

EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD: UN DESAFÍO INMEDIATO¹

Autora: Evelyn Gitz²

(evelyngitz@gmail.com)

Fecha de Recepción: 28 de Abril de 2020

Fecha de Aceptación: 27 de Mayo de 2020

Resumen

El concepto de género refiere a la construcción social del hecho de ser mujer o varón, la interrelación entre ambos y las diferentes relaciones de poder-subordinación que se presentan. Agendas políticas nacionales y organismos internacionales han tratado la situación de desventaja de las mujeres en relación con las desigualdades a las que han sido sometidas a lo largo de la historia respecto a los hombres. Este artículo se propone describir el concepto de género y reflexionar sobre los referentes teóricos relacionados con este enfoque, haciendo énfasis en su relación con la salud y señalando la necesidad de reconocer y erradicar las desigualdades de género que vulneran el ejercicio de derechos, con el fin de impulsar políticas de salud diseñadas, planificadas y gestionadas desde un enfoque de género como línea de base.

Palabras clave: género, salud, políticas públicas, desigualdades.

Abstract

The concept of gender refers to the social construction of being a woman or a man. The interrelation between the two and the different power - subordination relationships that arise between them is part of this social construction as well. National political agendas and international organizations

¹ Artículo revisado y aprobado para su publicación el día 27 de Mayo de 2020. Artículo libre de conflicto de intereses.

² Doctoranda en Salud Pública. Licenciada en Nutrición por la Universidad de Buenos Aires, Magister en Diseño y Gestión de Programas Sociales por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ORCID ID 0000-0003-0526-5959 - <https://orcid.org/0000-0003-0526-5959> .

have dealt with the unprivileged situation of women in relation to the inequalities to which they have been subjected throughout history, compared to men. This article aims to describe the concept of gender and reflect on the theoretical references related to this approach, emphasizing its relationship with health and pointing out the need to recognize and correct gender inequalities that violate the exercise of rights. Thus, in order to promote health policies that are designed, planned and managed from a gender perspective as a baseline.

Keywords: gender, health, public politics, inequalities.

Resumo

O conceito de gênero refere-se à construção social do ser mulher ou homem, à inter-relação entre os dois e às diferentes relações de poder-subordinação que surgem. As agendas políticas nacionais e as organizações internacionais têm abordado a situação de desvantagem das mulheres em relação às desigualdades a que têm sido submetidas ao longo da história em relação aos homens. Este artigo tem como objetivo descrever o conceito de gênero e refletir sobre os referenciais teóricos relacionados a essa abordagem, enfatizando sua relação com a saúde e apontando a necessidade de reconhecer e erradicar as desigualdades de gênero que violam o exercício de direitos, com a fim de promover políticas de saúde formuladas, planejadas e administradas a partir de uma perspectiva de gênero como base.

Palavras-chave: gênero, saúde, políticas públicas, desigualdades.

Del patriarcado al concepto de género

Desde el prisma del patriarcado, se ha dado una visión de las sociedades primitivas por medio de la cual era el hombre el que salía a buscar alimento, mientras que la mujer permanecía al cuidado de los hijos e hijas dando lugar a la división sexual del trabajo, por la que las mujeres se dedicaron al trabajo reproductivo (espacio doméstico) y los hombres a otras actividades fuera del núcleo doméstico (espacio público). No obstante, tal y como indica Fallas (2013), no podemos olvidar que la historia de las mujeres fue escrita por hombres y ha estado cargada de prejuicios y estereotipos sexistas, convirtiendo la diferencia sexual femenina en desigualdad e inferioridad. Sin embargo, “el Hombre

prehistórico era también la mujer” (Cohen, 2011: 9), aunque, en palabras de esta autora, nadie había pensado cuál era el lugar de la mujer más allá de la maternidad u objeto sexual.

