

PERSPECTIVA DE GÉNERO, DIVERSIDAD E INTERSECCIONALIDAD EN LOS ACTOS DE SALUD

THE INTERSECTIONAL GENDER PERSPECTIVE CONTRIBUTIONS TO HEALTH ACTS

Malena Lenta¹

RESUMEN

Los importantes avances en materia de visibilización de una agenda de género y ampliación formal de derechos a través de nuevas normativas en la Argentina se contrasta con la persistencia de las inequidades de género en salud. Las resistencias del modelo biomédico a la incorporación de la perspectiva de género redundan en sesgos que se deben superar para reducir brechas. En este marco, el objetivo del artículo es aportar herramientas para incorporar la perspectiva de género interseccional en los actos de la salud. Para ello se parte de la concepción de la determinación social de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, se delimita la perspectiva de género desde una óptica compleja y se enuncian desafíos en el campo de la salud.

PALABRAS CLAVE. Salud, diversidad, género, interseccionalidad, inequidades.

ABSTRACT

The important advances in terms of making a gender agenda visible and the formal expansion of rights through new regulations in Argentina contrasts with the persistence of gender inequities in health. The resistance of the biomedical model to incorporate a gender perspective results in biases that must be overcome in order to reduce gaps. In this framework, the objective of this article is to provide tools to incorporate the intersectional gender perspective in health actions. To achieve this, everything starts in conceiving the social determination of the health-disease-care processes, the gender perspective should be delimited from a complex perspective, and challenges in the field of health should be enunciated.

KEY WORDS. Health, diversity, gender, intersectionality, inequities.

La autora manifiesta no poseer conflictos de intereses.

CONTACTO PARA CORRESPONDENCIA

Correo electrónico: malenalenta@gmail.com

Introducción

El acceso a una salud integral es un desafío central del campo de la salud e implica comprender que la misma no es una condición individual sino un proceso colectivo e histórico-social. Como sostiene Breilh (1), en la determinación social de la salud operan tanto lógicas dominantes de la formación económica como también de construcción de jerarquías raciales y de género que implican diferentes procesos protectores o destructivos de la salud.

La perspectiva de género en el campo de la salud busca problematizar específicamente las relaciones de poder, las jerarquías y los estereotipos socioculturales basados en las relaciones desiguales de género que producen profundas inequidades en salud. Es un marco clave para comprender cómo las diversidades entre los cuerpos sexuados se traducen en desigualdades sociales y en salud como producto de procesos históricos no esenciales.

Al comprender las desigualdades como productos sociales, se abre también la oportunidad de transformarlas. De hecho, en las últimas décadas, las demandas sociales de los feminismos y los colectivos LGTBIQ+¹ tornaron visible una agenda de derechos frente a las inequidades basadas en las relaciones desiguales de género. Esto dio lugar al avance normativo tanto en el plano internacional como local para la ampliación de derechos.

Ya en 1994 la Argentina incorporó en el plano constitucional la Convención internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), sancionada en 1979 y, posteriormente, adhirió a tratados internacionales como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención de Belem do Pará y la Cuarta Conferencia sobre la Mujer de Beijing de 1995, entre otros. En 2009 se dio lugar a la ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, en 2012, a la ley de identidad de género 26.743, en 2018 a la ley 27.488 (Micaela), que establece la capacitación obligatoria sobre la temática de género en toda la administración pública. Recientemente se sancionó la ley 27.610 de interrupción voluntaria del embarazo, que legalizó el aborto voluntario en el país, entre otras normativas relevantes en materia de géneros y derechos.

