

¿POR QUÉ PENSAR EN LA SALUD DE LAS MUJERES?¹

WHY THINK OF WOMEN'S HEALTH?

² María Mercedes Lafaurie Villamil.

Resumen

La perspectiva de género lleva a ver la salud a la luz de las diferencias de género, observándose desigualdades que afectan la salud de las mujeres y que son producto de su situación de subordinación en la sociedad. Aspectos como las inequidades sociales, la pobreza, las desigualdades de género, las violencias basadas en género y la globalización inciden en las condiciones de salud de las mujeres las cuales están fuertemente ligadas a factores estructurales y culturales. En este artículo se presenta un panorama general y se hace hincapié en el caso colombiano. Como alternativa y de cara a la necesidad de minimizar el malestar y sufrimiento que afectan la salud de las mujeres, se propone el enfoque de la Morbilidad Femenina Diferencial.

Palabras clave: salud, perspectiva de género, mujeres, violencia basada en género

Abstract

Gender perspective is seen in the light of the gender differences, noting inequalities that affect women health that are the product of the situation of their subordination in the society. Aspects such as social inequalities, poverty, gender inequalities, gender-based violence and globalization affect the women's health conditions that are strongly linked to structural and cultural factors. This article presents an overview and emphasizes the Colombian case. As an alternative and in face to the need to minimize the discomfort and suffering which affect the health of women, the Differential Female Morbidity approach is proposed.

Keywords: Health, Gender perspective, Women, Gender-based violence

Recibido el 14/02/2011

Aprobado el 02/05/2011

1. Trabajo de reflexión realizado en la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque. Forma parte de un estudio más amplio sobre el tema "¿Por qué pensar en la salud de la mujer?".
2. Psicóloga Universidad Javeriana; Máster en Igualdad y Género, Universidad Jaume I de Castellón; Profesora Asociada Universidad El Bosque, Facultades de Enfermería y Odontología y Maestría en Salud Sexual y Reproductiva. Dirección electrónica: lafauriemaria@unbosque.edu.co

INTRODUCCIÓN

En la salud convergen, entre otras, coordenadas sociales y culturales dentro de las cuales el género ocupa un lugar central. El “género” como categoría ético-política se refiere a aquellas relaciones y estructuras de poder que causan disparidades entre mujeres y hombres. La perspectiva de género constituye un prisma a través del cual se puede abordar la realidad social y desde donde es posible proponer y orientar procesos en la salud para minimizar las problemáticas debidas a las diferencias entre hombres y mujeres, asociadas a las relaciones de poder/subordinación entre unos y otras, que suelen ser comunes especialmente en los países menos desarrollados.

La aceptación de que la violencia, la falta de autonomía y la subvaloración social de la mujer afectan su salud, así como el reconocimiento de que se requiere adelantar programas para solucionar las diferencias en salud debidas al género, se constituyen en argumentos básicos que han fortalecido la inclusión de una perspectiva de género en las políticas y programas de salud de los países del mundo. La Declaración Aprobada de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo, en 1994, planteó la necesidad de “promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse que sea ella quien controle su propia fecundidad” [1].

“El derecho de la mujer a contar con el nivel más elevado de salud física y mental fue reconocido por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, en 1995. En esta Conferencia se reconoció que factores biológicos al igual que aquellos relacionados con el contexto sociopolítico y económico en que ellas viven, pueden hacer parte de los determinantes de la salud de las mujeres. El principal obstáculo que les impide lograr el mayor nivel posible de salud a las mujeres, de acuerdo con las conclusiones de esta Conferencia, es la desigualdad social entre las mujeres y los hombres y entre mujeres de diferentes zonas geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos” [2].

De los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) el Objetivo 3, “Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer”, se refiere explícitamente a la equidad de género. Las Metas del Milenio para 2015 propugnan por la disminución de tres cuartas partes de las muertes maternas. A pesar de que se observan importantes avances en cuanto a la mortalidad materna, todavía son muchos los países que se encuentran lejos de lograr ese Objetivo de Desarrollo” [3]. Según las

cifras que fueron analizadas durante la Cumbre de las Naciones Unidas realizada en 2010, la mortalidad materna (Objetivo 5) continúa siendo elevada en buena parte de los países en desarrollo [4].

De acuerdo con lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la inclusión de la perspectiva de género en la salud “obedece a un criterio justo de salud pública y contribuye a hacer más efectivas la repercusión y la cobertura de la labor dentro de este contexto. Cada vez es más conocido que se presentan diferencias entre las mujeres y los hombres en cuanto a los factores que determinan la salud y a la carga de morbilidad. La dinámica del género en la acción sanitaria tiene grandes repercusiones a este respecto”. La política de la OMS incluye velar porque todas las investigaciones, las políticas, los proyectos, los programas y las iniciativas en que participe la entidad incorporen las cuestiones de género [5].

En el mundo global, donde la brecha entre países ricos y pobres en muchos casos se acrecienta y donde las violencias de género adquieren nuevas expresiones, la salud de las mujeres se ve impactada negativamente.

En este texto se presenta una reflexión en torno a la forma como las inequidades y las violencias basadas en el género atentan contra la salud y arriesgan las vidas de las mujeres y se propone la morbilidad femenina diferencial como enfoque alternativo frente a la naturalización de las problemáticas de salud de las mujeres que aún persiste en el campo médico-asistencial.

EL CUERPO, LA NATURALIZACIÓN Y LA SALUD DE LAS MUJERES

El género, de acuerdo con Gómez, “da cuenta de actividades masculinas y femeninas, cuya diferenciación se traduce en asimetrías institucionalizadas entre hombres y mujeres, en el acceso a los recursos y en el poder sobre ellos” [6]. Según lo propone Amar, como herramienta de análisis “la perspectiva de género permite estudiar relaciones y construcciones simbólicas distintas a las occidentales, en las que la diferencia de roles supera ampliamente a las distinciones biológicas” [7].

