



## **Glosario de conceptos fundamentales sobre la perspectiva de género y la equidad de género aplicables a la salud pública**

**Elaborado por:** Laura Clemencia Mantilla-León MSc.

**Revisado por:** Amparo Hernández-Bello, PhD.

### **Feminismo.**

"se suele pensar que el feminismo es un grupo de mujeres enojadas que quieren ser como los hombres. Pero el feminismo tiene que ver con los derechos, con la equidad de derechos para las mujeres"

-bell hooks

El feminismo abraza teorías y corrientes críticas varias, pero podemos decir que el feminismo es un “movimiento de cambio social que integra a la vez teoría, práctica y política” (Hernández-Bello et al., 2022, p. 12). La escritora y feminista estadounidense bell hooks (2000) entiende que, en tanto movimiento, el feminismo busca acabar con el sexismo, la explotación sexista y la opresión. Esta definición deja claro que el problema es el sexismo y que no se trata de un movimiento “antimasculino” o de odio hacia los hombres, sino que, en la medida que todas y todos hemos sido socializados desde que nacemos para aceptar pensamientos y acciones sexistas, el sexismo interpela tanto a hombres como a mujeres, así como lo hace el feminismo; el feminismo es para todos. El feminismo nos permite pensar en un mundo (utópico, sí) libre de dominación, regido por una visión de mutualidad en las interacciones entre hombres y mujeres. Pero, como nos dice hooks (2000) el movimiento feminista no puede crear este mundo por sí sólo, para esto, es necesario “acabar con el racismo, el elitismo de clase, el imperialismo”. La lucha feminista, entonces, está atravesada, “interseccionada” si se quiere, por las discusiones de clase y raza, haciendo necesario confrontar las formas en que hombres y mujeres, a través del sexo, la clase y la raza, dominan y explotan a otras mujeres.

La académica mexicana Marcela Lagarde (1996) señala que el feminismo entre sus apuestas incluye una redistribución y transformación de los poderes sociales, sus mecanismos de creación y reproducción, con el fin de crear poderes más democráticos que mejoren la calidad de vida tanto de mujeres como hombres en condiciones de dignidad. El feminismo según Lagarde corresponde con un nuevo paradigma que tiene en su centro lo humano, la igualdad y la equidad.

### **Sexo.**



Vamos a empezar diciendo que el sexo es una variable biológica referida a las características genotípicas, fenotípicas, hormonales y anatómicas de los cuerpos (Johnson y Repta, 2012); cuerpos femeninos o masculinos en términos binarios. Sin embargo, esta primera aproximación al concepto se posiciona desde lo “natural” o “biológico” y no nos permite identificar que el sexo es también una categoría socialmente construida. En una reelaboración del concepto, Johnson y Repta (2012) reconocen la importancia de ir más allá de lo binario y la biología al acercarnos al sexo y, más bien, analizarlo como relativo al lugar y al tiempo en que se expresa. En palabras de los autores “las diferentes culturas conceptualizan la variación sexual de diferentes maneras, y nuestra comprensión del sexo ha cambiado con el tiempo (y continúa cambiando)” (Johnson y Repta, 2012, p. 20). Para comprender mejor la construcción social del sexo detallaremos lo que se ha denominado sistema sexo-género, pero antes veamos qué es el género.

## **Género.**

El género ha sido conceptualizado como una categoría que designa “todo aquello que es construido por las sociedades para estructurar, ordenar, las relaciones sociales entre mujeres y hombres” (Hernández García, 2006, p. 3). De esa manera, el género sería *un principio organizador de la vida social* (Hernández-Bello et al., 2022) que nos ayuda a entender el orden sociocultural y simbólico configurado sobre la base de la sexualidad (Lagarde, 1996), aunque no se agota en la sexualidad. Para Marcela Lagarde (1996) el género no nos enfrenta a problemáticas exclusivas de las mujeres, sino que nos ayuda a comprender a cualquier persona a la cual socialmente se le han atribuido deberes, esencialidades y prohibiciones para vivir. Perspectivas como la de Lagarde nos acercan al género desde un entendimiento relacional cuyo “objeto de interés no es la mujer o el hombre; son las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres -o entre los ámbitos “masculinos” y “femeninos- en torno a la distribución del poder” (Gómez, 2002, p. 455). Adicionalmente, al ser un estratificador social, el género no funciona aisladamente, sino que interactúa con otros marcadores sociales como la clase, raza y orientación sexual (OPS, 2005)

Ahora, es importante resaltar que el “género”, como apuesta investigativa, también nace de una necesidad por reflexionar alrededor del significado de los sexos, de sus relaciones, sus tensiones y del significado cultural que el género produce en la sociedad; lo anterior con el objetivo de comprender el alcance de los roles que se asignan por el sexo, sus limitaciones, y sobre todo, descubrir las maneras en que los roles de género sostienen un orden patriarcal (Scott, 2015).

Entonces, se podría decir que el género nace como una apuesta investigativa que intenta posicionar los cuestionamientos de las mujeres al orden patriarcal (Scott, 2015). Para Scott,



el desafío que se plantea con estos cuestionamientos es de carácter teórico, y no requiere solamente

el análisis de la relación entre experiencia masculina y femenina en el pasado, sino también de la conexión entre la historia pasada y la práctica histórica actual. ¿Cómo actúa el género en las relaciones sociales humanas? ¿Cómo da significado el género a la organización y percepción del conocimiento histórico? Las respuestas dependen del género en tanto que categoría analítica (2015).

El llamado de Scott está dirigido a cuestionar los alcances de lo que usualmente se entiende por género, e intenta vincular esta categoría analítica a otros campos críticos, como la clase, la raza, la etnia, entre otros.

