínimo, los proveedores deben informar a las mujeres que la fertilidad regresa rápidamente, y agrega: “se le debe decir que existe una variedad de métodos anticonceptivos que se ajustan a sus distintas circunstancias y necesidades. Si el servicio de salud no puede proporcionar esos métodos es ese lugar, los trabajadores de salud deben informar a las mujeres dónde pueden obtenerlos. Los servicios de planificación familiar para los pacientes en el posaborto pueden contribuir a prevenir embarazos futuros no deseados y abortos en condiciones de riesgo, lo cual, a su vez, puede reducir las muertes maternas. La OMS calcula que, cada año, 20 millones de mujeres se someten anualmente a abortos en condiciones de riesgo, lo cual causa 70, 000 muertes y millares de problemas de salud debidos a complicaciones, entre los cuales figuran las infecciones y la infertilidad. Aproximadamente el 13 % de las muertes maternas en el mundo se deben a abortos en condiciones de riesgo, aunque la cifra puede llegar hasta el 60 % en algunos países. Las tasas más elevadas de aborto en condiciones de riesgo se registran en América Latina, Rusia y África. Con todo, a pesar de las recomendaciones de que se ofrezca planificación familiar a las pacientes en el posaborto, con frecuencia no existen servicios ni asesoramiento.

-
4. Checa S. La salud reproductiva desde la perspectiva de los profesionales de servicios públicos de salud. Relatoria Oficina Trabajo: Género y Salud Colectiva 1997;34-7.
BMN
-

El objetivo de esta investigación se centró en el análisis y la práctica médica de los profesionales de servicios públicos de salud que atienden la salud reproductiva de las mujeres durante su etapa fértil. El marco teórico estableció un conjunto de ejes con el fin de permitir un acercamiento al objeto de estudio: la salud sexual y reproductiva, muy vinculados a los derechos reproductivos; la conceptualización de género y un conjunto de consideraciones acerca de la práctica médica inscripta en un modelo dominante de carácter patriarcal, curativo-asistencial y generalmente excluyente en lo social. Desde el punto de vista metodológico el criterio se consideró más adecuado para penetrar en el conocimiento, la ideología, representaciones y la práctica, fue de carácter cualitativo a través de la aplicación de técnicas de entrevistas en profundidad a profesionales de servicios de obstetricia, ginecología y planificación familiar en una muestra de hospitales públicos pertenecientes al gobierno de la ciudad de Buenos Aires.

-
- 5.** Climent GI, Arias DB. Reflexiones acerca de las imágenes de género y la maternidad adolescente. Relatoria Oficina Trabajo: Género y Salud Colectiva 1997;38-41.
BMN
-

Se relacionaron las imágenes de género con el proyecto de vida de las adolescentes embarazadas. Se basó en una investigación en la que se aplicó una encuesta psicosocial a 250 mujeres de hasta 18 años de edad, quienes asistieron a consulta por el embarazo en un hospital materno infantil. Los datos muestran que éstas pertenecen a los sectores urbanos, en su mayoría con estudios básicos. El 88 % no trabaja, el 90 % no estudia y el 95 % no participa en instituciones, hallándose en una situación de aislamiento social. En su imaginario prevalecen imágenes de género tradicionales que privilegian el rol-mujer-madre-ama de casa dependiente económicamente del marido; luego, los proyectos de vida se ven empobrecidos, quedando reducida a la maternidad y el matrimonio, considerado como algo natural que inexorablemente tiene que ocurrir.

- 6.** Colombo G . Vida cotidiana: modelos médicos y políticas sociales. Relatoria Oficina Trabajo : Género y Salud Colectiva 1997;6-11.
BMN
-

El punto de vista que se presentó incluye un nivel de análisis microsocio: las mujeres y su vínculo con el médico en el ámbito de su cotidianidad y un nivel macrosocio: el Estado y las políticas sociales. Con respecto al primer eje señalado se describe un modelo hegemónico y un modelo alternativo desde la perspectiva de Género. La consideración del Género en el análisis epidemiológico junto con otras variables de naturaleza socio-cultural constituyen un marco de referencia alternativo para la explicación del proceso de salud-enfermedad. El segundo eje de análisis mencionado se refiere al proceso de elaboración de las políticas sociales. Se considera la necesidad de incorporar al debate público el conocimiento generado al interior de la organización de mujeres y su aporte para la elaboración de un diseño de políticas sociales, desde la perspectiva de Género y Vida Cotidiana.

- 7.** Duval Pérez M. La desigualdad social y económica de la mujer y su relación con la salud. Relatoria Oficina Trabajo: Género y Salud Colectiva 1997;58-60.
-

Se presentaron datos parciales de un estudio más amplio que evalúa la desigualdad social y económica intra e inter género en la República Dominicana se utilizó como base la Encuesta Demográfica y de Salud realizada en 1996. Se propuso la categoría de género y su articulación con la de la salud como herramienta analítica clave para comprender los procesos de salud-enfermedad de la mujer. Se discuten las consecuencias de la desigualdad de género como la pobreza, morbilidad y mortalidad materna, calidad de vida y violencia contra la mujer y la niña a la luz de la información recogida en el estudio citado.

-
- 8.** Cerruti Busso S. Salud y sexualidad desde una perspectiva de género. *Género Mujer Salud* 1993;(541) :124-9.
BMN
-

¿Constituye la sexualidad humana un problema de salud? ¿Influye en el modo y la calidad de vida de las personas? ¿Puede la pertenencia a uno u otro sexo y lo que ello apareja para cada ser humano constituir una situación de riesgo específico para la salud, más allá del vínculo al proceso reproductivo? En caso afirmativo, ¿qué causas han determinado la marginación de los aspectos relativos con la sexualidad humana del ámbito de los programas de salud? ¿qué elementos debieran tenerse en cuenta para su incorporación en el contexto de la salud integral de las personas? A partir de estas interrogantes se intentó reflexionar acerca de algunos aspectos soslayados por el enfoque biomédico tradicional de la salud, y se particularizó en la problemática de la salud de la mujer.

