

CONSTRUYENDO UNA AGENDA DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

Phd. Débora Tajer

Profesora e Investigadora de Estudios de Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
dtajer@psi.uba.ar

AL DESTACAR EL MODO EN QUE LAS ASIMETRÍAS SOCIALES ENTRE HOMBRES Y MUJERES DETERMINAN DIFERENCIALMENTE EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN EN LAS DIFERENTES POBLACIONES DE CENTROAMÉRICA Y EL CARIBE, LA AUTORA CONMINA AL ESTABLECIMIENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS CON EQUIDAD PARA TODOS LOS GÉNEROS.

Como principales objetivos en la construcción de una agenda de género para las políticas públicas en salud, podríamos señalar:

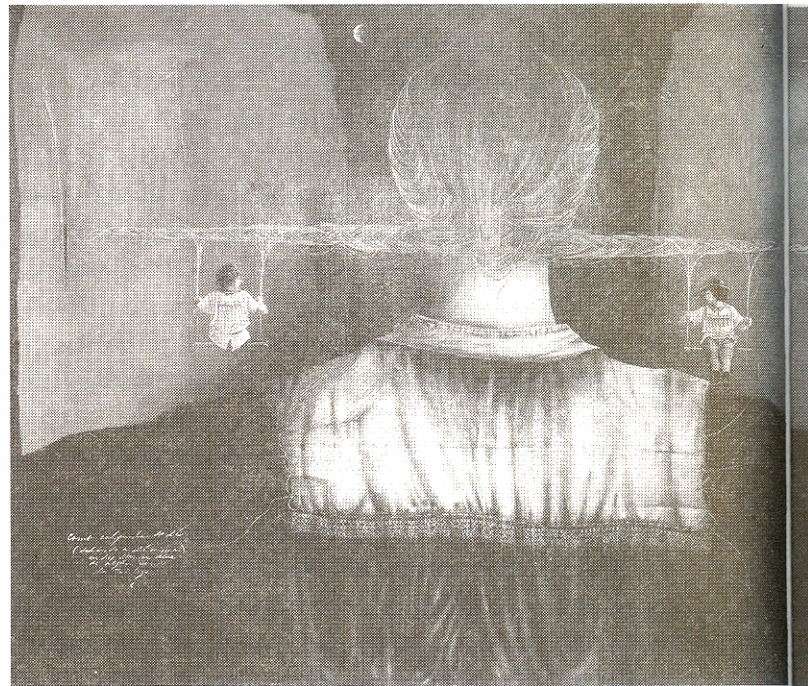
- Identificar los modos mediante los cuales la diferencia entre los géneros se transforma en inequidad en salud.
- Promover que, al orientarse hacia la generación de equidad y autonomía, las políticas públicas en salud incorporen la perspectiva de género durante su diseño, ejecución y monitoreo.

¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?

Para comenzar, es importante que maneжем una base común acerca del significado de introducir esta perspectiva para el logro de políticas públicas en salud con la equidad como norte.

En la construcción de esta base común nos van a orientar cuatro preguntas que, según mi experiencia, son las más comunes que recibimos los y las especialistas en género y salud en su interacción cotidiana con los y las profesionales de la salud. Desde sus diferentes niveles en el campo, ell@s intuyen que esta perspectiva puede ayudarles en sus tareas y toma de decisiones como formador@s de recursos humanos, epidemiólog@s, clínicos de tod@s las especialidades y disciplinas, responsables de sistemas y servicios, gestor@s locales, provinciales y nacionales, parlamentari@s, miembr@s de consejos de salud, miembr@s de defensorías del pueblo... Estas preguntas son:

- 1- ¿Qué significa adoptar una mirada de género en salud?
- 2- ¿A qué se debe su actual auge y visibilidad?
- 3- ¿Es sólo aplicable a la salud de las mujeres?
- 4- ¿Se puede utilizar esta perspectiva para los problemas de salud de los varones?



Vamos entonces a tratar de responder cada una de estas preguntas como una guía que nos permitirá entender el valor de la propuesta.

1- ¿Qué significa incluir una mirada de género en salud?