Sin embargo, frente a los avances normativos y de visibilización de la problemática en diferentes ámbitos, sigue planteado el desafío de producir transformaciones socio-

culturales e institucionales en donde siguen operando los modelos biomédicos hegemónicos de salud, basados en perspectivas androcéntricas y patriarcales que naturalizan prácticas sexistas, discriminatorias y estigmatizantes. Como señala Tajer (2), esto permitiría repensar el diseño de políticas sanitarias tanto generales como de accesibilidad diferencial por género para la atención en salud, interrogar diagnósticos, reducir procesos destructivos y promover nuevas prácticas de cuidado integrales. En este marco, el objetivo de este artículo es contribuir, desde la reflexividad crítica sobre las inequidades en salud, a la promoción de la perspectiva de género interseccional en los actos de la salud. Estos no refieren sólo al acceso a la atención en salud, sino que también incluyen las características del encuentro entre la persona usuaria y el equipo de salud (3). Allí entra en juego tanto el contacto físico y comunicacional como el desarrollo de flujos simbólicos que se entrelazan con un conjunto de redes y relaciones sociales de poder, entre las que se hallan las basadas en el género y se combinan con las relaciones de clase, racialización, edad, capacidad y de la propia institución de salud. En ese encuentro, el reconocimiento de la otredad desde la diversidad, frente a la patologización y subalternización de la diferencia, se vuelve fundamental para reducir las inequidades sanitarias.

La perspectiva de género interseccional

Pombo (4) advierte que a menudo se observa en el campo de la salud una inclusión despolitizada y reduccionista de la perspectiva de género. Considera que algunas propuestas referidas en la perspectiva *mainstream* (hegemónica y transversal) promovida por la Organización Mundial de la Salud en la década de 1990 ciñen al género en una dimensión biológica, esencialista de la diferencia sexual, universal e individual, cuya pretensión es universalizar modelos explicativos de las desigualdades en salud y proponer criterios de intervención con eficacia pragmática.

En cambio, recuperando los aportes de la epistemología feminista para pensar el género, se lo puede definir como a una categoría explicativa que denota cómo las construcciones sociales se imponen sobre los cuerpos sexuados. De esta manera, es posible colegir que el lugar de subordinación de las mujeres y/o lo femenino respecto del mundo de los varones y/o lo masculino no proviene de una condición natural sino de un entramado de relaciones sociales de poder, simbólicas, psíquicas

¹ Refiere al colectivo de lesbianas, gays, travestis, transgéneros, transexuales bisexuales, intersexuales, queers, no binaries y otras identidades de género disidentes con la norma heterosexual.

y materiales que se ha ido conformando históricamente y que afecta todas las esferas de la vida social, tanto la pública como la privada (5).

Para Scott (6), el patriarcado es una forma particular de organizar el sistema de los géneros que supone una valoración de la diferencia sexual en donde se jerarquiza lo masculino frente a lo femenino y sanciona con especial dureza la disidencia corporal, sexual e identitaria. El sistema de los géneros basados en el orden patriarcal involucra así: a) un modo preponderante de división sexual del trabajo (producción *versus* reproducción); b) una distribución de esferas sociales ancladas en el género (esfera pública *versus* esfera privada o doméstica); c) relaciones de poder y jerarquías, lo que supone diferencias de prestigio y legitimidad; d) relaciones de poder intra-género imbricadas con las relaciones de clase, étnicas y generacionales; e) la construcción de identidades de género hegemónicas que coinciden con otras dimensiones diferenciadoras, lo cual produce una identidad masculina anclada en el trabajo social, la provisión y la administración del poder, mientras que la identidad femenina supone el trabajo doméstico, la maternidad y el rol dependiente en la pareja, y f) la construcción de identidades sociales dominantes asociadas a las relaciones de poder en la sociedad (hétero-cis sobre LGTBIQ+, blanco propietario sobre negro-indígena-trabajador y adultos sobre niños, niñas y adolescentes).

De este modo, el análisis de género se convierte en una perspectiva que permite desnaturalizar las relaciones de poder basadas en la clasificación de los sexos y las normas de género y comprenderlas como parte de realidades sociohistóricas (7). Todo ello impele a resignificar las prácticas, las representaciones, los discursos y las tecnologías sociales sobre los cuerpos y la sexualidad de modo tal que es posible comprender que las relaciones de poder entre los géneros condiciona trayectorias, oportunidades, elecciones, percepciones, intereses y espacios sociales por los que transcurren la vida de las personas.

