

EQUIDAD DE GÉNERO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS - PARTE 2

GENDER EQUITY IN CHILDREN HEALTH CARE QUALITY- PART 2

Tajer, Débora¹; Gaba, Mariana; Lo Russo, Alejandra; Reid, Graciela; Attardo, Clara; Cuadra, María Eugenia; Jeifetz, Vanesa; Ceneri, Elizabeth; Roitenburd, Florencia; Melone, Lucía²

RESUMEN

En nuestro país existen muchos avances en la incorporación de los aspectos psicológicos y sociales en la atención de la salud en la infancia. Sin embargo, estos avances no han aún incluido de manera significativa la perspectiva de género en la atención, tal como lo promueven y sugieren los/as expertos/as en los documentos de los organismos internacionales (Sen, G. Östlin P, 2007), (Irwin LG y col. 2007).

Con el fin de medir el grado en el cual estos avances han sido incorporados en las prácticas, esta investigación intenta identificar el modo en el cual los/as profesionales de la salud que atienden niños/as, han incorporado este bagaje en su práctica cotidiana.

De este modo, se indagarán cuáles son los aspectos que pudieran afectar la equidad de género en la calidad de atención en esa etapa de la vida.

Palabras clave:

Infancia - Género - Calidad atención en salud

ABSTRACT

In our country there are many advances in the integration of social and psychological aspects of health care in childhood. However, these advances have not yet significantly included the gender perspective in health, as suggested by experts in documents of international organizations (Sen, G. Östlin P, 2007), (Irwin LG et al. 2007). To measure the degree in which these advances have been incorporated into actual practices, this research attempts to identify ways in which health professionals who treat children consider them.

The aspects that could affect gender equality in this life period will be researched.

Key words:

Infancy - Gender - Health care quality

¹Doctora en Psicología, UBA. Profesora Adjunta de Introducción a los Estudios de Género, Facultad de Psicología, UBA. Directora de Proyecto UBACyT. E-mail: dtajer@psi.uba.ar

²Integrantes del equipo de investigación de Proyecto UBACyT.

Este artículo es la continuación de una publicación anterior (Tajer, Gaba, Lo Russo y col., 2011) y presenta avances de la investigación en curso, la cual cuenta con tres componentes principales:

- Un relevamiento del estado actual del conocimiento sobre el tema.
- La indagación de las representaciones de los/as profesionales entrevistados/as sobre cinco ejes temáticos (epidemiología diferencial por género, roles de género, modos de crianza e impacto en la salud infantil, violencia y abuso, trastornos de identidad de género).
- Consolidación de una red de tesis y diplomandos/as en género, salud y subjetividad

En este trabajo se presentarán los resultados parciales obtenidos en estos tres componentes.

a. Estado actual del conocimiento sobre el tema

Se ha podido relevar que en la actualidad el conocimiento acerca de los trastornos en la identidad de género¹ (intersexualidad, transexualidad, travestismo) señala que los mismos implican un conflicto entre el sexo físico real de una persona y el sexo con el que ésta se identifica. Por ejemplo, una persona identificada biológicamente como varón puede realmente sentirse y actuar como una mujer y experimentando una molestia considerable con el sexo biológico con el que nació (Medline, 2011).

Se ha podido observar en los escritos médicos actuales un esfuerzo por modificar opiniones y prácticas tradicionales que consideraban como mejor opción la asignación de un sexo en la infancia sin involucrar en la decisión del mismo al/la sujeto en cuestión. Los avances han sido más claros en el trastorno de la identidad de género llamado *intersexualidad*, el cual consiste en una discrepancia entre los genitales internos y externos. La expresión clínica más común en estos casos es la ambigüedad de los genitales al nacer. En la actualidad ha habido un viraje con respecto a cómo se consideraba una actuación adecuada en estos casos. Ha dejado de pensarse que lo mejor es asignar un sexo lo antes posible (en general en consonancia con los genitales externos), realizar una cirugía y educar al niño/a sin ambigüedades al respecto, para comenzar a pensarse qué factores cromosómicos, neurales, hormonales, psicológicos y conductuales podrían ser más influyentes y determinantes en la satisfacción del sexo y en la constitución de la identidad de género, que los genitales externos funcionales (Medline, 2011). Es por esto que se está comenzando a optar por demorar la cirugía definitiva hasta que el/la sujeto se encuentre en edad madura y pueda involucrarse en la decisión.