- 9.** Eisenstat SA, Bancroft L. Violencia en el hogar. *N Engl J Med* 1999; 341 (12):826-92.
BMN
-

El abuso o golpiza en el hogar, es un patrón de coerción psicológica, económica y sexual de un compañero en una relación con el otro que se caracteriza por ataques físicos o amenazas creíbles de daño corporal. La golpiza se puede ver como una serie de comportamientos aprendidos y de control y actitudes de derecho que están respaldadas culturalmente y producen una relación de trampa. Muchos de los que propinan golpizas no tienen una condición de salud mental diagnosticable ni una historia criminal. Los blancos del abuso son usualmente una mujer y sus hijos, y puede demorar años para la mujer librarse de la relación, durante cuyo tiempo el grado de abuso aumenta y el proceso de escape se vuelve más peligroso. Más del 90 % de los casos son mujeres maltratadas por hombres, siendo estas más propensas a soportar lesiones físicas. La violencia en el hogar también puede ser un problema de relaciones del mismo sexo, y existen casos raros de hombres golpeados por mujeres. Ni las víctimas ni los que golpean se ajustan a una personalidad distinta o perfil socioeconómico. Además de estar en riesgo incrementado de lesión física o muerte, las víctimas de violencia en el hogar también están en riesgo de complicaciones del embarazo y el parto; problemas ginecológicos; enfermedades de transmisión sexual e infección por virus de inmunodeficiencia humana, trastorno somático crónico, exacerbación de condiciones médicas crónicas; el no cumplimiento del tratamiento médico; depresión trastornos de ansiedad y suicidio, trastornos alimentarios, alcoholismo y drogadicción. Todas estas condiciones, a su vez conducen al uso incrementado de servicios y recursos médicos. Durante los ataques a sus madres, los hijos están en riesgo de lesión ellos mismos, ya sea deliberada o incidental. Ellos también pueden tener trauma emocional y problemas de conducta como resultado de ser testigos del abuso. Ellos tienen tasas más altas que las promedio de drogadicción, problemas en la escuela, conducta violenta y agresiva, trastornos del sueño, enuresis y trastornos somáticos crónicos.

-
- 10.** Garduño Andrade M de los A. La salud laboral de varones y mujeres una visión de Género. Relatoria Oficina Trabajo: Género y Salud Colectiva 1997;20-3.
BMN
-

La discusión planteada sobre el uso de la categoría de género y de los diversos niveles de análisis muestra la necesidad de superar los fundamentos, aparentemente científicos, de una interpretación biologizada de la vida humana. Con el fin de fundamentar hipótesis sobre esas situaciones se explotó información en el municipio de Naucalpan (1989). La primera confirmación de las hipótesis es que persistió segregación. La segunda es que hay más frecuencia de eventos patológicos entre las mujeres. En tercer lugar la información mostró que el 60 % de las incapacidades masculinas se debieron a accidentes, lo que puede deberse a que las labores se identifican como masculinas. Estos y otros aspectos son más claros desde la aplicación de la categoría de género. Se supera así la visión tradicional respecto a que las diferencias corporales explican los perfiles diferenciales de daños laborales, permitiendo mirar el complejo proceso, resultado de la división del trabajo y por tanto de la desigualdad en un sistema social de géneros.

- 11.** Guibert Reyes W. Prendes Labrada MC, González Pérez R, Vladés Péres EM. Influencia en la salud del rol de género. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(1):7-13.
BMN
-

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para determinar las diferencias de género en cuanto a características biosociales, roles productivos, reproductivo, comunitario y aspectos que afectan la salud. La muestra fue de 150 hombres y mujeres, con relación matrimonial entre sí, a los cuales se les aplicó una encuesta. Los principales resultados arrojaron que el 39,3 % de las mujeres estaban sin ocupación laboral; los hombres tenían mayor ingreso salarial, satisfacción laboral, posibilidades de superación; las mujeres ejecutaban generalmente las labores domésticas y la planificación de la economía familiar; así como participaban en mayor medida que los hombres en actividades religiosas; y eran víctimas de maltratos físicos, psicológicos o sexuales con mayor frecuencia. Se concluyó que en el rol reproductivo hubo iniquidad de género desfavorable al sexo femenino; en el rol productivo hubo iniquidad de género favorable a los masculinos; en el rol de gestión comunitario hubo predominio de equidad genérica y la mujer tuvo un número mayor de variables que afectan su salud.

- 12.** Heller J. Violencia y salud reproductiva. Salud Mundial 1998;51(5):13-4.
-

La violencia contra las mujeres es una epidemia mundial, según un informe publicado por el Instituto Panos, organismo de desarrollo internacional con sede en Londres. En cualquier parte, las mujeres corren más peligro por causa de sus parejas, padres, vecinos o colegas que de extraños. Y los agresores proceden de todos los estratos sociales y nacionalidades. Pese a ser ostensible, la violencia doméstica contra la mujer no se declaró violación