Esta división sexual del trabajo constituye uno de los indicadores más contundente a la hora de establecer las desigualdades entre hombres y mujeres. A mayor división sexual del trabajo mayor es la desigualdad existente entre hombres y mujeres y mayor asimetría entre los sexos (Gómez, 2016). Sin embargo, se ha demostrado a lo largo de los años, que la independencia económica no es única y exclusivamente la causa de la desigualdad, aunque contribuya a ella, ya que habría que tener en cuenta otros factores de tipo ideológico, cultural, político, religioso. Y es que el patriarcado no sólo se mantiene a través de una narrativa histórica androcéntrica o una división sexual del trabajo interesada y desigual, sino de un conjunto de estructuras que interactúan unas con otras. Walby (citado por Giddens, 2007) las aglutina en seis, que se concretan de la siguiente manera:

1. *Las desiguales en las relaciones de producción-reproducción.* Las mujeres son relegadas al ámbito privado y, por el contrario, los hombres al ámbito público.
2. *El trabajo remunerado.* Las mujeres tardaron más en conseguir un trabajo y cuando lo hicieron accedieron, mayormente, a profesiones “feminizadas”, contratos a tiempo parcial y con una remuneración menor.
3. *El estado patriarcal.* El estado capitalista y patriarcal ha reforzado la dominación masculina en la esfera pública. La división sexual del trabajo supone una estrategia económica con la que se ha beneficiado al sistema capitalista.
4. *La violencia masculina,* considerada un asunto individual y no una cuestión de estado, de manera que se está invisibilizando el problema.
5. *Las relaciones patriarcales en el ámbito sexual.* Se manifiesta una heterosexualidad normalizada en la que se naturaliza cómo deben ser y comportarse hombres y mujeres.
6. *Las instituciones culturales patriarcales.* Es el sistema, en general, y todas las instituciones las que perpetúan el sistema social patriarcal (medios de comunicación, familia, escuela...)

Con respecto al concepto de género, el mismo designa lo que en cada sociedad se atribuye a cada uno de los sexos, es decir, se refiere a la construcción social del hecho de ser mujer y varón, a la interrelación entre ambos y las diferentes relaciones de poder/subordinación en que estas interrelaciones se presentan. Esta investigación, al basarse en el enfoque de género, en tanto abordaje teórico-metodológico que persigue un objetivo ético político que es alcanzar la igualdad efectiva y la equidad social y de género (Pautassi, 2007), parte de la existencia de discriminaciones perpetuadas

en base a las desigualdades entre varones y mujeres construidas a partir de una estructura asimétrica de poder, en las cuales las mujeres ocupan el lugar de subalternas. Se encuentran múltiples y diversas perspectivas teóricas, epistemológicas, ontológicas y políticas englobadas en el concepto de género. El concepto de género constituye una categoría teórica-analítica imprescindible para comprender la inequidad en áreas que históricamente se consideraron “neutrales” como las políticas públicas, la macroeconomía, el empleo, las regulaciones laborales, las políticas sociales y por consiguiente en la naturaleza y dinámica de la transformación económica y social. El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y (...) es una forma primaria de relaciones significantes de poder (Scott, 1986). Cuatro elementos principales constituyen el concepto de género: los símbolos y los mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples; los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, y se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que afirman categóricamente y unívocamente los significados del ser varón y del ser mujer// masculino y femenino; las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas y la política; y la identidad.

Inicialmente, fue definido en contraposición al sexo, postulando una posición binaria sexo/género. En este planteo, el género refiere a los aspectos socioculturales asignados a varones y mujeres por su medio social, y el sexo a las características biológicas, anatómicas y fisiológicas que distinguen al macho y la hembra de la especie humana (Bonder, 1998). Gloria Bonder plantea que los estudios basados en la categoría de género han recorrido un largo camino y se han desarrollado en base a la crítica sistemática de las nociones convencionales acerca de lo masculino y lo femenino, que circulan tanto en los discursos de sentido común, como los discursos científicos en los cuales se ofrecen explicaciones que se han asumido socialmente como legítimas o verdaderas acerca de las diferencias sexuales y sociales entre varones y mujeres (Bonder, 1998).

Por su parte, Janine Anderson considera que hay jerarquías de dominación y subordinación entre los géneros que se asocian a la institución familia, al sistema de parentesco y las comunidades locales (Anderson, 2002: 8). El régimen de género no se presenta de forma homogénea, sino que los sujetos cuentan con “ciertos márgenes” para arreglar sus vidas de la manera que ellas creen apropiada. Sin embargo, es de destacar que “la noción de un “régimen” u “orden” señala que existen presiones, sobre todo a nivel moral e ideológico, hacia un “deber ser” normativo y preferido” (Anderson, 2002: 10); y es el propio Estado -encargado de establecer y sancionar leyes que se aplican a toda la población- quien, constituye una de las principales fuentes de presión hacia la homogenización. El Estado

fortifica y defiende un régimen de género hegemónico, frente al cual los arreglos alternativos tendrán que justificarse (Anderson, 2002: 11).