Cabe destacar el gran avance que constituye el viraje señalado, aun cuando en la práctica cotidiana, persistan en la aplicación y existan equipos de salud que sigan

¹Se llama identidad de género al sentimiento de sí que tiene una persona acerca de su pertenencia a un colectivo genérico. La misma se conforma como parte del proceso general de adquisición de la identidad y comienza alrededor de los 2 años de edad. Se denomina trastorno de la identidad de género cuando la misma no se corresponde con el sexo biológico del /a sujeto.

considerando la ambigüedad sexual como una “urgencia en neonatología” para actuar rápida y quirúrgicamente en consecuencia (Rivarola, M y Belgorosky A, 2004; y Echeverría, M.I.; Mampel, A.; Vargas, A.L., 2005).

En todos los casos de trastornos de identidad de género, se está avanzando hacia una atención, tratamiento y acompañamiento del/a sujeto y sus familiares, sin discriminaciones, imposiciones médicas, sociales y legales priorizando la decisión y bienestar del/a sujeto. En el año 2007, desde el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se ha realizado una publicación, distribuida en los servicios públicos de salud, llamada “Atención de la salud de personas travestis y transexuales”, con el fin de informar y aconsejar a los/as profesionales de la salud sobre estos temas. Esto generó una mayor accesibilidad de la población transexual al sistema público de salud promoviendo la formación de profesionales y equipos de salud “amigables” para esta población, lo cual tuvo como efecto positivo el incremento de las consultas y la consecuente prevención de enfermedades (Duranti, R; Hessling M, Leone G, 2007) en una población que realizaba sus prácticas en casi su totalidad por fuera del sistema formal de salud.

En relación a la perspectiva del derecho a la salud en la infancia, se considera que las mayores contribuciones socio-institucionales para el logro de la equidad en la calidad de atención en salud de niños y niñas, se inscriben en el respeto integral de los principios éticos y jurídicos de derechos humanos universales y específicos para la infancia. Por un lado, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN) (ONU, 1989), incorporada en la Constitución Argentina de 1994 (artículo 75, inciso 22) y traducida en la Ley Nacional N° 26.061 (Octubre, 2005) y en la Ley N° 114 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Diciembre, 1998), reconoce el “derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a los servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación en salud” y que “Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y adoptarán las medidas apropiadas para desarrollar la atención sanitaria preventiva (CN, art. 75, inc. 22). De esta forma se sientan las bases para la construcción de un nuevo trato hacia la infancia, lo cual tiene implicancias en las relaciones psico-sociales que se establezcan en el campo de la salud pediátrica.

Por otra parte, el Informe de la Red de Equidad de Género de la Comisión de determinantes sociales de salud de la OMS (Sen, Östlin, 2007) destaca, donde se refiere a la infancia, que es importante trabajar desde esa etapa del ciclo de vida para promover la equidad de género a futuro, ya que la desigualdad de género perjudica la salud de millones de niñas y mujeres en todo el mundo. Refiere que los factores intermediarios en relación al género que determinan resultados sanitarios desiguales son múltiples y pueden ser complejos. Los mismos conducen a resultados de salud sesgados y desiguales que, a su vez, pueden tener graves consecuencias económicas y sociales diferenciales para las niñas y los niños.

También este Informe hace hincapié en las inequidades

de género en la calidad de vida en la infancia que pudieran estar impactando en forma diferencial e injusta en la salud actual y futura de las niñas en relación a los niños, tales como las dificultades en el acceso a la educación. Por otra parte, el Informe llama la atención acerca de que las asimetrías de poder determinadas por las relaciones de género desde la temprana infancia se entrelazan con los roles, la división del trabajo, los recursos y la autoridad. Esto acontece porque desde la niñez, se fomenta en las mujeres el rol de intermediarias entre las familias y los sistemas sociales. Lo cual implica una especial sobrecarga en las mismas y un desestímulo en los varones con respecto a sus responsabilidades de cuidado de la familia y de autocuidado de sí mismos.

En cuanto a los antecedentes sobre el género y la calidad de atención, existen suficientes evidencias para afirmar que el género marca de manera significativa los siguientes aspectos, ligados a la calidad de atención médica: las condiciones psico-sociales que determinan la aparición de enfermedades, las formas de vivenciar las enfermedades, las decisiones diagnósticas y terapéuticas, las posibilidades de acceso a los servicios de salud, la interacción que acontece en los servicios y las posibilidades de cumplir con ciertos tratamientos (Pittman, P., Hartigan, P., 1996) (Tajer, 2012).