de los derechos humanos hasta 1993, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. A lo largo de 1998 y hasta el 10 de diciembre, fecha del 50 aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos, la violencia contra la mujer había sido objeto de un intenso debate internacional. La violencia contra la mujer adopta muchas formas y puede ocurrir a lo largo de la vida de una mujer, incluso antes de que haya nacido. Ningún país es inmune a este problema fundamental. En algunos países, las embarazadas, sobre las que se ejerce presión para que tengan hijos varones, suelen abortar los fetos de sexo femenino. En otros, las parteras que van a atender un nacimiento llevan un balde con agua, en caso de que el recién nacido sea una niña. En el Reino Unido, todos los años una mujer de cada 10 es fuertemente golpeada por su pareja. Cada año, 10 000 muchachas nepalíes son vendidas para ejercer la prostitución en la India vecina. En virtud de la ley de Pakistán, la mujer que da cuenta de una violación sin poder probar el delito puede ser encarcelada por adulterio. Todos los años millones de muchachas son objetos de mutilación genital, práctica peligrosa y dolorosa que puede producir un estado de choque, infección o la muerte. La violación de mujeres y muchachas se ha utilizado como arma de guerra en recientes conflictos en África Central y los Balcanes. La violencia basada en el género está estrechamente ligada a la sexualidad femenina, la fidelidad, el embarazo y la procreación. Es esto lo que la convierte en un problema de salud reproductiva, lo mismo que en un problema físico y emocional. Las investigaciones revelan que el abuso físico y sexual pueden ser factores importantes en los embarazos de adolescentes y en el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluida el VIH/SIDA. La violencia también puede ser causa de embarazos involuntarios, complicaciones de la gestación y abortos, así como de la insuficiencia ponderal del recién nacido y la defunción de la madre. Pese a que la mujer es más vulnerable durante el embarazo, según revelan muchos estudios, las agresiones contra las mujeres aumentan efectivamente durante y después de ese período, o durante discusiones acerca de la planificación de la familia. Esto puede ser un factor de aborto, adelanto del parto, o nacimiento de un bebé prematuro o con insuficiencia ponderal. Estudios realizados en los EE.UU. indican que el 25 % de las mujeres golpeadas sufren la agresión durante el embarazo. Y un estudio realizado en Santiago de Chile mostró que 2 de cada 5 mujeres golpeadas eran objeto de mayores sevicias mientras estaban embarazadas, conclusión ésta que contradice rotundamente el mito de que en Chile la maternidad es un tiempo de especial atención y protección, según la psicóloga *Soledad Larraín* quien realizó la investigación. La violencia psicológica, al igual que la física, puede afectar el buen fin del embarazo. Si el estrés y el trauma de vivir en un vecindario violento pueden originar complicaciones del embarazo, dice *Lori Heise* del Center for Gender and Health Equity de Washington DC, es razonable suponer que vivir en el infierno privado de una relación violenta también podría hacerlo. La violencia doméstica tiene, un terrible costo por lo que respecta al placer sexual y la autoestima de la mujer. Peor que el dolor físico es el sufrimiento moral que provoca el verse obligada a mantener relaciones sexuales.

13. Heyzer N. Un mundo libre de violencia contra la mujer. Biblioteca Médica Nacional (Referencia).

El costo humano, social y económico de la violencia de género es incalculable. Trasciende los límites de la nacionalidad, la cultura, la religión y la posición socioeconómica. La violencia

contra la mujer y las niñas, en sus diferentes manifestaciones, se convierte en una lacra para la sociedad por sus consecuencias perjudiciales para la salud física y emocional de ellas, su pérdida de autoestima, y como una de sus principales causas de muerte ya sea por su asesinato y suicidio. Afecta la capacidad de más de la mitad de la población del mundo, e impide que las mujeres puedan participar libre y plenamente en el proceso de desarrollo; la violencia contra las mujeres y las niñas conlleva exorbitantes costos sociales y económicos que aún no se contabilizan completa ni exactamente. UNIFEM está comprometida en ayuda a forjar la voluntad necesaria para ejecutar programas y políticas orientadas a permitir que toda mujer posea el poder y la libertad necesarios para llevar una vida libre de violencia, en la cual sus derechos humanos puedan ejercerse plenamente. La Campaña en América Latina y el Caribe; “Una vida sin violencia, un derecho nuestro”, actúa para alcanzar esta voluntad política. Mediante toda la amplia gama de los medios de comunicación y las actividades de penetración especial que educan al pueblo sobre las causas y consecuencias de la violencia de género, esta campaña está preparando el terreno para sembrar las soluciones programáticas y de políticas que echarán sus raíces profundamente con el requerido impacto para eliminar esta pandemia. Ahora que se celebra el Cincuentenario de la Declaración Universal de Derechos Humanos el 10 de diciembre de 1998, también se celebra los resultados de esta campaña, que ha reunido a organismos de las Naciones Unidas, a las principales ONG nacionales y regionales a 19 gobiernos y numerosos grupos de base comunitaria. Esta carpeta informativa es muestra de la variedad de actividades innovadoras que se realizan en toda la región desde el inicio de la campaña el 8 de marzo de 1998. Ya se aprecian los resultados en forma del desarrollo de un módulo innovador de capacitación para la Policía y la formulación de un protocolo para la cooperación con los centros para las mujeres en crisis del Caribe, cuya aplicación se espera que mejore la respuesta y el trato en los casos de violencia contra las mujeres. En Brasil, los organismos de la ONU, en una alianza con el gobierno y la sociedad civil, han lanzado un Pacto Intrafamiliar para la No Violencia, que inicia un nuevo compromiso nacional para eliminar la violencia contra la mujer. Además 1 500 radioemisoras comunitarias han difundido cuñas sobre el problema de la violencia contra la mujer en cinco idiomas, incluyendo 2 de los idiomas de las poblaciones indígenas de la región. Quizás, el logro más importante de esta campaña fue su réplica, en forma de nuevas campañas intergerenciales que se lanzaron recientemente en África, Asia y el Pacífico. Una campaña adicional está planificada para Europa Central y Oriental y para la Comunidad de Estados Independientes. La Plataforma para la Acción de Beijing, adoptada en la Cuarta Conferencia sobre la mujer en Beijing (1995) permite medir el avance logrado en la prevención y eliminación de la violencia contra la mujer, a través de acciones concretas emprendidas a todo nivel. La campaña “Una vida sin violencia, un derecho nuestro” da vida a las ideas expresadas en este histórico documento y afirma la esperanza que un futuro libre de violencia contra la mujer deje ser un sueño distante, y se transforme en una realidad cercana.