Implica incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención tanto de los varones como de las mujeres. Se trata de asimetrías jerárquicas entre los géneros que, articuladas con otras diferencias entre las personas, también son fuentes de inequidad en nuestras sociedades: edad, etnia y clase social establecerán perfiles de morbimorta-

lidad específicos, así como modelos de gestión de la enfermedad diferencial.

¿Cómo operan entonces estas asimetrías sociales entre varones y mujeres en el proceso salud-enfermedad-atención de cada género en tanto colectivo?

Estableciendo vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado. Lo cual determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendid@s y morir.

Podemos identificar que, en la división sexual del trabajo característica de este período del patriarcado, encontramos una gran diversidad entre regiones geográficas que alcanzan un gran abanico con mayores y menores grados de equidad entre los géneros.

Para nuestra región latinoamericana, aun cuando las mujeres han avanzado mucho en su presencia en el espacio público, se espera que continúen siendo las principales cuidadoras de la familia y las agentes del sistema de salud en los hogares basándose en su capacidad empática, receptiva y comprensiva.

Por lo tanto existe en simultaneo y —casi sin entrar en crisis— una mayor aceptación de la entrada masiva de las mujeres al mercado de trabajo asalariado, pero sin una legitimación de la redistribución de las tareas domésticas. Ello implica que las mujeres trabajadoras tienen como mínimo dos jornadas de trabajo, que pueden incrementarse a tres jornadas si hay algún familiar enfermo o que necesita cuidados, generalmente siempre realizados por las mujeres de la familia.

Esta triple jornada en varios países es promovida por el propio sistema de salud, mediante la incorporación de planes de apoyo con dinero a las madres de familia para que compren servicios mínimos de salud para su familia, relativos a programas de focalización. Estos planes, bastante conocidos en nuestras región y otras del tercer mundo, son implementados bajo dos argumentos principales: el primero, basado en la idea de que las mujeres son más honestas y eficaces que los varones para utilizar esos escasos fondos. El segundo, que incluye un abono para la capacitación de estas mujeres, es que la morbilidad infantil está asociada con el indicador instrucción de la madre. Un componente adicional es que se espera educar a las niñas para que, en las próximas generaciones, puedan seguir reproduciendo eficazmente este rol de amortiguadoras de la pobreza extrema.

Vale la pena detenernos en la contra argumentación de estas falacias. En primer lugar, las mujeres no son más honestas que los varones, sino que tienen un

grado de ciudadanía desigual que las hace más dóciles, mejores administradoras de fondos escasos y más fácilmente captables por planes discrecionales, pues al tener muy poco poder en los hogares, cualquier dinero que se les otorgue es visto como fuente de micropoder.

En segundo lugar, la educación de la madre es un indicador secundario de situación socioeconómica (actual o acumulada) y, como tal, está asociado a mejores índices de morbilidad infantil, pero no es asimilable confundir grado de instrucción con capacitación para un programa específico.

En tercer lugar, pensar que las niñas deben ser educadas para establecer un reemplazo generacional de este rol, es condenarlas a una brecha irreparable con las niñas de los otros sectores sociales más beneficiados y con los niños de su propio sector social.

Y por último, un argumento consustancial a los anteriores, está representado por el hecho que no se ha considerado que la supuesta mayor eficiencia de estas mujeres para el sistema está basada en la sobrecarga de las mismas, con su consiguiente aumento del desgaste. O sea, hace recaer una mayor carga de malestar y morbilidad en aquellas elegidas para mejorar los indicadores de salud de la familia.

En lo relativo a las mujeres como usuarias directas del sistema de salud, podemos decir que ellas son las que realizan la mayoría de las consultas puesto que se ha asumido socio-subjetivamente para el género femenino el expresar y consultar su malestar en salud, con lo cual suelen hacer consultas más precoces que los varones.

Por otra parte, los varones deben cumplir con un rol de proveedores económicos y sociales, siendo sancionados socialmente cuando no pueden o quieren cumplir con dicho rol. Esto genera perfiles epidemiológicos específicos por sobrecarga laboral y por empeoramiento de las condiciones de su concreción. Para que los varones puedan cumplir las expectativas relativas a su rol social, su socialización primaria les inhibe la capacidad de registro de sus propios malestares, lo cual tiene efectos nefastos en la detección primaria de enfermedad. Los varones llegan a los servicios de salud cuando ya no dan más; por lo tanto, con cuadros más avanzados, lo cual complica su pronóstico.