Algunos/as autores destacan la importancia de incluir la perspectiva de género en el campo de la infancia-salud-pediatria (Mercer, R., Szulik, D., Ramírez, MC., Molina, H., 2008). Los/as mismos señalan que "reconocer la importancia de aplicar el enfoque de género en este ámbito resulta en una mejor calidad de atención, planificar acciones que sean más efectivas y que promuevan igualdad y equidad desde la niñez". Destacan tres niveles de análisis a los que se puede acceder, mediante una perspectiva de género: 1) "las diferentes maneras en que niños, niñas y adolescentes tienen problemas de salud asociados a sus roles de género. 2) la manera distinta en que se proveen servicios a niños, niñas y adolescentes, concebida como *disparidades de género*. 3) la manera en que las proveedoras y los proveedores de servicios debieran considerar los roles de género y su impacto sobre la salud para dar una mejor atención".

Algunas de las propuestas que estos/as autores/as realizan para mejorar la calidad en la atención de la salud en la infancia son: "detectar posibles diferencias en la valoración de la salud de los niños respecto de las niñas, así como la exposición diferencial a riesgos entre ambos; estimular a través del juego, la comunicación y la interacción social, tomando en cuenta el acceso diferencial a las actividades recreativas y el desarrollo de estereotipos de género a través de la actividad lúdica y por último, indagar en comportamientos posiblemente condicionados por normas y valores de género que puedan influir en modos de ser saludable o no, dentro de las familias".

b. Representaciones sobre los cinco ejes temáticos indagados en los/as profesionales entrevistados/as (epidemiología diferencial por género, roles de género, modos de crianza e impacto en la salud infantil, violencia y abuso, trastornos de identidad de género)

En relación al avance en el trabajo de campo, se ha diseñado el formulario de entrevista a profesionales, el cual contiene las áreas que este equipo se propuso indagar:

- a) Caracterización de la población relevada:
 - Datos sociodemográficos
 - Formación profesional (incluyendo años de matriculación)
 - Modalidad de inserción laboral en la institución de referencia.
- b) Representaciones de los/as profesionales sobre los temas de género en la atención de la salud en la infancia y grado de conocimiento sobre avances (publicaciones, investigaciones, etc.) en la temática referida en los siguientes ejes:
 - Epidemiología diferencial por género
 - Roles de género, modos de crianza e impacto en la salud infantil
 - Modos de crianza
 - Violencia y abuso
 - Trastornos de identidad de género
- c) Modo en que las representaciones, conocimiento y modo de consulta de las familias/niños/as impacta en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Para resguardar los aspectos éticos de la investigación se ha diseñado un formulario de Consentimiento Informado que contempla las recomendaciones del protocolo de Helsinki en las investigaciones en salud humana. En la actualidad, del cronograma pautado de relevamiento en ocho instituciones de salud de la Ciudad de Buenos Aires, se han concluido las entrevistas previstas en el **Servicio de Pediatría del Hospital Álvarez**² en el **Servicio de Pediatría del Hospital Argerich**³ y en el **Hospital Tornú** - Servicio de Pediatría y Programa en sala de espera en Pediatría en conjunto con la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEps), y en el dispositivo de atención de infancia por médicos/as generalistas en Centros de Salud dentro del marco de atención en medicina familiar (CESAC 35).

Están en proceso de realización las entrevistas previstas en los Servicios de Pediatría de: la Clínica Bazterrica, la Clínica Santa Isabel, el Hospital Italiano de Buenos Aires y el Hospital Santojanni y en el dispositivo de atención de la infancia del CESAC 35.

Se prevé concluir con las entrevistas para abril del 2012 aproximadamente.

²Jefa del Servicio de Infanto-Pediatría-y Maternidad, Jefa de Internación del Servicio de Infanto-Pediatría y Maternidad, Médica de planta y Psicopedagoga del Servicio de Infanto-Pediatría y Maternidad

³Jefe de Residentes de Pediatría, Jefa de Enfermería del Servicio de Pediatría, Jefe del Servicio de pediatría, Médico de Planta y Residente de Primer Año del programa de residencia en Pediatría

Como información preliminar de los efectores relevados, tomando en cuenta los ejes indagados, se puede consignar que en lo referente a:

- **Epidemiología diferencial por género**

En líneas generales, los/as entrevistados/as no observan demasiadas diferencias de género en relación a los motivos de consultas de niños y niñas que llegan a la consulta. Consideran que a menor edad del/de la niño/a, se presentan menos diferencias, señalando que las mismas comienzan entre los 6 y los 10 años.

