

La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género

Por María Gabriela Pombo

María Gabriela Pombo. Lic. en Trabajo Social (Universidad de Buenos Aires)

Introducción

El presente trabajo aborda la inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Se retoma la noción de campo de Bourdieu (1997) para entender a “la salud” como un espacio social atravesado por disputas que pugnan por instaurar principios de visión legítimos en torno a las articulaciones de las construcciones de género y los procesos de salud-enfermedad-atención. Disputas en las que, concomitantemente, se lucha por la asignación de sentidos legítimos en torno a las intencionalidades y modalidades que las intervenciones en el campo deben asumir.

Se parte de considerar la centralidad del género como determinante de los procesos de salud-enfermedad-atención, para analizar luego los distintos (des)usos del concepto género en la investigación en el campo de la salud. Posteriormente, se exploran las disputas en torno a la inclusión de la perspectiva de género en el mencionado campo, en las que se recrea una puja por la (des)politización del género. Finalmente, se analiza el riesgo de inscribir las intervenciones en enfoques que llamaremos instrumentales y tecnicistas de la perspectiva de género, los cuales, como sostendremos a manera de hipótesis, resultan funcionales, refuerzan y son reforzados por la concepción positivista de la salud-enfermedad que domina el campo de la biomedicina.

Este trabajo presenta reflexiones surgidas de una búsqueda, tan ávida como interesada, en la que intento dislocar las/mis prácticas de intervención en salud y sus supuestos subyacentes, con el objetivo de retener el sentido político del género y evitar su cooptación y asimilación a los parámetros y postulados de la biomedicina positivista. Esto marca mi locus de enunciación, deliberadamente feminista y signado por ese particular interés.

1- Interpelando la autoevidencia del género. O la mirada geopolíticamente situada del género como nuestro punto de partida.

Partimos de la necesidad de definir la categoría género y precisar el posicionamiento teórico y político desde el que plantharemos su inclusión en el campo de la salud. Las alusiones a dicha categoría suelen hacerse cual si se tratara de un concepto autoevidente, que no requiere mayor aclaración. Por el contrario, como sostendremos aquí, es objeto de múltiples y contradictorias interpretaciones, que cristalizan intencionalidades teórico-políticas diversas y retienen disímiles potencialidades en la lucha por desterrar las opresiones basadas en género.

Se ha producido una asimilación del concepto género con el estudio de cuestiones relativas a las mujeres (Scott, 1986), lo cual limita, reduce y empobrece los alcances de esta categoría y, por

extensión, el análisis de la realidad desde su perspectiva. Las desigualdades de género no se reproducen bien por los varones o bien por las mujeres, “sino por la asunción de determinados modelos asumidos tanto por unos y otras sobre lo masculino y lo femenino. Modelos dominantes a partir de los que se define un hombre y una mujer ideales y estereotipados, que sirven como referentes de actuación y a través de los cuales se oculta la práctica social y la heterogeneidad de estas categorías” (Valcuende, 2003: 10)

Lo anterior conduce a considerar las formas en que cada sociedad organiza la diferencia sexual a partir de la instauración de sistemas sexo-genéricos hegemónicos. Rubin (1986) conceptualiza los sistemas sexo-género como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana” (Rubin, 1986: 97). Para la autora el género constituye un ordenador social que moldea las subjetividades a través de normas, valores, símbolos y prácticas que prescriben expectativas diferenciales sustentadas en la diferencia sexual. Así, los sistemas sexo-género operan en función de la producción de sujetos adaptados a las particularidades de cada organización social.

Trascender el determinismo biológico y entender al género como social e históricamente construido -y por ende socialmente regulado y a la vez modificable- permite desnaturalizar la diferencia sexual varón-mujer, enfatizar su carácter simbólico y develar los procesos de desigualdad que se ocultan tras esa diferencia. Aludir a estas desigualdades remite a la dimensión política del género, al género como campo primario en el cual y por el cual se articulan relaciones significantes de poder (Scott, 1999)

Rescatar la politicidad del género supone, por un lado, contemplar que el género expresa un conflicto social resultante del ejercicio de relaciones de poder entre varones y mujeres, a través de las cuales se ejerce socialmente un control de la capacidad reproductiva del cuerpo de las mujeres (De Barbieri, 1992) Y por otro lado, contemplar que el género, en tanto construcción relacional, afecta a todas las subjetividades –no solo a las mujeres-, delimitando normatividades que producen y regulan los cuerpos, las identidades y las interacciones sociales.