Si queremos abordar la salud de mujeres y varones desde una perspectiva de equidad, nos pecatamos que los problemas femeninos están basados en su mayoría en cuestiones relativas al empoderamiento y carencia de recursos. Por su parte, las problemáticas de los varones son más del orden de los costos de poder

sostener —o no— la hegemonía; o sea, son cuestiones más ligadas a los excesos y a la exposición a riesgos.

2- ¿A que se debe su actual auge y visibilidad?

En principio, hay que considerar que gran parte de su actual auge y visibilidad se debe al cambio que se ha producido en el rol social de las mujeres, lo cual ha generado un aumento de su autonomía que tiene como efecto una mayor visibilidad y deslegitimación de las diferencias jerárquicas aún existentes entre los géneros.

Esto nos permite evidenciar que la perspectiva de género es una mirada en salud que no se caracteriza por incorporar un nuevo objeto al campo de trabajo, sino por incorporar una nueva mirada acerca de las diferencias y especificidades en salud de mujeres y varones desde una perspectiva de ciudadanía y de derechos.

Por otra parte, representa el éxito del movimiento de mujeres como actor político en la incorporación de sus puntos de agenda en la agenda política internacional. En ese sentido cabe, destacar el muy buen trabajo de *advocacy* de este movimiento que permitió colocar la equidad entre los géneros como un bien público global.

Este logro tiene por lo menos dos consecuencias altamente destacables:

- Que los gobiernos de todos los países estén comprometidos internacionalmente a incorporar la equidad entre los géneros como una necesidad humana (Conferencia Internacional de Población; Cairo, 1994, y Conferencia Internacional de la Mujer; Beijing, 1995.)

- Que aún países con injusticias entre los géneros muy graves y con débil capacidad local de revertirlas, deban responder públicamente por estas injusticias debido a las presiones internacionales.

Otro aspecto que se desprende de lo señalado, es el hecho que la perspectiva de género está incluida en los programas de los organismos internacionales de cooperación, lo cual incentiva a que los proyectos que aspiran y/o incluyan estas ayudas deban incorporarlo con un eje en su desarrollo.

Para lo que refiere a América Latina se le agregan otras dos razones locales que tienen una misma raíz relativa a la característica militante de esta hermosa región del planeta. Estas dos razones son, por una parte, la historia de movilización en torno a la salud como derecho que ha dado entre sus frutos una corriente teórico-política como es la medicina social latinoamericana, de la cual ALAMES es uno de los principales referentes en la actualidad, y por otra parte, el gran desarrollo y complejidad que presenta el movi-

miento latinoamericano de defensa de los derechos de las mujeres.

3- ¿La perspectiva de género es sólo aplicable a la salud de las mujeres?

No sólo. También puede ser aplicada para entender, prevenir y resolver problemáticas de salud de los varones en tanto colectivo, pero existe aún la creencia de que —cuando hablamos de género— es sólo una nueva nomenclatura para referirnos a salud de las mujeres.

Esta creencia está basada en que la introducción de la perspectiva de género en el campo de la salud ha tenido como objetivo identificar y resolver las problemáticas de salud de las mujeres, no sólo atribuibles a las diferencias biológicas entre ambos sexos, sino relativas a su lugar social subordinado.

Debido a esta raíz histórica es que actualmente existen más desarrollos con perspectiva de género relativos a la salud de las mujeres, que a las problemáticas masculinas, lo cual contribuye a sostener la idea de que cuando hablamos de género en salud nos estamos refiriendo a salud de las mujeres.

4- ¿Se puede utilizar esta perspectiva para los problemas de salud de los varones?

Sí, y es deseable que así sea, puesto que para avanzar en una agenda de la salud como derecho con perspectiva de género es importante incorporar a los varones como colectivo tanto para pensar sus problemas específicos en el proceso salud-enfermedad-atención, como para valorar el modo en que sus conductas y/o acciones pueden ocasionar daños en la salud de las mujeres.

Para ello es necesario trabajar en una línea que visibilice, para el equipo de salud y para los propios varones, las conductas ligadas a la masculinidad hegemónica: el ejercicio del poder, la exposición a situaciones de riesgo para sí y los demás, la resolución violenta de los conflictos, la falta de registro del cansancio y los primeros síntomas de enfermedad... todo lo cual los enferma como colectivo y genera daño en la salud de las mujeres.