Las investigaciones de la teórica Marta Lamas intentan evidenciar los alcances que experimenta la categoría analítica género cuando beben de la antropología. Para Lamas, reconocer la naturaleza simbólica de la cultura abre las puertas a entender que el género, como significado, es el elemento básico de la construcción social y que determina y construye un sistema de relaciones (Lamas, 2000).

Lamas define el género como un “conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres (2000, p. 4)”, e insiste en la idea de que “mujeres y hombres no son un reflejo de la realidad “natural”, sino que son el resultado de una producción histórica y cultural, basada en el proceso de simbolización” (Lamas, 2000, p.4).

Esta postura recalca el carácter performático del género y que ha sido reconocido por otras autoras (Butler, 1988, 2004); dicho carácter nos aproxima a l género como el resultado de un proceso de intercambio, en el que se reciben significados culturales, y también se innovan y se transforman (Lamas, 2000). Quienes han teorizado al género desde su performance (Butler, 1988; Lyons, 2009; West y Zimmerman, 2009) afirman que en las prácticas cotidianas se “hace al género”. La cuestión es, como lo afirma Lamas

Preguntarse cómo han sido inscritas, representadas y normadas la feminidad y la masculinidad implica realizar un análisis de las prácticas simbólicas y de los mecanismos culturales que reproducen el poder a partir del eje de la diferencia anatómica entre los sexos. Esto requiere decodificar significados y metáforas estereotipadas, cuestionar el canon y las ficciones regulativas, criticar la tradición y las resignificaciones paródicas (2000).

### **Sistema sexo-género.**

Este sistema nos permite entender que las categorías sexo y género están en tensión y se configuran mutuamente. Para Hernández-Bello et al. (2022) entender el sexo desde lo

biológico y al género como estrictamente social, no nos permite ver cómo ambas categorías están construidas socialmente, abrazan múltiples dimensiones y se transforman en el tiempo; en ese sentido, “la distinción entre sexo como variable biológica y género como categoría social, desconoce que es imposible separar el sexo del género porque se determinan mutuamente, es decir, existen expresiones biológicas del género y a su vez expresiones generizadas de la biología” (Hernández-Bello et al., 2022, p. 7). Marcela Lagarde (1996) ejemplifica el sistema sexo/género de una forma sencilla pero clara y completa, nos dice:

*El mecanismo cultural de asignación del género sucede en el ritual del parto: al nacer la criatura, con la sola mirada de sus genitales, la partera o el partero dice y nombra a la vez: “es niña” o “es niño”. La palabra, el lenguaje es la marca que significa el sexo e inaugura el género. Y el resto de la vida de manera casi imperceptible se repite el ritual: cada persona reconoce a otra a través de la mirada de su cuerpo, de la escucha de su voz y constata que es una mujer o un hombre. Además, lo certifica en las acciones, los comportamientos, las actitudes, las maneras de actuar y de relacionarse, y por el conjunto de cosas que esa persona puede o no hacer, decir, pensar (p. 27).*

La antropóloga Gayle Rubin (1986) señala que un sistema sexo/género es “el conjunto de disposiciones por medio del cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana” (p. 97). Para la autora cada sociedad tiene modos sistemáticos de concebir el sexo y el género, los cuales son producto de las relaciones sociales específicas que organizan dicha sociedad. Por ejemplo, los sistemas de parentesco son formas empíricas y observables de sistemas sexo/género (Rubin, 1986). Hay sistemas de parentesco contruidos sobre la base de la opresión sexual y sobre valores patriarcales que producen y organizan el sexo y el género. Entonces, el sistema sexo/género está enmarcado y constituido por convenciones e intervenciones humanas propias de cada sociedad y dicho sistema tiene funciones políticas, económicas, educativas, organizativas.

Por último, se podría decir que el sistema sexo/género suscita algunas problemáticas que la filósofa estadounidense Judith Butler señala en su libro *El género en disputa* (2007). El primer problema que se hace evidente es la producción discursiva del “ser mujer”. ¿Qué es ser mujer? ¿Qué limitaciones se encuentran en plantear el ser mujer desde el sistema sexo género? ¿Qué aparatos discursivos están produciendo el significado del “ser mujer”? Judith Butler afirma que

Las nociones jurídicas de poder parecen regular la esfera política únicamente en términos negativos, es decir, mediante la limitación, la prohibición, la reglamentación, el control y hasta la «protección» de las personas vinculadas a esa estructura política a través de la operación contingente y retractable de la elección (2007, p. 47).

Esto quiere decir que algunos discursos posicionados en las esferas políticas del poder reproducen un sistema de identidad basado en la dicotomía sexo-género, el cual excluye y limita las posibilidades reflexivas de lo que es ser mujer, ya que

Si una «es» una mujer, es evidente que eso no es todo lo que una es; el concepto no es exhaustivo, no porque una «persona» con un género predeterminado sobrepase los atributos específicos de su género, sino porque el género no siempre se constituye de forma coherente o consistente en contextos históricos distintos, y porque se entrecruza con modalidades raciales, de clase, étnicas, sexuales y regionales de identidades discursivamente constituidas (Butler, 2007, p. 49)

Por lo tanto, podríamos decir que la diferenciación entre sexo-género plantea una fragmentación en el sujeto feminista, ya que evidencia una discontinuidad radical entre cuerpos sexuados y géneros culturalmente construidos ¿En qué consiste esta discontinuidad, está fragmentación? Butler afirma que no tiene sentido “definir el género como la interpretación cultural del sexo, si éste es ya de por sí una categoría dotada de género” (2007). La crítica que realiza a este sistema interpretativo es que, no solo el género es una construcción histórica, sino que el sexo también lo es.

