

Sexualidad y reproducción en clave de equidad

Sexualidad y reproducción en clave de equidad

María Mercedes Lafaurie Villamil
Miguel Antonio Sánchez Cárdenas (Comps.)



613.907 S15s

LAFAURIE VILLAMIL, María Mercedes (Comp.)

Sexualidad y reproducción en clave de equidad / María Mercedes Lafaurie Villamil, Miguel Antonio Sánchez Cárdenas (Comps.).

– Bogotá : Universidad El Bosque, Facultad de Enfermería, 2018.

168 p.

ISBN 978-958-739-113-8 (Impreso)

ISBN 978-958-739-114-5 (Digital)

1. Enfermedades transmisibles 2. Educación sexual 3. Educación para la vida familiar - Investigación 4. Salud reproductiva. I. Alexandra Caballero Guzmán II. Patricia Antolínez Ruiz III. María Mercedes Lafaurie Villamil IV. Blanca Cecilia Vanegas V. Marcela Pabón VI. Rita Cecilia Plata VII. María Alejandra Salguero-Velázquez VIII. Edgar Alexander Rincón Silva IX. Lizeth Cristina Martínez Baquero X. Mildred Alexandra Vianchá Pinzón XI. Mónica Patricia Pérez Prada XII. Isaac Uribe.

Fuente. SCDD 23ª ed. – Universidad El Bosque. Biblioteca Juan Roa Vásquez (Enero de 2018).



Sexualidad y reproducción en clave de equidad

1ª edición, febrero de 2018

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

© Universidad El Bosque

© Editorial Universidad El Bosque

© María Mercedes Lafaurie Villamil (Comp.)

© Miguel Antonio Sánchez Cárdenas (Comp.)

ISBN: 978-958-739-113-8 (Impreso)

ISBN: 978-958-739-114-5 (Digital)

Universidad El Bosque

Rector

Rafael Sánchez París

Vicerrectora Académica

María Clara Rangel Galvis

Vicerrector de Investigaciones

Miguel Otero Cadena

Vicerrector Administrativo

Francisco Falla Carrasco

Decana Facultad de Enfermería

Rita Cecilia Plata

Autores:

Alexandra Caballero Guzmán

Patricia Antolínez Ruiz

María Mercedes Lafaurie Villamil

Blanca Cecilia Vanegas

Marcela Pabón

Rita Cecilia Plata

María Alejandra Salguero-Velázquez

Edgar Alexander Rincón Silva

Lizeth Cristina Martínez Baquero

Mildred Alexandra Vianchá Pinzón

Mónica Patricia Pérez Prada

Isaac Uribe

Editorial Universidad El Bosque

Dirección: Av. Cra 9 n.º 131A-02, Torre D, 4.º piso

Teléfono: +57 (1) 648 9000, ext. 1395

Correo electrónico: editorial@unbosque.edu.co

Sitio web: www.uelbosque.edu.co/editorial

Editor jefe: Gustavo Silva Carrero

Coordinación editorial: Leidy De Ávila Castro

Dirección gráfica y diseño: Alejandro Gallego

Diagramación: Yerson Leonardo Cháves Torres

Corrección de estilo: Jhon Machado

Impresión:

LB IMPRESOS S.A.S.

Bogotá, D, C., Colombia

Febrero de 2018

Tabla de contenido //

Presentación.....	09
Capítulo 1	
Género y morbilidades ocultas en salud sexual	11
<i>Alexandra Caballero Guzmán</i>	
Capítulo 2	
Embarazo y vida laboral: experiencias de enfermeras que trabajan en el sector hospitalario de Bogotá	33
<i>Patricia Antolínez Ruiz y María Mercedes Lafaurie Villamil</i>	
Capítulo 3	
Políticas internacionales y normatividad colombiana que favorecen la educación en sexualidad y prevención de la maternidad y paternidad en adolescentes	59
<i>Blanca Cecilia Vanegas, Marcela Pabón y Rita Cecilia Plata</i>	
Capítulo 4	
Paternidad en jóvenes y transición a la igualdad de género.....	77
<i>María Alejandra Salguero-Velázquez</i>	
Capítulo 5	
Aspectos relacionados con el inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes colombianos: insumos para la prevención.....	105
<i>Edgar Alexander Rincón Silva</i>	
Capítulo 6	
Uso inconsistente del condón hacia una explicación y comprensión del fenómeno.....	137
<i>Lizeth C. Martínez Baquero, Mildred A. Vianchá Pinzón, Mónica P. Pérez Prada e Isaac Uribe</i>	
Índice analítico.....	159
Índice onomástico	161

Presentación

La salud sexual y reproductiva posibilita un escenario de construcción de equidad social y de ejercicio de los derechos humanos, de acuerdo con los mandatos emanados de las conferencias internacionales de El Cairo y de Beijing que constituyen los pilares políticos de los acuerdos internacionales en esa materia. La inequidad habla de brechas para el logro de la igualdad entre personas de diferentes géneros, edades, etnias y otras condiciones. Ciertas morbilidades en salud sexual y reproductiva se desconocen, en muchas ocasiones, por razones asociadas a los sesgos presentes en el contexto de la salud y que se fundamentan en el no reconocimiento de las diferencias de género. Aspectos como las violencias de género y sexuales, y las problemáticas y riesgos asociados a la maternidad exigen cambios de paradigmas que permeen las políticas sociales, y el devenir de las relaciones de género en la vida cotidiana.

En las mujeres embarazadas de América Latina continúa predominando prácticas vinculadas a inequidades de género y sociales que ponen en riesgo su salud; la falta de protección en esta etapa tiene implicaciones sobre la calidad de vida de las gestantes en una región con altos índices de morbilidad y mortalidad materna. De igual manera, el embarazo adolescente suele asociarse a estas mismas inequidades; la maternidad y paternidad juveniles responden, en muchos casos, a falta de proyectos de vida estructurados los cuales se ven asociados a brechas sociales, culturas no igualitarias entre hombres y mujeres y a la falta de reconocimiento de las necesidades de educación sexual y de empoderamiento social de la juventud. Se requiere construir espacios de concienciación de la población juvenil frente a su autocuidado, toda vez que, además del embarazo a edad temprana, las infecciones de transmisión

sexual y el VIH resulta ser un asunto de salud pública cada vez más frecuente en este grupo humano.