“Tanto la sexualidad como la capacidad biológica de las mujeres para ser madres y la maternidad social son dimensiones centrales en la construcción social de las categorías de género”, tal cual lo afirma Montero, quien expresa además que “el cuerpo posee una dimensión simbólica y los cuerpos de las mujeres se han tratado de controlar en las diferentes culturas por

cuanto reproducen biológica, cultural y simbólicamente un colectivo o un orden moral” [8].

Según lo señala Camacaro, “si nos remontamos en la historia, vemos cómo en la sociedad greco-romana, se crearon teorías que marcaron grandes huellas en las corrientes médicas hasta finales del siglo XVIII”. Estas teorías, de acuerdo con la autora, presentaron al mundo una visión de inferioridad de la mujer, justificada a partir de su condición biológica, diferente a la del hombre, además de contribuir “a la construcción social del cuerpo de la mujer, de sus males, locuras y de sus fragilidades como ser” [9]. Aún hoy estas construcciones androcéntricas impactan los saberes y las prácticas propias del ejercicio profesional en las ciencias de la salud.

La “naturalización” representa para Esteban uno de los cuestionamientos fundamentales que se hacen de la forma como se construye la noción de cuerpo a partir del sexo de las personas y de otros aspectos biológicos de las mismas [10]. El paradigma biologista excluye el peso cultural asociado al género y la incidencia que los estereotipos sociales tienen sobre las formas de percibir y de abordar las problemáticas de salud de las mujeres.

La lucha por la autonomía de las mujeres frente a su cuerpo y por los derechos sexuales y reproductivos, que tuvo sus inicios en la segunda parte del siglo XX, abrió espacio a la construcción, abordaje y posicionamiento social de la categoría “salud de la mujer”.

Desde entonces, grandes avances se han logrado en la manera de concebir la salud de las mujeres y en la incorporación del enfoque de género a la salud pero siglos de hegemonía del androcentrismo y de concepciones adversas frente a la fisiología femenina aún hacen mella en la formación médica, en los sistemas de salud y en las maneras de abordar la salud de las personas, de acuerdo con su género.

EL GÉNERO Y LAS DESIGUALDADES EN LA SALUD

Las desigualdades e inequidades sociales contribuyen de manera decisiva a generar diferencias que se pueden apreciar en relación con las condiciones de salud de hombres y mujeres en las poblaciones y los grupos sociales. Existen inequidades y desigualdades en la salud asociadas al género.

El término inequidad posee una dimensión ética; se refiere a las diferencias, innecesarias y evitables entre grupos humanos en cuanto al acceso a los recursos, por lo que estas diferencias pueden ser consideradas injustas e incorrectas [11]. La equidad de género en la

salud está asociada entre otras a la distribución de los recursos que facilitan el acceso al sistema, de acuerdo a las necesidades diferenciales de hombres y mujeres.

La desigualdad en el campo de la salud está dada, por su parte, a partir de los perfiles epidemiológicos de clases y grupos sociales; es decir, hace referencia a la forma en que se distribuye el proceso salud/enfermedad en las poblaciones [12]. El que las mujeres mueran en mayor medida que los hombres de problemas de salud que pueden ser prevenibles constituye una de las más extendidas desigualdades en salud en el mundo. Persisten en la cultura, formas de pensar en torno a lo femenino, al cuerpo de la mujer y sus procesos, que afectan y ponen en riesgo la salud de las mujeres, que perpetúan las barreras de acceso de estas a una adecuada atención en salud y que afectan la calidad de los servicios que las atienden.

Dado que el acceso a los bienes económicos está asociado con las condiciones de género, la salud de la mujer se ve afectada como consecuencia de la feminización de la pobreza que se generaliza en particular en las regiones del tercer mundo. Al interior de los países la distribución de la renta constituye un factor determinante de las condiciones de salud de las y los habitantes y con frecuencia las mujeres poseen menos acceso a los recursos materiales por lo que se ve minimizada su posibilidad de tomar en sus manos las riendas de su propia salud.

Con respecto a la compleja intersección entre el género, las oportunidades sociales y la salud, existen varios aspectos a considerar. Amartya Sen plantea que la misoginia constituye un problema de salud pública y genera diferentes formas de desigualdad entre hombres y mujeres: desigualdad en la mortalidad, desigualdad en la natalidad, desigualdad de oportunidades básicas, desigualdad de oportunidades especiales, desigualdad profesional, desigualdad en las posesiones y desigualdad en el hogar. Sen se refiere, entre otras, a que en varias regiones del mundo las mujeres tienen menos esperanzas de vida al nacer que los hombres debido a la subvaloración del sexo femenino mientras países donde las mujeres acceden a oportunidades sociales muestran mayor equilibrio en lo referente a esta variable entre hombres y mujeres. La preferencia del sexo al nacer constituye una desigualdad generalizada a la que hace alusión este autor quien destaca que en algunos países esta realidad lleva al aborto selectivo [13].

En el campo de las políticas sociales en salud, el enfoque de género constituye un imperativo ético que obedece entre otras a los pactos suscritos por los países

de las Naciones Unidas especialmente como resultado de las Conferencias Mundiales de El Cairo (1994) y Beijing (1995). No obstante, incluir una perspectiva de género en la salud, no sólo implica establecer la categoría “género” como una dimensión en el análisis de la mortalidad y morbilidad humanas; implica ir a las relaciones que se establecen entre los servicios y las personas en razón a su género y más aún conlleva reconocer y analizar las relaciones de poder inmersas en el abordaje que se hace del cuerpo y del padecimiento en relación con el género.

MORBILIDAD FEMENINA DIFERENCIAL

Mujeres y hombres ven afectada su salud por los estereotipos y prejuicios de género. De acuerdo con Artiles, no obstante toda la sociedad necesita de un cambio para que se transformen las desigualdades existentes, “la mujer se encuentra en una posición de desventaja mayor debido a la tradicional y predominante cultura patriarcal que determina una brecha que se manifiesta en las diferentes formas de vivir, morir y enfermar por causas prevenibles”. La medicalización, de acuerdo con esta autora “lleva a convertir dolencias ordinarias en problemas médicos, síntomas ligeros en graves; tiende a tratar problemas personales como problemas médicos y a hacer estimaciones de prevalencia para maximizar mercados potenciales” [14].