Otra autora, Joan Scott, aporta dos dimensiones al concepto de género: En primer lugar, refiere que es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basada en las diferencias que distinguen a los sexos. En segundo lugar, entiende que el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder, y se refiere a la jerarquización de los sistemas de género como los primeros sistemas en los que se define y se estructura el poder en la sociedad (Scott, 1996). La diferencia biológica es interpretada culturalmente como una diferencia fundante, que marca la forma de vivir de los sujetos. El género sería la significación sociocultural del dato biológico del sexo, la construcción sociohistórica que establece jerarquías, funciones y roles dentro de la sociedad, así como pautas de relacionamiento y ejercicio de poder diferenciado para varones y mujeres.

Por su parte, Teresa De Lauretis sostiene que género hace referencia a la construcción cultural que organiza las relaciones sociales a partir de la diferencia entre los sexos (Lauretis, 1996: 8).

Por último, Judith Butler (1990) incorpora a la discusión la idea de la autoconstrucción de género. Para la autora el género es el resultado de un proceso mediante el cual las personas reciben significados culturales, pero también los innovan. Marta Lamas sostiene que Butler retoma la idea de Simone de Beauvoir del género como “proyecto” y toda la proyección que eso implica (Lamas, 1996). Butler, en su libro “El género en disputa”, afirma que el binarismo sexo – género es también la expresión de un imaginario masculino, devenido en discurso científico, en el que la naturaleza ha sido representada como un espacio vacío, inerte, "femenino", dispuesto a ser penetrado por la inscripción cultural "masculina". Este proceso sería parte de una práctica regulatoria que produce los cuerpos de varones y mujeres como diferentes y complementarios y que asume la heterosexualidad como la norma. El dualismo de lo biológico y lo cultural es otra expresión de una lógica binaria que funda y legitima ordenamientos jerárquicos al oponer hombre y mujer, cuerpo y espíritu o psique, razón y emoción (Butler, 1990).

Desde la militancia, el movimiento feminista ha realizado aportes muy valiosos al concepto de género. Este movimiento surge a mediados del siglo XIX en algunas sociedades occidentales que atravesaban la revolución industrial; en esos momentos su preocupación era extender la ciudadanía a las mujeres desde “la igualdad” en relación a los hombres. Esta primera ola del feminismo se constituye como un movimiento social con características innovadoras, cuyo principal objetivo es visibilizar la desigualdad existente entre los hombres y las mujeres de la época.

Más tarde, frente a los cambios históricos, algunas pensadoras del movimiento cuestionaron el concepto de “igualdad” y señalaron la necesidad de pensar desde la “diferencia” y las características sociales de varones y mujeres. De esta forma, en los años 60 se produce la segunda ola del feminismo cuyo emblema es “lo personal es político”. Uno de los grandes ejes de discusión es la problematización del esquema binario de espacio público - espacio privado. Paralelamente, las plataformas de reivindicación se empezaron a complejizar en función de los distintos grupos sociales que fueron adhiriendo a la lucha y a tratar de avanzar en conquistas nacionales e internacionales. Kate Millett (1970) define al patriarcado como “política sexual”, entendiendo por política al conjunto de relaciones y compromisos estructurados de acuerdo con el poder, en virtud de los cuales un grupo de personas queda bajo el control de otro grupo. Por lo tanto, afirma que la relación entre los sexos es política, siendo una relación de poder.

Utilizando las categorías emancipatorias de la época, Millett afirma que las mujeres son colonizadas por el imperialismo masculino, sufren una “colonización interior” más sutil y, por tanto, más arraigada que otras. En su libro *Política sexual*, una de sus conclusiones es que el colectivo femenino exhibe características psicológicas propias de las minorías discriminadas. La interiorización de los valores patriarcales impide la autoestima ya que las mujeres se menosprecian y subestiman a las demás. De esta manera, se transforman en útiles coartadas del patriarcado para negar la discriminación de género.