En la presente entrega, investigadores de Colombia y México se dan cita para disertar en torno a temas en que interactúan la salud sexual y reproductiva, y las inequidades sociales y de género. Alexandra Caballero nos sumerge en el mundo de las morbilidades invisibles en salud sexual y nos lleva a reflexionar en torno al peso del género en los modos de enfermar de las personas y de ver su salud; Patricia Antolinez y María Mercedes Lafaurie presentan resultados de un estudio realizado en Bogotá sobre experiencias de enfermeras durante sus embarazos, a la luz de su vida laboral; Blanca Cecilia Vanegas, Marcela Pabón y Rita Cecilia Plata de Silva hacen un recorrido a través de las políticas nacionales e internacionales más relevantes que versan sobre la salud sexual y reproductiva y que ayudan a orientar acciones destinadas a la prevención del embarazo adolescente; Edgar Alexander Rincón-Silva conduce un análisis de situación con enfoque de género a partir de estadísticas y avances de investigación sobre el “debut sexual” de los adolescentes colombianos; Alejandra Salguero propone un ejercicio de reflexión en torno al modo como un grupo de jóvenes estudiantes de México construyen sus paternidades centrándose en aspectos como la identidad paterna y sus significados; por último, Lizeth Martínez, Mónica Pérez, Mildred Alexandra Vianchá e Isaac Uribe comparten hallazgos de un trabajo de investigación sobre las razones que anteceden el no uso del condón en jóvenes universitarios de ambos sexos provenientes de Tunja, una ciudad del centro de Colombia.

La Maestría en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque se complace en presentar a los lectores esta compilación con la cual se ha buscado que quienes se interesan por la salud sexual y reproductiva encuentren aportes conceptuales novedosos y voces comprometidas con la construcción de nuevas culturas para cerrar las brechas sociales y de género que crean desigualdad en estos ámbitos; voces que resuenan en clave de equidad.

María Mercedes Lafaurie y Miguel Antonio Sánchez

Género y morbilidades ocultas en salud sexual

Alexandra Caballero Guzmán¹

Resumen

Los hombres y mujeres tienen cuerpos con diferencias biológicas evidentes, inscritos en un mundo social con reglas y normas propias de la cultura en la que se habita y que definen la feminidad y la masculinidad. La salud y la enfermedad se ven afectadas no solo por estas diferencias sino por la manera en la que el sistema de salud atiende las necesidades de mujeres y hombres.

Las morbilidades ocultas se refieren a aquellas enfermedades que por vergüenza o tabú no son abordadas por los pacientes o por los profesionales de la salud; los padecimientos de salud sexual son con gran frecuencia escondidos por hombres y mujeres por diferentes razones relacionadas con las construcciones de género. Esta propuesta, busca generar en los profesionales de la salud una reflexión que los lleve a ser conscientes de la existencia de este tipo de morbilidades, para hacerlas visibles, partiendo del reconocimiento de que el género repercute decididamente en la manera de enfermar las personas y de asumir su salud.

Palabras clave: *género, morbilidad, salud sexual*

1 Médica cirujana, Universidad de Caldas. Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría de Servicios de Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano. Magíster en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: ncaballero@unbosque.edu.co .

Abstract

Men and women have bodies with obvious biological differences, they are enrolled in a social world with its own rules and culture in which people live, and define femininity and masculinity norms. Health and disease present differences not only because of these biological and cultural differences but in the way in which the health care system serves the needs of women and men.

Hidden morbidities refer to those diseases which cause shame or taboo and are not addressed by patients or health professionals, suffering sexual health are very often hidden by men and women for different reasons related to gender constructions. This proposal tries to generate in healthcare professionals a reflection that leads them to seek actively this hidden morbidities, to make them visible; based on the way in which gender and its impact on health is built differential; and thus achieve the restoration of the sexual health of people and the state of general welfare.

Keywords: *gender, morbidity, Sexual health*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud en 2008 estableció una comisión internacional para explorar los efectos de los determinantes sociales en la salud. El género fue una de las principales preocupaciones, como uno de los “factores estructurales” que causan diferencias en las condiciones de vida de hombres y mujeres y, que conducen a desigualdades en materia de salud (1). Las cuestiones de género, según Harcourt (2), también figuran como importantes para el cambio social a escala mundial como lo estipula el tercer punto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas: “promover la igualdad de género y autonomía de la mujer” (pp. 31-32).

La perspectiva de género permite analizar diferencias y disparidades en la salud de hombres y mujeres, en el contexto global, regional y local y dar cuenta de las inequidades que inciden en el bienestar de los individuos, las cuales suelen afectar en mayor medida a las mujeres en diferentes países del mundo (3); este enfoque también permite reconocer que las construcciones y roles de género se encuentran estrechamente relacionadas con la morbilidad, con los modos de enfermar y asumir la enfermedad. A continuación se realizará un recorrido teórico con el objetivo de exponer la existencia de morbilidades ocultas en salud sexual que se ven estrecha-

mente relacionadas con la configuración de las identidades de género en la sociedad y los sesgos en las maneras como pacientes y profesionales de la salud las abordan.

Cuerpo y género

La diferencia entre hombres y mujeres es biológica, se expresa en las diferencias de las formas corporales, pero tal y como lo afirma Pierre Bourdieu (4) este cuerpo con sus diferencias existe en un mundo social y este mundo se expresa en el cuerpo biológico, el cuerpo es entonces un producto social que se construye en las relaciones sociales que lo condicionan y moldean, más que en las evidentes diferencias “naturales”. A la categoría del cuerpo como producto social, cuando es analizada por Foucault (5) se le integra la percepción del propio cuerpo en la que el sujeto aprende e incorpora los aspectos físicos, estéticos y gestuales de la cultura en la que habita. El cuerpo humano es, por tanto, un producto biológico diferenciado, inscrito en un mundo social sujeto a relaciones y normas propias que expresa en sí mismo el mundo social que ha aprendido e incorporado.

Por tanto, el cuerpo humano es una entidad compleja; desde el punto de vista biológico posee aspectos anatómicos, fisiológicos, hormonales y patológicos propios para cada sexo; desde el punto de vista social, el cuerpo se expresa en la cultura, las interacciones sociales, las normas, los comportamientos y las jerarquías de la sociedad en un momento histórico y geográfico determinado (6), pero también deben tenerse en cuenta los aspectos psicológicos y emocionales que componen la imagen corporal que cada sujeto construye de sí mismo, partiendo de sus experiencias individuales las que, según Merleau-Ponty (7), lo convierten en un cuerpo vivido o “experimentado” desde donde se construye una visión del mundo propia y subjetiva.

Partiendo de este planteamiento, pensar, analizar y entender al hombre en sus diferencias biológicas, sociales, culturales, psicológicas y emocionales es un desafío; la perspectiva de género es una manera para abordarlos como una serie de fenómenos articulados simbólicamente (8). El ser humano, según la socióloga teórica Luce Irigaray (9), se construye socialmente a partir de las diferencias biológicas, pero lo que lo hace un ser en sí mismo es la significación simbólica y lingüística de lo que se vive en la feminidad y la masculinidad; desde este planteamiento, la idea de la autodiferenciación de la naturaleza está cuestionada, para esta autora en los cuerpos femeninos y masculinos se ponen de manifiesto las múltiples fuerzas que

conviven en la cultura y sociedad, pero la sociedad le da una mayor importancia a las expresiones culturales de la diferenciación sexual, que a las biológicas.

Judith Butler (10) en su obra *Gender trouble's* presenta tres grandes conceptos para involucrar los factores sociales y políticos a las diferencias de género: primero, los cuerpos son socialmente formados por normas de género; segundo, los hombres y mujeres no son grupos uniformes; y tercero, hombres y mujeres están inmersos en objetivos políticos que perpetúan o eliminan estas normas de género duales. Esta autora concibe los cuerpos como inherentemente activos y culturalmente formados.