Autoras como Esteban [15], Artiles [16], Ruiz-Cantero & Verdu-Delgado [17] y Valls-Llobet [18], enfatizan en la necesidad de cuestionar desde las ciencias de la salud aquellos estereotipos y prejuicios que perpetúan el malestar y sufrimiento que suelen ser frecuentes en la salud de las mujeres y atender a sus necesidades particulares, teniendo en cuenta la inmensa carga ideológica que aún pesa sobre la condición femenina en el sistema médico-asistencial.

Aunque el promedio de vida de las mujeres suele ser mayor que el de los hombres, las enfermedades crónicas y las problemáticas de salud asociadas a las construcciones y roles de género las afectan de manera particular. De acuerdo con la OPS, las condiciones hostiles en el medio ambiente social y económico parecen haber recortado e incluso anulado el presunto diferencial biológico a favor de las mujeres quienes, pese a vivir más, experimentan mayor morbilidad que la población masculina [19].

Existe aún un gran desconocimiento de las enfermedades que padecen las mujeres, de sus causas y de la manera de prevenirlas, de acuerdo con el planteamiento de Carme Valls-Llobet quien define la

morbilidad femenina diferencial como “el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas, o porque éstos sean mucho más frecuentes en el sexo femenino”. De acuerdo con esta autora, “falta desarrollar la ciencia (hacerla visible y comunicarla) de la Morbilidad Femenina Diferencial, para erradicar la cultura del sufrimiento, la resignación y la sumisión a un supuesto destino fatal que las obliga a vivir con molestias y con dolor” [20].

Para Hurtado y Pinzón las concepciones negativas, y en particular la desinformación sobre la menarca, la menstruación y la menopausia, contribuyen a hacer de ellas vivencias penosas para las mujeres [21].

«Sentirse constantemente mal» aunque no se «dejan caer en cama» son formas de percibir su salud las mujeres entre los 40 y los 60 años que participaron en un estudio realizado en cinco regiones de México. Las autoras, Hernández-Tezoquipa y sus colaboradoras, plantean que se requiere ir más allá de la salud sexual y reproductiva cuando se piensa en la salud de las mujeres pues sus necesidades superan ese ámbito; de igual manera, señalan que las mujeres consideran que su malestar no es suficientemente atendido, ni reciben la información necesaria para su cuidado, por lo que se automedican con frecuencia [22].

Además de las problemáticas asociadas específicamente al sexo femenino, como aquellas relativas al parto, a la menstruación y a los cánceres de tipo ginecológico, Valls-Llobet plantea que existen también factores de riesgo diferenciales que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres, como las causas de patología cardiovascular, diabetes mellitus, o la obesidad. Igualmente, para L. Montoya, existen enfermedades que, sin ser específicas del sexo femenino, se presentan con una mayor frecuencia (alta prevalencia) y son causa de muerte prematura, enfermedad o discapacidad más entre las mujeres que entre los hombres como las enfermedades autoinmunes y las enfermedades endocrinológicas. Las mujeres superan a los hombres, entre otras, en las enfermedades reumatólogicas como la artrosis/artritis, en la cefalea y la migraña así como en la lumbalgia [23].

Las problemáticas nutricionales, que subyacen a infinidad de enfermedades y que causan una alta mortalidad en el mundo, aquejan en mayor medida a las mujeres que a los hombres. Se calcula que 350 millones de mujeres sufren de anemia nutricional en el

mundo y un millón de niñas mueren de desnutrición por el sencillo hecho de ser mujeres [24].

Las anemias con déficit de glóbulos rojos suponen la enfermedad más prevalente entre el sexo femenino, junto con la deficiencia de reservas de hierro. La mayoría de anemias son microcíticas por carencia de hierro, sea nutricional o por exceso de sangrados. El 50% de las mujeres en edad reproductiva y dos terceras partes de mujeres embarazadas en África y en el Sudeste y Oeste Asiático están clínicamente anémicas. En Latinoamérica y el Caribe, sin embargo, la anemia entre las mujeres embarazadas es desproporcionadamente alta, un 30%, comparada con el 20% del Este Asiático [25]. Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN), 2010, en la población adulta la delgadez es mayor en mujeres; especialmente entre las más jóvenes, más pobres y las afrodescendientes; 7.6% de las mujeres en edad fértil presentan anemia [26].

RIESGOS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: MÁS ALLÁ DEL SEXO

Si bien existen problemáticas de la salud reproductiva que son exclusivas de las mujeres y que están asociadas a su condición biológica, factores que superan el sexo parecen tener gran incidencia en la mortalidad de las mujeres asociada a esta esfera de la salud.

La mortalidad materna constituye una desigualdad de inmensas proporciones que afecta al sexo femenino, sobre todo en las regiones del mundo donde la vida de las mujeres es poco valorada, donde estas no poseen autonomía sobre su cuerpo y donde sus condiciones de salud durante la gestación no hacen parte de las prioridades de los sistemas sanitarios [27]. Cada día mueren cerca de 1.500 mujeres debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Desde 1990, la estimación del número de muertes maternas que se producen anualmente en todo el mundo supera la cifra de 500.000, lo que representa casi 10 millones de muertes maternas entre 1990 y 2009. Con base en las cifras oficiales presentadas por el Ministerio de la Protección Social, Carrillo calcula en 2006, para Colombia, entre 859 y 895 muertes maternas al año [28].

El embarazo no planeado constituye una de las problemáticas más complejas asociadas a los riesgos maternos. En Colombia, se tendría una tasa global de fecundidad de 1.6, en lugar de la observada de 2.1, si todos los nacimientos no planeados se hubieran podido evitar, es decir una diferencia de medio hijo en promedio por mujer, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS (2010) [29].