-
- 14.** Huggins Castañeda M. Promoción de las mujeres a través del derecho a la salud. Problemas en torno al derecho a la salud desde la perspectiva de género. Relatoria Oficina Trabajo; Género y Salud Colectiva 1997;54-7.
BMN
-

La perspectiva de género se constituye en una valiosa herramienta para la promoción de los derechos humanos de las mujeres especialmente en América Latina. El concepto de género

nos permite incorporar al trabajo en salud, especialmente en proyectos comunitarios, los siguientes aspectos: identificar la subordinación de las mujeres en los Programas y servicios de salud, el logro de la equidad en la planificación e implementación de los servicios de salud no sólo los de salud reproductiva, el tratamiento de problemáticas como la violencia doméstica, la salud ocupacional y el desgaste producido por la múltiple carga laboral (doble o triple jornada de trabajo). Este trabajo presenta la experiencia de la autora en la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Caracas, Venezuela desde 1993 a 1995.

- 15.** Khorram S, Wells E. Involucrando a los hombres en salud reproductiva. *Outlook* 1997;14(3):1.
BMN
-

Los programas de planificación familiar y salud reproductiva en todo el mundo reconocen cada vez más que los hombres constituyen un grupo importante para sus servicios. Ellos no sólo tienen sus propias preocupaciones con respecto a la salud reproductiva, sino que también sus condiciones de salud y conductas afectan la salud reproductiva de las mujeres. Los programas de acción tanto de la Conferencia internacional sobre población y desarrollo realizada en el Cairo en 1994 como de la Cuarta conferencia mundial de la mujer realizada en Beijing, reconocieron el rol de los hombres en la salud reproductiva y enfatizaron la necesidad de desarrollar más programas con información y servicios destinados a ellos. Uno de los objetivos primordiales de estos programas es promover una mayor igualdad entre los hombres y mujeres en el área de la salud reproductiva. Los aspectos de la salud reproductiva que interesan a los hombres incluyen la planificación familiar, la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), la sexualidad y las disfunciones sexuales, la infertilidad y las condiciones urológicas, entre otras. Las principales maneras a través de las cuales los hombres se pueden involucrar directamente en la salud reproductiva de las mujeres son: el uso de métodos anticonceptivos que requieren de su participación directa, tales como los condones, la planificación natural de la familia, vasectomía y el coito interrupto; con el apoyo a su pareja en el uso de anticoncepción por una decisión tomada en conjunto con respecto a qué método usar y al número de hijos que desean tener; y en la prevención de la transmisión de ETS mediante el uso de condones, limitando su actividad sexual a una pareja única y procurando tratamiento. Además, los hombres pueden desempeñar una función importante previniendo la violencia de género, lo que constituye un grave problema de salud reproductiva en muchas áreas y apoyando los esfuerzos por mejorar la condición de las mujeres. Este artículo expone los motivos principales que justifican la participación de los hombres en los programas de salud reproductiva, analiza los factores que han restringido su participación y resume las conclusiones surgidas de los programas que han logrado con éxito transmitir a los hombres información sobre la salud reproductiva e incorporarlos a sus servicios.

- 16.** Larrain S, Rodríguez T. Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer. *Género Mujer Salud* 1993;(54):202-9.
BMN
-

En 1980, al conmemorarse el quinto año de la proclamación del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, esa institución realizó una importante declaración: “La violencia en

contra de la mujer es el crimen encubierto más numeroso del mundo”. Los países de América Latina y el Caribe, estremecidos a lo largo de su historia por la violencia política y la violencia social, al igual que la mayor parte de las naciones del mundo, no han prestado realmente atención a la violencia que sufren millones de mujeres por su sola condición de tal. La violencia contra las mujeres, que tienen lugar en las diversas instituciones de la sociedad, se manifiesta en forma significativa en la propia familia, en aquellos espacios llamados privados y, por lo tanto, difíciles de abordar. La mujer golpeada, la mujer violada, el niño maltratado, constituyen hechos importantes de violencia que demuestran la necesidad de intervenir con políticas públicas en aquellas áreas que tradicionalmente han formado parte del espacio privado y de las que las instituciones debían mantenerse al margen. La supuesta neutralidad social que esgrime el argumento de la libertad individual, en la práctica significa la complicidad con una situación de injusticia y arbitrariedad que impide a la víctima el ejercicio de sus derechos básicos; el derecho a la vida y el derecho a su integridad física y psíquica. El presente trabajo tiene por finalidad analizar las formas que adquiere la violencia contra la mujer en la región, discutir algunos de sus determinantes y describir los mecanismos utilizados por distintos gobiernos e instituciones para poner fin a esta grave situación que afecta a millones de mujeres y a sus familias en el continente. Se espera que el mismo constituya un aporte a la reflexión y al análisis en torno a la ejecución de políticas eficaces de prevención y de atención de la mujer víctima de la violencia.

-
- 17.** Lynn Blaney C. Participación del hombre después del embarazo. Network (en español) 1997;17(4):11-5.
BMN
-

Por lo general, los servicios de posembarazos se centran en las mujeres y los niños, pero unos cuantos programas y estudios innovadores están buscando formas de hacer participar a los hombres. Generalmente, esas estrategias enfatizan en el asesoramiento de planificación familiar. El asesoramiento en el posaborto dado a los hombres puede ayudar a prevenir la repetición de abortos al recalcar la necesidad de usar sistemáticamente la anticoncepción fiable para prevenir los embarazos no deseados. El contacto en el período del posparto con el compañero de la mujer brinda la oportunidad de educar a los hombres acerca del valor de espaciar los nacimientos, que es un factor importante puesto que el hombre suele influir considerablemente en la decisión de la pareja sobre la planificación familiar. En el mundo, aproximadamente el 30 % de las parejas depende de métodos anticonceptivos que requieren la participación o la cooperación activa del hombre, como el uso de condones, la vasectomía, el método de coito interrumpido o la abstinencia. Las encuestas realizadas en África y Asia han revelado que salvo África occidental, más el 70 % de los hombres aprueban la planificación familiar. En 7 países africanos, las parejas que habían hablado acerca de la planificación familiar el año anterior tenían 4 veces más probabilidad de usar la anticoncepción que las parejas que no lo habían hecho.