Podemos concluir que, para poder utilizar en toda su potencia la categoría de género en los problemas de inequidad en salud de mujeres y de varones, debemos partir de una modalidad más dinámica y flexible en el uso de esta categoría. Esto implica abordar la equidad desde una perspectiva de justicia, la cual no sólo se corresponde con problemáticas ligadas a la carencia, sino también a los excesos e invisibilidad.

Como ejemplo de esta dinamización en su uso, podemos valorar lo que acontece con las cardiopatías isquémicas. Los varones tienen más riesgos de padecerlas, por razones de género, pero las mujeres son peor atendidas y presentan mayor mortalidad para todas las edades, también por razones de género. Entonces tenemos inequidad en una patología: en el riesgo para los varones y en la calidad de atención para las mujeres.

¿QUÉ NECESITAMOS SABER PARA APLICAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD?

- Cómo se aplica esta perspectiva en lo relativo a los problemas de salud de las **mujeres** y sus inequidades
- Cómo se aplica esta perspectiva en lo relativo a los problemas de salud de los **varones** y sus inequidades
- Cómo incorporar una mirada de género **en todas las áreas** del relevamiento de la inequidad en salud

Habiendo sentado las bases para una aproximación general de cómo enfocar los problemas de inequidad de género en mujeres y en varones, vamos a ahondar ahora en el tercer eje de la propuesta, para lo cual debemos preguntarnos:

¿CUÁLES SON LOS NIVELES EN LOS QUE LA DIFERENCIA ENTRE LOS GÉNEROS SE TRANSFORMA EN INEQUIDAD EN SALUD?

Estos son:

- 1- Distribución de los riesgos y relevamiento de necesidades en salud
- 2- Mecanismos y modelos de atención
- 3- Tipo de cobertura y financiamiento
- 4- Formación y trabajo cotidiano de los RRHH
- 5- Gestión y toma de decisiones

1-a. DISTRIBUCIÓN DE LOS RIESGOS

En lo relativo a la morbilidad general, en la mayoría de los países de la región los varones viven aproximadamente siete años menos que las mujeres.

Esta «sobremortalidad masculina», por razones de género, se da fundamentalmente en dos segmentos etarios: el primero de los 15 a 24 años y sus causas son los accidentes, suicidios y violencia. El segundo segmento etario es de los 35 a los 54 años y la causa esta constituida fundamentalmente por las enfermedades cardiovasculares.

Por otra parte, la sobrevivencia de las mujeres se da con gran carga de discapacidad y en peores condiciones socioeconómicas por el aumento de la pobreza femenina.

En lo referente a la salud sexual y reproductiva, presenciamos un aumento en el costo de incapacidad

en las mujeres por carencia de acceso a programas específicos y por el hecho de que el aborto es ilegal en casi todo el continente.

En términos de salud mental asistimos a lo que en otro trabajo consideramos como una epidemia de tristeza, fruto de las situaciones de malestar de las mujeres y efecto de las situaciones de malestar relativas a su lugar social subordinado, pero también a los costos de los procesos de transición en mujeres de sectores medios de modelos tradicionales a modelos más innovadores.

1-b. RELEVAMIENTO DE NECESIDADES EN SALUD

Si caracterizamos a las necesidades en salud como un fruto en la interacción entre lo biológico, lo subjetivo y lo social, es importante tomar en cuenta esta triple determinación para responder de manera equitativa a necesidades diferenciales, como es el caso de las cuestiones de género (OPS/OMS 1995).

En el plano de lo **biológico** debemos valorar si estamos identificando y respondiendo adecuadamente a los requerimientos fisiológicos diferentes, a las susceptibilidades fisiológicas diferentes y a las resistencias o inmunidades fisiológicas diferentes.

En el plano **subjetivo** y de los roles sociales, es necesario identificar y responder adecuadamente a las condiciones de riesgo diferentes, asociadas a conductas relativas a cada género, e identificar el acceso y control diferenciales con respecto a los recursos intrafamiliares y públicos relacionados con la salud.

