

Revisión de Tema

Cáncer de cuello uterino: una mirada integral con perspectiva de género

Cervical cancer: a comprehensive view from a gender perspective

O câncer cervical: um gênero comprehensive

Flor Victoria **Caro D.**,¹
Solángel **Cano G.**²

RESUMEN

Este artículo es una revisión de tema sobre cáncer de cuello uterino, con el fin de visibilizar la necesidad de un enfoque diferencial con perspectiva de género y evidenciar que el contexto social, cultural y de desigualdad de las mujeres las hace más vulnerables a este tipo de enfermedad. El enfoque biologicista ha limitado la mirada desde la morbilidad femenina diferencial y de esta forma ha evitado poner de manifiesto cómo las mujeres, debido a su condición de género, tienen mayor probabilidad de enfermar y cómo la falta de autonomía sobre su cuerpo las pone en riesgo de sufrir esta clase de cáncer.

El texto plantea la importancia de realizar investigaciones sobre cáncer de cuello uterino para redefinir políticas públicas incluyentes con enfoque de género, que procuren cambios de paradigmas en la población, para generar transformaciones que conduzcan a un abordaje integral de esta patología.

Palabras clave: neoplasias del cuello uterino, salud de la mujer, género, cultura, políticas públicas, salud holística, desigualdad en salud.

Recibido: 2015-08-30; aprobado: 2016-03-10

1. Enfermera, estudiante de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad El Bosque. Enfermera, Hospital Central. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: victoriacade@hotmail.com
2. Médica, estudiante de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad El Bosque. Médica colposcopista, Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Colombia.

ABSTRACT

A review article on the topic of cervical cancer is presented in order to visualize the need of a differentiated approach to gender, and to demonstrate that social, cultural and egalitarian attitudes towards women makes women more vulnerable to this type of disease. The biological focus has limited the view from the differential female morbidity, and has hindered the case that women, due to the specifics of their gender, are more likely to get sick and are at a higher risk of developing this type of cancer due to the lack of autonomy over their bodies.

The article shows the importance of cervical cancer research to redefine inclusive public policies with a gender perspective, which promote paradigm shifts in the population, to generate transformations leading to a comprehensive approach to this condition.

Key words: uterine cervical neoplasms, women's health, gender, culture, public policies, holistic health, health inequalities.

RESUMO

O artigo tem como objetivo rever o tema câncer de colo do útero, a fim de visualizar a necessidade de uma abordagem diferenciada em relação ao sexo, e demonstrar que o contexto social, cultural e de desigualdade das mulheres as torna mais vulneráveis a este tipo de doença. A abordagem biológica tem limitado a visão da morbidade feminina diferencial e, desta forma, evitado colocar em destaque como as mulheres, por causa da carga de gênero, são mais propensas a ficar doentes e, com a falta de autonomia sobre seus corpos, coloca-as em risco de desenvolvimento deste tipo de câncer.

O artigo mostra a importância da investigação sobre o câncer de colo do útero para redefinir políticas públicas inclusivas com enfoque de gênero, que promovam mudanças de paradigma adotivos na população, para gerar transformações que levem a uma abordagem abrangente desta condição.

Palavras-chave: neoplasias do colo do útero, saúde da mulher, gênero, cultura, políticas públicas, saúde holística, desigualdade em saúde.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU) es un grave problema de salud pública que afecta a las mujeres más pobres de los países en vías de desarrollo (1). Este tipo de cáncer es el cuarto más común en las mujeres y el séptimo en la clasificación general, con un estimado, en el año 2012, de 528.000 nuevos casos y 266.000 muertes. De estas cifras, alrededor del 85% de la carga mundial se produce en los países periféricos o “en los países menos desarrollados”, donde representa casi el 12% de todos los cánceres femeninos (2). De acuerdo con la argumentación anterior queda suficientemente probado que este grupo poblacional tiene mayor riesgo de padecer cáncer de cuello uterino (CCU).