-
- 18.** Meler I. La salud mental de las mujeres. Situación actual y perspectivas futuras. Relatoria Oficina Trabajo: Género y Salud Colectiva 1997;17-9.
BMN
-

El concepto de salud mental se relaciona con el cumplimiento de los requisitos necesarios para garantizar la reproducción social, así como cierto grado de innovación. La condición

social de las mujeres está muy asociada con sus características subjetivas y conflictos prototípicos, además de los cuadros psicopatológicos que presentan. Se analiza la subjetividad femenina en base a la autoestima, deseos y habilidades. Existe una psicoterapia femenina, que abarca, desde trastornos histerofóbicos, hasta estados depresivos. Los trastornos de la alimentación constituyen una problemática actual. Se consideran cuestiones relacionadas con la formación de terapeutas, programas comunitarios e intervenciones en medios de comunicación.

19. Mora G, Yunes J. Mortalidad materna: una estrategia ignorada. *Género Mujer Salud* 1993;(541):68-86.
BMN

Se describió la situación y algunos de los determinantes de la salud materna en los países de América Latina y el Caribe. A partir de las estadísticas oficiales de mortalidad de los países, complementadas con fuentes adicionales de información, se analizarán los niveles, la estructura, las diferencias y los determinantes de la morbilidad y de la mortalidad por complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, destacando el carácter de evitabilidad del problema así como la relación del mismo con factores de índole social. La discusión se organizará alrededor de 3 ejes básicos: mortalidad materna, morbilidad materna y la función de los servicios de salud. Por razones de mayor disponibilidad, y también de mayor confiabilidad relativa de la información, en el análisis se mostrarán los aspectos relativos a la mortalidad.

20. Organización Mundial de la Salud (OMS). *La mujer y el trabajo* 1993;57-73.
BMN

Son muchos los factores que influyen en el comienzo y la perpetuación del uso del tabaco por jóvenes y mujeres adultas. También son importantes tanto los factores internos (autoestima e imagen de sí misma) como los externos (aceptabilidad social y publicidad del tabaco). Se empieza a fumar por razones complejas que son distintas en los países desarrollados y en los países en desarrollo, así como en los diferentes grupos dentro de cada país. La perpetuación del consumo se debe tanto a la dependencia de la nicotina como a las dificultades de abandonar el hábito, relacionadas con el entorno sociocultural y con características sociales estructurales, por ejemplo la multiplicidad de funciones, la escasez de ingresos, el estrés y los comportamientos de adaptación. La mujeres son además, un objetivo específico de la industria tabacalera, que les indica marcas especiales y campañas de publicidad y promoción basadas en sus aspiraciones. Es, también, un problema el temor de los medios de información a perder los ingresos de la publicidad, por lo que se abstienen de señalar con la insistencia debida los riesgos del tabaquismo para la salud de la mujer. Se necesita la colaboración de los medios informativos para hacer comprender a la mujer los riesgos que entraña el tabaquismo y ayudarla a dejar el hábito. El tabaquismo es en gran parte un problema de la mujer y así debe ser reconocido.

-
- 21.** Organización Panamericana de la Salud (OPS). Embarazo en adolescentes: también un problema de género. *Enfoques* 1997;(6):6-8.
BMN
-

Especial relevancia en la labor que desarrolla el equipo de apoyo técnico del Fondo de Población de las Naciones Unidas, revisten los programas de destinados a la prevención del embarazo de adolescentes y la importancia de tratar el problema desde una perspectiva de género. Evaluaciones recientes de las acciones realizadas en este campo, en América Latina y el Caribe, revelan la escasa e insuficiente consideración de esta problemática. Las identidades sexuales y de género son los principales sistemas de referencia de la constitución del sujeto, que organizan y ordenan las vivencias e interpretaciones de la sexualidad y el modo de relacionarse hombres y mujeres. La influencia decisiva de estas identidades en la creación de condiciones favorables al embarazo de adolescentes, se ha investigado en Ecuador, Perú, Paraguay, Argentina, México y Costa Rica, entre otras.

- 22.** Paulson S. Comprender las cuestiones de género puede hacer que mejoren los servicios. *Network* (en español) 1998;(verano):33.
BMN
-

Las creencias y las prácticas relativas al género definen las funciones, oportunidades y limitaciones de los hombres y las mujeres, e influyen considerablemente en la vida en todas las sociedades. Entre los aspectos de la vida diaria que el género configura están los siguientes: uso del lenguaje y medios de expresión personal, prendas de vestir y aspecto físico, educación, oportunidades de trabajo, estructura y tamaño de la familia y la salud de cada persona. La experiencia práctica en cuestiones de género en los servicios de salud de cada persona. La experiencia práctica en cuestiones de género en los servicios de salud reproductiva ha llevado a varias observaciones básicas, que permiten tener una percepción muy útil para comprender las formas de mejorar los servicios y las políticas. Las mujeres y los hombres experimentan la sexualidad y la salud reproductiva de distinta forma, según el grupo étnico, cultural y social al que pertenecen, así como su identidad sexual. Los proveedores pueden mejorar la atención que prestan con respuestas a esas identidades y percepciones diferentes. Los servicios de salud reproductiva que amplían su alcance para que se incluya la salud reproductiva de los hombres, las relaciones de los hombres y las mujeres y las relaciones con las demás personas, tienden a ser más provechosos que los que se centran exclusivamente en las mujeres. La religión, la educación, la política, las condiciones económicas y el medio ambiente influyen en la salud reproductiva de los hombres y las mujeres. Una perspectiva que tenga en cuenta las diferencias de género permite a los proveedores ampliar su enfoque para no centrarse exclusivamente en las mujeres y para ver la salud reproductiva como salud familiar y cuestión social. Aborda la dinámica entre los proveedores y los clientes, y entre los líderes comunitarios o políticos y los ciudadanos en cuanto a conocimientos, poder y toma de decisiones en las relaciones de tipo sexual. Las investigaciones realizadas en todo el mundo muestran que trabajar sólo con las mujeres para mejorar la salud reproductiva no da resultados satisfactorios. Con frecuencia, las relaciones de las mujeres con el esposo, la suegra, las autoridades religiosas u otras personas les

impide obtener o aplicar conocimientos, u obtener métodos anticonceptivos que las protejan contra el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH. La perspectiva que tenga en cuenta las diferencias de género debe ir más allá de los servicios de salud para promover mejoras sostenibles en la salud reproductiva. Esta perspectiva puede utilizarse para analizar y promover cambios beneficiosos en una variedad de entornos sociales, políticos y educacionales, que conduzcan a prácticas más inclusivas y equitativas en las comunidades, organizaciones e instituciones.