En esa línea, Fraisse et al. (2003) afirman que “el género no puede entender sin el sexo [...] El sexo no se entiende sin el género” (p. 30). De igual manera, ni el sexo ni el género pueden ser comprendidos fuera del conjunto de relaciones sociales que les dan sentido a partir de otros sistemas simbólicos (Fraisse et al., 2003). La perspectiva de Fraisse et al. es fundamentalmente relacional y permite superar las dicotomías entre estos conceptos.

### **Perspectiva de género.**

La perspectiva de género abarca significados diversos, por ejemplo, podemos hablar de perspectiva de género en la investigación, en la salud, en la política, y su definición en cada campo tiene particularidades a considerar. Sin embargo, Marcela Lagarde (1996) señala que la perspectiva de género nos permite “comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias” (p. 15). La perspectiva de género analiza el sentido de las vidas tanto de hombres como mujeres, sus oportunidades, posibilidades de acción, las relaciones sociales entre los géneros, el ámbito de lo cotidiano, “el significado de ser mujer o ser hombre, los contenidos de las relaciones entre mujeres y hombres y los deberes y las prohibiciones para las mujeres por ser mujeres y para los hombres por ser hombres” (Lagarde, 1996). Para Lagarde (1996) la perspectiva de género busca una nueva configuración desde la “resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres” (p. 13). Con tales puntos en su agenda, la perspectiva de género confronta a las personas y a sus convicciones más íntimas, a “sus dogmas, sus lealtades y su sentido del deber y de lo posible. La crisis



intelectual y afectiva que produce el contacto con ideas, valores y propuestas distintas a las propias es enorme” (Lagarde, 1996, p. 20).

Para la salubrista brasileña Ana María Costa, la perspectiva de género es una de las contribuciones más significativas para “desnaturalizar y problematizar los fenómenos y eventos ligados con el proceso salud-enfermedad” (Costa, 2000), esto es así en la medida que abre un camino para cuestionar las asimetrías en las relaciones interpersonales, culturales y políticas. Sobre la perspectiva de género en el campo de la salud profundizaremos más adelante, en la sección correspondiente.

Por último, es importante señalar que la perspectiva de género es una concreción de la cultura feminista y, en ese sentido, enfrenta la opresión de género en sus acciones prácticas (Lagarde, 1996). Es decir, la perspectiva de género aporta al logro de un orden igualitario equitativo que posibilite el desarrollo personal y colectivo: “de cada persona y de cada comunidad, pueblo, nación y, desde luego, de cada género” (Lagarde, 1996, p. 38).

### **Tránsito de los estudios de las mujeres a los estudios de género.**

La experta en salud y género Sara Velasco señala que, en los años 60, la teoría feminista se concreta en un instrumento de producción de conocimiento y se forman los Estudios de las Mujeres en Estados Unidos (2014). Nominarlos con el plural “mujeres” es importante en tanto evita y supera una posición esencialista del ser mujer, es decir que “la condición femenina no está determinada y definida por su sexo, las mujeres son diversas y cambiantes, sujetas a la construcción cultural y social y no existe una definición universal” (Velasco, 2014). hooks (2000) y Velasco (2014) reconocen el carácter académico y universitario que rondaba a los Estudios de las Mujeres en su creación. La introducción de clases sobre Estudios de las Mujeres en las universidades y colegios estuvo liderada por mujeres activistas sin títulos de doctorado, asunto que las ponía desde el inicio en una condición de inferioridad en las instituciones académicas, siéndoles adjudicados salarios más bajos y más horas de trabajo (hooks, 2000). Los Estudios de las Mujeres constituyeron un esfuerzo por legitimar la erudición feminista en la academia.

En los años 80, el concepto “género” permea los Estudios de las Mujeres, proporcionando una categoría de análisis que habilita la observación sobre, por ejemplo, las formas de enfermar de mujeres y hombres, encontrando que muchas condiciones no están ligadas al sexo, sino a las formas de vida y contextos sociales (Velasco, 2014). Es así como se empiezan a visibilizar con fuerza Los Estudios de las Mujeres, siendo complementados por los Estudios de Género, los cuales se tratan de “estudios sobre las mujeres que incorporan la epistemología feminista para estudiar la construcción histórica de las diferencias jerárquicas entre hombres y mujeres con el instrumento conceptual del género” (Velasco, 2014, p. 87).

Hooks (2000) aporta un análisis interesante sobre los Estudios de las Mujeres y de Género en el ámbito académico. Para esta autora, en tanto la academia constituye un privilegio de clase deja por fuera a las mujeres de diversos orígenes y condiciones. Entonces, que estos estudios se afiancen y confinen en las instituciones académicas es problemático y el pensamiento feminista puede ver quebrantado su potencial basado en las masas (hooks, 2000). Al respecto, Hernández García (2006) señala que, ante la insuficiencia de los Estudios de las Mujeres para abarcar la multiplicidad de realidades que no entraban en el rígido marco académico, en la década de los 80s se configuran los Estudios de género. Como se ha dicho anteriormente, con los Estudios de Género se introduce la categoría género a los análisis y se reconoce su variabilidad de acuerdo con cada cultura. De igual manera, toma fuerza la idea relacional sobre el género y se considera la variedad de elementos que configuran a los sujetos y sus identidades, por ejemplo, cómo el género se vive, experimenta y define “de acuerdo con otras pertenencias como la etnia, la raza, la clase, la edad, entre otras” (Hernández García, 2006, p. 3). Por último, con los estudios de género se configura también la idea de posicionamiento, que invita a incluir el estudio de los contextos en donde se dan las relaciones entre hombres y mujeres (Hernández García, 2006).