Los mecanismos de inferiorización e invisibilización social son fundantes de relaciones desiguales de género y posicionan históricamente a las mujeres y a las personas LGTBIQ+ en situaciones de subordinación social (8). Sin embargo, la complejidad social no puede ser aprehendida desde enfoques monocausales y convoca a ser pensada desde la interseccionalidad.

Crenshaw (9) plantea que es necesario el reemplazo de lo que denomina “paradigmas de identidad monocausales” desde los cuales se piensa al género a expensas de la raza o la clase, y viceversa. En cambio, propone un paradigma interseccional que permite visibilizar y explicar las experiencias de las personas y los colectivos sociales afectados por la interacción de dos o más sistemas de dominación y, de este modo, complejizar el estudio de las inequidades sociales y de salud.

En este sentido, la inequidad, según Breilh (10), es una categoría social que expresa las contradicciones sustanciales de poder que enfrentan los grupos existentes en una sociedad, donde la apropiación y reproducción del poder ocurre en tres dominios de distinta generalidad y peso determinante: las relaciones de género, las relaciones sociales (de clase) y las relaciones étnicas. Esta posición implica entender el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado desde un enfoque relacional que incluye las relaciones sociales vigentes, las imaginarias, las históricas, entre otras, como un sistema de relaciones que se entrecruzan y se atraviesan entre sí, y no percibir el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado como un hecho autónomo, referido a una sola persona. Para Zaldúa, Longo, Lenta, Sopransi y Joskowicz (11), esta es una perspectiva fundamental para problematizar situaciones naturalizadas y/o interpretadas ideológicamente como subproductos inevitables del orden social y las responsabilidades individuales, por ejemplo, cuando se piensa en temáticas como las violencias contra las mujeres y personas LGTBIQ+, los abusos sexuales hacia las infancias, los consumos problemáticos de sustancias y accidentes de los varones jóvenes, etcétera.

Por lo tanto, la perspectiva de género interseccional en salud, a diferencia de un análisis únicamente centrado en el plano biomédico –como si lo biológico pudiera desprenderse de las implicancias histórico-sociales–, busca identificar las diferencias socio-culturales experimentadas por mujeres, varones y personas LGTBIQ+ y conocer sus implicancias los procesos protectores y/o destructores de la salud como parte del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. A diferencia de los enfoques reduccionistas basados en las diferencias biológicas entre las personas y que buscan identificar, por ejemplo, factores de riesgo predictores de enfermedad, la perspectiva de género interseccional en el campo de la salud favorece comprender las posibilidades diferenciales de acceso a la atención sanitaria vinculadas a la especificidad de las políticas sanitarias, los recursos en el territorio o el lugar de las personas respecto del cuidado de sí y de otros; la adherencia a tratamientos relacionados con las prácticas socioculturales de cuidado, los estilos de vida o los imaginarios de género; la vinculación de las personas con procesos destructivos o protectores de la salud en función de la distribución sexual patriarcal del trabajo, entre otras cuestiones.

Sesgos de género en el campo de la salud

En el campo de la salud, la mirada hacia las inequidades de género y la problematización del patriarcado como institución de orden y control que produce desigualdades en el acceso a la salud en articulación con otras lógicas de poder y dominación es una perspectiva que

se ha incorporado parcialmente y en tiempo reciente. La resistencia a su incorporación se enraíza en buena medida en el paradigma positivista y el enfoque biomédico de la salud (12,13). No obstante, la perspectiva de género interseccional en este campo instaló la crítica a la dicotomía entre el espacio público y privado y permitió la discusión en el ámbito público de aspectos que corresponden a la toma de decisiones que involucran el cuerpo, la sexualidad, la reproducción y no reproducción de las mujeres y de las LGTBIQ+ que develan los dispositivos y prácticas históricas empujadas en disciplinar y segregar a las personas. Asimismo, dio cuenta de la producción de la vulnerabilidad diferencial por géneros, clase y etnicidad configurando grupos sociales, atravesados por determinantes estructurales que inscriben normas, hábitos y símbolos que, en términos generales, no se cuestionan, y subyacen en las reglas de las instituciones de salud (14).