- 23.** Pittman P. Equidad de género en la dimensión socioemocional de la calidad de atención en salud; el caso de hipertensión y diabetes en sectores urbanos- marginales en Argentina. Relatoria Oficina Trabajo: Género y Salud Colectiva 1997;32-3. BMN
-

El proyecto tiene como objetivo investigar y promover la dimensión socioemocional de la calidad de atención en el primer nivel de atención, con énfasis en la identificación e incorporación de aquellas situaciones particulares de hombres y mujeres derivados de su condición de género que perjudiquen la salud y/o atención del proceso de atención. Responde a 2 preocupaciones de la Organización Panamericana de la Salud: ¿cómo incorporar una perspectiva de género en áreas tradicionales de la salud pública, como garantía de la calidad de atención médica, de manera que se detecte y responda a posibles inequidades? Y ¿cómo abordar los componentes socioemocionales de la calidad de atención, sin restringir su evaluación a las 2 vertientes principales del campo: las llamadas encuestas de satisfacción y los comité de expertos que definen normas mínimas de atención?

- 24.** Red Nac. por la Salud de la Mujer. Argentina, Mujeres, crisis y salud. Relatoria Oficina Trabajo: Género y Salud Colectiva 1997;46-9. BMN
-

Se realiza un diagnóstico de salud de la mujer que incluye: condiciones de vida y salud, salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA y salud mental. Se sostiene que la situación de la salud de las mujeres debe considerarse dentro del marco más amplio de las condiciones de la mujer en la sociedad, y el de las políticas sociales y de salud. En Argentina implica considerarla en el contexto de una política neoliberal; que en su estrategia de ajuste afecta particularmente a las mujeres, pero en especial a las de sectores populares, profundizando su posición de subordinación y relegándola al rol reproductivo y doméstico. Surge la necesidad que desde el Estado se implementan políticas y programas -hasta ahora desarrolladas principalmente por diversas organizaciones no gubernamentales- que desde una perspectiva de Género y con un enfoque integral de salud, satisfagan las necesidades de salud de las mujeres.

- 25.** Río de los, R. Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción. Género Mujer Salud 1993;(541):3-18. BMN
-

Se describen los supuestos básicos que permearon durante las 2 últimas décadas las tesis del desarrollismo relacionadas con la mujer –conocidas en este contexto como

integracionismo- y la influencia que esta orientación tuvo sobre los enfoques acerca de la salud de la mujer. A partir del análisis de las implicaciones teóricas y prácticas que revistiera el enfoque integracionista de mujeres en el desarrollo (MED) para el avance de la mujer, se ponderan logros y limitaciones, y se esbozan las bases de un paradigma alternativo para la investigación y la intervención en salud. En la base de este paradigma se plantea la noción de equidad; y junto con el logro de dicha meta están las concepciones de desarrollo humano-tomado en un sentido amplio que desborda lo económico- y la de género, como construcción social diferenciadora de hombres y mujeres.

26. Rivera R, Solís JA. Mejorar la planificación familiar después del embarazo. *Network* (en español) 1997;17(4):4-6.

En muchos países, los servicios de planificación familiar en el posparto no están bien integrados en los servicios de salud que existen; y la mayoría de los servicios de prestación de salud no entienden las necesidades de las mujeres después del aborto. Es decir, no ofrecen tratamiento para las complicaciones de los abortos incompletos o sépticos ni prestan servicios de anticoncepción y asesoramiento en planificación familiar. La imposibilidad de obtener servicios de anticoncepción eficaces expone a las mujeres al riesgo de embarazos poco oportuno o no deseados. Los embarazos muy seguidos plantean mayores riesgos para la salud de las madres y sus lactantes, mientras que los embarazos no deseados tienen por resultado abortos en condiciones de riesgo. Aunque se han logrado muchos progresos en los programas de planificación familiar, continúan las necesidades insatisfechas de información y servicios de posparto y posaborto, especialmente entre las adolescentes y las mujeres que viven en las zonas rurales. Se debe dar mayor prioridad a las estrategias para mejorar la atención de salud de la reproducción de las mujeres después de embarazo. La prestación de servicios de calidad en la planificación familiar en el período de posparto y posaborto contribuye de forma significativa a reducir la mortalidad y morbilidad maternoinfantil y a prevenir abortos futuros. Los estudios muestran una proporción considerable de mujeres entrevistadas en el período de posparto que desean regular su fertilidad, ya sea espaciando o evitando embarazos futuros. No obstante, muchas de estas mujeres no tienen acceso a las opciones anticonceptivas que les permitiría hacerlo.

27. Sarduy Sánchez C, Alfonso AC. Pretextos para una reflexión Género, sexualidad y salud. *Relatoria Oficina Trabajo: Género y Salud Colectiva* 1997;12-4.
BMN

La experiencia sexológica en la atención de salud ha permitido constatar la presencia de representaciones diferenciales por género que limitan el ejercicio de la sexualidad y de la vida de las mujeres y los varones. Se ha detectado que la morbilidad, demanda y acceso a las consultas de sexualidad es diferente en mujeres y hombres. En consecuencia se ha incorporado un modelo de abordaje terapéutico personalizado que toma en cuenta la perspectiva de género en la educación, orientación sexológica y tareas terapéuticas.