Históricamente el cáncer de cuello uterino se ha abordado desde el modelo biomédico, que enfoca la detección temprana de la enfermedad y la identificación del virus del papiloma humano (VPH) como principal agente causal; el conocimiento de la historia natural de la enfermedad; el establecimiento de factores de riesgo y el desarrollo de tratamientos sofisticados y de última generación. Sin embargo, este modelo a menudo deja de lado

el contexto social, cultural y de orden sexual de la paciente, que descarta el análisis integral, como lo analizan varios investigadores (3, 4, 5).

En el ámbito internacional, la perspectiva de género como marco político en la salud ha recibido atención desde las conferencias internacionales de El Cairo (6) en 1994, de Beijing (7) en 1995 y del Consenso de Montevideo (8). En estos encuentros multilaterales se reafirmó la urgencia de trabajar en el mejoramiento de la condición de vida de la mujer, como también en la igualdad y la equidad entre los sexos, aspectos indispensables para lograr el desarrollo armónico. También se hizo especial énfasis en la importancia del acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva para la población en general (9).

Las diferentes conferencias e investigadores han visibilizado que las mujeres son objeto de desigualdad y que las construcciones de género junto con los factores socioeconómicos negativos las ubican en situación de desventaja para su salud general y obviamente frente al cáncer de cuello

uterino. Concretamente en el campo de la salud sexual y reproductiva, se suelen realizar programas con perspectiva de género sin evidenciar que existen diagnósticos diferenciales de acuerdo con el sexo, la orientación sexual, la etnia y el nivel educativo, que afectan la salud de esta población (10, 11).

En Colombia, para el quinquenio 2007-2011, se estimó una tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino de 18,7 por 100.000, constituyéndose en la segunda causa de cáncer más frecuente entre la población femenina después del cáncer de mama, evidenciándose una tendencia al descenso; sin embargo se continúan presentando dificultades en los componentes de calidad, seguimiento, diagnóstico definitivo y tratamiento de lesiones cervicales precancerosas y cáncer, situación similar a la región de América Latina y el Caribe (12).

Los anteriores postulados nos reafirman la obligación de los estados, de precisar acciones para la promoción de las mujeres como actoras y gestoras con capacidad de decidir sobre sus cuerpos; el derecho de la mujer a controlar todos los aspectos de su salud; a respetar su autonomía e integridad físicas y a decidir de forma libre todo lo relativo a su sexualidad (13).

Se evidencia que existe vulneración a los derechos de las mujeres pues no se les está respetando uno de los principios de la bioética, el que se sustenta en la autonomía, de acuerdo con la sentencia C-355 de 2006, de la Corte Constitucional de Colombia que dice:

Quando el Estado resuelve reconocer la autonomía de la persona, lo que ha decidido, es constatar el ámbito que le corresponde como sujeto ético: dejarla que decida sobre su vida, sobre lo bueno y lo malo, sobre el sentido de su existencia (14).

Uno de los obstáculos para concretar un abordaje holístico del problema, y reflejo de la biomedicina, es que el conocimiento no se populariza porque el lenguaje utilizado por el cuerpo médico es demasiado técnico y por lo mismo inaccesible a la comprensión de las mujeres, quienes asumen posturas pasivas frente a estas relaciones de poder del gremio médico. Tampoco se divulgan suficientemente los factores culturales que inciden en esta patología, ni el papel del varón como agente activo

en la problemática y de esta forma se perpetúa el ciclo del papiloma como principal factor desencadenante (15).

Se propone entonces trabajar para que se establezcan acciones hacia un abordaje incluyente desde una perspectiva de género, dirigido a entender que las relaciones de género permean el proceso de salud de las mujeres, afectándolas y haciéndolas más vulnerables.

METODOLOGÍA

La búsqueda bibliográfica se centró en bases de datos como MEDLINE, Cochrane y PUBMED, entre otras. Los criterios de búsqueda se determinaron en tiempo de publicación no mayor a diez años (se incluyó en la revisión un artículo que supera el tiempo establecido debido a su contenido y aporte al tema), artículos que presentaran aportes académicos relacionados con cáncer de cuello uterino y que se abordaran desde las siguientes categorías: factores socioculturales y de género, morbilidad femenina diferencial y políticas públicas. En total se preseleccionaron 45 artículos de los cuales 28 cumplieron con los criterios establecidos para la revisión bibliográfica. Los artículos seleccionados responden al enfoque holístico para el abordaje del cáncer de cuello uterino.

DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

El cáncer de cuello uterino es una patología de origen multifactorial relacionada con el virus del papiloma humano (VPH) como causa necesaria pero no suficiente para desarrollar la enfermedad. Este tipo de cáncer es producto de la infección de las células cervicales del cuello uterino con un tipo oncogénico del VPH, que desarrolla inicialmente lesiones epiteliales preinvasivas, algunas de resolución espontánea y otras que progresan hacia un cáncer invasor (16). De los tumores malignos, este tipo de cáncer es el más fácil de prevenir mediante cribado; la prueba Papanicolaou revela anomalías citológicas, clasificadas como atípico, de bajo o alto grado. Luego los resultados deben confirmarse mediante colposcopia, biopsia e histología (17). Otros factores asociados a la evolución de las lesiones son: el estilo de vida de la paciente

o su pareja, la herencia, el estado hormonal, la baja cobertura de servicios de salud, así como condiciones deprimidas económica y socioculturalmente (18).

Algunos estudios evidencian cómo los roles de género y las condiciones de subordinación de las mujeres impiden que se empoderen de sus cuerpos y acudan a los servicios en búsqueda de atención oportuna. Se han evidenciado barreras psicosociales y estructurales como miedo a un diagnóstico de cáncer, a ser abandonadas por la pareja y su dependencia para la autorización de la toma de citología, falta de tiempo y dinero para el transporte, priorización de los asuntos familiares, tramitología desde los servicios de salud y actitudes negativas de algunas profesionales hacia las usuarias (11).

La mayoría de los modelos de atención en salud se centran en el terreno biológico e ignoran o marginan los determinantes sociales, económicos y políticos que generan “perfiles epidemiológicos de las desigualdades” y que, por ende, representan las inequidades por razones de género. Es decir, constituyen la expresión fenomenológica de los diferenciales de poder en la relación entre los sexos, lo cual se expresa en las condiciones de vida, los riesgos y sus consecuencias, así como en las tasas de morbilidad y mortalidad. El biologicismo desenfoca la mirada sobre la necesaria transformación de las condiciones sociales en que tiene origen el cáncer y la concentra, por ende, al ámbito de la medicación y la tecnología para darle solución (18). Esta mirada se aleja de una comprensión holística y relacional y, por consiguiente, del planteamiento de una solución integral al problema.

El diagnóstico de cáncer constituye una experiencia estresante que supone una carga enorme de angustia y sufrimiento. La misma palabra está asociada a la muerte; su sola mención desencadena en las personas situaciones de ansiedad, debido a los tratamientos que generan dolor, trastornos físicos y emocionales, cambios en el estilo de vida, las costumbres, el desempeño laboral y familiar, etc. Además, el factor económico entra en juego, en la medida en que supone un enorme gasto asociado a la enfermedad y sus costos de tratamiento, el cual supera la capacidad de pacientes y familias (19).

CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y SU SIGNIFICACIÓN

Según Díaz, un cáncer ginecológico no es solo una proliferación desordenada de células que afectan partes del organismo de una mujer. Además de los cambios a nivel fisiológico, ella debe enfrentar las consecuencias orgánicas y psicológicas propias de la enfermedad y de los tratamientos oncológicos, que conllevan una alteración importante de su relación íntima con el cuerpo, con el otro y con la vivencia de su sexualidad (20).

En el cáncer de cuello uterino las representaciones simbólicas se centran en el útero, una de las partes del cuerpo que históricamente ha sido asociada (y de ese modo, incorporada subjetivamente) con la feminidad, la maternidad y la sexualidad (21). Los problemas psicológicos relacionados con el cáncer pueden alterar el funcionamiento sexual: la frustración, el estigma, la vergüenza, el temor a la muerte, etc., son sentimientos que afectan la libido de la paciente con cáncer y, en ese orden de ideas, su capacidad de experimentar placer a través del sexo (21).

