

EL NUDO GORDIANO¹ DE LA INEQUIDAD DE GÉNERO: TECNOLOGÍAS Y REALIDADES DE LA SALUD

Dra. C. Leticia Artilles Visbal

Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)
leticia@infomed.sld.cu

LA CIENCIA ES UN SISTEMA DE DIFERENCIACIÓN SOCIAL, DESARROLLADA EN LA INTERACCIÓN TRANSFORMADORA ENTRE EL SUJETO HUMANO ACTUANTE Y LA NATURALEZA. LOS SISTEMAS DE SALUD SON IGUALMENTE DIFERENCIADOS SOCIALES QUE SEGMENTAN POBLACIONES E INCREMENTAN SU EXPOSICIÓN Y VULNERABILIDAD. DEL MISMO MODO, EL GÉNERO PUEDE ANALIZARSE COMO UN SISTEMA DE DIFERENCIACIÓN SOCIAL ESTRUCTURADO SOBRE RELACIONES JERÁRQUICAS DE PODER DETERMINADAS POR EL NIVEL DE CONTROL SOBRE LOS RECURSOS DE MUJERES Y HOMBRES. SE ANALIZAN LOS ENGARGES DEL NUDO GORDIANO EN TEMAS COMO EL DESCONOCIMIENTO DE LA OTREDAD EN TÉRMINOS DE SABERES, EL AUTOCUIDADO, LA VIOLENCIA COMO PROBLEMA PRIVADO, LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD Y LOS MODELOS DE FORMACIÓN. SE PROPONEN: LA NECESIDAD DE UN MODELO MÉDICO GENERIZADO QUE INCLUYA EL ENFOQUE PREVENTIVO CENTRADO EN LA SALUD Y EN LA EQUIDAD ENTRE LOS SEXOS; EL DISEÑO DE ACCIONES QUE CONSIDERE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y LOS COMPORTAMIENTOS SOCIALES EN UNA DETERMINADA SOCIEDAD; LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE LA POBLACIÓN A LAS QUE SE DIRIGEN LAS ACCIONES COMO INDICADOR DE EFICIENCIA EN LOS SERVICIOS; ASÍ COMO PARTIR DE LA EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DIFERENCIAS PARA EL ESTUDIO DE LAS SITUACIONES DE SALUD-ENFERMEDAD.

PALABRAS CLAVES: GÉNERO, CIENCIA, FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, ENFOQUE PREVENTIVO EN SALUD

THE GORDIAN KNOT IN GENDER INEQUITY—TECHNOLOGIES AND REALITIES OF HEALTH SCIENCE IS A SYSTEM OF SOCIAL DIFFERENTIATION DEVELOPED WITHIN THE TRANSFORMATIVE INTERACTION OF THE PERFORMING HUMAN SUBJECT AND NATURE. HEALTH SYSTEMS ARE ALSO ESTABLISHERS OF SOCIAL DIFFERENTIATION THAT SEGMENT POPULATIONS AND INCREASE THEIR EXPOSURE AND VULNERABILITY. LIKEWISE, GENDER CAN BE VALUED AS A SYSTEM OF SOCIAL DIFFERENTIATION STRUCTURED UPON HIERARCHICAL POWER RELATIONS DETERMINED BY THE LEVEL OF CONTROL OF RESOURCES OF WOMEN AND MEN. THE PAPER ASSESSES THE INTERSECTIONS OF THE GORDIAN KNOTS IN ISSUES SUCH AS: THE LACK OF KNOWLEDGE OF THE OTHER IN REFERENCE TO LEARNING, SELF-CARE, AND VIOLENCE AS A PRIVATE PROBLEM, TRAINING OF HEALTH CARE HUMAN RESOURCES, AND THE MODELS OF TRAINING USED. IT ALSO PROPOSES THE NEED OF A GENDERED MEDICAL MODEL, INCLUSIVE OF A HEALTH-CENTERED PREVENTIVE APPROACH, AND JOINTLY FOCUSED ON EQUITY BETWEEN THE SEXES; THE DESIGNING OF ACTIONS BEARING IN MIND CULTURAL DIVERSITY AND SOCIAL BEHAVIORS IN A DETERMINED SOCIETY; THE SATISFACTION OF THE NEEDS OF THE POPULATION TOWARDS WHICH THE ACTIONS ARE GEARED, AS INDICATIVE OF EFFICIENCY IN SERVICES; AND LIKEWISE, THE NEED TO STEM FROM A EPIDEMIOLOGY OF DIFFERENCES, TO STUDY HEALTH-DISEASE SITUATIONS. KEY WORDS: GENDER, SCIENCE, HUMAN RESOURCE TRAINING, HEALTH PREVENTIVE APPROACH