Los modos en que las mujeres, varones y personas LGTBIQ+ perciben síntomas, transitan enfermedades, reconocen malestares, acceden a la atención en salud y producen prácticas vinculadas al cuidado de su salud-enfermedad, tienen consecuencias en perfiles diferenciales de morbilidad que resultan de la determinación social y expresan fuertes inequidades en el campo de la salud (15) que, a su vez, se traducen en sesgos en el plano de la atención sanitaria.

En el caso particular de los sesgos de género, estos refieren a las prácticas sexistas y androcéntricas y pueden evidenciarse en todos los niveles de atención del sistema de salud y aparecer tanto en el esfuerzo diagnóstico como en el retraso diagnóstico y en los errores de diagnóstico, y en consecuencia, en el esfuerzo terapéutico (16). En la mayoría de los casos, las consecuencias inciden en los procesos destructores de la salud de las mujeres y personas LGTBIQ+.

Algunos sesgos de género en el esfuerzo terapéutico identificados reconocen que a igual necesidad sanitaria se producen diferencias en la admisión hospitalaria y en la aplicación de procedimientos terapéuticos, en favor de los varones y en detrimento de las mujeres y personas LGTBIQ+. También los estudios han observado que la demora y espera en la atención de varones es menor que en los otros géneros y que, por ejemplo, la prescripción de psicofármacos es mayor en mujeres en función de los imaginarios de género y no de la necesidad real de los padecimientos (17). Esto incide en que a pesar de que las tasas de mortalidad globales de las mujeres sean inferiores a las de los varones, su situación integral de salud es peor. Cuestión que se exagera en las personas LGTBIQ+, en donde la morbilidad es mayor aún (18).

Otro aspecto relevante a los sesgos de género se vincula al campo de la investigación en salud. En los estudios referidos a sistemas y servicios de salud, aún no se ha

incorporado el enfoque de género como una dimensión clave tanto en el diseño como en la interpretación de los datos, ni como variable relevante y, menos aún, como dimensión transversal (19).

Los sesgos de género en la investigación mantienen un *statu quo* que quita importancia a las cuestiones de género en la salud y reproducen políticas de descuido. Por ejemplo, históricamente, las mujeres han estado subrepresentadas en las investigaciones clínicas y, especialmente, en los ensayos clínicos. Con lo que se han realizado extrapolaciones en las mujeres de los resultados obtenidos en estudios desarrollados mayoritariamente con población de varones, con graves consecuencias (13). La población LGTBIQ+ directamente no ha sido considerada.

Ruiz Cantero (20) señala que algunos sesgos de género en las investigaciones que quienes investigan frecuentemente no consideran son: 1) la falta de identificación de problemas de salud por fuera de los considerados hasta la actualidad (violencia de género; enfermedades ocupacionales, incluido acoso); 2) la redefinición de lo que se considera problema de salud (síntomas/síndromes sin causa orgánica), y 3) la reelaboración y establecimiento de otras prioridades de investigación (cómo influye la participación de las mujeres, y el poder tomar decisiones o no sobre su propia salud).

Hacia actos de salud para la reducción de inequidades

Barrancos (21) plantea una paradoja relevante para reflexionar sobre las consecuencias de las prácticas basadas en los enfoques tradicionales biomédicos. Resalta que, por ejemplo, la entrevista clínica, un dispositivo central de las prácticas de salud, no se realiza sobre un conversatorio entre órganos y sistemas del cuerpo humano, sino que el equipo de salud interroga a las personas acerca de fenómenos socioculturales como lo son sus prácticas cotidianas, su estilo de vida, su alimentación, sus consumos, el tipo de trabajo que realizan, sus vínculos próximos, entre otras cuestiones. Sin embargo, hay una gran resistencia a reconocer no sólo los flujos simbólicos que se presentan en ese encuentro, sino también el conjunto de relaciones histórico-sociales de poder que se ponen en juego en el espacio social que configura el acto de salud.