Dentro de esta línea de pensamiento Deutscher (11), en su texto *A politics of impossible difference*, expresa que deberían existir derechos apropiados para cada sexo porque no existen individuos neutros por lo que no se puede excluir la idea de la diferencia sexual. La forma en que se habita el cuerpo es, entonces, una experiencia corpórea específica y no simplemente un concepto de exclusión en el que se es masculino o femenino. En consecuencia, el hombre vive su propia experiencia en un rango de posibilidades donde priman las prohibiciones impuestas por la biología y la cultura.

Butler (12) en *Bodies That matter* concibe el cuerpo como la intersección de dos elementos: el no-discursivo, que consiste en las prácticas, comportamientos, gestos y rituales, y el discursivo que consiste en las normas lingüísticamente articuladas con el significado de las actividades corporales. El género existe como una cantidad de actividades físicas que son organizadas y llevadas a cabo siguiendo las ideas normativas de la sociedad que les confieren significado, propósito y dirección propia. Para esta autora las actividades corporales estresantes realizadas durante largos periodos, es decir, los trabajos y oficios que se consideran apropiados para cada género han sido regulados por una organización de normas sociales y culturales de tipo masculino, que ella denomina “matriz heterosexual”, en la que el aspecto, el comportamiento y la significación corporal derivadas han producido relaciones inversamente simétricas entre lo masculino y lo femenino.

Siguiendo a Butler (13) el género es dinámico y cambiante porque las normas que lo rigen no son entidades estáticas, son incorporadas e interpretadas de acuerdo con las características de la existencia; esto es más específico para aspectos corporales y actividades físicas para las que la promulgación de normas sociales y culturales se realizan de acuerdo con patrones heredados.

Irigaray (14) en su obra *This sex which is not one* plantea que aunque exista un determinismo biológico en el cuerpo femenino, la expresión de estas propie-

dades corporales, así como sus manifestaciones culturales solo se pueden experimentar en el cuerpo a través de una red de representaciones culturales, sociales y ambientales expresadas en el discurso. La mujer está constituida por una anatomía única, pero es precisamente esta, la que la dota de características específicas de lo femenino; según esta autora, solo en el cuerpo de la mujer se experimentan la menstruación y la maternidad.

La noción corporal de lo femenino no es un asunto fácil de definir, ¿son mujeres solo aquellas que tienen un cuerpo femenino?, ¿la anatomía femenina tiene un significado para cada mujer?, ¿para los otros?, ¿existen diferentes formas de ser mujer? La experiencia corporal y la feminidad requieren la revalorización y la expresión de la sexualidad femenina, en tanto que Butler (15) va en la vía de la trasgresión de las normas culturales, sociales y psicológicas producidas por la “matriz heterosexual”, estas diferentes posiciones tienen en común la interrelación cuerpo-sexo-lenguaje.

La diferenciación sexual es universal, fundamentada en las diferencias anatómicas, la experiencia vital y el lenguaje; la masculinidad y la feminidad se asocian a los procesos mentales, la actividad productiva, las normas sociales y culturales en un momento histórico y geográfico determinados, es la base de la humanidad, pero para el hombre le es difícil referirse a su masculinidad o feminidad (16).

Los hombres según Messner (17) se ven obligados a mantener su poder y prestigio dentro de la sociedad patriarcal, en general están más limitados que las mujeres por las normas de género y son estigmatizados con mayor frecuencia, cuando se desvían hacia prácticas poco masculinas o femeninas, en otras palabras, los hombres son masculinos cuando lo demuestran sus actitudes y comportamientos.

Género y salud - enfermedad

Los conceptos de salud y enfermedad están íntimamente relacionados, Gadamer (18) en su obra *El estado oculto de la salud*, contrasta estos dos conceptos y señala que durante la enfermedad o cuando se sufren molestias físicas o mentales las personas se dan cuenta de la existencia de la experiencia de la salud. Para este autor, la salud como fenómeno es el estar sano en la condición natural de la vida que llamamos bienestar, que posee cualidades fundamentales de tipo subjetivo; la experiencia de la salud, el bienestar y la enfermedad depende de la experiencia de cada sujeto. Al entenderse el cuerpo sano o enfermo como un sistema complejo, biológico-social-cultural-psicológico y emocional definido por las diferencias entre hombres y

mujeres, entonces se comprende la forma en la que el género influye en la forma de experimentar la salud-enfermedad para cada individuo.

Algunos conceptos teóricos sobre el género fueron incorporados específicamente a la salud en el artículo *La paradoja de la vida y la muerte* escrito por Verbrugge (19) en 1988; esta autora identificó cinco factores que determinan las diferencias entre la salud de hombres y mujeres: los biológicos (genéticos, hormonales); los riesgos adquiridos (resultado del estilo de vida y hábitos saludables); los psicológicos (actitudes propias de cada sexo frente a su vida y la enfermedad); el comportamiento frente a los proveedores de salud (la forma en que se comunican los síntomas y se accede a los servicios de salud) y la historia en el cuidado de la salud (manera en que cada sexo trata sus enfermedades y previene la aparición de nuevas).

Verbrugge (20) en 1997 planteó que se debe asumir una visión diferencial en las morbilidades entre hombres y mujeres, expresó que los profesionales de la medicina tienden a tomar con más seriedad los síntomas manifestados por los hombres, mientras que los femeninos son vistos con menor preocupación e incluso se les dan connotaciones psicosomáticas. Esta autora analiza las diferencias entre las enfermedades que afectan a hombres y mujeres. Los hombres tienden a tener una mayor mortalidad, mientras que las mujeres viven más, pero tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas incapacitantes que alteran su calidad de vida; además identificó la mayor utilización de los servicios sanitarios por parte del sexo femenino. Verbrugge muestra que existen diferencias entre las experiencias de enfermar entre hombres y mujeres.

El reconocimiento de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, según Doyal (21) se extiende más allá de la función reproductiva, la genética, las diferencias hormonales y las influencias metabólicas que desempeñan un papel en la formación de patrones de morbimortalidad femeninos y masculinos; ejemplos como los cánceres de cuello uterino, mama y próstata son obvios, así como la mayor incidencia de enfermedades autoinmunes en las mujeres y en los hombres de patologías cardiovasculares y morbilidades relacionadas con las actividades de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco y la actividad sexual sin protección, asociadas con la expresión de los valores masculinos (22). En “la salud del hombre” y “salud de la mujer” se reconoce que las problemáticas se extienden más allá de la biología reproductiva. Raymond *et al.* (23) señalan que entre las mujeres que viven en países en desarrollo, las muertes por enfermedades crónicas son mucho más numerosas que los fallecimientos relacionados con el embarazo, el parto y el VIH combinado.