En el plano de las condiciones o problemas de salud, que sería el aspecto más macro o **social** del abordaje, se debe identificar cuando estos son:

- Exclusivos de uno de los dos sexos
- Más prevalente entre las mujeres o entre los hombres
- Que tienen consecuencias (físicas, psicológicas o sociales) diferentes para los hombres y para las mujeres.
- Con factores de riesgo diferentes para varones y para mujeres.
- Ante los cuales mujeres y varones responden de manera diferente.
- Ante los cuales el sistema (institucional, familiar, comunitario) responde de manera diferente según se trate de hombres o de mujeres.

2- MECANISMOS Y MODELOS DE ATENCIÓN

En lo relativo a los mecanismos y modelos de atención, estos pueden ser clasificados en género sensitivo o en generadores de inequidad de género.

Ejemplos del primer tipo son los modelos integrales de atención, que incorporan la autonomía de los pacientes como valor y que recuperan la historia y saberes del/a sujeto consultante acerca de su malestar.

Por el otro lado, encontramos los mecanismos y modelos de atención que generan inequidad de género. Podemos ejemplificar con un modelo actualmente en boga en la región: los internamientos domiciliarios para reducir los días «innecesarios» de internación institucional.

En varias oportunidades (Sarduy, Alfonso, 2000) (Tajer, 2000) se ha dicho que esto es un eufemismo para señalar que la retirada de las obligaciones de los estados en garantizar la salud como un bien público ha sido traspasado a las familias.

Dada la división sexual del trabajo preponderante en nuestras sociedades, ello implica que ha sido traspasada a las mujeres de las familias, aumentando la carga de trabajo de las mismas en forma simultánea al aumento de las cargas relativas a la reproducción social, concomitantes con los fenómenos de crisis económico social.

3- TIPO DE COBERTURA Y FINANCIAMIENTO

En principio, podemos señalar que existe suficiente evidencia para poder destacar cómo impacta diferencialmente la accesibilidad diferencial por género según cuál sea el sistema de financiamiento (Standing, 2000). Por ejemplo, está demostrado que el reintegro por costos asociados a la prestación de servicios ha sido relacionado con la baja en el uso de servicios de maternidad (Kutzin, 1995).

Por lo tanto, ver la composición por sexo de acuerdo al modo en cada país combina su financiamiento en salud es relevante en términos de equidad de género. Este punto debe tomarse en cuenta de cara a los procesos de reforma actualmente en curso en nuestra región, dado que —en la mayor parte de estos procesos— unos de los puntos fundamentales de implementación son los relativos a los modelos de financiamiento.

Por lo tanto, ver el impacto de género de los diversos modelos de financiamiento adquiere una gran importancia en términos de calibrar la toma de decisión.

Existen tres principales modos de financiamiento de las necesidades de salud con diferente combinación según el país, al interior de los cuales trataremos de identificar algunos aspectos específicos de inequidad de género:

- a) esquemas de aseguramiento para trabajadores del sector formal.
- b) esquemas de aseguramiento públicos con fondos fiscales.

c) seguros básicos, microcréditos o fondos para enfermedades catastróficas, destinados a pobres «merecedores».

a) *Esquemas de aseguramiento para trabajadores del sector formal*

Aquí lo que es necesario definir, por su relevancia en términos de la equidad en general, es si los tipos de cobertura responden a las modalidades de fondos solidarios o por esquemas de aseguradoras de riesgo. En lo que a la perspectiva de género respecta, en particular cabe señalar que las aseguradoras de riesgo, aún las mejores reguladas, funcionan sobre las bases clásicas del riesgo comercial y, por ende, el precio de la cobertura aumenta en función del sexo, edad y número de personas a cargo. Motivo por el cual las mujeres deben pagar una prima extra para tener cubierto los costos reproductivos (que aún acontecen en los cuerpos femeninos) o aceptar menor cobertura aumentando el gasto de bolsillo.

Con respecto a la experiencia de las ISAPRES de Chile (Matamala, 2001), la creatividad de la cultura popular ha definido esta situación como planes «con y sin útero», ocurriendo que los planes con útero implican un costo tres veces mayor que los correspondientes para mujeres de la misma edad «sin útero» y/o para los varones de la misma edad.