Reconocen mayor incidencia en uno u otro género cuando se indaga específicamente por ciertas problemáticas que refieren a la anatomía diferencial: los trastornos miccionales son más comunes en las niñas y las enuresis son más comunes en niños. También refieren que la disfunción por déficit de atención (ADD) es más común en varones, pero no refieren su causa.

Refieren mayor propensión a accidentes en niños, reconocen que *“tienen otros estilos de juegos, un poco más violentos. (...) son juegos de varones”*. Todos/as notan esta diferencia, pero solo algunos/as visibilizan que la misma se debe a patrones de crianza diferenciales por género. Asimismo observan que las niñas no tienen permiso para ciertos juegos y que se las empuja hacia la pasividad. Al indagarse por cambios en esta modalidad, afirman que desde el discurso hay mayor permisividad para los juegos más activos en las niñas, pero que no observan que sea así en las prácticas, en coincidencia con lo relevado por Lo Russo (Lo Russo, 2011).

- **Roles de Género, modos de crianza e impacto en la salud infantil**

En los hospitales públicos relevados refieren que a las consultas acuden mayormente mujeres (madres en primera instancia y en otras circunstancias las abuelas). Adjudican esta característica, en parte al nivel socio económico de las familias que asisten, en las cuales los varones tendrían más dificultades para asistir por no obtener permisos en sus trabajos. Comentan que en el ámbito privado, en muchos casos acuden ambos padres a la consulta dado que los horarios vespertinos ayudan a que esto sea posible.

Tienen muy poca experiencia en consultas de familias homoparentales, coinciden en señalar la necesidad de capacitación al respecto. Lo que les llama la atención es que este fenómeno constituye una novedad, más allá de su impacto en la salud.

Han recibido consultas de madres que decidieron tener sus hijos solas y algunos/as manifiestan su preocupación. Como ejemplo de la misma una profesional señala que *“tiene impacto porque el chico no tiene padre y a ella no le importa que el chico no tenga padre. Al chico esto le empieza a hacer ruido cuando entra al jardín y se habla de “mamá y papá”*. Debido a las características de la población con la cual trabajan, no reciben tampoco en la consulta, hijos/as concebidos/as por fertilización asistida, pero identifican la necesidad de tener capacitación al respecto.

En general coinciden en que el espacio de la consulta se utiliza para múltiples objetivos simultáneamente. Por un lado, control de ciertas pautas básicas, de alimentación, de seguridad, de cuidados. Y por el otro, se lo ofrece como espacio de consulta abierta para cualquier tema que pueda preocupar a los/as cuidadores/as. Es decir, la consulta médica es con frecuencia utilizada para conversar de aspectos “no médicos”, centrados en la crianza.

En relación a cómo se está criando actualmente, plantean una falta de límites en general. Afirman que esto se observa fundamentalmente desde hace unos años y lo adjudican a que *“se vive de otra manera”*. *“Antes por ahí las madres estaban más dedicadas a la crianza, al hogar y ahora las madres hacen muchas cosas para ellas también y no quieren dejar nada”*, refiere una de las pediatras. Otra entrevistada observa que está habiendo una mayor participación de los padres varones: asisten más a las consultas y en caso de no asistir regularmente, cuando lo hacen muestran estar al tanto de lo que le ha sucedido a su hijo/a.

Se indagó asimismo su valoración sobre la recomendación de la OMS respecto a fomentar la lactancia materna hasta los dos años, por su fuerte impacto en las relaciones de género. Al respecto, todos los/as entrevistados/as coinciden en la necesidad de contextualizar la misma, considerando que es fundamental promoverla en familias que no tienen garantizado el acceso a una alimentación integral y en buenas condiciones de higiene y saneamiento. Pero en general, adhieren a la lactancia exclusiva hasta los seis meses y luego de ese período, proponen ir incluyendo otros alimentos. Reconocen la dificultad actual para muchas madres de sostener la lactancia por la inclusión muy temprana en el trabajo, pero la forma de abordaje de esta tensión es en la insistencia de que esta lactancia es necesaria y buena para el/la niño/a. Ninguno/a refiere la necesidad de generar mejoras en las condiciones de empleo de las mujeres que están amamantando para promover el sostenimiento de esta práctica en mejores condiciones o la promoción de la existencia de lactarios en los centros de trabajo.

Los/as profesionales observan más facilidad para transmitir la importancia de la lactancia materna en la población que asisten, que en su mayoría son amas de casa, que en mujeres que tienen empleos que requieren la reinserción laboral a los tres meses del nacimiento del niño/a.