Adicional a la perspectiva de Hernández García, es importante reconocer que tanto en los Estudios de las Mujeres como en los Estudios de Género se incorpora el tránsito del sexo al género y, lo que proponen autoras como Sara Velasco (2014) es hablar de nuevo de 'Estudios Feministas de las Mujeres y de Género', “para que los estudios de género contengan la epistemología feminista de la que proceden y no se invisibilice de nuevo a las mujeres tras el término 'género', suponiendo una simetría inexistente entre ambos sexos” (Velasco, 2014, p. 88).

### **Patriarcado.**

El Patriarcado da cuenta de una “organización social basada en la desigualdad, la injusticia y la jerarquización política de las personas basada en el género” (Lagarde, 1996, p. 16). bell hooks (2000) afirma que el patriarcado es sólo otra forma de nombrar el sexismo institucionalizado. Para esta última autora, los hombres serían quienes más se benefician del patriarcado y de la suposición de que los hombres son superiores a las mujeres. Dichos “beneficios” se alimentan de la explotación, opresión y violencia hacia las mujeres (hooks, 2000). En esa línea, Rubin Gayle (1986) dice que el patriarcado es una forma específica de dominación masculina.

bell hooks (2004) afirma que el sistema patriarcal es el primer sistema que se aprende, mediante la familia. Los niños y las niñas son el primer flanco de la violencia patriarcal, ya que en esta edad los roles de género que asigna el patriarcado se instalan mediante la violencia. A las niñas se les atribuye la sensibilidad, el cuidado, las tareas del hogar, la



maternidad, y a los varones se les asigna el gusto por la violencia, se les enseña a negar sus sentimientos, y a ocultar su debilidad.

En este sentido podríamos definir que el patriarcado es

Es un sistema político-social que insiste en que los machos son inherentemente dominantes, superiores a todos los seres y a todas las personas consideradas débiles (especialmente las hembras), y dotados del derecho a dominar y reinar sobre los débiles y a mantener esa dominación a través de distintas formas de terrorismo y violencia psicológicas (hooks, 2004, p. 2)

Es importante analizar las maneras que el patriarcado utiliza para su reproducción. Primero, encontramos que el patriarcado se actualiza en la familia mediante la narración de historias que asignan roles de género. La violencia física y psicológica, el adoctrinamiento al miedo y la vergüenza son otras de las herramientas que se utilizan. Pero sobre todo, y la más importante, es el silencio: el patriarcado se encarga de borrar y censurar cualquier tipo de cuestionamiento, o historia, o experiencia que desestabilice su poder. Por eso bell hooks plantea la importancia de reconocer el “patriarcado psicológico”, ya que este es un efecto de un sistema que moldea la cultura. Además, el patriarcado se nutre de otros ejes y sistemas de opresión como el racismo, el machismo constituyendo relaciones sociales opresivas.

## **El género a través de diferentes campos:**

### **Género y política – Mainstreaming.**

Según Gupta et. al (2019) la desigualdad de género ha sido abordada por los gobiernos nacionales y las instituciones sanitarias a nivel mundial a través una estrategia denominada transversalización del género o “mainstreaming”, la cual constituye:

el proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier acción planificada, incluidas las leyes, las políticas o los programas... para que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y no se perpetúe la desigualdad (Gupta et al., 2019, p. 2553).

Considerar el género en las políticas y programas gubernamentales reafirma y reconoce el desequilibrio entre hombres y mujeres en el sector de la salud. Además, trae consigo la incorporación y creación de una dependencia del gobierno dedicada a asuntos de género para apoyar técnicamente la creación de políticas en el tema. Hay algunas limitaciones reconocidas por Gupta et al. (2019) en el mainstreaming, por ejemplo, el carácter académico de las teorías que lo soportan hacen que el género sea difícil de poner en práctica, además, hay un entendimiento sobre el género como un sinónimo de la mujer. Para Gupta et al. (2019) esto último representa un reto en campos como el de la salud, donde las autoridades sanitarias



no consideran necesario incorporar la perspectiva de género en tanto ya existen programas para las mujeres en salud materna y reproductiva, por dar un ejemplo.

El mainstreaming requiere de cambios organizativos estructurales en las instituciones del gobierno; de formación de capacidades en el personal que legisla, diseña y evalúa políticas; de cambios en la cultura de trabajo y transformación en los valores organizacionales con sensibilidad de género (Gupta et al., 2019).

### **Género y ciencia.**

Diferentes autoras han abordado el sexismo y androcentrismo en la producción del conocimiento científico (Lagarde, 1996; Harding, 1996; Velasco, 2014; Valls-Llobet, 2017). Harding (1996) señala cómo la ciencia ha sido utilizada para proyectos sexistas, racistas, homófobos y clasistas, desarrollando además muchos de sus análisis y teorías con un sesgo en el género masculino. Valls-Llobet (2017) afirma que el feminismo ha contribuido en la reinención de la ciencia con apuestas teóricas que dan sentido a la experiencia social de las mujeres, desenmascarando métodos y conclusiones de las ciencias sociales y de la salud profundamente patriarcales. Y es que hasta 1990

la mayoría de las investigaciones en todas las áreas de las ciencias de la salud no incluían a las mujeres en sus cohortes de estudio. Ningún trabajo incluyó a mujeres en su investigación, por lo que no se tuvieron en cuenta las consideraciones biológicas, clínicas, psicológicas, sociales, culturales y ambientales con respecto a las diferencias entre mujeres y hombres (Valls-Llobet, 2017).

El feminismo ha cuestionado la supuesta neutralidad de la ciencia, así como la objetividad del investigador en relación con su sexo, por dar un ejemplo (Velasco, 2014).