El aborto inseguro causa en el mundo entre 65.000 y 75.000 muertes y cobró alrededor de 2.000 vidas de mujeres en América Latina en el año 2003 [30]. En un estudio llevado a cabo en el 2003, por Alí y colaboradoras, se evidencia que la tasa de embarazos que terminan en aborto se ha incrementado en Colombia casi al doble (de 7% a 13%) [31]. El temor a ser judicializadas y a ser rechazadas familiar y socialmente, lleva a las colombianas a buscar abortos en condiciones inseguras o a consultar tardíamente, siendo de difícil cuantificación la incidencia del aborto inducido por las condiciones de ilegalidad en que este se presenta [32]. Con la despenalización del aborto en tres casos excepcionales, se avanza tras la defensa de la vida de las mujeres, de su autonomía y de la justicia a su favor.

Los cánceres ginecológicos cobran millones de vidas de mujeres en el mundo, siendo varios de estos curables en sus estadios iniciales. El cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama ocupan lugares de primer orden entre las causales de mortalidad femenina de los países de América Latina.

En Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010) establece, según el reporte de las mujeres participantes, que el 4% de los resultados de las citologías fue anormal [33]. La OPS considera necesario “hacer un análisis de situación con un enfoque de género para entender a cabalidad la incidencia del cáncer cervicouterino en las Américas”. Según este organismo, en muchas sociedades la mujer no controla sus relaciones sexuales. El que la mujer tenga o no control de cuándo, cómo y con quien tiene contacto sexual es de suma importancia para poder protegerse contra el virus de papiloma humano (VPH) [34].

El cáncer de mama causó, en 2008, 460.000 defunciones en el mundo [35]. En América Latina y El Caribe, en 2002, cerca de 300.000 mujeres murieron por cáncer de mama [36]. De acuerdo con el Instituto Nacional de Cancerología, en 2008 se presentaron en Colombia 2052 muertes de mujeres por tumores malignos de mama [37]. Según la ENDS (2010) este tipo de cáncer ha incrementado entre las colombianas. El 4% de las mujeres reportó que el resultado de la mamografía fue anormal; este porcentaje fue mayor entre las mujeres sin hijos (7%), en mujeres de 40 a 49 años (6%) y en las mujeres sin educación (5%) [38].

La evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta a tiempo es curable, tiene un mejor pronóstico; se presentan mayores tasas de supervivencia; los tratamientos son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos y barreras que dificultan

el acceso a la detección temprana del cáncer de mama. De acuerdo con Nigenda y su equipo, existen barreras de acceso a servicios de salud vinculados con la disponibilidad de información, la relación con los prestadores de servicios y patrones culturales de la interacción entre mujeres diagnosticadas con sus parejas y sus familias. El Sistema de Salud Colombiano contiene barreras que retrasan el diagnóstico oportuno y el tratamiento de cáncer de mama [39].

El campo de las infecciones de transmisión sexual es otro ámbito donde las condiciones y las relaciones de género tienen gran incidencia; datos recientes sugieren un incremento de estas problemáticas entre las colombianas. La infección por VIH/Sida se feminiza y detrás de esta realidad se hallan aspectos relativos a la sumisión de la mujer frente al poder masculino [40]. Para el año 2009 se reportaron en Colombia 6.780 personas con VIH/Sida o muerte por esta razón, por parte del SIVIGILA, de los cuales 2.116 fueron mujeres [31,2%]. Si bien la participación en la mayoría de grupos de edad sigue siendo mayoritaria para los hombres, en el grupo de 15 a 19 años hay predominio femenino. Como explicaciones a esta realidad el Informe UNGASS para Colombia señala que “se puede plantear un enfoque de vulnerabilidad en el cual las niñas son más afectadas por las violencias, en especial la violencia sexual. Se pueden tener mayores presiones sociales y económicas que pueden influir en la vulneración de sus derechos y con el inicio de relaciones sexuales, en muchas ocasiones sin utilización de condón, con compañeros ocasionales y de mayor edad” [41].

LA ENDS (2010) establece que entre las mujeres colombianas que tuvieron dos o más parejas en los últimos 12 meses, solamente el 34% usó condón en la última relación sexual; y entre todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales de alto riesgo en los últimos 12 meses, solamente el 40%. Entre quienes mencionaron haber oído hablar de ITS, el 31% no conoce ningún síntoma en el hombre y 28 ningún síntoma en la mujer, lo cual significa que cerca de la mitad (las que no han oído hablar de ITS y no conocen síntomas) no saben nada sobre ITS. El 3% de las mujeres en edad fértil que han tenido relaciones sexuales manifestó haber tenido una ITS en los últimos 12 meses. Este resultado representa un incremento sobre el resultado de 2005 [42].

Lo anterior nos lleva a pensar que en Colombia, si bien hay aspectos de la salud sexual y reproductiva que mejoran para las mujeres con el paso del tiempo, otros se incrementan; y en fenómenos como la globalización, la feminización de la pobreza y las crecientes

expresiones de las violencias de género, es donde podemos buscar buena parte de las respuestas.

LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

Los roles de género son responsables de un sinnúmero de problemáticas que afectan la salud mental de las mujeres; el estrés y la ansiedad se originan, en buena parte, en la imposibilidad de liberarse de cargas excesivas que estas asumen, entre otras debido a que suelen ser responsables del cuidado de otras personas. Esta circunstancia las lleva, además, a desconocer sus propias condiciones de salud.

Según la OMS, el género determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y su salud mental; su posición y su condición social; el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental. Los trastornos depresivos, de acuerdo con un análisis de esta entidad, constituyen cerca del 41,9% de los casos de discapacidad debida a trastornos neuropsiquiátricos entre las mujeres, mientras que entre los hombres causan el 29,3%. Una estrecha asociación de esta situación con las violencias basadas en género que afectan a las mujeres es planteada por este organismo [43].

Las desigualdades de género y las condiciones que rodean las vidas de las mujeres se asocian, según varios estudios revisados, a que estas se enfrenten a la depresión en mayor o menor medida. De otra parte, los sesgos presentes entre profesionales de la salud mental pueden explicar la posible sobrevaloración de la depresión femenina [44]. Las mujeres constituyen el grupo principal de consumidoras de psicofármacos, grupo al cual dirigen su publicidad los laboratorios que los producen [45].

LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO Y LA SALUD DE LAS MUJERES

Las violencias de género son formas de violación de los derechos humanos que afectan de manera directa la salud y que comprometen no sólo el ámbito físico sino la esfera psicosocial de las personas. Se refieren a aquellas formas de la violencia que incluyen una relación asimétrica de poder, donde se discrimina a una persona por su sexo y que tienen como consecuencia un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico [46]. Este tipo de violencias es ejercido sobre todo en contra de las mujeres. La ONU en su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, se refiere

a violencia de género como “acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada” [47].

Según la Ley 1257 de 2008, o Ley contra la Violencia hacia las Mujeres, se entiende por violencia contra la mujer “cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado” [48].

Los conflictos armados además de causar la muerte y graves daños a la salud física y mental proveen ambientes propicios a otros tipos de violencias como la violencia sexual la cual se ejerce especialmente en contra de las mujeres, cuyos cuerpos se constituyen en botines de guerra, dada la carga simbólica que se les atribuye. Violar, degradar y humillar a las mujeres con la violación física de sus cuerpos y la violación simbólica de su intimidad, su corporalidad y su subjetividad, se ha vuelto una práctica recurrente por parte de los actores armados [49].

Colombia es uno de los países donde, al interior del conflicto armado que se vive, las mujeres han sido objeto de manera sistemática de violencia sexual. Se trata de una forma de violencia cuyo subregistro es alarmante debido entre otras a las presiones que ejercen los grupos armados sobre las víctimas, lo cual ha sido reportado por informes internacionales y nacionales que han alertado acerca de la inmensa vulnerabilidad de las mujeres colombianas en zonas de conflicto, la cual implica también a las mujeres combatientes. Una de las formas más generalizadas de este tipo de violencia contra las mujeres y de vulneración de sus derechos es la violación, a la cual se suman la mutilación genital, el aborto forzado y la prostitución forzada que son otras formas de la violencia basada en género que se ejercen contra las mujeres al interior del conflicto colombiano [49]. Además de los traumas que se causan por estos hechos, surgen múltiples problemáticas como el VIH/Sida y las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y abortos inseguros y otros tipos de secuelas que pueden afectar incluso de manera permanente la salud de las mujeres.

De acuerdo con el informe “Forensis Mujeres. Datos para la Vida” en que se analizan datos del quinquenio 2004-2008, el cual fue publicado en 2010 por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencia Forenses (INMLCF), 6.603 mujeres fueron víctimas de homicidio

durante ese periodo. De ellas, 238 fueron asesinadas como producto de la violencia económica, 437 como producto de la violencia intrafamiliar, 694 como producto de la violencia sociopolítica y 811 como producto de la violencia impulsiva (venganzas, riñas y delitos sexuales); el 30,8% murieron en sus propias viviendas; en el 71,6% de los casos en los que se conoce que el presunto agresor era un familiar, éste era su pareja o expareja; el 18% de las mujeres víctimas pertenecían a grupos vulnerables (campesinas, trabajadoras sexuales, indigentes, toxicodependientes) o se hallaban presuntamente vinculadas a grupos ilegales. De igual modo, de acuerdo con este informe, en ese mismo quinquenio, cada hora cerca de 9 mujeres sufrieron agresiones sexuales en el país, en su mayoría niñas y adolescentes menores de 18 años (84% de los casos). 534 mujeres fueron víctimas de violencia sexual en casos asociados a contextos de violencia sociopolítica y a prácticas tales como secuestro y acciones bélicas; 22.389 mujeres fueron agredidas sexualmente por algún miembro de su familia; y en el 64% del total de casos de violencia sexual registrados, fue la vivienda el escenario del hecho [50]. Muy polémicos son hoy en Colombia los múltiples casos de embarazo de niñas por abuso sexual. El padre, resulta ser el mayor agresor de las niñas, de acuerdo con los registros para el año 2009 del INMLCF [51].

Diversidad de formas de violencia física se ejercen contra las mujeres en el ámbito familiar y conyugal donde estas son las víctimas más frecuentes. La violencia intrafamiliar en contra de las mujeres no se presenta como una serie de hechos aislados, ni como una sola forma de intimidación. Es una característica de la violencia de pareja que se registren varios eventos en contra de una misma persona consistentes, no sólo en agresiones físicas, sino también sexuales, psicológicas y patrimoniales por parte del mismo agresor. “El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) registra a diario datos sobre lesiones fatales y no fatales ocurridas en el contexto de la violencia intrafamiliar en Colombia. De éstas, la forma de violencia con mayor información es la de pareja, que en 2008 dejó 58.533 casos de los que 52.180 fueron mujeres. Por otra parte, 13.523 niños, niñas y mujeres adolescentes fueron valorados por el INMLCF y, aunque la diferencia entre ellas y ellos fue pequeña, el porcentaje más alto estuvo ocupado por las niñas”, [52] lo que constituye un problema de salud pública de gran magnitud en este País.

De acuerdo con los análisis de varias autoras y autores, se presenta una estrecha relación entre la violencia doméstica y problemáticas de salud de la mujer, como los riesgos del embarazo y la mortalidad materna [53] [54] [55]

Según lo señalan Pallitto C. y O'Campo P., al lograr un mayor conocimiento acerca de la relación entre el maltrato de la mujer y el control de la fecundidad en Colombia, los esfuerzos que se realizan a nivel local e internacional pueden abordar con mayor eficacia el riesgo de la mujer ante la violencia y el embarazo no planeado y las amenazas que esto representa para su salud, seguridad y bienestar [56].

El VIH/Sida también resulta ser una problemática asociada en gran medida a las violencias de la pareja, de acuerdo con Barros y sus colaboradores quienes sugieren considerar este aspecto en el trabajo de prevención, control y atención del VIH en las mujeres [57].

LOS EFECTOS DE LA GLOBALIZACIÓN SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES

El sueño de la globalización, que en un primer momento llevó a pensar en la socialización del conocimiento y en un mayor equilibrio social, se resquebraja, generando una crisis que ha venido afectando diversas economías del mundo y que agrava en particular la realidad de los países pobres. Dentro de este contexto, las condiciones de las mujeres y su salud se ven seriamente amenazadas.