Como expresa Connel (24) cuando el análisis de género se incorpora y se convierte en un proceso social activo pasa a ser una práctica relevante para la salud sexual y reproductiva, por ejemplo a través de la identificación de significados e identidades de género y la atención en salud diferenciada. Para este autor buena parte de la investigación que propende por la elaboración de los conocimientos médicos desde la perspectiva de género se realiza desde la ginecología-obstetricia o la andrología; desde esta perspectiva, los problemas de salud se producen en los órganos reproductivos y sus procesos, y se trazan en la historia personal, es decir, en los mismos procesos en los que se construye el género.

La complejidad de las diferencias de género con respecto a la salud se extiende más allá de los conceptos de desventaja relativa o ventajas biológicas de los hombres y las mujeres, o la organización social de sus vidas, según los expuesto por Bird *et al.* (25); para estas autoras, el impacto de las decisiones en salud es similar para hombres y mujeres, la diferencia está en la biología y las experiencias de vida diferentes para cada sexo.

Por ejemplo, muchas de las enfermedades femeninas según Olea *et al.* (26) están relacionadas con factores ambientales como la calidad y estrogenicidad del agua, aire y alimentos, los químicos presentes en cosméticos, parabenos en champú, cremas y jabones que actúan como xenoestrógeno o disruptores endocrinos implicados en el cáncer de mama, además de la presencia de enfermedades autoinmunes relacionadas con implantes de silicona.

Ruiz-Cantero (27) expone que los servicios sanitarios erróneamente atienden los padecimientos en salud y los riesgos entre hombres y mujeres de igual manera, presentándose así un sesgo de género negativo que tiene consecuencias más importantes en la salud de las mujeres; con respecto a la utilización hospitalaria y la aplicación de procedimientos terapéuticos en unidades cardiacas y de cuidado intensivo; estos son mayores en la población masculina, por cuanto se da más importancia a los síntomas de los hombres; las mujeres tienen tiempos mayores de espera para la atención sanitaria y además presentan una alta prescripción de medicamentos psicótropos para el manejo de sus malestares emocionales.

Para Rieker *et al.* (28) es necesario desarrollar un modelo de salud que involucre las especificidades y contrastes entre mujeres y hombres que incluya factores, además de las diferencias biológicas, como las desigualdades de los recursos económicos, las inequidades educativas, la discriminación y otros tratos injustos, para entender cuáles son los aspectos en la vida de mujeres y hombres que contribuyen

a la morbilidad-mortalidad, tanto en sus actividades cotidianas como en su actividad laboral o profesional.

Evans *et al.* (29) propusieron, en 2011, un marco teórico para entender al hombre y su salud desde la perspectiva de los determinantes sociales y de salud; encontraron que existen disparidades en la salud masculina poco exploradas, basadas en la edad, el tipo de trabajo que realizan, el nivel socioeconómico y las actividades sexuales de riesgo. Como lo expone Oliffe (30) durante la juventud los principales riesgos para la salud se relacionan con los accidentes, abuso de sustancias y enfermedades de transmisión sexual; en la edad media, son más frecuentes los accidentes laborales y la depresión; en edad avanzada el cáncer de próstata y enfermedades cardíacas.

En 2016 Lefkowich *et al.* (31) señalan, como un reciente y poco explorado problema de salud en hombres, las relaciones entre los estereotipos de la masculinidad y el ideal del cuerpo masculino presentes en algunas prácticas como el ejercicio físico excesivo y el uso de esteroides para aumentar la masa muscular, que puede llevar a lesiones musculares, articulares, abuso de sustancias y depresión. Sugieren desarrollar una posición de género en la que se incluyan específicamente los posibles riesgos para la salud que se deriven de las prácticas corporales en los hombres.

En Colombia Lafaurie (32) retoma estos elementos y propone una visión crítica desde el enfoque de género para que se investiguen y desarrollen conocimientos en las ciencias médicas que permitan comprender las problemáticas femeninas y los contextos en que se dan para, de esta manera, emprender acciones positivas que ayuden a transformar los paradigmas que afectan la prevención y atención de la salud. Esta autora considera fundamental minimizar las exclusiones y las demoras en la atención de salud asociadas a los estereotipos de género en un marco de respeto por los derechos humanos e igualdad social de las mujeres.

La manera en la que se experimenta una enfermedad, también está relacionada con las normas de género y las responsabilidades sociales y familiares que tienen las mujeres, como lo presentan Millán *et al.* (33) en un estudio de tipo cualitativo realizado en Colombia sobre la experiencia del dolor torácico en mujeres con infarto agudo de miocardio (IAM), en el que las mujeres participantes tuvieron una percepción del dolor asociada al miedo ante la cercanía de la muerte, lo que se convirtió en una experiencia fundamental en su vida, que las llevó a reconsiderar la sobrecarga de actividades familiares y sociales a las que están sometidas.

Morbilidades ocultas

Morbilidad oculta es un término descrito en 1975 desde la psiquiatría por Bollerup (34) que se refiere a las enfermedades mentales que presentan los pacientes pero que no se consultan a los profesionales de la salud por temor a ser etiquetados como enfermos mentales psiquiátricos y ser institucionalizados; Haggerty (35) en 1975 acuñó el término morbilidad oculta para aquella patología psiquiátrica que no llega a la consulta especializada por ser tratada por los médicos generales. Para 1989 se incorpora la perspectiva epidemiológica de este tipo de morbilidades por Stinson *et al.* (36) quienes la definen como la presencia de dos tipos de condiciones: la primera, una patología que ocurre en la población general pero que no es lo suficientemente grave como para que requiera una hospitalización; la segunda, aquella que es diagnosticada en un paciente hospitalizado sin que previamente haya presentado sintomatología.

Las morbilidades ocultas continuaron en el terreno de la psiquiatría y de allí llegaron a la pediatría en el estudio sobre morbilidades ocultas psiquiátricas en pediatría realizado por Bernal (37), pero fue en India, cuando se realizó un estudio sobre las morbilidades psiquiátricas ocultas y estado de salud en hombres que tienen sexo con hombres (38), que finalmente se contempló este término relacionado con la salud sexual, porque además de abordar los síntomas de ansiedad, depresión, desordenes psicóticos y tendencias suicidas, se mostraba la mayor vulnerabilidad de este grupo poblacional y el riesgo para la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual como el VIH derivado de la ignorancia y el miedo a consultar por la generación de estigma social.

En 2013 Armstrong (39) analizó las morbilidades ocultas desde el campo de la epidemiología cuestionando el por qué algunos pacientes consultan y otros no lo hacen; basándose en los estudios de la Unidad de investigación en medicina social de Inglaterra encontró una gran cantidad de enfermedades no detectadas en los registros médicos de consulta, la mayor parte de ellas de tipo crónico; la presencia de estas morbilidades ocultas se debía en este estudio a que los pacientes optaron por no visitar al médico al no considerar como importantes las enfermedades o porque los síntomas no eran lo suficientemente molestos. Para este autor los profesionales de salud deberían estar mirando “bajo el agua”, es decir preguntando y buscando activamente aquellas patologías ocultas como un mecanismo para mejorar la práctica clínica y de salud pública.