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 Llobet, 2006); 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 biologicistas tradicionales. Como determinantes *intermediarios* se consideran aquellos que determinan diferencias en la *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 constituye 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 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 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, lenguajes, símbolos y formas de aprehender el mundo, condiciona la reproducción de la cultura como continuidad.

La complejidad del condicionamiento de género está dada por su estructuración socio-ambiental no lineal, construido sobre una cadena de ambientes que se 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 dipolos 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 constituye un nudo gordiano, ignorado, para el que hace falta la espada que lo corte definitivamente.

ENGARCES DEL NUDO. IGNORANCIA DE LOS OTROS SABERES O EL CONOCIMIENTO EXPROPIADO

Un dipolo de inequidad se estructura sobre el desconocimiento o subvaloración de la diversidad

de sistemas de conocimientos o culturas. Se obvía 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 Haver, 2001).

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 (ibíd.).

El insuficiente conocimiento 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 desperdiciada, 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 dicotomías fuera de las articulaciones y relaciones de poder que las unen, como primer paso para liberarlas de dichas relaciones y para revelar otras relaciones alternativas que han estado ofuscadas por las dicotomías hegemónicas (Sousa, 2005). Es decir, pensar el sur como si no hubiese norte; pensar en la mujer como si no hubiese el 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 es, en verdad, activamente producido como no existente, esto es, como una alternativa no creíble a lo que existe, pues se trata de transformar las ausencias en presencias centrándose en los fragmentos de la experiencia social no socializados (ibíd.).

El dipolo «saberes occidentales/orientales-indígenas», «biotecnológicos/sanación», los roles

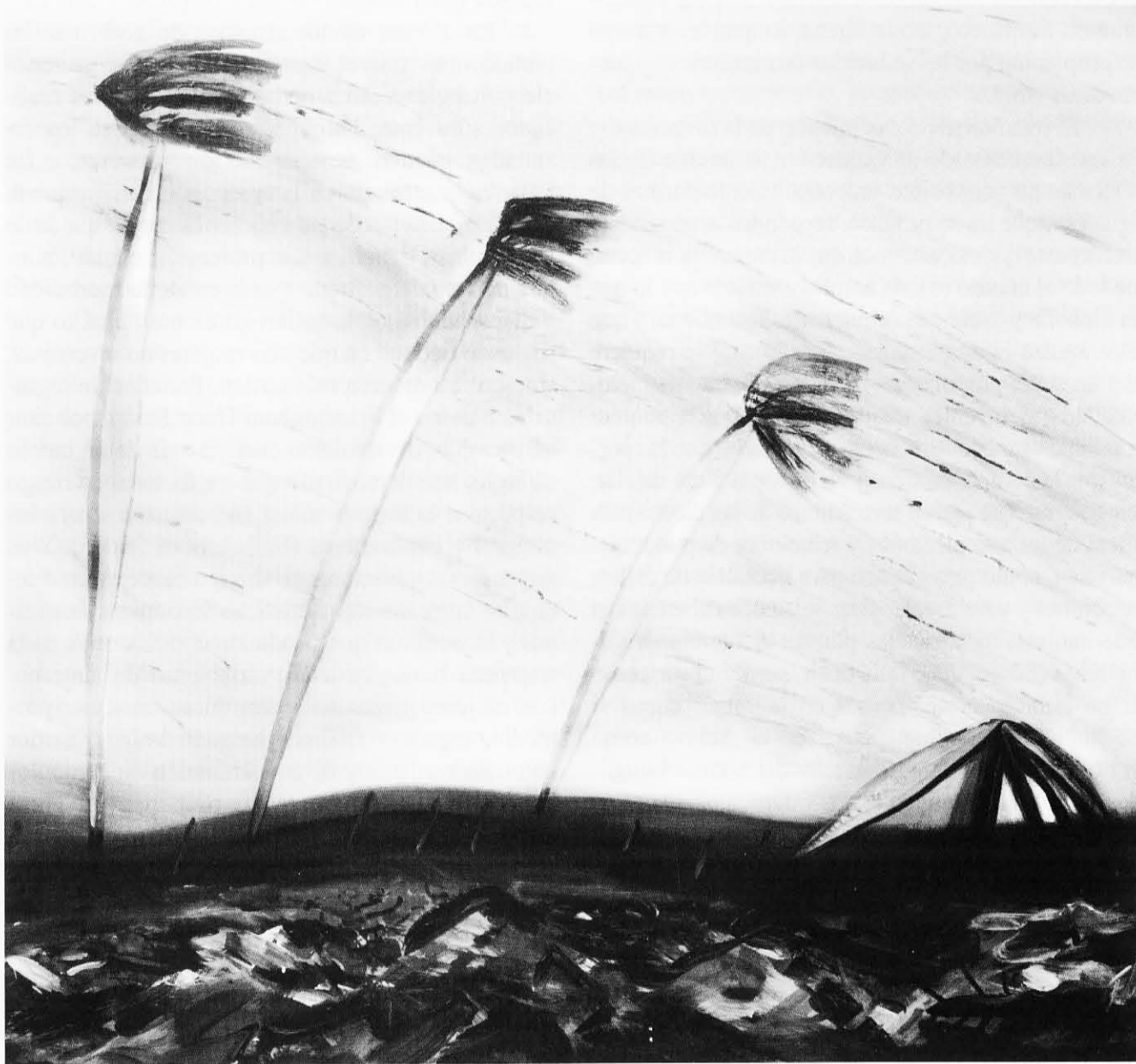
específicos «médico/shaman» y «verticalidad/horizontalidad» en la atención en salud, constituyen engarces muy difíciles de desatar si no se asume una nueva posición para su comprensión, producción de conocimientos y alternativas para la toma de decisiones.