### **Conceptos relativos a lo identitario y la diversidad:**

#### **Identidad de género.**

La identidad de género se puede entender como elección que realizan los cuerpos sexuados para ser entendidos y significados en las relaciones sociales. En este sentido, la identidad de género que se escoja marcará la mayoría de nuestras interacciones sociales. La identidad de género se construye a través de la ropa que usamos, las maneras en que hablamos, los gestos que apropiamos, con quienes tenemos identidad, etc. Se podría decir que la identidad de género es una construcción simbólica performática, que varía de acuerdo a nuestras necesidades. En este sentido, podríamos entender que la identidad de género es una experiencia de autoconocimiento y autodeterminación.

#### **Diversidad de género.**



Existen múltiples maneras de expresar el género, y se puede entender que la diversidad de género hace alusión a las múltiples formas que las personas entienden su sexualidad. Repasamos algunas de ellas. **Cis género:** Es una persona que se siente identificada con el género que se le asignó al nacer. **Género no binario:** Una persona no binaria es alguien que no se identifica con el sistema usual de oposición, hombre o mujer, sino que recrea en su cuerpo las representaciones de ambos géneros, o inventa una nueva. Se podría decir que una persona no binaria vive el género de manera distinta, pero no es propiamente un tercer género. **Trans:** Se refiere a una persona que se identifica con un género distinto al género asignado que se le dio al nacer.

### **Orientación sexual.**

La Orientación sexual se puede definir como la atracción emocional, romántica y sexual que experimentan las personas. Es importante reconocer la multiplicidad en las orientaciones sexuales, más allá del sistema binario y heterosexual entre hombre y mujeres. Es importante recalcar que la orientación sexual no está ligada a una identidad de género. ¿Qué quiere decir? Por ejemplo, no todas las mujeres lesbianas tienen una expresión de género masculina, ni todas las personas transmasculinas sienten atracción por las mujeres.

### **Conceptos de la perspectiva de género aplicados al campo de la salud.**

#### **Género en el campo de la salud.**

Empecemos por la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado sobre el género como “uno de los “determinantes estructurales” que producen condiciones de vida inequitativas de las cuales, a su vez, se derivan desigualdades en la salud” (2008). La socióloga australiana Raewyn Connell (2013) señala que la comprensión de la OMS es limitada y argumenta que es necesaria una teoría relacional que entienda al género “como una estructura social presente en los cuerpos” (2013), superando la lógica categorial y dicotómica en torno a la masculinidad y la feminidad. Para Connell (2013) el género es ante todo una relación “que implica múltiples personas, que conecta cuerpos e instituciones”, que cambia en el tiempo y la historia siendo el resultado de prácticas humanas; en ese sentido, y para el campo de la salud, no podemos considerar al género como una variable independiente y a la salud como una dependiente. Más bien, nos dice Connell (2013), el llamado es a considerar las relaciones interpersonales, la influencia de las instituciones, las prácticas sobre los cuerpos que producen consecuencias en salud.

En una línea similar, Hammarstrom et al. (2013) nos dicen que para hablar de género en salud es fundamental incluir los aspectos sociales de la enfermedad, por ejemplo, analizando al género en relación con otras estructuras como la clase, la raza/etnia, la nacionalidad, la sexualidad. Para estas autoras “hacer salud es una forma de hacer género”.



La Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) (2010) afirma que el género es una categoría central para la investigación sanitaria y social en la medida que potencia la explicación e interpretación de la realidad y de las desigualdades en salud. Para la EASP (2010) hay dos formas entrelazadas de entender al género:

- Como sistema de relaciones sociales: bajo esta mirada el género contribuye a la comprensión de las estructuras y dinámicas de interacción social, simbólica y psíquica entre hombres y mujeres.
- Como categoría analítica: para la interpretación de las “desigualdades entre mujeres y hombres dentro de sus contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos” (EASP, 2010, p. 24).

Elsa Gómez Gómez (2002) señala cómo el género “hace referencia al significado social de la diferencia biológica entre los sexos. Este significado se asocia con la construcción social de esferas de actividad masculinas y femeninas” (Gómez Gómez, 2002, pp. 328). El género como categoría nos permite comprender las diferencias, asimetrías y desigualdades sociales entre hombres y mujeres, y cómo impactan sus vidas, por ejemplo: las asimetrías a la hora de acceder a recursos o usar servicios de salud (Hernández-Bello et al., 2022). La producción académica sostiene que dichas desigualdades y diferencias son reproducidas institucionalmente influyendo, por ejemplo, en las prácticas de atención en salud (Gómez Gómez, 2002; Hernández-Bello et al., 2022). El género como categoría organiza la vida social misma (Gómez Gómez, 2002) y puede ser entendida como un determinante de la salud en tanto “moldea las formas como mujeres y hombres protegen su salud, enferman, perciben síntomas, acceden y usan los servicios, toman decisiones respecto al cuidado de su salud o participan de las decisiones públicas” (Hernández-Bello et al., 2022, pp. 14).

### **Perspectiva de género en salud.**

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003) la perspectiva de género en salud devela los efectos de las relaciones sociales entre mujeres y hombres en la garantía del derecho a la salud, la distribución de los recursos y la gestión misma de la salud. La perspectiva de género en salud como enfoque analítico y epistemológico permite considerar el papel de las desigualdades sociales de género en la determinación de “los perfiles epidemiológicos y las características de accesibilidad y gestión de los sistemas de salud” (OPS, 2003, p. 17). La OPS ha asociado una serie de dimensiones a la incorporación de la perspectiva de género en salud que es clave considerar: 1) La necesaria producción de evidencia sobre desigualdades entre hombres y mujeres de distintos grupos socioeconómicos. Esto significa tener en cuenta cómo se promueve y mantiene la salud según el acceso a recursos, la división sexual del trabajo y las relaciones de poder entre los sexos, para así



comprender “las diferencias en las respuestas sociales y políticas a las necesidades comunes a ambos sexos y a las exclusivas de uno de los sexos” (OPS, 2003, p. 19). 2) El reconocimiento de la interdependencia entre las esferas formal e informal de la atención de la salud que afecta la provisión pública de servicios afectando predominantemente sobre las mujeres. 3) El fortalecimiento de la participación de las mujeres en las políticas de desarrollo de la salud para redistribuir de una forma más justa las cargas, los beneficios y el poder en los campos de toma de decisión en salud. 4) El desarrollo de mecanismos intersectoriales que procuren la formación de políticas basadas en la equidad de género. 5) El desarrollo de mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas sobre las políticas “con participación activa de los grupos que abogan por la igualdad de género” (OPS, 2003, p. 20).