Por otra parte, los esquemas de seguro no son adecuados para compensar el impacto de las diferencias que las mujeres y los varones tienen en el mercado laboral. Los patrones e historias laborales femeninas son más diversificadas y fragmentadas que las de los varones, presentando mayores periodos de quiebre de cobertura, además de concentrarse mayoritariamente en los segmentos de menos paga y de contratos más flexibles.

b) *Esquemas de aseguramiento públicos con fondos fiscales*

Estos modelos suelen ser los más equitativos en términos de accesibilidad y cobertura relativos a la capacidad de pago desde una perspectiva de género, sucediendo que la mayoría de sus inequidades responden a factores de origen cultural ligados a las estereotipias de género y al paternalismo, sensibles de registrar con indicadores relativos a nivel y distribución de la capacidad de respuesta.

Desde una agenda de género, representan un punto crítico los indicadores que se utilicen para medir los mismos, puesto que los construidos desde una perspectiva neoliberal (OMS, 2000) pueden introducir una vi-

sión de género acorde con ésta, basada en valores individualistas en los cuales los servicios públicos pueden resultar muy mal ranqueados. Punto que amerita una discusión de mayor profundidad, dificultosa de sintetizar para este escrito pero que puede consultarse en Costa A y otros (2000).

c) *Seguros básicos, microcréditos o fondos para enfermedades catastróficas destinados a pobres «merecedores».*

Esta última categoría se encuentra muy sobrerrepresentada por las mujeres, dada la prevalente distribución de la pobreza —que ha generado el conocido fenómeno de feminización de la pobreza—, lo cual ya es en sí un efecto de inequidad de género de gran envergadura. Con respecto a los seguros básicos en particular, la cuestión fundamental desde esta perspectiva es identificar si cubren y responden a las necesidades diferenciales.

Por otra parte, y ya dentro de la discusión general acerca de la equidad que implican los microcréditos, éstos en realidad son una forma de introducir la lógica mercantil a los servicios de salud, aun aquellos ofrecidos a los más pobres. En lo relativo al género, valen las consideraciones que realizamos con respecto a los programas focalizados.

Por último, vamos a hacer una reflexión acerca del «pago de bolsillo» que puede acompañar y/o complementar cualquiera de estos modelos de financiamiento.

Para medir el impacto de género de este tipo de contribución financiera, es necesario poder identificar los fenómenos de negociación al interior de los hogares acerca de cómo se establecen las prioridades y cómo se distribuyen los dineros del gasto de bolsillo.

Por ejemplo, de un *follow up* de atención de pacientes mujeres cardiópatas en el sector público en Argentina, hemos extraído la conclusión de que, mientras las mujeres están internadas, es posible garantizar la equidad de género en la atención, pero al externarse y salir de su bolsillo la cobertura de medicamentos, las mujeres salen perdidas en la negociación intrafamiliar de definición de prioridades en salud, resultando las últimas en la lista, no pudiendo garantizarse de esta manera la equidad en los tratamientos ambulatorios (Pramparo, 2001).

4- FORMACION Y TRABAJO COTIDIANO DE LOS RRHH

Con respecto a la formación de los recursos humanos en salud, podemos señalar que esta perspectiva recién está comenzando a ser incorporada en los currículos de formación de grado y posgrado en salud.

Por lo tanto, la mayor inequidad al respecto esta dada por la invisibilidad que existe al interior de cada una de las disciplinas y prácticas de los sesgos de género en la mirada y resolución de problemas.

En lo relativo a trabajo cotidiano de las disciplinas y especialidades del equipo de salud, nos encontramos con lo que podemos caracterizar como las inequidades en la distribución del saber y el poder en salud, las cuales aparecen determinadas por el género. Ejemplo de esto es la distribución desigual de la composición por género de las distintas profesiones de la salud y al interior de las especialidades médicas. De modo que las profesiones con menos poder en el equipo de salud son las más feminizadas: enfermería, trabajo social y psicología, entre otras. Y al interior de las especialidades médicas, vemos como las clínicas, que son más mano de obra intensiva y facturan menos, están más feminizadas, mientras que las quirúrgicas, u otras con gran utilización de tecnología, están más a cargo de los varones.

Y con respecto a la relación sector público-sector privado en salud, estamos asistiendo concomitantemente a un deterioro y desfinanciamiento de lo público, a una feminización de este mismo sector con una contracara de aumento de la selección negativa de mujeres en el sector privado.