Dentro de la reconocida ciencia occidental, de validación estadística, de ensayos clínicos controlados (de gran valor para la acumulación de evidencias y constatación y validación de técnicas y medicamentos), se producen sesgos por exclusión inequitativa de dipolos establecidos y de sus fragmentos ignorados.

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, sustentado 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 Llobet, 2006a). 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 hemodinámicos, 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: 91; Valls Llobet, Borrás y Fuentes, 1999: 3). Por tanto, no somos iguales, somos diferentes.

En investigaciones que utilizan el análisis multivariante, el sexo se ha incluido como variable, pero a veces sirve más como variable confusora que como una variable predictiva o pronóstica. Sus efectos son controlados en resultados estadísticos y posteriormente ignorados; encuestas y cuestionarios olvidan preguntas relativas a las condiciones de vida y a diferencias en sobrecarga de trabajo y doble jornada; una pregunta tan simple como el número de personas que viven en el mismo hogar, podría ayudarnos a obtener una visión más realista (Rohlf's *et al.*, 1997).

Los efectos que sobre la salud tienen los factores relacionados con las sobrecargas de género para las mujeres, no han sido todavía plenamente investigados: la inequidad en el control sobre los recursos, la multiplicidad de roles, la sobrecarga desigual en la atención a la familia y el trabajo doméstico y la doble jornada. Se ha demostrado en algunos estudios que a) el género es un factor de riesgo que en determinadas condiciones puede ser causa o contribuyente al incremento en la percepción de síntomas; b) el desempeño de los roles de género se asocia con valores que incrementan