Siguiendo en el terreno de la epidemiología en 2013 Last (40) comparó las morbilidades ocultas con la base de un iceberg; estas no se ven pero están ahí causando muertes y discapacidades, enfermedades como la diabetes, glaucoma, tuberculosis, infecciones urinarias, anemias, cáncer cervicouterino, de seno, de recto y de próstata que son detectables tempranamente, pero que depende exclusivamente de la asistencia de las personas a los servicios de salud para su detección, por lo que propone realizar la búsqueda activa de estas patologías cuando un paciente acude a la consulta.

Para Gadamer (41) la percepción de la salud está conectada con la experiencia individual, en una perspectiva subjetiva del mundo de la vida, en donde la enfermedad se manifiesta como una perturbación del bienestar, por lo que la experiencia de la enfermedad es también individualizada y única, entonces el arte de la curación comienza con identificar la subjetividad del padecimiento y debe ir más allá de la dimensión biológica y la atención basada en el protocolo, la guía y el instrumento. De acuerdo con esta visión el lenguaje y el diálogo con el otro debe orientar y permitir la posibilidad para que el paciente exprese aquellas morbilidades que por sus propias razones ocultas no lo hace, para lograr el restablecimiento del equilibrio de la salud y devolver su condición de bienestar, para relacionarse, ser feliz y trabajar para el autocuidado y el de los demás.

Morbilidades ocultas y salud sexual

Carme Valls-Llobet (42) en su libro *Mujeres invisibles* expone que los aspectos concernientes a la sexualidad femenina se han mantenido invisibles, sujetos a normas sociales y culturales, mundo que los explica, reprime o estimula, para adaptarlos al “mundo social”. Para esta autora durante el siglo XIX las mujeres fueron alejadas sistemáticamente de sus cuerpos y sus vivencias por parte de la “medicina oficial” para la que era imposible entender los síntomas y malestares de las mujeres. Esta situación llevó a las mujeres a callar sus deseos, su sexualidad y las problemáticas que padecían porque los profesionales de la salud no las escuchaban.

Las enfermedades que afectan el funcionamiento sexual femenino según esta autora (43) están relacionadas con enfermedades de tipo sistémico y con aquellas que producen dolor; entre las enfermedades que producen dispareunia están las vaginosis bacterianas, endometriosis y bartholinitis. Estas patologías deben ser abordadas en forma pluridimensional donde se abarquen los aspectos biológicos, am-

bientales, culturales y sociales propios de la vivencia de la sexualidad para, a futuro, desarrollar un estudio de una morbilidad sexual femenina diferencial (44). Concluye Valls-Llobet que la mayoría de las problemáticas en la salud femenina se pueden evitar eliminando la discriminación cultural en torno a la mujer y luchando contra las epidemias silenciosas de tuberculosis, malaria y sida; así como estar actualizados frente a los nuevos factores de riesgo para cánceres ginecológicos, de mama y colón.

Las morbilidades invisibles están íntimamente relacionadas con los síntomas invisibles que, para Valls-Llobet (45), son aquellos por los cuales no pregunta el profesional de salud, o aquellos que padece la mujer y que por falta de información, vergüenza o tabúes culturales no comunica. Estas problemáticas se han sufrido en silencio o han sido infravaloradas; las estrategias médicas no se han enfocado en la salud integral de la mujer; la mujer es invisible a la medicina y se ha convertido en la parte sometida del acto médico; para esta autora existe una gran falta de investigación e información sobre las enfermedades padecidas por las mujeres, sus causas, cómo se viven y la forma de prevenirlas; insiste en que se debe partir de la identificación de estas problemáticas por parte de las afectadas.

Bird *et al.* (46) exponen que la mayoría de las investigaciones biomédicas están basadas en la experiencia masculina, dejando el estudio de la salud sexual femenina reducido a los aspectos específicos de la ginecología. La salud de la mujer como lo refiere Valls-Llobet (47) se convirtió en el manejo de los síntomas y enfermedades ginecológicas: flujos vaginales, dolores, tumores, bochornos, palpitaciones; esta situación ha impedido atender la salud de la mujer de una manera integral, además, está influenciada por el hecho de que las morbilidades femeninas se manejan con terapéuticas desarrolladas por las multinacionales farmacéuticas y con grandes campañas publicitarias, como se ve en los anuncios en diferentes medios de productos para los flujos vaginales, síntomas de la menopausia y el manejo higiénico de la menstruación.

Para contrarrestar dichas campañas de la industria farmacéutica, en 1997 en Estados Unidos se creó Women's Health Initiative (48) que durante cinco años fue muy relevante en la investigación médica por ser dirigido específicamente hacia las mujeres y contar con más de cien mil mujeres-pacientes; esta iniciativa marcó un avance muy importante al proponer desarrollar la ciencia médica a partir de las problemáticas e intereses de las mujeres que hasta ese momento habían sido olvidados e ignorados; además de investigar los efectos de la terapia de supresión hormonal también se hicieron estudios enfocados en las enfermedades cardiovasculares,

que hasta ese momento solo habían sido estudiadas en la población masculina (49). Según Emslie *et al.* la concepción de que mujeres y hombres presentan la misma sintomatología y evolución en una determinada enfermedad ha sido una de las principales causas por las cuales las mujeres continúan siendo invisibles para la ciencia médica. La ausencia de investigaciones específicas sobre la forma en la que enferman las mujeres, así como el tratamiento y prevención de sus problemas de salud deben ser examinados desde las percepciones y vivencias propias.

Las problemáticas en salud sexual, como lo afirma French (50) son un tema tabú, silenciado, invisible y definitivamente no considerado como algo de lo que la gente “decente” habla. Los pacientes a menudo esconden los problemas sexuales; esto hace que los profesionales sanitarios consideren incómodo el tema y no pregunten por algún “otro” problema. Para esta autora existen razones por las cuales el tema de la salud sexual debería abordarse con los pacientes durante una consulta; por ejemplo, la clamidia que afecta a hombres y mujeres es la infección de transmisión sexual bacteriana más común en jóvenes menores de 25 años en el Reino Unido, esta es una patología silenciosa y asintomática, situación que aumenta el riesgo de contagio al compañero; algunas mujeres presentan sangrado intermitente, que puede ser en ocasiones un síntoma de vaginosis bacteriana, esta sintomatología tampoco se tiene en cuenta por el personal de salud.

El concepto de las morbilidades ocultas, como la base de un iceberg se incorporó a la salud sexual por Susila *et al.* (51) en 2014, en un estudio que exploró las morbilidades ginecológicas ocultas en mujeres posmenopáusicas en población rural; para estos autores el fenómeno global del envejecimiento de las mujeres merece una especial atención ya que ellas tienen las mayores sobrevividas; esta longevidad las hace vulnerables a patologías relacionadas con sus órganos sexuales y reproductivos porque permanecen ocultas o no consideradas por la “cultura del silencio” que rodea la vida de las mujeres. Patologías como infecciones, prolapsos, cánceres no son consultadas activamente por las mujeres; este estudio encontró que el 44 % de las mujeres que participaron tuvieron alguna morbilidad de tipo ginecológico y que a medida que aumentaba la edad la posibilidad de que las mujeres consultaran era menor por dificultades de movilización o pérdida de facultades mentales.