Butler (2005) sostiene que tanto el sexo como el género son ideales regulatorios, culturalmente ficcionalizados, que detentan el poder de producir –demarkar, circunscribir, diferenciar- los cuerpos que controlan. Tales afirmaciones desestabilizan concepciones del género sustentadas en distinciones binarias: el sexo como lo biológico/dado y el género como lo cultural/construido. En Butler lo cultural es, en todo caso, “anterior” al sexo:

de aquí que conceptualiza al género como “la matriz que hace posible toda disposición previa, su condición cultural capacitadora” (Butler, 2005: 25). El género, de este modo, habilita la posibilidad de articulación cultural del sujeto y se torna un arreglo performativo, en permanente construcción. La noción de performatividad desafía la idea de la diferencia sexual como algo natural, ahistórico y preformado (del “varón” o “mujer” como categorías estáticas) y da cuenta de “la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra” (Butler, 2005: 18)

Los modelos de género se convierten en referentes de actuación que invisibilizan la heterogeneidad de expresiones de la sexualidad, las cuales reproducen, pero también resignifican y en ocasiones resisten las normatividades dominantes. En esta línea Butler (2005) afirma que el género el resultado de un proceso mediante el cual las personas recibimos significados culturales pero también los innovamos.

Se observan entonces desigualdades al interior tanto de las masculinidades como de las feminidades (unas hegemónicas frente a otras subalternas), así como desigualdades ligadas a la subalternización de otras expresiones contrahegemónicas de las sexualidades y los géneros. En

estos procesos de subalternización el género no opera autónomamente sino intersectado con otros ordenadores sociales, particularmente la clase social y la raza/etnia. Segato (2003) afirma que el simbólico patriarcal –escena fundadora del régimen de status en los sistemas jerárquicos- articula la totalidad de las relaciones de poder y de subordinación. Se trata de “una única escala articulada como un sistema integrado de poderes, donde género, raza, etnia, región, nación, clase se interpenetran en una composición social de extrema complejidad. De arriba abajo, la lengua franca que mantiene el edificio en pie es el sutil dialecto de la violencia moral” (Segato, 2003: 12) Esta violencia se manifiesta en procedimientos rutinizados de crueldad moral, que se expresan bajo las formas de un “sexismo automático” y un “racismo automático”, naturalizados de modo tal que se vuelven invisibles.

Desde esta mirada, politizar la noción de género no puede limitarse al análisis de las desigualdades en el acceso y control de los recursos de varones y mujeres. Más bien, remite a un anclaje en el carácter ficticio y performativo del género (Butler, 2005), así como en su centralidad en tanto dispositivo de regulación social que atraviesa a las subjetividades y restringe normativamente la toma de decisiones autónomas respecto a los cuerpos y las vidas. Regulación que opera no sólo desde la diferencia sexual, sino desde la intersección de múltiples diferencias, en complejas imbricaciones –geopolíticamente situadas- de regímenes políticos ligados al género, la clase social y lo étnico-racial.

Es entonces esta mirada geopolíticamente situada del género la que marcará nuestro análisis de la inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud.

2- Los (des)usos del género en el análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención

La incorporación de la perspectiva de género a la investigación de los procesos de salud-enfermedad-atención ha producido suficiente evidencia para afirmar que el género -en tanto régimen político vertebrador de relaciones de poder- opera como un determinante de la salud. Se ha constatado que las construcciones sociales de género condicionan las modalidades en que varones y mujeres protegen su salud, perciben síntomas, transitan enfermedades, subjetivizan malestares, acceden a los sistemas de salud y toman decisiones respecto al cuidado de su salud-enfermedad (Martínez Benlloch, 2003; Cardaci, 2004; Gómez Gómez, 2002; Tajer, 2002; Velasco Arias, 2006, entre otros/as). Los perfiles diferenciales de morbi-mortalidad que resultan de las desigualdades de género dan cuenta de fuertes inequidades en el campo de la salud y configuran niveles de autonomía diferenciales (Tajer, 2004)