Temporada ciclónica (2009)
Técnica mixta sobre lienzo, 172 x 215 cm

EL AUTOCUIDADO COMO ETERNO AUSENTE

en dos veces la percepción de síntomas climatéricos; y c) las mujeres no siempre están conscientes del efecto del condicionamiento de género sobre su salud, por lo que atribuyen la causa a la biología (la menopausia) y nunca a la estructuración inequitativa social, lo cual influye en que las mismas no encuentren opciones para eliminar o atenuar los efectos del climaterio atribuidos exclusivamente a lo orgánico. Por tal razón las «soluciones» disponibles se basan en el empleo de fármacos, esencialmente psicofármacos (psiquiatrización del climaterio), o en el tratamiento hormonal, lo cual supone la insuficiente inclusión del componente social y cultural y, en particular, de género en la etiología de la disfunción (Artiles Visbal, Navarro Despaigne y Manzano Ovies, 2007). En este punto tampoco se puede obviar que 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 signo de debilidad. 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 focalización de la investigación médica en las áreas relacionadas con la salud reproductiva y la planificación familiar, han dejado en un segundo lugar otras etapas determinantes del ciclo de vida: la menopausia, los comportamientos masculinos en la etapa reproductiva en el ejercicio de un compromiso y una paternidad responsable, el tabú de la menstruación y las falacias que asignan síntomas biológicos a los comportamientos sociales, como la «disminución de la libido» asignada a la etapa del climaterio cuando en más del 70 % tiene una concordancia con las relaciones sociales de género en que se involucra la pareja (Artiles Visbal, 2005).

Ante estas evidencias es necesario considerar que en la totalidad 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.

Este reconocimiento de lo no igual, y en particular las diferencias de la significación y práctica de la mujer como mitad de las poblaciones, culturalmente socializadas para un «ser de otros», responde a una razón consuetudinaria («Siempre fue así») y se traduce consecuentemente en la normativa de programas y políticas de salud. El gran ausente en lo regulado y en la vida cotidiana es el autocuidado como forma protagónica de la prevención en salud, lo cual constituye un importante componente de la inequidad en salud, relacionado directamente con el empoderamiento de las mujeres.

En este sentido es necesario valorar diversas formas de educación que propendan al fortalecimiento de las capacidades de las mujeres y apuesten por procesos de empoderamiento desde el autocuidado. El empoderamiento en la salud de las mujeres, desde investigaciones e intervenciones de autocuidado, posee importancia, ya que:

- trae consigo un proceso de autonomía (actitud interna de fuerza) para asumir medidas que propendan hacia la salud, sin estar sujetas o dependientes de la atención impartida desde un exterior;
- eleva el poder «desde adentro» como instancia que surge del mismo ser;
- potencia el desarrollo de sentimientos como la autoestima y la confianza en sí mismas, para que las mujeres puedan intervenir asertivamente;
- se trata de un proceso que incrementa las capacidades para asumir los asuntos que tienen que ver con la vida personal y muy significativamente con la sexualidad (uno de los terrenos de dominación corporal y psicológica más difíciles de confrontar por las mujeres);
- como proceso, también enfrenta condiciones de sincretismo de género que se viven en las diversas esferas de socialización, convivencia y cotidianidad de las mujeres; por tanto, revertir la cultura de postergarse y ser reconocidas desde el «ser para otros», predominante en las mujeres, por un «ser para sí», en el que se visibilicen y prioricen asuntos que tienen que ver con su vida;

- se reivindica el principio de una relación para sí que fortalece la capacidad para decidir en todo lo que compete con los mundos de la corporalidad, la emocionalidad y la espiritualidad, así como lo concerniente a su salud integral, sus afectos y sus opciones ante la sexualidad;
- reforzar procesos democráticos, comunitarios y de solidaridad, así como la conformación de grupos de apoyo entre las mujeres, fortalecen fuerzas colectivas en la defensa de sus derechos e inciden en los determinantes sociales y en los postulados políticos de la promoción de la salud (Arango Panesso, 2007).

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 Rodríguez, 2002).

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 quiénes 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 lograr-

se 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 VIOLENCIA COMO PROBLEMA PRIVADO

La falta de reconocimiento explícito de la violencia, y en particular la violencia basada en el género, es un problema de salud, y no un problema privado. Por tanto, todas las instituciones jurídicas, policiales, educativas, de salud y las vinculadas directa o indirectamente a esta triste epidemia universal deben dar respuesta real (y no formal) definitiva con acciones efectivas. 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.

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 estímulo de un consumismo ilimitado conduce 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 Panesso, 2007).

La insuficiente producción de resultados de investigaciones y de publicaciones científicas que develen cómo la imagen del cuerpo femenino desde una estética publicitaria y *light*, promovida por los medios de comunicación, ha conducido a afectar la

Se pueden añadir, además de estos resultados, elementos que convergen de la práctica, como:

- asumir acríticamente la categoría *género* y restringirla a «estudios de la mujer»;
- centralizar los estudios en la etapa reproductiva, quedando otras etapas del ciclo de vida, como el que incluye a las mujeres de edad mediana como un segmento desprotegido por las estadísticas y por los programas de salud;
- considerar que la perspectiva de género puede incorporarse a la investigación, pero no a los sistemas de atención clínica.