Con todo, incluir la perspectiva de género en salud apunta a diferenciar los factores biológicos y sociales, explorar sus interacciones, reconocer la forma en que la desigualdad influye en las experiencias de salud, para así identificar las respuestas apropiadas del sistema de atención de salud y de la política pública más en general (OPS, 2005).

### **Equidad de género en salud.**

Hamarstrom et al. (2013) nos dicen que el concepto equidad de género se configura para reconocer que las mujeres y los hombres tienen necesidades particulares en relación con la salud de acuerdo con sus características y contextos tanto sociales como biológicos. La identificación de dichas necesidades es fundamental a la hora de pensar en acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación desde el campo de la salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003) señala que la equidad de género en salud también da cuenta de la forma en que se distribuyen los recursos y el poder para la atención en y el acceso a salud entre hombres y mujeres; dicha distribución debe reconocer las diferencias, necesidades y el contexto socioeconómico de mujeres y hombres para rectificar las disparidades injustas y evitables en materia de salud. La equidad de género en salud se traduce en la reducción (idealmente la eliminación) de las diferencias remediabiles entre mujeres y hombres para el disfrute de la salud, para “no enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles” (Gómez Gómez, 2002, p. 328). Entonces, la equidad de género en salud no se trata de “tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres [...] ni se manifiesta en cuotas iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres” (Gómez Gómez, 2002, p. 328), tiene que ver con un principio de justicia social, derechos humanos, distribución y asignación de recursos diferencial y contextual.

En una línea similar, Hernández-Bello (2015) argumenta que

la equidad de género en salud implica la ausencia de disparidades sistemáticas entre hombres y mujeres respecto de su nivel de salud, del acceso a recursos necesarios



para promover, recuperar o mantener la salud y a la participación en los procesos para su desarrollo (p. 29).

La autora desarrolla tres dimensiones para el análisis de la equidad de género en salud: 1) En el estado de salud y sus determinantes sociales. Lo que implica considerar el bienestar físico y mental de hombres y mujeres a través de las necesidades biológicas, el acceso a recursos y los factores socioeconómicos que influyen en el goce del derecho a la salud. 2) En la atención en salud. La cual abarca la cobertura y financiamiento de los servicios en salud según las necesidades particulares de mujeres y hombres, y según su capacidad de pago; así como la ausencia de desigualdades en la asistencia por inequidades de género. 3) Por último, la participación en la gestión de salud. Lo que se refiere a la distribución del poder en la toma de decisiones en salud contemplando la distribución de la carga de trabajo productivo y reproductivo (Hernández-Bello, 2015).

### **Igualdad de género en salud.**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003) señala que la igualdad de género en salud reúne la posibilidad de que hombres y mujeres gocen de condiciones y oportunidades similares para el ejercicio pleno de su derecho a estar sanos y beneficiarse de la atención y el desarrollo en salud. Hamarstrom et al. (2013) argumentan que el concepto igualdad de género se configuró en las ciencias sociales y en el feminismo para reconocer tanto las similitudes como las diferentes entre mujeres y hombres. En las ciencias de la salud, este concepto denota “la ausencia de discriminación y la justicia de género en la satisfacción de las necesidades de mujeres y hombres” (Hamarstrom et al., 2013). Heise et al. (2019) recogen las luchas de académicas feministas y profesionales alrededor de la igualdad de género en el campo de la salud. Para esto traen el Informe para la Comisión de Determinantes de la Salud de la OMS articulado por Sen y Ostlin (2007) y denuncian que las desigualdades de género en salud responden a factores sociales, políticos y ambientales de las personas, es decir “las circunstancias de una persona —el lugar donde nace, trabaja y envejece— afectan profundamente sus perspectivas de llevar una vida saludable” (Heise et al., 2019). Estas autoras se basan en diversos estudios para denunciar el efecto multiplicador de la discriminación de género, las desigualdades raciales, étnicas y socioeconómicas, en las trayectorias de hipertensión y el estado de salud general de mujeres afroamericanas en condición de pobreza, por dar un ejemplo.

Con todo, equidad e igualdad de género son conceptos entrelazados, “la equidad es vista como el medio, y la igualdad, como el fin” (OPS, 2003, p. 14). Ambos reconocen la necesidad de redistribuir las oportunidades, recursos y responsabilidades entre mujeres y hombres sin desfavorecer a ninguno. La igualdad de género apuesta por la ausencia de discriminación, por la igualdad de derechos, mientras la equidad de género contempla las necesidades (Hamarstrom et al., 2013).



## Sesgos de género en salud.

La investigadora y salubrista Ruiz-Cantero (2004) señala que los sesgos de género en salud denotan

el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres —en su naturaleza, sus comportamientos y/o sus razonamientos—, el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios y en la investigación, y que es discriminatoria para un sexo respecto al otro (Ruiz-Cantero, 2004).

Según la salubrista Sara Velasco (2014), el concepto de los sesgos de género permite comprender las desigualdades e inequidades de género en la atención sanitaria, prestando atención por ejemplo a la variabilidad de demanda de servicios entre hombres y mujeres, a la forma en que consultan hombres y mujeres sobre un mismo problema, a la manera en que el personal sanitario femenino y masculino brinda atención, a la diferenciación de diagnósticos y síntomas debido a la estigmatización o desvalorización de uno de los sexos (Velasco, 2014).