Concomitantemente, se ha evidenciado que la propia organización de los sistemas de salud responde a patrones o “sesgos de género” (Valls, 2000). Se observan desigualdades en las formas de diagnosticar y atender a varones y mujeres, de asignar prioridades en términos tanto de financiamiento como de gestión de respuestas sanitarias, de jerarquizar problemas de investigación y llevar adelante estudios clínicos y pruebas de medicamentos y de tecnologías aplicadas a la atención de la salud (Cardaci, 2004; Esteban, 2006; Gómez Gómez, 2002; Tajer, 2004; Sen, George y Ostlin, 2005)

Martínez Benlloch (2003) sostiene que los referidos sesgos de género que subyacen a modelos teóricos y prácticas clínicas en el campo de la salud pueden observarse en la extrapolación de resultados de investigaciones realizadas exclusivamente con varones a mujeres. Esto invisibiliza la morbi-mortalidad diferencial y, a la vez, se traduce en ausencias de diagnósticos para problemas de salud de las mujeres que concluyen por aglutinarse en el rótulo “síntomas y signos no específicos”. Por otro lado, la autora identifica sesgos de género en algunos efectos de la práctica de dar por

sentada la diferencia sexual y naturalizar la existencia de enfermedades específicas de cada sexo. Particularmente, se visualizan estos efectos en la circunscripción de la salud de las mujeres a su salud reproductiva y en la atribución de diagnósticos diferenciales con mayor prevalencia en las mujeres que carecen de una rigurosa constatación científica (tal es el caso de la mayor depresión, mayor ansiedad, mayor percepción subjetiva de dolor). Esto “lleva a relativizar síntomas descritos por las mujeres, minimizar el valor de su palabra y, ante la reiteración de la queja, prescribirles en mayor número y frecuencia ansiolíticos y antidepresivos, con lo que se psicologiza y medicaliza la demanda de atención sanitaria” (Martínez Benlloch, 2003: 258)

En esta línea de análisis, Esteban (2006) argumenta que existe un “desconocimiento de la genealogía feminista” en los estudios de salud y género, que conduce a una utilización imprecisa o incorrecta del concepto género, el cual suele usarse como equivalente de “mujer” o sustituto mecánico de “sexo”. En tales estudios se omite la explicación de las desigualdades de género en salud, sin dar cuenta de las construcciones sociales que a ellas subyacen -en las que se adentra el feminismo (Esteban, 2006; 10). La autora vincula la resistencia a aplicar la categoría de género desde la perspectiva feminista con las dificultades de la biomedicina para poner en cuestión las presunciones ideológico-culturales en las cuales se asienta su propia científicidad. En particular, la visión positivista de la enfermedad, que en concreto entraña “la definición médica de la enfermedad como una desviación de una norma biológica; la doctrina de que existe una etiología específica de las enfermedades; la noción de que las enfermedades son universales; la idea de que la medicina es neutral; o la dicotomía mente/cuerpo” (Esteban, 2006: 12)

Esa visión positivista se ha condensado en lo que Menéndez (1985) denominó “modelo médico hegemónico”, cuya institucionalización se liga a las necesidades productivas y legitimadoras de la burguesía en los países centrales. El autor refiere que los caracteres dominantes del Modelo Médico son “su biologismo, su ahistoricidad, su asocialidad, su pragmatismo, su individualidad, su participacionismo subordinado, etc, que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un “ambiente natural”, donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como “pacientes” (Menéndez, 1985, 57) Así, los procesos de salud-enfermedad quedan reducidos a su expresión biológica e individual y son abordados prioritariamente desde la medicalización. Como correlato, dichos procesos son descontextualizados de los factores económicos y político-ideológicos que operan como sus fragilizadores o sus protectores, entre los que se ubica el género.

Cabe señalar que el género no opera autónomamente como determinante de la salud, sino que lo hace en articulación con otros condicionantes de la estratificación social, entre los que se destacan la clase social, la etnia/raza y la edad (Esteban, 2006; Sen, George y Ostlin, 2005). La morbi-mortalidad, así como la accesibilidad a los sistemas de salud deben analizarse entonces desde la intersección de las múltiples desigualdades que generan los referidos condicionantes; intersección en la que se albergan, ocultan y justifican los procesos de construcción de las hegemonías (Pombo, 2003).