La carga simbólica del ‘ser mujer’ se representa en el cuerpo. Este es el instrumento principal a través del cual, en la inmediatez del sentido común, se construye culturalmente a la mujer como sujeto de reproducción y garante de la continuidad de la especie humana (18). El útero es, en ese cuadro, la figura protagónica en la ecuación mujer igual a madre, y si por alguna causa biológica o social no se cumple esta función, el cuerpo de la mujer se desvaloriza socialmente. El cuerpo sexuado y el placer erótico femenino son excluidos de forma sistemática y se descartan por no corresponder a la concepción de esta función elemental –estrictamente reproductiva– de la mujer (18).

Mediante la concepción biomédica se ha encasillado el CCU en el órgano femenino, a pesar de ser una enfermedad de transmisión sexual. Con esta visión, se desconoce el papel del sexo masculino, que es un agente transmisor del VPH por comportamientos sexuales de riesgo. Esto evidencia que el contexto sociocultural ha moldeado y perpetuado el papel subordinado de la mujer en aras del privilegio masculino. Igualmente, al ubicarse la enfermedad en un órgano asociado a la reproducción, del cual

no se debe hablar ni manipular y menos tocar, se han desarrollado barreras culturales y limitaciones para la autodeterminación de las mujeres, lo cual suele estar asociado a un diagnóstico tardío (22).

GÉNERO Y MORBILIDAD FEMENINA DIFERENCIAL

El género es una construcción social e histórica, producto del cruce de múltiples relaciones, que alude a procesos arraigados en el tejido político, económico y cultural de las diversas sociedades en cada momento específico de la historia humana. Esta construcción se traduce en tareas, roles y responsabilidades diferenciados que son socialmente asignados de acuerdo con el sexo, mediante una valoración históricamente determinada de lo masculino y lo femenino, lo cual a su vez fija ciertos modelos acerca de la condición de ser hombre o ser mujer (23).

La población femenina pobre y de países periféricos en vía de desarrollo es la que mayormente sigue enfermando y muriendo por razones directas o indirectamente relacionadas con el género, entre las que se encuentran enfermedades prevenibles como el cáncer de cuello uterino (9). En razón de lo anterior, Leticia Artiles plantea la necesidad de producir un cambio social profundo que transforme las desigualdades sociales existentes y, en particular, las desigualdades de género por cuanto su conjunción afecta la salud de las mujeres y sus condiciones de vida en general. La autora sostiene que es urgente visibilizar las inequidades sociales como una estrategia para su superación, en la medida en que estas continúan atentando contra la dignidad y el bienestar de las mujeres (18).

Asimismo, tanto la valoración social diferente de lo femenino y lo masculino como la división sexual del trabajo determinan la existencia y pervivencia de inequidades sociales, las cuales se expresan en acceso diferenciado a los recursos, la información y la prestación de servicios, así como en el grado de autonomía para la mujer. Lo anterior se traduce en afectación a la salud sexual y reproductiva, además de mayor desventaja para el sexo femenino (24).

La diferenciación tajante entre mujeres y hombres al ubicarse en un nivel no solo simbólico sino prác-

tico termina por producir formaciones sociales profundamente inequitativas. La perspectiva de género permite, por lo tanto, evidenciar cómo los grupos sociales, a partir de las diferencias biológicas, construyen los conceptos de masculinidad y feminidad, a los cuales se les atribuyen de modo simbólico unas posibilidades diferenciadas de actuación y valoración (25).

Los estereotipos y prejuicios de género en el campo de la salud reafirman las desigualdades y fortalecen barreras de acceso a una atención médica adecuada, lo cual pone en riesgo la salud de las mujeres, que continúan muriendo por problemas prevenibles. La mujer se encuentra en una posición de desventaja debido a la tradicional y predominante cultura patriarcal, que abre una brecha expresada en las diferentes formas de vivir, morir y enfermar por causas prevenibles (18, 26).