Carme Valls-Llobet (2001) afirma que los sesgos de género en el campo de la medicina se manifiestan de tres formas: 1) desde la mirada androcéntrica, la cual supone que los problemas y riesgos para la salud de mujeres y hombres son iguales. 2) desde la diferenciación biológica y psicológica innecesaria entre hombres y mujeres, cuando hay situaciones y condiciones similares. Y 3) desde la suposición que los problemas en salud de mujeres y hombres son provocados sólo por la discriminación cultural o social, sin tener en cuenta las diferencias biológicas también.

Para Valls-Llobet (2006) la investigación médica y la asistencia sanitaria “han mirado a las mujeres "como si fuesen hombres" y no han visto sus problemas y enfermedades específicas, ni han entendido su queja, su malestar y su dolor” (p. 72). En ese sentido, nos dice la autora, la salud de las mujeres se ha valorado solo desde la salud reproductiva, lo que ha impedido un abordaje de la salud de las mujeres desde una perspectiva integral. La huella del patriarcado permea la forma en que se practica e investiga en la medicina, la epidemiología y la salud pública (Hernández-Bello et al., 2022). En ese sentido, las mujeres, su cuerpo, su salud, su experiencia frente al uso y acceso de servicios sanitarios, etc., han sido naturalizados como marginales e inferiores, e incluso objetualizados al punto de “medicalizar procesos naturales como la menstruación, el embarazo o la menopausia, patologizar el malestar, minimizar sus síntomas o atribuirlos a etiología psicológica y excluir a las mujeres como sujetas de investigación” (Hernández-Bello et al., 2022, p. 9).

La Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) (2010) retoma el trabajo de diferentes pensadoras (Harding, 1996; Eichler, 2001), incluido el trabajo de Valls-Llobet (2001), y define tres sesgos de género fundamentales que afectan la práctica, la producción de contenidos y la investigación en las ciencias sanitarias: el androcentrismo, la insensibilidad de género y los dobles estándares (ver Imagen 1).

Imagen 1. Sesgos de género para La Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)

Figura 3.1. Sesgos de género y malas prácticas en la investigación en salud



Fuente: Guía de la EASP para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud.

- Androcentrismo: da cuenta de la producción de conocimiento que sólo tiene en cuenta la perspectiva y experiencia masculina, particularmente de hombres de occidente, blancos y de clase media. Bajo este sesgo se invisibiliza, homogeniza y omite la experiencia de las mujeres, sus síntomas y patologías particulares.
- Insensibilidad de género: este sesgo consiste en no contemplar la variable de sexo y la categoría del género al momento de investigar y analizar situaciones en salud. La



insensibilidad de género perpetua las desigualdades y asimetrías entre hombres y mujeres extrapolando y omitiendo las especificidades en los procesos de salud-enfermedad-atención; e ignorando los contextos sociales, culturales y económicos particulares de mujeres y hombres.

- Dobles estándares: sería el sesgo inverso a la insensibilidad de género, en tanto reproduce la dicotomía entre sexos y los estereotipos sexistas producto de entender a hombres y mujeres como opuestos que no influyen el uno en el otro. Los dobles estándares llevan al extremo las diferencias sexuales y de género.

### **Género, política sanitaria y sistemas de salud.**

Raewyn Connell (2013) anota el pensamiento categórico sobre el género que ha basado y organizado la manera en que se hace la política en salud, formulando por separado políticas para hombres y mujeres, sin contemplar una relación activa entre ellos; “en términos de políticas y programas, los acercamientos categóricos usualmente se enfocan en las mujeres no sólo como un grupo distinto de los hombres, sino además separado de éstos. Hombres adultos y jóvenes aparecen como norma estadística o categoría privilegiada” (Connell, 2013, p. 65).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha dado algunas recomendaciones para el avance en la formulación de políticas en salud con un enfoque de equidad de género: 1) asegurar recursos suficientes para la salud pública promoviendo la equidad en el acceso a la salud en general y, específicamente, la equidad de género en salud; 2) “crear nuevos conocimientos para promover la equidad de género mediante la investigación en las ciencias biomédicas y sociales” (OPS, 2005, p. 31); 3) incentivar la reducción de los sesgos de género en los programas y servicios de salud; Y 4) “promover un enfoque intersectorial de la salud que reconozca las influencias en la equidad en salud ubicadas fuera del sector de atención de la salud” (OPS, 2005, p. 31).

La forma en que el género se concibe desde la política en salud permea los sistemas de salud y la lógica de las instituciones que imparten la atención sanitaria y el cuidado (Connell, 2013). Por ejemplo, Heise y Greene (2019) afirman que los sesgos de género afectan la atención al paciente “las mujeres son estereotipadas como frágiles y demasiado emocionales, las quejas relacionadas con la salud de las mujeres se interpretan muy a menudo como exageradas y los síntomas físicos de las mujeres se atribuyen a causas psicosomáticas en lugar de físicas” (Heise y Greene, 2019, p. 2447).

### **Epistemología feminista.**



Sara Velasco (2014) retoma el trabajo de Sandra Harding (1993) para definir tres posturas fundamentales de la epistemología feminista: el empirismo feminista, el punto de vista feminista, y el postmodernismo feminista.