Lo anterior sugiere la importancia de mostrarse cautelosos a la hora de postular perfiles epidemiológicos por género (Esteban, 2006) que pueden atribuir al género cuestiones vinculadas con otros determinantes de la salud, o, lo que es más probable, con una interacción de condicionantes cuya sinergia es la que configura desiguales probabilidades de enfermar, de estar sano o de morir. Esto configura desafíos muy importantes en materia de investigación estadística, ya que los sistemas nacionales de recolección de la información, así como los vinculados a la producción, análisis y uso de indicadores fueron concebidos para una realidad que no es la actual y

suelen carecer de perspectiva de género (PNUD, 2011)¹

Contrariando la importancia de contemplar las sinergias e intersecciones entre los múltiples determinantes de la salud, existe una amplia literatura en la materia que prioriza las desigualdades por clase social o por origen étnico-racial, dejando de lado la exclusión social por género (Esteban, 2006: 10) Esto resulta llamativo, en virtud de que, como sostienen Sen, George y Ostlin (2005), las ciencias de la salud se han preocupado por el problema de la falta de equidad en salud por lo menos desde principios del siglo XIX, mientras que el reconocimiento del género como un factor social de peso demoró mucho tiempo en comparación con otros determinantes de la salud como la clase socioeconómica, la raza o la casta.

Otra discrepancia entre la consideración del género y la de otros determinantes de la salud se observa en la reducción del género a un mero conjunto de roles sociales. Como afirma Kabeer (1994) “La dependencia en los roles como concepto analítico se observa principalmente con relación al género (más que a la raza o clase) y atestigua una tendencia dentro de los círculos de política a tratar el género separado de las perspectivas estructurales que nutren el análisis de esas otras formas de desigualdad social” (citado en Sen, George y Ostlin, 2005: 7). Este énfasis en los roles puede entrañar una interpretación de las desigualdades de género como desigualdades fundadas en comportamientos individuales más que en dinámicas estructurales. Por tanto, comprende una sobresimplificación de las relaciones sociales de género que ocluye el carácter eminentemente político de los sistemas sexo-genéricos a partir de los cuales se organiza la diferencia sexual.

A modo de síntesis, se observa que la inclusión del concepto de género en las investigaciones en salud muestra algunas dificultades. Entre ellas se destacan los siguientes (des)usos del concepto género:

- no se lo toma en consideración, presuponiendo que la salud es *neutral* al género y produciendo, por el contrario, conocimientos que refuerzan las inequidades en salud que afectan a las mujeres y a las personas con identidades sexo-genéricas contrahegemónicas.

- se lo considera de manera empobrecida, equiparándolo a “*mujer*” y desconociendo que el género es una construcción relacional

- se lo incluye en el análisis de cuestiones que afectan a las mujeres (reduccionismo de primer orden) y se lo circunscribe a temáticas vinculadas con la *salud reproductiva* de las mujeres (reduccionismo de segundo orden, que recrea la sinonimia mujer = madre)

- se lo sustituye mecánicamente por “*sexo*”, lo que revela una concepción de la diferencia sexual como ahistórica y natural

- se lo considera meramente como un “*asunto de roles*”, individualizando patrones que son sociales y desatendiendo las relaciones sociales de poder que atraviesan a las construcciones de género.

- se lo contempla como un “*concepto totalizador*”, cual si fuera el único constitutivo de la estratificación social y determinante monolítico de la salud, desatendiendo las intersecciones del género con la clase, la raza/etnia, la generación, etc.

1 ONU-Mujeres de Argentina destaca como desafíos para la investigación estadística desde una perspectiva de género en el país el acceso más sistemático a información desagregada por raza y etnia, así como a información relativa a la situación de las mujeres inmigrantes, las mujeres rurales y las mujeres de la tercera edad (PNUD; 2011)

Por tanto, cabe plantear que estas modalidades de introducir el género en el análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención contribuyen a opacar las desigualdades de género como desigualdades estructurales y, en rigor, a despolitizar al género. Urge entonces adoptar marcos comprensivos que puedan articular los distintos determinantes de los procesos de salud-enfermedad y poner en cuestión las construcciones sociales que subyacen a las modalidades históricamente situadas en las que se intersectan desigualdades de género, de clase, de generación y étnico-raciales.