-
- 28.** Sennott-Miller L. La mujer de edad avanzada en las Américas. Problemas y posibilidades. Género Mujer Salud 1993;(541):114-23.
BMN
-

Se afirma que las dificultades que afronta la mujer de edad avanzada en las Américas son una extensión de las que sufre la mujer más joven y representan una carga más impuesta por la etapa del ciclo de vida a que ha llegado. Sin embargo, al mismo tiempo, la mujer de edad avanzada es un recurso de sabiduría y habilidad, sin explotar en gran parte, que ha adquirido para poder desenvolverse en un medio social y físico generalmente hostil. Sólo hace poco se reconoció la situación de la mujer de edad avanzada, es decir, las tareas que se le exigen, sus necesidades y los riesgos a que está expuesta a consecuencia de ello. Aunque en el último decenio se ha visto crecer el interés por la mujer de edad avanzada en el Canadá y los EE.UU., su mundo en América Latina y el Caribe se ha mantenido casi inexplorado. En 1987, como resultado de una singular actividad de colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Americana de Personas Jubiladas (EUA) se preparó un extenso documento básico, además de una serie de trabajos de investigación original y sobre las repercusiones que tienen las políticas adoptadas para la mujer de edad mediana y avanzada en las Américas. El trabajo surgido de esa colaboración forma la base de los conocimientos sobre este singular segmento de la población.

-
- 29.** Serrano Levertu D, Linares Parada AM. Análisis de las nuevas técnicas de reproducción asistida. Una perspectiva de Género. Género Mujer Salud 1993; (541):232-41.
BMN
-

Se analizan los principales problemas que la aplicación no regulada de las nuevas técnicas de reproducción asistida para la mujer. Se busca identificar el peligro de un vacío legislativo en esta materia y, con ello, instar a los legisladores a que emprendan con urgencia la tarea de subsanarlo tomando en cuenta los elementos de juicio que aquí se presentan. Aunque haya quienes consideren que el tema de las nuevas técnicas de reproducción asistida incumbe sólo a los países del primer mundo, donde el acceso a la tecnología avanzada está casi garantizado -al menos para una gran parte de la población-, la realidad es que el uso de esas técnicas trasciende fronteras y afecta a personas que se encuentran en países de diverso orden. Como se verá más adelante, el perjuicio que sufre una mujer como consecuencia de la aplicación de una nueva técnica de reproducción asistida, es el mismo ya sea que ésta resida en los EE.UU., en América Latina o en el Caribe. Más aún, existen circunstancias comunes entre las mujeres de escasos recursos tanto en los países desarrollados como en desarrollo, quienes, para mejorar su situación económica y la de su familia, aceptan comercializar su capacidad de procrear o de gestar, o su material genético. Es por ello que la problemática planteada por la aplicación de las nuevas técnicas de reproducción asistida debe ser atendida por los países de América Latina y el Caribe con la urgencia con que lo hacen otros países -Australia, EE.UU. y Gran Bretaña, entre otros-, a pesar de que parezca un tema demasiado alejado de las necesidades básicas de salud que acosan a gran parte de la población. Es más, debe hacerse con mayor urgencia, porque la falta de regulación actual

en los países de América Latina y el Caribe promueve un ambiente permisivo para que se lleve a cabo, sin control alguno, prácticas y procedimientos restringidos en otros países. En este artículo se presenta en primer lugar una breve descripción de las nuevas técnicas de reproducción asistida a modo de actualización técnica. Se plantean, luego, las principales inquietudes que surgen al analizar la aplicación no regulada de esta técnica desde la perspectiva de la mujer. Por último, a modo de observaciones finales se hace un breve recuento de la experiencia legislativa en materia de maternidad subrogada en Australia, EE.UU. y Gran Bretaña, con el fin de ofrecer puntos de referencia para aquellos países que decidan regular el uso de las nuevas técnicas de reproducción asistida en América Latina y el Caribe mediante la expedición de leyes, decretos o reglamentos sobre el tema. Este análisis de manera clara, un enfoque de género, justificado de sobre sí se considera el impacto diferencial del proceso de reproducción humana sobre hombres y mujeres; la mujer es, sin lugar a dudas, uno de los actores con mayor potencial de ser afectado por la aplicación de las nuevas técnicas de reproducción asistida. Y es que si bien es cierto que la concepción es una proposición compuesta en la que participan dos, la gestación y el alumbramiento no lo son. Además, tradicionalmente, la mujer asume la carga social, física, psicológica y emocional de los problemas básicos de la maternidad y la crianza de los hijos, todo lo cual la ubica en el centro de la atención de los procesos de reproducción humana. El análisis que aquí se presenta está estructurado de modo que incorpora tanto a las mujeres que acceden a tratamiento médico en la búsqueda de hijos como a aquellas cuya aptitud reproductiva es utilizada a cambio de retribución monetaria, como medio para mejorar su condición económica y las de sus familias. Los temas de análisis que resultan de este enfoque difieren de los que suelen discutirse con un enfoque más tradicional, y si bien las preguntas fundamentales en torno a esta materia permanecen sin respuesta, es de esperar que una nueva forma de plantearlas ofrezca herramientas más laboradas que permita la toma de decisiones razonadas que afectan la reproducción del ser humano. No debe olvidarse que las nuevas técnicas de reproducción asistida, en sí mismas, no implican una valoración ética sobre su bondad o perjuicio, pues no son en sí ni buenas ni malas. No obstante, importa delimitar su campo de aplicación para no caer en la ponderación de la técnica por la técnica, deshumanizando el proceso de la reproducción humana.