Castel citado por Franco señala que “la nueva época se ha inscrito en una globalización desgobernada, globalizando el capital, restringiendo cada vez más el trabajo al ámbito local para impedir movimientos migratorios y generando cada vez mayor pobreza, exclusión social y efectos discriminatorios hacia grupos como, por ejemplo, contra las mujeres” [58].

La trata de personas y en particular aquella con fines de prostitución forzada y de trabajo forzado es un ejemplo sobre cómo los derechos humanos de las mujeres se ven seriamente vulnerados en el mundo globalizado generando riesgos de especiales proporciones sobre su salud. Colombia es uno de los países del Hemisferio Occidental con mayor número de mujeres y niñas trasladadas al extranjero para propósitos de explotación sexual [59].

La prostitución se extiende día a día como estilo de vida en los países con problemáticas económicas y sociales y Colombia es uno de los países en que se generaliza esta actividad como medio para la obtención de ingresos, en respuesta a la economía de mercados y a la incidencia de los tráficos ilícitos, que aunados a la pobreza y al patriarcado ofrecen un contexto de inmensa vulnerabilidad social. Los entornos de la prostitución son entornos donde la salud de las

mujeres se ve seriamente vulnerada, no sólo por su especial riesgo frente a su salud sexual y reproductiva sino por las múltiples formas de la violencia psicológica y física de la cual éstas suelen ser víctimas y al consumo de alcohol y de estupefacientes que es propio en este medio [60].

Las mujeres se ven cada vez más involucradas con las diversas formas de consumo y constituyen una población que incrementa de manera desmedida el consumo de tabaco en el mundo. Las Naciones Unidas en 2010 han buscado llamar la atención sobre la necesidad de proteger a las mujeres y niñas de los efectos nocivos de la comercialización, la mercadotecnia y el consumo de tabaco. En algunos países, la mayor amenaza a las mujeres proviene de su exposición al humo de tabaco ajeno, particularmente de los hombres [61].

De otra parte, la centralidad de la sociedad de consumo en el cuerpo femenino está llevando a las mujeres a problemáticas alimentarias como la anorexia y la bulimia. Es conocido en Colombia este fenómeno, asociado en muchos casos a las necesidades sociales que se imponen a las mujeres y a que el sueño de muchas jóvenes está en hallar posibilidades de desempeñarse en el campo del modelaje que les ofrece, a quienes logran acceder a esta actividad en medio de una competencia de grandes proporciones, alternativas de movilidad económica y social.

Un estudio realizado por Cortés y sus colaboradores evidenció una alta influencia de los medios de comunicación en sus concepciones sobre la imagen corporal en universitarias sanas y en la mitad de las universitarias con anorexia nervosa de la ciudad de Medellín donde la prevalencia de anorexia fue de 3,1%. De una muestra total de 548 participantes un 69% reportaron que las revistas influyen su concepción de la imagen corporal perfecta. El constante bombardeo de imágenes suministradas por discursos consumistas que promueven el culto al cuerpo, presentes en revistas, en la televisión y otros medios masivos, llevan a las adolescentes a arriesgar no solo su salud física sino su salud mental, según concluyen los autores de este trabajo [62].

El mundo contemporáneo no es una garantía para el mejor estar de las mujeres y si bien se han venido dando avances en pos de la igualdad de género y las mujeres han ganado terreno en la toma de decisiones y en su posicionamiento en la sociedad, paralelo a esto, el consumismo que se acrecienta con la economía de mercados afecta a las mujeres en su autonomía y en su calidad de vida.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Sólo de manera reciente los sistemas de salud han empezado a reconocer la importancia de incluir una perspectiva de género en sus políticas y acciones. Aún se pasa por alto infinidad de rutas de prevención que pueden hacer de las mujeres personas más saludables y que pueden impedir en mayor medida su morbilidad y su mortalidad.

Se requiere que en el campo de las ciencias médicas se asuma un compromiso más decidido con la salud de las mujeres, lo cual se debe ver reflejado tanto en la construcción teórica de perspectivas de estudio y de comprensión de sus problemáticas más prevalentes como en su prevención. Es necesario romper paradigmas androcéntricos y patriarcales que continúan afectando las concepciones, los procedimientos y las acciones sobre las mujeres y su salud.

Cada paso a favor de la igualdad social y de los derechos humanos así como en lo relativo a las relaciones de género repercute, bien sea de manera directa o de manera indirecta, sobre la salud y el bienestar de las mujeres, siendo crucial en el campo de la salud minimizar las exclusiones, las demoras y las barreras de acceso generadas por estereotipos de género.

En Colombia se requiere de un trabajo más decidido a favor de la salud de las mujeres pues, como se ha visto, las colombianas están particularmente expuestas a diferentes tipos de situaciones asociadas a su condición de género que les causan vulnerabilidad, lo cual, si bien afecta especialmente su salud sexual y reproductiva, supera esta esfera de su salud. Estudiar sus circunstancias y divulgar los resultados es una forma de aportar al cambio en esta situación.

En la formación y capacitación del personal de salud es imperioso trabajar por una mayor sensibilidad al género la cual implica también un cambio en la forma como se establecen relaciones entre las y los profesionales de la salud y las personas de sexo femenino, cuyas necesidades particulares deben ser tenidas en consideración.

Es importante enfatizar en el empoderamiento de las mujeres de todos los grupos sociales quienes, más que ser objeto de protección y de asistencialismo por parte de las entidades de salud, deben conocer y ejercer sus derechos, asumiendo con mayor autonomía su salud.

Algunos autores y autoras han iniciado una importante labor de análisis de la salud de los hombres desde los estudios sobre masculinidades [63] [64] [65]. La experiencia de estos con relación a su sexualidad, su

reproducción, su paternidad, su violencia o su salud, constituye nuevos campos de indagación. Se crea, desde esta necesidad, un movimiento a favor de una política de salud que aborde la especificidad de lo masculino en América Latina [66]. Es de celebrar el avance de estos nuevos abordajes, necesarios para que la persona humana pueda nacer, crecer y desarrollarse en condiciones de salud óptimas, sin que por razones de su género deba experimentar injusticias, exclusiones o desigualdades, en ningún contexto o región del mundo.