3- Disputas por la asignación de sentidos en torno a la inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud

A pesar de la referida centralidad de las construcciones de género en los procesos de salud-enfermedad-atención, el género ha entrado tardíamente en la agenda de las políticas de salud. Dichas políticas han sido históricamente refractarias a perspectivas no coincidentes con el paradigma positivista y el enfoque biomédico de la salud. Y han sido especialmente impermeables a perspectivas críticas, como es el caso del feminismo (Velasco Arias, 2006)

En contextos de la hegemonía de este modelo de atención, la inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud puede analizarse como un intento por subvertir la mirada positivista de la salud-enfermedad, que, en el mismo movimiento, revela el contenido ideológico -no neutral ni universal- del modelo médico hegemónico y sus sesgos sexistas y androcéntricos. En orden a esta premisa, la inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud puede concebirse como una lucha por la asignación de nuevos sentidos en torno a qué perspectivas se consideran legítimas en términos de la atención de la salud. En este sentido es que se alude a la salud como campo, retomando los planteos de Bourdieu (1997) quien describe “el espacio social global como un campo, es decir a la vez como un campo de fuerzas, cuya necesidad se impone a los agentes que se han adentrado en él, y como un campo de luchas dentro del cual los agentes se enfrentan, con medios y fines diferenciados según su posición en la estructura del campo de fuerzas, contribuyendo de este modo a conservar o a transformar su estructura” (Bourdieu, 1997: 49)

Podemos entonces, desde los aportes de Bourdieu (1997) concebir a la salud como un campo con autonomía relativa –no independiente de las condiciones externas- en el que distintos agentes ocupan desiguales posiciones relativas, en función de la posesión de capitales o poderes de distintas especies: económico, cultural y simbólico. La tensión entre las posiciones de estos agentes es constitutiva de la estructura del campo (Bourdieu, 1997: 65) y a la vez, delimita las posibilidades de su transformación, a partir de luchas cuya apuesta es la imposición de los principios legítimos de visión y de división del mundo natural y del mundo social (Bourdieu, 1997: 84)

Para el caso que analizamos, en el campo de la salud, diversos agentes –gubernamentales, no gubernamentales, movimientos sociales feministas y vinculados a identidades sexo-genéricas contrahegemónicas, académicos, agencias de cooperación internacional- han propuesto lineamientos, enfoques y estrategias dirigidos a la aplicación de la perspectiva de género a las políticas de salud. Ellos cristalizan diversos intentos por instaurar la “visión legítima” respecto a las articulaciones género-salud, así como al rol de los estados, y particularmente de las políticas de salud, en el enfrentamiento de las desigualdades de género. Desigualdades en cuya (re)producción, desde la perspectiva de tan sólo algunos agentes del campo –que aquí suscribimos- el estado ocupa un lugar central.

El análisis de los contenidos de estas diversas propuestas así como de las pujas entre ellas requiere un exhaustivo trabajo de investigación y excede los alcances de este artículo. No obstante, interesa resaltar que, como mencionamos anteriormente, la noción de género no es autoevidente y deberíamos analizar los distintos posicionamientos teórico-políticos de tales propuestas, sus intencionalidades y potenciales impactos en la efectiva erradicación de las desigualdades de género.

Entre las propuestas para incluir la perspectiva de género en las políticas de salud, consideraremos aquí brevemente algunas formulaciones de organismos internacionales del sistema de Naciones Unidas, ya que gozan de legitimidad y, al ocupar posiciones relativas jerarquizadas en las correlaciones de fuerzas del campo, estos organismos orientan y puján por direccionar la agenda programática de las políticas de los estados miembros.

En relación al sistema de Naciones Unidas, el reconocimiento de las desigualdades de género se planteó en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), a partir de la cual los estados parte se comprometen a otorgar un trato igualitario a mujeres y varones, a sancionar cualquier práctica que perpetúe la desigualdad, y a promover medidas transitorias de acción afirmativa para modificar las asimetrías en el ejercicio pleno de derechos. Asimismo, en la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, se postuló la necesidad de diseñar, implementar y evaluar, con la participación de mujeres, políticas y programas efectivos, eficientes y sensibles al género.