- **Violencia y abuso**

En todos los hospitales relevados hasta el momento funcionan espacios de derivación de casos de violencia y abuso, entre los cuales se destaca el Hospital Álvarez, que es un centro de referencia en el tema y cuenta con un protocolo específico. Consideran que no es un tema nuevo, que la novedad es que ahora se denuncia más, estando también los/as pediatras más capacitados/as para detectar los signos que permiten suponer abusos.

Identifican que el impacto en la salud es muy grande, tanto a nivel físico como emocional. Señalan que los traumas pueden ser graves y dejar secuelas importantes, pero el impacto en la salud emocional y mental aparece subrayado en todos los casos.

• **Trastornos de Identidad de Género**

Refieren no haber recibido consultas por estas situaciones. Sin embargo expresan que algunos padres transmiten preocupación en la consulta por si su hijo varón muestra deseos de jugar con juguetes considerados femeninos (muñecas, cochecitos rosas, etc.), trayendo esta inquietud a la consulta. Este es un tema que se está tratando en jornadas y congresos y que ha sido recientemente incluido en el diccionario de pediatría ("Nelson") la definición de los "trastornos de identidad de género", cuestión ausente en todas las ediciones previas.

c. Red de tesis y diplomandos/as en género, salud y subjetividad

La Red de tesis y diplomandos/as en género, salud y subjetividad fue creada en el marco del proyecto anterior del mismo equipo (Tajer y Col., 2006). El objeto de la misma es que en su marco se presenten avances de tesis de doctorado y de maestría, así como de tesinas licenciatura y diplomados, de los /as investigadores/as del proyecto y de otros/as investigadores tesistas invitados/as. El fin de estas tareas es contribuir al avance de sus producciones y consolidar una masa crítica de investigadores/as con la más alta capacitación en este campo.

Las presentadas en este período han sido:

- Tesis Maestría en Género, Sociedad y Políticas de PRIGEPP/FLACSO de Lic. María Eugenia Cuadra. Tema: "Se dice de mi...Análisis del discurso judicial sobre las víctimas de trata de personas en Argentina. Reflexiones acerca de la construcción de vulnerabilidad de las personas damnificadas desde una perspectiva de género y subjetividad". Directora: Dra. Débora Tajer
- Tesis de Maestría en Salud Pública UBA de la Lic. Vanesa Jeifetz. Tema: "Equidad de Género en la Adherencia al Tratamiento en Adicciones. Representaciones y Prácticas de Profesionales y Pacientes en un Servicio de Internación de un Hospital Público". Directora: Dra. Débora Tajer
- Tesis de Maestría en Ciencias Sociales y Salud CEDES- FLACSO de la Lic. Alejandra Lo Russo. Tema "Infancia, violencia y género: Análisis de discursos parentales". Directora: Dra. Débora Tajer
- Tesis de Maestría en Género, Sociedad y Políticas. PRIGEPP-FLACSO de la Lic. Clara Attardo. Tema: "Género, subjetividad y políticas públicas de promoción de la salud. Municipio de Morón, Provincia de Buenos Aires, 2004-2011". Directora: Dra. Débora Tajer
- Tesis de Maestría en Psicoanálisis. Universidad Nacional de la Matanza y Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados de la Lic. Graciela Reid. Tema: "Construcciones del deseo de maternidad de las mujeres de hoy. Nuevas prácticas, nuevas representaciones". Directora: Dra. Débora Tajer.