5- GESTIÓN Y TOMA DE DECISIONES

Este ítem lo hemos dejado para el final porque entendemos que, para una adecuada toma de decisión en todos los niveles de la gestión en salud, incorporando una sensibilidad de género, debemos poder tomar en consideración toda la información y reflexión que hemos presentado en este artículo.

Pero además de lo ya expuesto, existen otros aspectos específicos a valorar en términos de viabilidad de los procesos. Por una parte, hay la presencia de componentes y/o transversalidad de género de los planes, programas y acciones. Y por el otro, la existencia de áreas gubernamentales de monitoreo y/o ejecución con el máximo rango posible —como las áreas mujer gubernamentales— para poder negociar al interior de los gabinetes al más alto nivel de decisión.

Otro aspecto importante es la existencia de mecanismos establecidos de control social de gestión, en los cuales los grupos de defensa de derechos tengan voz y voto, como los Consejos de Salud que existen en varios países. Y un punto de consideración final de marcada relevancia, es poder tener una lectura política global de los procesos en los cuales se quiere incorpo-

rar estos elementos específicos pues hace falta identificar aliados. En este sentido, es muy necesario tener una clara identificación de los liderazgos, los mecanismos de decisión de prioridades y cuáles son los efectos que desean lograr.

A modo de síntesis, podemos señalar que los desafíos actuales en la construcción de una agenda de gé-

nero en las políticas públicas en salud radican en la posibilidad de incorporación de este acumulado en su programación, ejecución y monitoreo para que puedan ser reales promotoras de equidad y aumento de la calidad de la ciudadanía de todos y todas.

===== BIBLIOGRAFÍA =====

1. **COSTA A.M., TAJER D., HAMMAN E.**: «Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas». Editorial Universidad de Brasilia, Brasil, 2000.
2. **KUTZIN, J.**: Experience with organizational and financing reform of the health sector. *Current concerns SHS Paper no. 8 (SHS/CC/94.3)* Geneva: World Health Organization, 1995.
3. **MATAMALA M.**: *El Proceso de Reforma de la Salud en Chile: Factores Políticos, Económicos y Técnicos que Condicionan el Proceso y sus Resultados*. Paper presentado en II Jornadas Australes Interdisciplinarias "Mujer y Desarrollo: Construyendo el Derecho a la Igualdad." Valdivia, Chile. 4-8 Diciembre 2001.
4. **OPS/OMS.**: Carpeta de Capacitación de Género. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., 1995.
5. **OMS**: Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.
6. **PRAMPARO, P.**: Comunicación en entrevista como informante clave para el Proyecto UBACyT 01/02 037 «Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares», 2001.
7. **SARDUY SÁNCHEZ CELIA Y ALFONSO ADA (COMP.)**: «Género: Salud y Cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano». Editorial Científico Técnica, La Habana, Cuba, 2001.
8. **STANDING, H.**: Impactos de Género de las Reformas en Salud. El actual estado de las políticas y la implementación. Documento de trabajo realizado para el VIII Congreso de la ALAMES, La Habana Cuba 3-7 de julio del 2000
9. **COSTA A.M., TAJER D., HAMMAN E.**: *Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas*. Editorial Universidad de Brasilia, Brasil, 2000. p145-162
10. **TAJER D., CERNADAS J., BARRERA M.I. Y VEGA D.**: «Mujeres, Varones y enfermedad cardiovascular». En *Género y Salud*, Zaldúa G. (Coordinadora), Edt. Eudeba, Buenos.Aires., 2000
11. **TAJER D.**: «Pagando 'a la americana'. Invisibilidad de Género», en el Informe de la OMS 2000, y Propuesta para un Informe Alternativo, en *¿Equidad? El Problema de la Equidad Financiera en Salud*, Ediciones Antropos, Bogotá, Colombia, 2001.
12. **TAJER D.**: «Género y Generación en el Trabajo en Salud Mental». En *Los Espejos de la desigualdad, Cuadernos Mujer Salud/6*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMCLC), Santiago de Chile, 2001.
13. **TAJER D.**: «Aportes de la Perspectiva de Género a la Medicina Familiar», en libro *Género y Salud. Realidades y retos*, Sarduy Sánchez Celia y Alfonso Ada (comp.) Editorial Político Técnica, La Habana, Cuba, 2001.