Particularmente, en lo que a políticas de salud concierne, en la Declaración de Beijing (artículo 105) se estipula que "En la lucha contra las desigualdades en materia de salud, así como contra el acceso desigual a los servicios de atención de la salud y su insuficiencia, los gobiernos y otros agentes deberían promover una política activa y visible de integración de la perspectiva de género en todas las políticas y los programas, a fin de que se haga un análisis de los efectos en uno y otro sexo de las decisiones antes de adoptarlas". Por su parte, en la Asamblea General de 1998, la Organización Mundial de la Salud y los estados miembros asumen internacionalmente el compromiso de incluir la perspectiva de género en su accionar: "Nos comprometemos con los conceptos de equidad, solidaridad y justicia social y a la incorporación de la perspectiva de género en nuestras estrategias" (Declaración Mundial de Salud, OMS, 1998) Cuatro años más tarde, en 2002, se elabora la Política de la OMS en materia de Género, en la cual se basa la Política de Igualdad de Género adoptada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2005.

La OMS/OPS sustentan las referidas políticas en el enfoque de la transversalidad de género, traducción –confusa- que se ha dado al concepto "gender mainstreaming", de acuerdo a la nominación original del Consejo de Europa (1999), quien la define en los siguientes términos: "El mainstreaming de género es la organización (la reorganización), la mejora, el desarrollo y la evaluación de los procesos políticos, de modo que una perspectiva de igualdad de género se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores normalmente involucrados en la adopción de medidas políticas" (Consejo de Europa, 1999: 26)

En un trabajo reciente analicé la Política de Igualdad de género adoptada por la OPS (Pombo, 2012). Allí señalé que esta política manifiesta un reconocimiento explícito respecto a la vinculación entre las construcciones sociales de género y la equidad, alentando la inclusión de la perspectiva de género como una estrategia transversal y la definición de medidas afirmativas tendientes a revertir las desigualdades que afectan a las mujeres. Esto evidencia que la política de la OPS analizada asigna a la perspectiva de género un lugar claramente prioritario. Simultáneamente, se observó en la PIG una comprensión del género limitada en términos de su potencial político transformador, en tanto: se centra en las desigualdades que atraviesan las mujeres; invisibiliza el carácter relacional del género; reproduce una concepción binaria en términos sexo-genéricos;

desatiende las desigualdades específicas que atraviesan las personas con identidades de género contrahegemónicas (LGTTBI); se ciñe a aspectos técnico instrumentales más que políticos; opaca la interseccionalidad del género con los regímenes políticos ligados a la clase social y la raza/etnia; y finalmente, postula una igualdad de género descontextualizada y desprovista de sus ineludibles anclajes en condiciones sociohistóricas geopolíticamente situadas (Pombo, 2012)

Esta manera de significar el género, quizás representativa de quienes ocupan en el campo de la salud posiciones de dominio, contrasta con otras miradas de las articulaciones género-salud, las cuales abogan por retener al género como una categoría eminentemente política, tal como se lo define desde la academia feminista y fue analizado en el primer punto de este trabajo. Y aunque tengan menor visibilidad y “autoridad” en el campo, estas miradas persisten y pugnan por evitar una cooptación y asimilación del género a los parámetros y postulados de la biomedicina positivista.

4- A modo de síntesis: la puja por la (des)politización del género en su inclusión en el campo de la salud.

Argentina ha suscripto instrumentos de protección de derechos de los sistemas universal y americano que han sido jerarquizados en el texto constitucional a partir de la reforma de la Constitución Nacional de 1994. Dichos instrumentos cobran especial relevancia para la defensa y promoción de los derechos humanos, y, en el tema que nos ocupa, ubican a la promoción de la igualdad de género en el mayor rango normativo.² Esto hace del *principio de no discriminación* un principio de aplicación directamente constitucional (Birgin, Faur y Bergallo, 2003). Los compromisos asumidos internacionalmente generan presiones que, como sostiene Tajer (2004), reubican el rol de las políticas públicas en la producción y provisión de bienes y servicios para el cuidado, protección y promoción de la salud pública.

Se configura así un imperativo en relación a la inclusión de la perspectiva de género en las políticas de salud. La situación del campo de la salud, tal como fue analizada, presenta algunas adversidades que atentan contra la adopción de una perspectiva de género que retenga el contenido político transformador que el feminismo ha dado al concepto. La concepción de género que hegemoniza el campo entraña algunos reduccionismos:

- no se lo toma en consideración, presuponiendo que la salud es neutral al género y produciendo, por el contrario, conocimientos que refuerzan las inequidades en salud que afectan a las mujeres y a las personas con identidades sexo-genéricas contrahegemónicas.