REFERENCIAS

1. Conferencia Internacional sobre la Población y El Desarrollo, El Cairo, 1994 [En línea] [Acceso el 03 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/popin/icpd/newslett/9419/icpd9419.sp/1lead.stx.html>
2. Cuarta Conferencia sobre la Mujer, Beijing, 1995 [En línea] [Acceso el 03 de noviembre de 2010] Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/temas/mujer/confmujer.htm>
3. Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU [En línea] [Acceso el 03 de noviembre de 2010] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
4. Organización de las Naciones Unidas. Podemos Erradicar la Pobreza [En línea] [Acceso el 28 de marzo de 2011] Disponible en: <http://www.un.org/es/mdg/summit2010/>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. [En línea] [Acceso el 03 de noviembre de 2010] Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>
6. Gómez Gómez E. Gender, equality, and health services access: an empirical approximation. *Rev Panam Salud Pública.* 11(5-6):327-34.
7. Amar M. Estudios de la Mujer y Género como concepto explicativo. [En línea]. [Acceso el 10 de septiembre de 2010] Disponible en: http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/estudios/estudios_pdf_estudios/nro11-07.pdf
8. Montero J. Salud Reproductiva. Derechos Sexuales y Reproductivos. Máster en Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado. UJI-Isonomía, 2009:2.

9. Camacaro D. Cuerpo de Mujer: Territorio delimitado por el Discurso Médico. *Comunidad y Salud*, jun. 2007. 5(1): 32-7.
10. Esteban ML. El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva*, enero-abril 2006: 9-20.
11. Freyermuth MG. Mortalidad Materna Inequidad Institucional y desigualdad entre Mujeres. [En línea]. [Acceso el 6 de abril de 2011]. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/contenido/info_public/6815.pdf
12. Eibenschutz C, Támez S, Camacho I. Políticas Sociales Erróneas Producen Inequidad en México. *Rev Salud Pública*. 10 (1), 2008: 119-32.
13. Sen A. Desigualdad de Género. La Misoginia como problema de Salud Pública. [En línea]. [Acceso el 20 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://letraslibres.com/pdf/6679.pdf>
14. Artilés L. El cuerpo de las mujeres, un asunto pendiente en la agenda de las políticas de salud. *Revista Mujer Salud / Red De Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe RSMLAC 1*. [En línea]. [Acceso el 2 de abril de 2011] Disponible en: <http://www.reddesalud.org/administrador/files/arc/revistain/13693690524beaffa5437f6.pdf>
15. Esteban ML. El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva*, enero-abril 2006: 9-20.
16. Artilés L. El cuerpo de las mujeres, un asunto pendiente en la agenda de las políticas de salud. *Revista Mujer Salud / Red De Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe RSMLAC 1*. [En línea]. [Acceso el 2 de abril de 2011] Disponible en: <http://www.reddesalud.org/administrador/files/arc/revistain/13693690524beaffa5437f6.pdf>
17. Ruiz-Cantero, MT, Verdú-Delgado, M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. [En línea]. [Acceso el 30 de marzo de 2011]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400019&script=sci_arttext
18. Valls-Llobet C. Las causas orgánicas del malestar de las mujeres. *Revista Mujeres y Salud*, 2005:5-10.
19. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Salud en las Américas, Septiembre de 2002:108.
20. Valls-Llobet C, Banqué M, Fuentes M, Ojuel J. Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología*, 39(1), abril 2008:9-22.
21. Hurtado H, Pinzón F. Perfil epidemiológico de la mujer menopáusica. [En línea]. [Acceso el 05 de abril de 2011]. Disponible en: http://www.encolombia.com/meno33_perfil.htm
22. Hernández-Tezoquipa, I, Arenas-Monreal M, Valdez-Santiago, R. No dejarse caer en cama: las mujeres y los servicios de salud. *Cad. Saúde Pública*, 21(4):1210-16.
23. Montoya L. El dolor en la mujer: Los tratamientos antiinflamatorios analgésicos. [En línea]. [Acceso en 08 de mayo de 2011] Disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/gine2003_4/gi-4-4-007.pdf
24. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Por una Niñez Bien Nutrida: Comunicación para la Acción, 2004:13.
25. Vizcarra Bordo, I. Entre las desigualdades de género: un lugar para las mujeres pobres en la seguridad alimentaria y el combate al hambre. [En línea]. [Acceso el 05 de abril de 2011]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952008000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
26. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2010. Resumen Ejecutivo.2010:21 [En línea]. [Acceso el 07 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.bogotamasactiva.gov.co/files/ResumenEjecutivoENSIN2010.pdf>
27. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la Infancia. Salud Materna y Neonatal. Resumen Ejecutivo. 2009:2.
28. Carrillo. U., Abelardo. 2007. Mortalidad materna en Colombia: Reflexiones en torno a la Política Pública durante la Última Década. *Rev. Cienc. Salud* 2007; 5(2):72-85.
29. Profamilia, Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: ENDS. [En línea]. [Acceso el 07 de abril de 2011]. Disponible en: http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=83
30. World Health Organization (WHO). Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Geneva: 2007:13.