En España Cortés-Gálvez *et al.* (52) exploraron la incontinencia urinaria como morbilidad oculta en un estudio realizado en 58 hombres y 145 mujeres, con un promedio de edad de 66 años. El 15,5 % de la población masculina presentó incontinencia urinaria y en la femenina esta cifra se elevó al 60 %. Ambas poblaciones mani-

festaron alteraciones en su calidad de vida y problemas asociados como infecciones urinarias, alteraciones dermatológicas y del sueño; para estos autores los pacientes tienen miedo a consultar por esta patología y se hace necesario buscar activamente este tipo de morbilidades para mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones asociadas. Resultados similares reportan Martínez *et al.* (53) y Martínez *et al.* (54).

Continuando con el tema de las morbilidades ocultas en salud sexual relacionadas con el envejecimiento en hombres, Ribeiro (55) expone que los hombres ancianos presentan condiciones emocionales y sociales marcadas por la pérdida de las funciones productivas y sociales, la viudez, actitudes de pasividad y depresión que hacen que este grupo poblacional no consulte por problemas relacionados con esta dimensión vital; sumado esto a la toma de medicamentos para patologías comunes de la edad madura y que afectan la salud sexual. La idea del hombre como fuerte, productivo, capaz de combatir en guerras y penetrar el cuerpo de una mujer ha estado arraigada a través de la historia; el hombre es el sujeto sexual activo y la mujer el objeto sexual pasivo (56). En esta línea, Calasanti *et al.* (57) presentan cómo el ser hombre está íntimamente relacionado con la capacidad sexual, que representa juventud y fuerza; en cualquier edad y más evidente en la edad madura, el aceptar que se tiene algún tipo de problema relacionado con la salud sexual es aceptar que ya no se es hombre.

En la población masculina Springer *et al.* (58) sugieren que los hombres tienden a evitar la atención de su salud y la consulta a profesionales sanitarios por el ideal masculino relacionado con la virilidad, lo que hace que sus dolencias se oculten para no poner en cuestionamiento su masculinidad y no pedir ayuda se convierte en una manera de expresar invulnerabilidad. Según estos autores las mujeres son más propensas a las acciones preventivas de salud, mientras que para los hombres es más común consultar cuando ya se ha presentado la enfermedad y lo hacen “para arreglar el problema”.

Si bien las mujeres parecen implementar en mayor medida la prevención, el estudio realizado en México por Hernández *et al.* (59) expone las razones por las cuales ellas no consultan sus enfermedades: primera, porque el malestar hace parte de la vida diaria y no se percibe como un cambio que requiera acudir a un profesional; segunda, la postergación de la salud personal por estar dedicadas al cuidado de los otros, esto hace que la percepción de estar enferma se haga tardíamente y, consecuentemente, su consulta, las mujeres cumplen con su función social de madres-esposas y les asignan a este rol la prioridad antes que a su propia salud; la última

es la relación de poder-subordinación con el sistema de salud, cuando las mujeres deciden asistir a los servicios de salud la consulta es vivida como estresante para ellas y encuentran una mala relación con el profesional quien las juzga negativamente y, además, les ofrecen poca información de lo que sucede en su cuerpo; por último existe una resistencia de las mujeres al poder médico y una tendencia a buscar su propia autocuración extensiva al uso de medicamentos y tratamientos.

Ragúz (60) considera como un problema relacionado con la salud sexual las relaciones de género y la violencia contra la mujer en el contexto de la atención en salud, en lo que respecta a las relaciones verticales de poder por la posición de paciente frente a “autoridades” médicas y personal de salud. En este sentido la mujer-paciente establece una relación de poder con el personal de salud, en la que el objetivo es favorecer la autonomía y fomentar el autocuidado que puede traducirse en una mejor calidad de vida para las mujeres. Esta situación según Vanegas (61) hace que los profesionales de la salud tengan una responsabilidad y desarrollen un compromiso social para que tengan una atención en salud más equitativa en virtud de las diferencias basadas en el sexo y construidas socialmente en el género.

Conclusión

El cuerpo humano es un sistema complejo, desde la biología incluye aspectos anatómicos, fisiológicos, hormonales y patológicos propios de cada sexo; desde la cultura se expresa en las interacciones sociales, en normas y jerarquías de una sociedad en momentos históricos y geográficos específicos, lo cual implica la necesidad de reconocer la importancia de las identidades y las relaciones entre los géneros para abarcar una perspectiva en temas de salud que abarque todos estos factores.

La atención en salud diferenciada por género es un tema que ha tenido un gran desarrollo en salud pública contemporánea, las posiciones de Verbrugge (20), Doyal (21), Ruiz Cantero (27) y Valls-Llobet (pp. 43, 44) plantean que existe una diferencia biológica evidente entre hombres y mujeres que está influenciada por las relaciones de poder, así como en los constructos sociales, culturales e históricos y que, además, hombres y mujeres están expuestos a diferentes riesgos en salud relacionados con factores ambientales y laborales.

Las morbilidades invisibles descritas originalmente en psiquiatría hacen referencia a que los pacientes no consultan sus problemas de salud por temor a la discriminación, la aplicación de este concepto se extiende a la salud sexual por cuanto

alrededor de ella existe tabú, vergüenza y pudor tanto en los pacientes como en los profesionales que los atienden; las molestias en salud sexual de no ser atendidas prontamente se transforman en enfermedades crónicas.

La propuesta Género y morbilidades ocultas en salud sexual plantea el reconocimiento de la salud sexual y cómo esta se ve afectada por el silencio, el tabú y la discriminación que hace que tanto hombres como mujeres no consulten sus síntomas oportunamente y los profesionales de la salud no aborden cómodamente estos temas, en asociación con las construcciones de género presentes en la sociedad. Generar en los profesionales de atención en salud reflexiones en torno al tema es un camino para buscar cambios culturales que incidan en el mejoramiento de la salud y estado de bienestar general de las personas.

Referencias bibliográficas

1. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. p. 234.
2. Harcourt W. Body politics in development: Critical debates in gender and development. London: Zed Books Ltda.; 2009. pp. 31-32.
3. Sen G, Östlin P, George A. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género. Washington: OPS; 2007. pp. 1-2
4. Bourdieu P. Notas provisionales sobre la percepción social de cuerpo. En: Mills CW, Foucault M, Pollak M, Marcuse h, Habermas J Elias N, *et al.*. Materiales de sociología crítica. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta; 2002. pp. 185-186.
5. Foucault M. Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2002. pp. 143-144.
6. Hernández Y, Ramírez MP, Moreno CM, Novoa ME, Rubio, NA. Mujer y otras perspectivas. Reflexiones en torno a la problemática de género. Bogotá DC: Universidad Santo Tomás; 2011. p. 420.
7. Merleau-Ponty M. Fenomenología de la percepción. Barcelona: Península; 1975. p. 475.