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 generizado*. 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 a los hombres;
- se promueva el predominio del enfoque preventivo centrado en la salud y el bienestar sustentado en la equidad entre los sexos;

NOTAS

¹ En Gordión (actual Anatolia) había un yugo con una cuerda ceñida por un nudo complicado. Según narra la leyenda, un campesino llamado Gordias (de ahí el nombre de Gordiano) llevaba sus bueyes atados al yugo con unas cuerdas anudadas de modo imposible de desatar. Este hombre, al llegar al poblado, cumplió un augurio que promulgaba el hecho de que el futuro rey de Frigia vendría por la Puerta del Este acompañado de un cuervo que se posaría en su carro. Según las tradiciones, quien consiguiera desatar el nudo gordiano podría conquistar

- se considere al individuo-persona «generizado»;
- en la integración de lo biológico y social, se incorpore 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.

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*.

Oriente. Cuando Alejandro Magno (356-323 a.C.) se dirigía a conquistar el Imperio Persa en el 333 a.C. tras cruzar el Helesponto, conquistó Frigia, en donde se enfrentó al dilema de desatar el nudo. Solucionó el problema cortando el nudo con su espada. Esa noche hubo una tormenta de rayos, lo que simbolizaba, según Alejandro, que Zeus estaba de acuerdo con la solución, y dijo: «Es lo mismo cortarlo que desatarlo.» Efectivamente Alejandro conquistó Oriente. En http://es.wikipedia.org/wiki/Nudo_gordiano.

===== **BIBLIOGRAFÍA** =====

- ALFONSO RODRÍGUEZ, A. C. (2002). «La salud de las lesbianas. Algunas palabras de lo invisible». *Saluco*, año 1, no. 12, segunda quincena, septiembre.
- ARANGO PANESSO, Y. (2007). Informe «Inequidad de salud en género: ineficiente, injusta, desigual y no efectiva. ¿Por qué existe y cómo podemos cambiarla?». Informe borrador final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. *Peer Review*, junio.
- ARTILES VISBAL, L. (2004). «Desafíos para el Caribe a 10 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, Egipto». *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- (2005a). «Disminución del deseo sexual en la mujer de edad mediana. ¿Realidad o mito?». Boletín electrónico del Proyecto «Sexualidades, salud y derechos humanos en América Latina», año 2, no. 13. En www.ciudadaniasexual.org.
- (2005b). «El Proyecto Magisterio y la categoría género en la formación de los recursos humanos en salud». *Educ. Med. Sup.*, vol. 19, no. 2.
- ARTILES VISBAL, L., D. NAVARRO DESPAIGNE y B. MANZANO OVIES (2007). *Climaterio y menopausia: un enfoque desde lo social*. Editorial de Ciencia y Técnica, Ciudad de La Habana.
- 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 Ucayali y San Martín», escrito con Angélica Motta y publicado por Reprosalud y Manuela Ramos. En <http://espanol.iwhc.org/recursos/saludculturagenero.cfm> (consultado: 19 de septiembre, 2005).
- BREILH, J. (1996). «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.
- GONZÁLEZ, A. C. y M. SÁNCHEZ (2000). *La investigación en salud para el desarrollo y el enfoque de género: una contribución necesaria para la equidad en salud*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC).
- ROHLFS, I. et al. (1997). «Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres». *Med. Clin.*, Barcelona, no. 108, pp. 566-571.
- SOUSA SANTOS, B. DE (2005). *El milênio huérfano. Ensayos para una nueva cultura política*. Editorial Trotta/Ilsa.
- 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 LLOBET, C. (2006a). «Desigualdades de género en salud pública». En: <http://www.caps.pangea.org/quadern/30/5valls.pdf>.
- (2006b) «La invisibilidad de las mujeres para la ciencia. Invisibilidad de sus cuerpos». En *Mujeres invisibles*. Cap. 2. Plaza & Janés.
- VALLS LLÓBET, C., G. BORRAS y M. FUENTES (1999). «Vivir más, vivir mejor». *Mujeres y Salud*, Barcelona, no. 3 (dossier 3).
- 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.



Horizonte caribeño (2006-2007)
Acero negro y esmalte