31. Ali M, Cleland J, Shah I. Trends in reproductive behavior among young single women in Colombia and Peru, 2004. *Demography* 40 (4):659-73.
32. Londoño J, Gallego L, Jaramillo D. Muertes maternas por aborto inducido. En: Departamento de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia. La salud de las madres en Antioquia: un reto, un derecho, un compromiso. Medellín: DSSA; 2007:197-202.
33. Profamilia, Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: ENDS. [En línea]. [Acceso el 07 de abril de 2011]. Disponible en: http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=83
34. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cáncer cérvicouterino. Hoja Informativa. [En línea]. [Acceso el 03 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/cervicalcancersp.PDF>
35. Organización Mundial de la Salud, OMS. Cáncer: Nota descriptiva No. 297 de febrero de 2011. [En línea]. [Acceso el 05 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
36. Robles SC, Galanis E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11(3): 178-85.
37. Instituto Nacional de Cancerología. Mortalidad por cáncer según primeras causas y sexo, Colombia 2000-2008 [En línea] [Acceso el 05 de abril de 2011] Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Mortalidad/Mortalidadnacionalportipodecancer2000-2008.pdf>
38. Profamilia, Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: ENDS. [En línea]. [Acceso el 07 de abril de 2011]. Disponible en: http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=83
39. Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud pública Méx.* 2011; 51(supl.2): 5254-61.
40. Giraldo C, Ceballos G. Acostumbrarse a las barreras: Estudio cualitativo de las barreras del sistema de salud colombiano para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama. *FQS. Forum: Qualitative Social Research.* 2011; 12(2).
41. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2009. [En línea] [Acceso el 01 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>
42. Ministerio de la Protección Social, Colombia. UNGASS 2010: Informe Nacional República de Colombia. [En línea] [Acceso el 02 de noviembre de 2010] Disponible en: <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/file,57840,es..pdf>
43. Organización Mundial de la Salud, OMS. Género y salud mental de las mujeres. [En línea]. [Acceso el 02 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>
44. Lafaurie, MM. Las mujeres y la depresión: una reflexión crítica. *Revista Cuestiones de Género: De la Igualdad y la Diferencia.* 2010; (5): 315-40.
45. Soriano, M. J. La Medicalización de la Salud de las Mujeres. La Panacea de los Psicofármacos. *Revista Mujeres y Salud,* 2008-2009;(25):17. [En línea]. [Acceso el 02 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://mys.matriz.net/mys25/img/MYS25.pdf>
46. Espinar E, Mateo M. Violencia de Género: reflexiones conceptuales, derivaciones prácticas. [En línea]. [Acceso el 06 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/81392/105880>
47. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Res. A.G. 48/104), 1994.
48. Congreso de la República de Colombia. Ley 1257 de 2008. [En línea]. [Acceso el 15 de junio de 2011]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2008/ley_1257_2008.html
49. Blair E. La política punitiva del cuerpo: Economía del castigo o mecánica del sufrimiento en Colombia. [En línea]. [Acceso el 02 de abril de 2011] Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/estudiospoliticos/article/viewFile/6329/5826>
50. Pinzón DC. La violencia de género y la violencia sexual en el conflicto armado colombiano: indagando sobre sus manifestaciones. En: Restrepo J, Aponte D (Eds.) *Guerra y violencias*

- en Colombia. Herramientas e interpretaciones, Pontificia Universidad Javeriana, 2009: 363-92.
51. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis: Mujeres, datos para la Vida. 2010:1-22. [En línea]. [Acceso el 02 de abril de 2011]. Disponible en: http://programacontraviolenciasdegenero.org/documentos/docum_publicac/prod4/presentacion.pdf
 52. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2009. Violencia Intrafamiliar Colombia 2009: 115-16. [Acceso el 10 de mayo del 2011]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2009/Violenciaintrafamiliar.pdf>.
 53. Vladislavovna D, Pámanes-González V, Billings D, Torres-Arreola L. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México, Rev. Saúde Pública 2007; 41: 582-90.
 54. Ortega-Ceballos PA, Mudgal J, Flores Y, Rivera-Rivera L, Díaz-Montiel JC, Salmerón J. Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS Morelos. Salud Pública Méx. 2007; 49(5): 357-66.
 55. Lafaurie MM. Achik Ñan (Camino Resplandeciente). Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres del Chimborazo. Fundación Esar- IPPF, 2009:50.
 56. Pallitto CC, O'Campo P. The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a national sample from Colombia. Int Fam Plan Perspect. 2004 Dec; 30(4):165-73.
 57. Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Association between intimate partner violence against women and HIV infection. Rev. Saúde Pública. 2011; 45(2): 2-3.
 58. Franco A. Globalización, Gobernabilidad y Salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 24 (marzo de 2006): 36-44 [En línea]. [Acceso el 05 de noviembre de 2010] Disponible en: <http://www.guajiros.udea.edu.co/fnsp/Paginas/Congreso/ini/d4.pdf>.
 59. Departamento de Estado, Estados Unidos de América. Oficina de Vigilancia y Lucha contra la Trata de Personas: Informe sobre trata de personas. [En línea]. [Acceso el 20 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4234.pdf>
 60. Lafaurie MM, Gómez PI, Bernal A, Gualteros A, Lozano A, Hassan V. Embarazo en Mujeres en Situación de Prostitución: Autocuidado y Prácticas de Riesgo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología., octubre-diciembre, 2008: 285-96.
 61. Naciones Unidas, Colombia. Proteger a las mujeres de la promoción del tabaco, tema central de celebración día mundial sin tabaco 2010. Mayo 31 /2010. [En línea]. [Acceso el 30 de octubre de 2010] Disponible en: <http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=ii-1--&x=61899>
 62. Cortés H, Díaz A, Mejía C, Mesa JG. Trastornos de la Alimentación: su prevalencia y principales factores de riesgo-Universitarias de Primer y Segundo Año. Revista CES Medicina, 17, Enero-junio de 2003: 33-45.
 63. De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante. Género, Cuerpo y Salud masculina. [En línea]. [Acceso el 05 de abril de 2011] Disponible en: <http://www.umng.edu.co/www/resources/Genero,CuerpoySalMasculina.pdf>
 64. Maroto-Navarro G, Castaño-López E, García-Calvente M, Hidalgo-Ruzzante N, Mateo-Rodríguez I. Paternidad y servicios de salud: Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. Rev Esp Salud Pública. 2009; 83(2): 267-78.
 65. Cruz P, Trujano P, Copado MA. Varones sexualmente abusados en la niñez. Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática. 2001; 22(2): 42-50.
 66. García CI, Gómez FH. La masculinidad como campo de estudio y de acción social. En: Entre los Límites y las Rupturas. Medellín: Universidad de Antioquia, 2003:57-69.

CONFLICTOS DE INTERES: la autora no reporta conflictos de interés en este artículo de reflexión.