- se lo considera de manera empobrecida, equiparándolo a “mujer” y desconociendo que el género es una construcción relacional

- se lo incluye en el análisis de cuestiones que afectan a las mujeres (reduccionismo de primer orden) y se lo circunscribe a temáticas vinculadas con la salud reproductiva de las mujeres (reduccionismo de segundo orden, que recrea la sinonimia mujer=madre)

- se lo sustituye mecánicamente por sexo, lo que revela una concepción de la diferencia sexual como ahistórica y natural

- se lo considera meramente como un “asunto de roles”, individualizando patrones que son

² Para un minucioso análisis de esta temática ver el capítulo: “Los derechos humanos de las mujeres” en Equipo Latinoamericano de Justicia y Género - ELA: Informe sobre género y derechos humanos en Argentina (2005-2008). Buenos Aires: Biblos, 2009.

sociales y desatendiendo las relaciones sociales de poder que atraviesan a las construcciones de género.

- se lo contempla como un concepto totalizador, cual si fuera el único constitutivo de la estratificación social y determinante monolítico de la salud, desatendiendo las intersecciones del género con la clase, la raza/etnia, la generación, etc.

El riesgo que configura este escenario es el de adoptar –por parte del estado o de cualquier instancia desde la que se intervenga en cuestiones de salud- enfoques que podemos denominar *tecnicistas o instrumentales* de la perspectiva de género.

Se trata de enfoques *tecnicistas* en tanto apliquen la perspectiva de género desde criterios meramente formales, que deshistorizan las intervenciones y las decircunscriben de las singularidades de los sujetos involucrados en los procesos de intervención. Ejemplos de estos formalismos podemos ubicarlos en políticas cuya inclusión de la perspectiva de género se reduce al uso de lenguaje no sexista o inclusivo, o a la producción de estadísticas desagregadas por sexo, cuestiones que si bien son necesarias no garantizan que un abordaje se inscriba en la perspectiva de género en los términos en que aquí la presentamos.

Se trata de enfoques *instrumentales* toda vez que busquen eficacia pragmática y respondan a motivaciones ajenas –o lejanas- a la verdadera transformación de las desigualdades de género. Entre estas motivaciones pueden mencionarse las aludidas presiones a los estados parte, que exigen rendiciones de cuentas respecto al cumplimiento de los compromisos asumidos en materia de igualdad de género. También la existencia de financiamiento de agencias de cooperación internacional dirigido a políticas y proyectos que incluyan en sus abordajes la perspectiva de género (lo que lleva a algunas instituciones, gubernamentales y no gubernamentales, a solicitar dichos fondos sin contar con la voluntad política o las competencias necesarias para intervenir con perspectiva de género). Podemos encontrar visos de esta instrumentalidad en acciones fragmentarias y limitadas a “mostrar resultados”, que no sean acompañadas por una política transversal rectora de la inclusión de la perspectiva de género en los distintos niveles y áreas institucionales.

Plantear la eventual existencia de estos enfoques sugiere la importancia de interpelar las distintas intervenciones en salud –políticas públicas o procesos de intervención construidos desde otras instancias- en vistas a identificar y dislocar posibles reducciones de la perspectiva de género a posicionamientos despolitizados e inconducentes en términos de la efectiva lucha por la subversión de las opresiones basadas en patrones de género.

Interesa entonces resaltar que estos enfoques empobrecen la comprensión del género como determinante de los procesos de salud-enfermedad-atención y despojan a la perspectiva de género de su contenido político-transformador. Sostenemos, a manera de hipótesis, que esta manera de concebir al género –despolitizada y ceñida a dimensiones técnico-instrumentales- más que remitir a desvirtuaciones o errores de interpretación respecto a los alcances del concepto género en la academia feminista, entraña intencionalidades y efectos políticos concretos. Es decir, dichos enfoques resultan funcionales, refuerzan y son reforzados por la concepción positivista de la salud-enfermedad que domina en el campo de la biomedicina. Retomando esta concepción, así como el concepto de modelo médico hegemónico acuñado por Menéndez (1985), se pueden identificar algunas continuidades entre la concepción técnico-instrumental del género y la concepción biomédica de la salud. En ambas se observa:

- una circunscripción a la dimensión biológica
- una noción esencialista de lo biológico y de la diferencia sexual, comprendidos como algo natural y ahistórico
- una reducción de la salud y el género a su dimensión individual, y un desconocimiento de su carácter de construcciones relacionales
- una descontextualización y despolitización de los procesos sociales
- una pretensión de universalizar modelos explicativos y proponer criterios de intervención con eficacia pragmática

Atendiendo a los reduccionismos y limitaciones que generan tanto la concepción técnico-instrumental del género como la concepción biomédica de la salud, surge la necesidad problematizar ambas concepciones, así como las implicancias que sus riesgosas articulaciones pueden generar en los procesos de salud-enfermedad-atención en cada contexto particular.