Por lo tanto, si se pretende hablar del malestar de las mujeres, es necesario asumir un lugar de enunciación teórico y político que cuestione los efectos que produce el lugar históricamente asignado a ellas, así como los modelos de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativa laboral, entre otros, que, de suyo, entrañan situaciones de sobrecarga física y emocional (las cuales a la larga constituyen factores de riesgo para la salud) (27). Por lo mismo, si se quiere realizar un abordaje adecuado de la salud de las mujeres, esta mirada no puede limitarse a lo biomédico o a los márgenes estrechos del biologicismo (28).

Para hablar de salud y género se debe contemplar, al mismo tiempo y de manera articulada, las dimensiones biológica, social y cultural de las enfermedades; además de cuestionar su etiología e implementar modelos de explicación multicausales. Se requiere acudir a la lectura de las propias mujeres y los hombres, lo cual ha de reflejar modos de entender y vivir los padecimientos más diversos y ricos en matices y factores condicionantes (clase social, etnia, edad, experiencia laboral, migración, formas de convivencia, sexualidad, etc.) (29).

La salud reproductiva es transversal a hombres y mujeres; las enfermedades femeninas y en concreto el cáncer de cuello uterino, por su asociación con la reproducción del ser humano, se relaciona directa-

mente con la forma en que las mujeres son tratadas en razón de su género en una sociedad determinada (22).

CONCLUSIONES

Se hace necesario destacar la importancia de superar el modelo biomédico como única opción para abordar el cáncer de cuello uterino y considerar miradas integrales que reconozcan la incidencia de las condiciones sociales y culturales de la paciente en su vivencia de la enfermedad. De esa manera, la perspectiva de género adquiere especial relevancia en el estudio, seguimiento y apuesta por la superación del cáncer.

Igualmente, se ha de revisar conceptualmente la morbilidad femenina diferencial, derivada de una lectura de género a la salud femenina, diferenciada por la naturaleza misma de su condición, presente en las formas de enfermar y en las enfermedades que ellas sufren, muchas de las cuales, por lo demás, son prevenibles y pueden estar asociadas a su condición de sometimiento en la relación de poder al género masculino que deriva en la falta de autonomía sobre sus cuerpos.

Surge la necesidad, entonces, de actuar en concordancia con esta realidad en el ámbito de la prevención y de la atención del cáncer de cuello uterino. Para ello, es importante la investigación desde un enfoque de género y la construcción de lineamientos de política pública que reconozcan la carga de género en la presentación de este problema de salud pública y la pertinencia ético-política de transformar y garantizar los derechos de las mujeres y la equidad social.

Por último, resulta relevante señalar que los profesionales de la salud deben integrar en sus intervenciones un conjunto de acciones articuladas que, al desprenderse de un análisis con perspectiva de género incluyente, permita contribuir a la superación del cáncer de cuello uterino mediante la socialización de hombres y mujeres. Al aplicar un modelo de intervención holístico que evidencie las implicaciones sociales, culturales, económicas, familiares y de relaciones inclusivas de pareja que tiene el cáncer de cuello uterino sobre la vida de las mujeres puede abrirse el camino para que

ellas actúen como garantes de sus propios derechos, empoderadas de su bienestar, su salud y sus cuerpos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz N, Reina J, Sánchez G. La vacuna contra el virus del papiloma humano: una gran arma para la prevención primaria del cáncer de cuello uterino. *Rev. Bioline. International*. 2008; 39(2): 196-204.
2. International Agency for Research on Cancer. *Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012* [Internet]. Francia: Globocan. iarc.fr. 2012 [consultado 1º de marzo de 2014]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
3. Valencia M. El cáncer cervicouterino, una mirada desde el interaccionismo simbólico. *Rev. Poiesis* [Internet]. 2010 [consultado el 20 agosto de 2013]; (19): 1. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/108/85>
4. American Cancer Society. *Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino*. American Cancer Society [Internet]; 2014 [consultado 24 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580.pdf.pdf>
5. Tamayo LS, Chávez MG, Henao LM. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2009 [consultado el 25 de agosto de 2013]; 27(2): 177-86. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000200009
6. Naciones Unidas (ONU). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo* [Internet]. Cairo; septiembre 1994 [consultado el 3 enero de 2016]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
7. Naciones Unidas (ONU). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* [Internet]. Beijing; 1995 [consultado el 19 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
8. Naciones Unidas (ONU). *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* [Internet]. Montevideo; 2013 [consultado el 17 de octubre de 2013]. Disponible en: http://www.cepal.org/prensa/noticias/comunicados/0/50700/2013-595-Consenso_Montevideo_PyD.pdf