- El empirismo feminista: esta posición reconoce que el sexismo y el androcentrismo son sesgos de género sociales que pueden ser corregidos con un abordaje diferente de la investigación científica y sus metodologías. Un asunto central es que haya más mujeres científicas que a través del método empirista puedan, por ejemplo, cuantificar la prevalencia o incidencia de ciertas enfermedades en cada sexo; o conocer las distintas formas de enfermar de hombres y mujeres dada la atención diferencial que reciben en las instituciones. Sin embargo, esta postura es limitada en tanto no cuestiona el sesgo androcéntrico que influye en la selección de los problemas a investigar o de las patologías analizadas (Velasco, 2014; Harding, 1993).
- El punto de vista feminista: Velasco (2014) señala que esta postura tiene una base marxista clave que atañe a la producción de conocimientos sobre la realidad desde el punto de vista de los oprimidos. En ese orden de ideas, las mujeres, como históricamente oprimidas por el patriarcado, tienen un punto de vista diferente al de los hombres y que no ha sido “contaminado” por su posición de poder. El punto de vista feminista recupera la experiencia vivida de las mujeres.
- El posmodernismo feminista: esta posición se edifica sobre el supuesto de que la mente, el conocimiento y las personas están constituidos por la sociedad, y nuestros saberes dependen de contextos y prácticas particulares (Velasco, 2014). El posmodernismo feminista incorpora marcos conceptuales sobre la construcción social de la subjetividad, de los roles y las relaciones de género, la división sexual del trabajo y las estructuras familiares. Dicha construcción se hace sobre la base de identidades también socialmente construidas según la clase social, la etnia, cultura y la orientación sexual. Los métodos cualitativos son resaltados en esta posición epistemológica como un camino idóneo para investigar.

El trabajo de Velasco y Harding ha sido reconocido por diversas investigadoras y salubristas que concuerdan con las tres posiciones epistemológicas feministas presentadas anteriormente (Hernández-Bello et al., 2022; Ruiz-Cantero, 2019); Nogueiras García, 2018).

## Referencias.

Butler, J. (2007). El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Paidós.

COMMISSION on Social Determinants of Health (CSDH), 2008, 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, Génova, World Health Organization.



Connell, R. (2013). Gender, health and theory: conceptualizing the issue in a global and local perspective. *Nómadas*, (39), 63-77.

Fraisse, G. (2003). *Del sexo al género: los equívocos de un concepto*. Universitat de València.

García Calvente, M. D. M., Jiménez Rodríguez, M. L., Martínez Morante, E., & Río Lozano, M. D. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Gómez Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 327-334.

Gómez Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 454-461.

Gupta, G. R., Oomman, N., Grown, C., Conn, K., Hawkes, S., Shawar, Y. R., ... & Darmstadt, G. L. (2019). Gender equality and gender

Hammarström, A., Johansson, K., Annandale, E., Ahlgren, C., Aléx, L., Christianson, M., ... & Verdonk, P. (2014). Central gender theoretical concepts in health research: the state of the art. *J Epidemiol Community Health*, 68(2), 185-190.

Harding, S. (1996). *Del problema de la mujer en la ciencia al problema de la ciencia en el feminismo*.

Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., ... & Gupta, G. R. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet*, 393(10189), 2440-2454.

Hernández Bello, A. H. (2015). *Política sanitaria y cuidado de la salud en los hogares en Colombia: acumulación e inequidad de género (Doctoral dissertation)*.

Hernández-Bello, A; Suárez-Morales, Z; Ruíz-Vallejo, F; Agudelo-Londoño, S; Vega, A; Flórez, J. (2022). *La Salud de las Mujeres en Colombia. Aseguramiento, uso de servicios, enfermedad, mortalidad y estudios de caso desde una lectura feminista y de equidad de género*. Instituto de Salud Pública. Pontificia Universidad Javeriana.

Hernández García, Y. (2006). *Acerca del género como categoría analítica*. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 13(1).

hooks, b. (2000). *Feminism is for everybody: Passionate politics*. Pluto Press.



- hooks, b. (2004). Entender el patriarcado en *The Will to Change: Men, Masculinity, and Love*.
- Johnson, J. L., & Repta, R. (2012). Sex and gender. *Designing and conducting gender, sex, and health research*, 1737.
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Siglo XXI Editores México.
- Lamas, M. (2000). *Diferencias de sexo, género y diferencia sexual*.
- Merchán, E y Costa AM (2000). Introdução a uma reflexão sobre saúde, equidade e género. En: Costa, AM; Merchán, E y Tájer, D. *Saúde, equidade e gênero. Um desafio para as políticas públicas*. Brasília, Editora Universidades de Brasília: 3-4.
- Nogueiras García, B. (2018). *La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *GUÍA PARA EL ANÁLISIS Y EL MONITOREO DE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD*.
- Östlin, P. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en la salud: un análisis de la investigación y las políticas (Vol. 14). Pan American Health Org.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. *El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo*, 35-91.
- Ruiz-Cantero, M. T., & Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(suppl 1), 118-125.
- Scott, J. W. (2015). El género: una categoría útil para el análisis histórico. *El género: una categoría útil para el análisis histórico*, 251-290.
- Standing, H. (2003). *Libro Guía Para El Análisis Y El Monitoreo De La Equidad De Género En Las Políticas De Salud*. Washington: Editorial, 525.
- Valls-Llobet, C. (2001). Desigualdades de género en salud pública. *Quadern CAPS*, 30, 34-36.
- Valls-Llobet, C. (2006). La menstruación: de la invisibilidad a la abolición. *Duoda: Revista d'estudis feministes*, (31), 71-84.



Valls Llobet, C. (2012). *Mujeres invisibles* (4a ed.). Barcelona: Debolsillo. Valls-Llobet, C. (2011). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Feminismo/s*(18), 281-290.

Valls-Llobet, C. (2017). The Science of difference. The invisibility of women in health sciences. *Mètode Science Studies Journal*(7), 121-125.

Velasco, S. (2014). *Sexos, género y salud*. Biblioteca Nueva.



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá



INSTITUTO DE  
**Salud Pública**



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Héctor Abad Gómez