BIBLIOGRAFÍA

Bourdieu, Pierre (1997): *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Butler, Judith (2005): *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós.

Cardaci, Dora (2004): *Salud, género y programas de estudios de la mujer en México*. México. Universidad Nacional Autónoma de México–Programa Universitario de Estudios de Género–Universidad Autónoma Metropolitana-OPS/OMS.

Consejo de Europa (1999): *Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de “buenas prácticas”*. Informe final de las actividades del Grupo de especialistas en mainstreaming (EG-S-MS), (versión español e inglés). Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Serie documentos, número 28.

De Barbieri, Teresita (1992): “Sobre la categoría Género. Una introducción teórico-metodológica” en *Fin de siglo, género y cambio civilizatorio*. Santiago: ISIS Internacional. Ediciones de las mujeres N° 17.

Equipo Latinoamericano de Justicia y Género – ELA (2009) Informe sobre género y derechos humanos en Argentina (2005-2008). Buenos Aires: Biblos, 2009.

Esteban, Mari Luz (2006): “El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista” en *Salud Colectiva*, vol 2 numero 1 enero/abril 2006. p. 9-20.

Gómez Gómez, Elsa (2002): “Equidad, género y salud: retos para la acción” en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 11 no. 5-Washington.

Organización Panamericana de la Salud (2005): *Política de Igualdad de Género*. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf> [Recuperado el 10 de mayo de 2011].

Organización Mundial de la Salud (2002): *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Política de la OMS en materia de género*. Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf> [Recuperado el 10 de mayo de 2011].

Martínez Benlloch, Isabel (2003): “Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres” en: *Anuario de Psicología* 2003, vol. 34, no, 2,253-266. Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona.

Menedez, Eduardo (1985): “Modelo Médico Hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud” *En Cuadernos Médicos Sociales N°33. Rosario, CESS*.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2011) *Aportes para el desarrollo humano en Argentina / 2011: Género en cifras: mujeres y varones en la sociedad argentina*. Buenos Aires:

Pombo, María Gabriela (2003): “Mujer”, “Paciente”, “Menor de edad” y “Boliviana”. Acerca de los procesos de construcción de la subalternidad en el acceso al Hospital Público. El caso de los procesos de salud-enfermedad inherentes al embarazo-parto-posparto en las pacientes jóvenes procedentes de la República de Bolivia”. Tesis Esp. en problemáticas sociales infanto-juveniles. Buenos Aires: Centro de Estudios Avanzados, Universidad de Buenos Aires.

Pombo, María Gabriela (2012): “Una aproximación analítica a la Política de la Organización Panamericana de la Salud en materia de Igualdad de Género”. Artículo en revisión para su publicación.

Rubin, Gayle (1986): “El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo” en Navarro y Stimpson (comp): *¿Qué son los estudios de mujeres?* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Scott, Joan (1999): “El género: una categoría útil para el análisis histórico” en Navarro y Stimpson (comp.): *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Segato, Rita (2003): “La argamasa jerárquica: violencia moral, reproducción del mundo y la eficacia simbólica del derecho” en *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*, Buenos Aires: Prometeo-UNQ.

Sen, Gita; George, Asha y Östlin, Pirooska (2005): *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Publicación Ocasional No. 14, Organización Panamericana de la salud.

Tajer Débora, (2004): "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud" en *Políticas Públicas, Mujer y Salud*. Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán Colombia, 2004, p. 27-39

Valls, C. (2000): “Desigualdades de género en salud pública” en AAVV, *Género y salud*. Madrid: Instituto de la Mujer. p. 16-22

Velasco Arias, Sara (2006): “Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista” Material docente del Diploma de Especialización de Género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud de la Mujer del Mº de Sanidad y Consumo e Instituto de la Mujer del Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 1ª Edición, 2006.