9. Lafaurie MM. Género, equidad y salud de las mujeres. Colombia: Universidad El Bosque-Facultad de Enfermería; 2012.
10. Tovar P. El cuerpo subordinado y politizado: reflexión crítica sobre género y antropología médica. *Rev. Colomb. Antropol.* 2005; 40: 253-82.
11. Obregón N. Desigualdades en el acceso a los programas preventivos en salud sexual y reproductiva. España: Universitat de Barcelona-Escuela de Enfermería; 2013.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Guía completa. Colombia 2014.
13. Galli B. Los efectos de las restricciones jurídicas relacionadas a la penalización del aborto y otras barreras jurídicas al acceso de las mujeres a la salud sexual y reproductiva. IPAS; 2012.
14. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355/06. 10 mayo de 2006.
15. Luna-Blanco M, Sánchez-Ramírez G. Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de las Casas. México [Internet]; 2014 [consultado 25 febrero de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-80272014000200005&script=sci_arttext
16. Contreras H. Papanicolau y citología líquida en diagnóstico de cáncer. *Rev. Comunidad y Salud.* 2012; (13)1: 12-22.
17. Arbyn M, Roelens J, Simoens C. Human papilloma virus testing versus repeat cytology for triage of minor cytological cervical lesions. *The Cochrane Library*; 2013.
18. Artiles L. El cuerpo de las mujeres, un asunto pendiente en la agenda de las políticas de salud. Ponencia presentada en el IX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Chile; 2009.
19. Gómez MM, Lagoueyte MI. El apoyo social: estrategia para afrontar en el cáncer de cérvix. *Av. Enferm* [Internet]. 2012 [consultado 12 de octubre de 2013]; 1: 32-41. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a04.pdf>
20. Díaz V. Sexualidad, cuerpo y duelo. Experiencia clínica en mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico* [Internet]. 2010 [consultado 20 de agosto de 2013]; 7(14): 155-60. Disponible en: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/viewFile/139/413>
21. Hughes MK. Alterations of sexual function in women with cancer. *Pubmed.* [Internet] [consultado 3 de agosto de 2013]; 24(2): 91-101. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18442672>
22. Cortés C. Cáncer de cuello uterino: una enfermedad de mujeres con perspectiva de género. Reflexiones para el trabajo en salud pública [Internet]; 2013 [consultado 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1384271314_ARQUIVO_cLAUDIAgARCIA.pdf
23. Peláez MM. La política de género en el estado colombiano: un camino de conquistas sociales [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001 [consultado 2 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4332/2/93.pdf>
24. Flórez CE, Soto VE. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: una visión global. *Inter-American Development Bank* [Internet]. 2008 [consultado 2 de julio de 2015]; 632(5). Disponible en: http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-632_esp.pdf
25. Tabón G. Herramientas para construir equidad entre hombres y mujeres. Bogotá: Proequidad; 1995.
26. Lafaurie MM. Por qué pensar en la salud de las mujeres. *Revista Salud Bosque.* 2011; 1(1): 79-90.
27. Martínez I. Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género en salud. Universidad de Valencia.
28. Moreno L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Públ. Méx.* 2007; 49(1): 63-70.
29. Esteban ML. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva* [Internet]. 2006 [consultado 9 de agosto de 2013]. 2(1): 9-20. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000100002