Entender el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado desde el enfoque de la determinación social de la salud implica poder reconocer y poner en juegos esas relaciones de poder vigentes en el acto de salud, no para reproducirlas, sino para operar también sobre ellas en la promoción de procesos protectores de la salud fundados en el reconocimiento de la diversidad y en la autonomía de las personas usuarias del sistema de salud.

En consecuencia, desde la perspectiva de género interseccional, se impele a problematizar en los actos de salud los condicionamientos por los que atraviesan mujeres, varones y personas LGTBIQ+ por su género y en interacción otros condicionantes. Y cómo estos limitan o favorecen las prácticas de cuidado y los estilos de vida saludables. También implica detectar los obstáculos y los facilitadores de procesos dialógicos que contemplen las diferencias de los cuerpos, las sexualidades, los deseos y las identidades para no reproducir estereotipos de género, patologizar las diversidades, invisibilizar los padecimientos o malestares y, en consecuencia, no incrementar las brechas de género en salud.

Reconocimiento

Este trabajo se realizó en el marco de la beca de capacitación titulada “Estrategias comunicacionales de prevención de las violencias de género” dirigida por la licenciada Julieta Fazzini, de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. [RAM](#)

Referencias bibliográficas

1. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2013;31:13-27
2. Tajer D, Reid G, Cuadra ME y col. Varones adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires: barreras de género en la prevención y atención de la salud. *Salud Colectiva* 2020;15:e2256
3. Franco T, Merhy E. Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud colectiva* 2009;5:181-94
4. Pombo MG. La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des) politización del género. *Revista Margen* 2012;66:1-11
5. García EG, Avilés NR, Ruiz MP y col. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Atención primaria* 2005;35:8:402-7
6. Scott J. Género: ¿Todavía una categoría útil para el análisis? *Rev La Manzana de la Discordia* 2011;6:1:95-101
7. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco* 2000;7;18:1-11
8. Fraser N. *Beyond neoliberalism*. Palgrave Macmillan; Cham; 2017: p. 7
9. Crenshaw K. *On intersectionality: Essential writings*. The New Press, 2017
10. Breilh J. *El género entre fuegos: inequidad y esperanza*. 1ª. ed. Quito: CEAS; 1996
11. Zaldúa G, Longo R, Lenta M y col. Diversidades sexuales y derecho a la salud: Dispositivos, prácticas y desafíos en la exigibilidad. *Anuario de investigaciones* 2015;12;9:277-84
12. Dawson V, Weintraub M. Aborto y violencia de género: Percepción y decisiones de las mujeres. *Revista Liminales. Escritos sobre Psicología y Sociedad* 2016;5;9:33-54
13. Longo R, Lenta M, Zaldúa G. *Territorios de precarización, feminismos y políticas del cuidado*. Buenos Aires: Teseo; 2020
14. Matud Aznar MP. Género y salud. *Suma Psicol* 2008;75-94
15. Tajer D. *Heridos corazones*. 1ª ed., Buenos Aires: Paidós; 2004
16. Valls Llobet C. Sesgos de género en medio ambiente y salud. En: Puleo A. *Ecología y género en diálogo interdisciplinar*. 1ª ed.. Valladolid: Plaza y Valdez; 2015, p. 23-35
17. Ruiz-Cantero MT, Blasco-Blasco M, Chilet-Rosell E y col. Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: De la investigación a la atención sanitaria. *Farmacia Hospitalaria* 2020;44;3:109-13
18. Zaldúa G, Longo R, Lenta M y col. Diversidades sexuales y derecho a la salud: Dispositivos, prácticas y desafíos en la exigibilidad. *Anuario de investigaciones* 2015;12;9:277-84
19. Ruiz-Cantero MT, Papí-Gálvez N, Cabrera-Ruiz V y col. Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria* 2006;20;6:427-34
20. Ruiz-Cantero MT, y Verdú-Delgado, M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria* 2004;18;4:118-25
21. Barrancos D. Prólogo. En: AA.VV. *Salud feminista*. 1ª ed. Buenos Aires: Tinta Limón; 2020:7-20