8. Stone A. *Luce Irigaray and the Philosophy of sexual difference*. New York: Cambridge University Press; 2006. pp. 7-9.
9. Irigaray L. *An ethics of sexual difference*. New York: Cornell University Press; 1993. pp. 5-11
10. Butler J. *The Compulsory order of sex/ gender/desire*. In Butler J. *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. 3.ºed. Nueva York y Londres: Routledge; 2002. pp. 9-11.
11. Deutscher P. *A politics of impossible difference: The later work of Luce Irigaray*. New York: Cornell University Press; 2002. pp. 7-23.
12. Butler J. *Bodies that matter: On the discursive limits of "sex"*. Nueva York: Routledge; 2011. pp. 3-27.
13. Butler J. *Undoing gender* Nueva York: Routledge; 2004. pp. 174-180.
14. Irigaray L. *This sex which is not one*. New York: Cornell University Press; 1985. pp. 16-23.
15. Butler J. *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge; 2011. pp. 67-68.
16. Irigaray L. *Espéculo de la otra mujer*. Madrid: Ediciones Akal; 2007. pp. 8-10.
17. Messner M. *The limits of The Male Sex Role: an analysis of the men's liberation and men's rights movements' discourse*. *Gender Soc.* [Internet]. 1998 junio; [citado 10 junio 2016];12(3):255–76. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Michael_Messner3/publication/249667166_The_Limits_of_The_Male_Sex_RoleAn_Analysis_of_the_Men's_Liberation_and_Men's_Rights_Movements'_Discourse/links/564c867f08ae020ae9fab2d1.pdf
18. Gadamer HG. *Estado oculto de la salud*. Barcelona: Gesida; 1996. p. 123
19. Verbrugge LM. *A Life-and-Death Paradox*. *Am Demogr* [Internet]. 1988 [citado 13 junio 2016];10(7):34. Disponible en: <http://search.proquest.com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1295914625?pq-origsite=summon>
20. Ruiz MT, Verbrugge LM. *A two way view of gender bias in medicine*. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 1997 abril [citado 13 junio 2016]; 51(2):106-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1060427/pdf/jepicomh00176-0002.pdf>
21. Doyal L. *Sex, gender, and health: the need for a new approach*. *British Medical Journal* [Internet]. 2001 nov 3; [citado 13 junio 2016]; 323(7320):1061-63. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121552/?tool=pmcentrez>

22. Kaufman M. The construction of masculinity and the triad of men's violence. In: Kaufman M, editor. *Beyond patriarchy: Essays by men on pleasure, power, and change*. Toronto: Oxford University Press; 1987. pp. 1-29.
23. Raymond SU, Greenberg HM, Leeder SR. Beyond reproduction: women's health in today's developing world. *International Journal of Epidemiology* [Internet]. 2005 junio 10 [citado 13 junio 2016];34:1144-48. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org/content/34/5/1144>
24. Connell R. Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science and Medicine*. [Internet] 2012 jun 34 [citado 13 junio 2016];74 (11):1675-83. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611003509>
25. Bird C, Rieker P. *Gender and health: The effects of constrained choices and social policies*. New York: Cambridge University Press; 2008. pp. 5-10.
26. Olea N, Fernández M, Martín-Olmedo P. Disruptores endocrinos: el caso particular de los xenobióticos estrogénicos. II Estrógenos sintéticos. *Rev. Salud Ambient* [Internet]. 2001 [citado 13 junio 2016]; 1(2):64-72. Disponible en : <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/24835/1/disruptores.pdf>
27. Ruiz-Cantero MT. Sesgos de género en la atención sanitaria. *Gac Sanit* [Internet]. 2004 [citado 13 junio 2016];18(1):118-125. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000700019
28. Rieker P, Bird C. Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. *The Journ of Gerontology Series B: Psych Scie and Soc Sciences* [Internet]. 2005 oct 1 [citado 10 junio 2016]; 60 (2): S40-7. Disponible en: https://doi.org/10.1093/geronb/60.Special_Issue_2.S40
29. Evans J, Frank B, Oliffe JL, Gregory D. Health, illness, men and masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. *Journal of Men's Health* [Internet] 2011 mar 31 [citado 21 agosto 2017]; 8(1):7-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2010.09.227>
30. Oliffe JL, Phillips MJ. Men, depression and masculinities: a review and recommendations. *Journal of Men's Health*. [Internet]. 2008 sep 30 [citado 21 agosto 2017];5:194-202. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1016/j.jomh.2008.03.016>
31. Lefkowich M, Oliffe J, Hurd L, Hannan-Leith M. Male body practices: Pitches, purchases, and performativities. *Journal of men's health* [Internet].

- 2016 sep 19 [citado 21 agosto 2017];11(2):1-10. Disponible en: DOI: 10.1177/1557988316669042
32. Lafaurie MM. ¿Por qué pensar en la salud de las mujeres?. *Rev. Salud Bosque* [Internet]. 2011 [citado 8 junio 2016]; 1(1): 79-90. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Lafaurie/publication/275098737_POR_QUE_PENSAR_EN_LA_SALUD_DE_LAS_MUJERES_WHY_THINK_OF_WOMENS_HEALTH/links/553280a10cf27acb0ded53aa/POR-QUE-PENSAR-EN-LA-SALUD-DE-LAS-MUJERES-WHY-THINK-OF-WOMEN-S-HEALTH.pdf
 33. Millán EM, Díaz LP. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto del miocardio. *Avances en enfermería* [Internet] 2009 jul 1 [citado 21 agosto 2017]; 27(2):33-42. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/av-enferm/article/view/12966/14000>
 34. Bollerup TR. Prevalence of mental illness among 70-year-olds domiciled in nine Copenhagen suburbs. *Acta Psychiatrica Scand* [Internet]. 1975 jun 1 [citado 6 junio 2016];51:327-39. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1975.tb00012.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
 35. Haggerty RJ, Roghmann KJ, Pless IB. *Child Health and the Community*. New York: John Wiley & Sons; 1975. p. 388.
 36. Stinson FS, Dufour MC, Bertolucci D. Alcohol-related morbidity in th aging population. *Epidemiologic bulletin* [Internet]. 1989 [citado 6 junio 2016]; 13(1):80. Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/e884ea503d07d83bbcf00901c1465bc4/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2031130>
 37. Bernal P. Hidden morbidity in pediatric primary care. *Pediatric Annals* [Internet]. 2003 jun 1 [citado 4 junio 2016]; 32(6):415-20. Disponible en: <https://www.healio.com/pediatrics/journals/pecann/2003-6-32-6/%7B78ee8a32-d03a-4d9a-8276-8c2cb710d6e4%7D/hidden-morbidity-in-pediatric-primary-care>
 38. Deb S, Dutta S, Dasgupta A, Roy S. Hidden psychiatric morbidities and general health status among men who have sex with men and another clients of a sexually transmitted disease clinic of Kolkata: A Comparative study. *Indian Journ of Community Medicine* [Internet]. 2010 [citado 13 junio 2016];35 (1):193-97. Disponible en: <http://www.ijcm.org.in/article.asp?issn=0970-0218;year=2010;volume=35;issue=1;spage=193;epage=197;aulast=Deb>