Referencias Bibliográficas

- Duranti, R.; HesslingMatias, L.G. (2007): "Atención de la salud de personas travestis y transexuales" publicación GCBA, Coordinación Sida, Buenos Aires, Argentina, 2007.
- Echeverría, M.I.; Mampel, A.; Vargas, A.L. (2005) "Urgencia en neonatología: ambigüedad sexual", Instituto de Genética. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Resumen de Trabajo Libre presentado en "5to Congreso Argentino de Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría. Ciudad de Corrientes, Argentina, 25 al 28 de Mayo de 2005.
- Enciclopedia Medline, "Trastornos de identidad de género" (2008). Extraído el 16/03/2011 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001527.htm>. Versión en inglés revisada por: Christos Ballas, M.D., Attending Psychiatrist, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc. Traducción y localización realizada por: Dr Tango, Inc.
- Enciclopedia Medline, "Intersexualidad" (2009). Extraído el 16/03/2011 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001669.htm>. Versión en inglés revisada por: Neil K. Kaneshiro, MD, MHA, Clinical Assistant Professor of Pediatrics, University of Washington School of Medicine. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc. Traducción y localización realizada por: Dr Tango, Inc.
- Lo Russo, A. (2011) "Infancia, violencia y género: Análisis de discursos parentales. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales y Salud CEDES- FLACSO
- Luciani Conde, L.; Barcala, A.; Fanelli, A.M.; Laino, C.; Luzuriaga, C.; Moreyra, V. Pambukdjian, M.F.; Corradini, A.; Barbieri, A.; Rodríguez, G.; Camera, O. (2008). Niñez en condiciones de desamparo y acceso a la salud en la Ciudad de Buenos Aires. En Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires (Ed.) *Anuario de Investigaciones*, XV(1), 225-231. Buenos Aires.
- Mercer, R.; Szulik, D.; Ramirez, MC.; Molina, H. (2008): Del derecho a la identidad al derecho a las identidades. Un acercamiento conceptual al género y el desarrollo temprano en la infancia. *Revista Chilena de Pediatría*. Volumen 79, Supl. (1) p.37-45. Santiago, Noviembre 2008.
- Organización de las Naciones Unidas (1989). Convención internacional sobre los derechos del niño. Extraído el 20 de marzo, 2008, de <http://www.me.gov.ar/derechos/convencion/convencion54artconimagen2.htm>
- Ortiz García, M.; Portuondo Alacán, O.; Ahuar López, L.; Rodríguez Rivalta, I. (2004) La ética en la práctica pediátrica. *Revista Cubana de Pediatría*, 76(3). Extraído el 30/09/2009 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312004000300010&lng=es&nrm=iso.
- Pittman, P.; Hartigan, P. (1996): Gender inequity: an issue for quality assessment researchers and managers. *HealthCareforWomen International*. 1996 17: 469-186.
- Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.), Argentina (2005). Hacia un plan nacional contra la discriminación. La discriminación en Argentina. Diagnóstico y propuestas. *Decreto N°1086 y Anexo. Boletín Oficial 30.747*, 3-262. Extraído el 01/06/2009 de <http://www.notivida.com.ar/legnacional/Decreto%2010862005%20DISCRIMINACION.pdf>
- Rivarola Marco, A. y Belgorosky, A. "El recién nacido con genitales ambiguos. Nuevos conceptos diagnósticos. Escenarios y decisiones clínicas". Servicio de Endocrinología - Hospital de Pediatría Garrahan. Buenos Aires - Argentina, 2004. Presentado en XIV "Congreso de la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo". Buenos Aires, Argentina, 2005.
- Sen, G.; Östlin, P. (2007): Woman and Gender Equity Knowledge Network: Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it final". *Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*.
- Tajer, D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En Tajer D (Comp.) *Género y Salud. Las Políticas en acción*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2012.
- Tajer, D.; Mag. Gaba, M.; Lics. Reid, G.; Lo Russo, A.; Attardo, C.; Zamar, A.; Fontenla, M.; Bajar, M.S.; Straschnoy, M.; Cuadra, M.E.; Oliveto, A.; Jeifetz, V. (2006). "Ruta Crítica de la salud de las mujeres. Integralidad y equidad de género en las prácticas de salud de las mujeres en la Ciudad de Buenos Aires" (UBA-CyT 06/09 P809).
- Tajer, D.; Cernadas, J.; Barrera, M.I.; Reid, G.; Lo Russo, A.; Gaba, M.; Attardo, C. (2010). "Equidad de Género en la Calidad de Atención de Pacientes Cardiovasculares", en González Pérez GJ, Vega López MG y Cabrera Pivaral CE. (coord.) *Desigualdad Social y Equidad en Salud: Perspectivas Internacionales*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, 73-102 ISBN 978 607-450-295-4.
- Tajer, D.; Gaba, M.; Lo Russo, A.; Reid, G.; Attardo, C.; Cuadra, M.E.; Jeifetz, V.; Ceneri, E.; Roitenburd, F.; Melone, L. "Equidad de Género en la calidad de atención de niños y niñas" en XVIII Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. ISSN 0329-5885, 2011, 375-380.
- Torrancos, A.M.; Adeja, M.; Biagioli, A.; Laszewicky y García, S. (2003). Presentación de un adolescente con hiperplasia suprarrenal congénita virilizante no tratada. En *Archivos de Pediatría Argentina* 2003; 101 (6).

Fecha de recepción: 9 de abril de 2012

Fecha de aceptación: 22 de junio de 2012