30. Simon RW, Marcussen K. Transiciones maritales, creencias maritales y salud mental. *J Health Soc Behav* 1999; 40(2):111-25.
BMN

En este trabajo, examinamos si las creencias de las personas acerca de la permanencia, conveniencia e importancia del matrimonio moderan el impacto de las transacciones maritales -incluyendo pérdidas y ganancias maritales- sobre la depresión, un trastorno asociado con el estado marital y las transiciones de papel. Utilizando 2 oleadas de datos de panel de la encuesta nacional de familias y viviendas (N = 10,005), encontramos que una pérdida marital da como resultado síntomas incrementados, mientras que una ganancia marital da como resultado síntomas disminuidos. También encontramos, sin embargo, que los efectos negativos de una pérdida marital son mayores para las personas que creen en la permanencia del matrimonio que para aquellas que no piensan así. A la inversa, los efectos positivos de una ganancia marital son mayores para las personas que creen en la

conveniencia e importancia del matrimonio que para los que no creen eso. Nuestros resultados destacan la utilidad potencial de incorporar sistemáticamente las creencias de las personas -y los factores socioculturales generalmente- a la teoría y la investigación sobre el impacto de los elementos que provocan tensión sobre la salud mental.

31. UNIFEM. Salud: los riesgos de la violencia de género.
BMN

Durante las 2 últimas décadas las organizaciones de mujeres hicieron de la violencia de género un tema prioritario en sus actividades, logrando que fuera reconocida como un asunto de derechos humanos por el gran impacto que ejerce sobre la vida, la salud física y emocional de ellas. A su vez, dentro de este reconocimiento se incluyen los derechos sexuales y reproductivos mediante los cuales toda la mujer puede ejercer su sexualidad libremente y adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia. La plataforma de acción de la IV Conferencia Internacional de la Mujer realizada en Beijing en 1995, reconoce los derechos sexuales como derechos humanos por ser una parte inalienable, integral e indivisibles de los derechos humanos universales, según la experta María José de Alcalá de UNFPA. Esto significa que la violación de este derecho constituye una forma de violencia de género, que tiene impacto en la salud física y mental de las mujeres. El concepto de derechos sexuales y reproductivos, a partir de su formulación en la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo efectuada en el Cairo en 1994, está ligado al enfoque de género, que establece una relación diferente entre medicina y salud de acuerdo con lo aprobado en dicha conferencia, ya que entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear (CIPD, 7,2). Como advierte la sicóloga colombiana María Ladi Londoño, este concepto afirma implícitamente el derecho particular de mujeres y hombres a decidir la procreación, cuándo y con qué frecuencia, contando con información y diversos métodos para la regulación de la fecundidad. Un aspecto priorizado en la conferencia de El Cairo, fue que debían hacerse esfuerzos especiales para insistir en la responsabilidad de los hombres promoviendo su participación más activa en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo y en todo lo concerniente a la salud de su familia.

32. Wisner CL, Gilmer TP, Saltzman LE, Zink TM. Violencia contra las mujeres del compañero íntimo. ¿Costean más las víctimas los planes de salud? *J Fam Pract* 1999; 48(6):439-43.
BMN

Los estudios anteriores de la violencia del compañero íntimo no han comparado los costos de la asistencia de las mujeres víctimas con los de una población femenina general. Nuestro estudio es un análisis de los datos de costo computadorizados para 126 víctimas identificadas de violencia del compañero íntimo en un gran plan en Minneapolis y St. Paul, Minnesota, en 1994. Los datos fueron comparados con una muestra al azar de 1 007 mujeres inscritas (de 18 a 64 años de edad) quienes utilizaron los servicios de asistencia sanitaria en el mismo año. Encontramos que una diferencia anual de 1 775 USD más fue gastada por las víctimas

de violencia del compañero íntimo comparadas con una muestra al azar de mujeres generales inscritas. Los análisis de regresión encontraron que las víctimas de violencia del compañero íntimo fueron significativamente más jóvenes y tuvieron más hospitalizaciones, uso clínico general, uso de los servicios de salud mental, y remisiones fuera del plan. El uso de los servicios de la sala de emergencia fue igual a través de los grupos. Las mujeres que fueron víctimas de la violencia del compañero íntimo costearon este plan de salud aproximadamente un 92 % más que una muestra al azar de mujeres generales inscritas. Contrario a los hallazgos de otros estudios, el uso de los servicios de la sala de emergencia no fue un factor impulsor en los costos más altos. Los hallazgos del uso significativamente mayor del servicio de salud mental son corroborados por otros estudios.

33. Zaldúa G, Fabi G. Salud, género y prevención: necesidades, espacios y demandas. *Relatoria Oficina Trabajo; Género y Salud Colectiva 1997;15-6.*
BMN

Desde el sanitarismo crítico y el feminismo, en un enfoque de Mujer, Salud y Género, se profundiza la necesidad de incorporar la visión de género en la formación y capacitación de los recursos humanos-usuarios y efectores-. Ante la pregunta: ¿Pueden los programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a las mujeres potenciar la apropiación del derecho a la salud, excluyendo el enfoque de género? respondemos con una estrategia de investigación: reconsiderar la relación entre la participación de las mujeres como usuarias de acciones en salud y el registro subjetivo de las asimetrías de género. La tradicional medición y comparación de los perfiles epidemiológicos de salud invisibiliza las asimetrías y las subordinaciones de la condición femenina. Unir el concepto de género con el de prevención crítica, permite incorporar nuevos analizadores en la evaluación de la eficiencia, calidad y equidad de las prácticas en salud. La identificación por parte de las mujeres de situaciones asimétricas inter e intra género y la posibilidad de generar cambios-públicos y privados-, podría constituirse no sólo en un objetivo de la política feminista, sino en una excelente oportunidad para modificar la visión teórica, técnica y administrativa del campo sanitario, a la hora de diagnosticar situaciones y proponer acciones. Utilizar la capacidad analítica que brinda el género como herramienta conceptual, enriquece los marcos explicativos del proceso salud-enfermedad; modifica el levantamiento de los perfiles epidemiológicos y recontextualiza los procesos de planificación de acciones en salud. Las producciones culturales construidas del sistema de salud-mediante estereotipos, ideales, normas y regulaciones-, condicionan los esquemas de necesidades y demandas, posibilitando, limitando o hasta impidiendo, riesgos y responsabilidades.