39. Armstrong D. Commentary: The discovery of hidden morbidity. *International Journal of Epidemiology* [Internet]. 2013 dic 1 [citado 8 junio 2016]; 42(6):1617-19. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org/content/42/6/1617>
40. Last JM. The iceberg: 'Completing the clinical picture' in general practice. *International Journal of Epidemiology* [Internet]. 2013 [citado 28 julio 2016]; 42(6):1608-13. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org/content/42/6/1608.full.pdf+html>
41. Gadamer HG. *Estado oculto de la salud*. Barcelona: Gesida editorial; 2001. p. 192.
42. Valls-Llobet C. *Mujeres invisibles*. Barcelona: Random House Mondadori; 2006.
43. Valls-Llobet C. Desigualdades de género en salud pública. Género y salud [Internet]. 2000 [citado 13 junio 2016]. Disponible en: http://redes.cepcordoba.org/pluginfile.php/7317/mod_resource/content/0/DESIGUALDADES_DE_GENERO_EN_LA_SALUD_PUBLICA.pdf
44. Valls-Llobet C, Banqué M, Fuentes M, Ojuel J. Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología*, [Internet]. 2008 [citado 13 junio 2016];39(1),9-22. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/98015/159758>
45. Valls-Llobet C, Solsona JO, Carrillo M, Pujol MF. Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa de Formación de Formadores/as en perspectiva de género en salud [Internet]. 2007 [citado 21 junio 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/05modulo_04.pdf
46. Bird CE, Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health..pdfodulo_04.pdf" mujeres. *LA SALUD PUBLICA* mar 31 [citado 13 junio 21016];tters: an i55. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795369800402X?via%3Dihub>
47. Valls-Llobet C. Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. *Quark* [Internet]. 2003 [citado 13 junio 2016];27;41-53. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Quark/article/viewFile/54974/65435>
48. Emslie C, Hunt K, Watt G. Invisible women? The importance of gender in lay beliefs about heart problems. *Sociology of health & illness* [Internet]. 2001 mar 1 [citado 13 junio 2016];23(2):203-33. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00248/epdf>

49. Emslie C, Browne S, MacLeod U, Rozmovits L, Mitchell E, Ziebland S. 'Getting through' not 'going under': A qualitative study of gender and spousal support after diagnosis with colorectal cancer. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2009 mar 31 [citado 13 junio 2016];68(6):1169-75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19195750>
50. French K. How to improve your sexual health history-taking skills. *Practice Nurse* [Internet]. 2010 [citado 18 junio 2016];40(2):27-30. Disponible en: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/52919221/how-improve-your-sexual-health-history-taking-skills>
51. Susila T, Roy G. Gynecological morbidities in a Population of rural postmenopausal women in Pondicherry: Uncovering the hidden base of the iceberg. *J Obstet Gynaecol India*. India [Internet]. 2014 feb 1 [citado 23 julio 2016];64(1):53-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3931905/?tool=pmcentrez>
52. Cortés-Gálvez JM, Martínez-Monje F, Reynoso C, Jiménez-Garzón VA, Alfonso-Cano C, Leal-Hernández M. "Occult" urinary incontinence: Does it affect our patients' quality of life?. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2014 [citado 23 julio 2016];74(2):123-5. Disponible en: <http://www.revistamexicanadeurologia.com/Revistas/2014/ingles/March-April/13%20CB%20INCONTINENCIA%20URINARIA%20OCULTA.pdf>
53. Martínez J, Bolaños O, Rodríguez EM, Rodríguez H, García JA. Disfunciones sexuales y disfunciones del suelo pélvico. ¿Problemas de salud relacionados?. *Revista Sexología y Sociedad* [Internet]. 2016 [citado 21 agosto 2017];21(2):224-233. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/549/590>
54. Martínez J, García JA. Incontinencia urinaria como problema de salud de la mujer en edad mediana. *Invest Medicoquir*. [Internet]. 2014 jul-dic [citado 21 agosto 2017];6(2):267-78. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2014/cm-q-142j.pdf>
55. Ribeiro O. *O equilíbrio psíquico do idoso*. Lisboa: Rediteia; 2008.
56. Machado LZ. Masculinidades e violências: gênero e mal-estar na sociedade contemporânea. *Masculinidades* [internet]. 2004 [citado 20 julio 2016];1:35-78. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37753122/Masculinidades_e_Violencias_Serie_Antropologia_290.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UI3A&Expires=1509410620&Signature=FzYxO-

- 1M9a1.9300F%2Fql9qP%2BS2dVY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMasculinidades_e_Violencias_Ge_nero_e.pdf
57. Calasanti T, Pietilä I, Ojala H, King N. Men, Bodily Control, and Health Behaviors: The Importance of Age. *Health Psychology* [Internet]. 2013 enero [citado 24 julio 2016];32(1):15-23. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40528247/Men_Bodily_Control_and_Health_Behaviors_20151130-15714-84o8vn.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYY-GZ2Y53UL3A&Expires=1509563126&Signature=AIYjyw4UvPQGNUeAh8W-q4G6%2Bt7s%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMen_bodily_control_and_health_behaviors.pdf
58. Springer KW, Mouzon DM. “Macho Men” and Preventive Health Care: Implications for Older Men in Different Social Classes. *J Health Soc Behav* [Internet]. 2011 junio [citado 13 julio 2016];52(2):212-27. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Dawne_Mouzon/publication/51048739_Macho_Men_and_Preventive_Health_Care_Implications_for_Older_Men_in_Different_Social_Classes/links/5407ba470cf23d9765ae18ec/Macho-Men-and-Preventive-Health-Care-Implications-for-Older-Men-in-Different-Social-Classes.pdf
59. Hernández-Tezoquipa I, Arenas-Monreal M, Valdez-Santiago R. “No dejarse caer en cama”: las mujeres y los servicios de salud Women and healthcare services in Mexico: the struggle to avoid becoming “bedridden.” *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2005 jul [citado 3 agosto 2016];21(4):1210-6. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/23.pdf>
60. Ragúz M. Aportes de género a la salud sexual y reproductiva. *Revista de Psicología* [Internet]. 1995 [citado 19 junio 2016];13(1):17-35. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/7358/7579g>
61. Vanegas BC. La equidad de género: clave para la salud sexual y reproductiva. *Revista colombiana de enfermería* [Internet] 2007 aug [citado 21 agosto 2017];2(2):29-36. Disponible en: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1920_300_vanegasbiancaequidad_genero.pdf

Sexualidad y reproducción en clave de equidad

Fue editado y publicado por la
Editorial Universidad El Bosque. Febrero de 2018
Bogotá D. C., Colombia