Es así que desde sus comienzos la categoría de género se ha mantenido en un estado de permanente construcción y deconstrucción. Las teorizaciones de los años 70 y 80, establecieron una clara diferencia entre sexo en tanto el dato biológico y género como el conjunto de características, atributos, marcas, permisos, prohibiciones y prescripciones, que las culturas asignan diferenciadamente a las personas en función de su sexo.

Bonder (1998) sostiene que los cuestionamientos posteriores a estas concepciones se fundan en las siguientes críticas: a) carácter binario y determinista tanto en clave biológica como cultural; b) la dicotomía varón/mujer, masculino/femenino, no da cuenta de la complejidad y diversidad humana, excluyendo a grupos y personas como la población trans e intersexual; c) el sustancialismo al construir a la mujer e incluso al género femenino, como una categoría única, y muchas veces deshistorizada; d) la concepción "victimista" de la mujer que se desprende de los primeros análisis de la opresión y subordinación en donde no hubo lugar para la transformación y capacidad de agenciamiento; e) por la idea de que exista un sujeto o identidad personal anterior al género.

La incorporación de las discusiones sobre las concepciones de género se inscribe en el proceso de construcción, deconstrucción y legitimación que del que ha sido objeto en la arena social, académica y política, y que la posicionan como un eje de análisis y de política pública, como parte de una agenda de investigación que ha producido conocimiento sustancial y se ha incorporado a un análisis más amplio de lo social.

Derechos humanos de las mujeres

El artículo 5 de la Declaración y Programa de Acción de Viena adoptada en la Conferencia de Derechos Humanos en 1993 reza: “Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí”. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer destaca el papel fundamental que debe jugar el Estado en la promoción de la igualdad real, el enfoque de derechos que debe inspirar a las políticas públicas y la importancia de los cambios culturales para consolidar la igualdad entre mujeres y hombres a todo nivel.

Los Estados Partes son responsables de asegurar el goce de los derechos en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna. Según los artículos 2 y 3 de la Convención, los Estados Partes deben adoptar todas las medidas que sean necesarias, incluida la prohibición de discriminación por razón de sexo, para poner término a los actos discriminatorios que obstan al pleno disfrute de los derechos, tanto en el sector público como en el privado (Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, Observación general N° 28 del 29 de marzo de 2000).

América Latina y el Caribe es la región que más temprano y de manera unánime ha firmado y ratificado la Convención, pero el proceso de ratificación del Protocolo Facultativo ha sido más lento. A principios de 2007, solo 20 países lo habían firmado y 17 lo habían ratificado. La Convención es considerada la carta internacional de los derechos de las mujeres y da expresión jurídica a la búsqueda de igualdad plena al reelaborar el concepto de discriminación de manera novedosa. En efecto, para la Convención, discriminación es “cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la diferencia sexual que tenga como efecto u objetivo anular el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres” (artículo 1). Esta noción se complementa con el concepto de igualdad real, diferenciándolo de la igualdad formal con la que tradicionalmente se argumentó la irrelevancia de las medidas especiales contra de la discriminación de género.

De este modo, en la región de América Latina y el Caribe se asume que, a pesar de que en la mayoría de las constituciones se proclama la igualdad entre hombres y mujeres, y en muchos casos

se prohíbe la discriminación basada en el sexo, es necesario modificar las normas que, siendo igualitarias en la letra, producen desigualdad en la práctica (Bareiro, 2006).

Se reconoce que pueden ser discriminatorias las leyes que contienen disposiciones que provocan desigualdades sociales, económicas y políticas o que omiten las que las evitan. En este sentido, cobra importancia la reforma del Estado orientada al fortalecimiento de su rol de garante de los derechos, así como de una institucionalidad global que vigore el multilateralismo para garantizar el respeto universal de los derechos humanos.

A pesar de la abundante producción teórica, académica y de compromisos internacionales, la heterogeneidad entre países y al interior de cada uno es notoria, habiendo limitado y restringido la consolidación de las transformaciones estructurales que se demandan. De esta forma, el mayor impacto de los Pactos y tratados internacionales se puede encontrar en un proceso de reforma legislativa desarrollado, con la adopción de medidas antidiscriminatorias sumamente novedosas y de alto impacto, y un impulso a políticas públicas para la igualdad de género. La titularidad de derechos busca desafiar la relación pasiva que existe entre el sujeto titular de derechos y la discrecionalidad de la administración pública para garantizarlos. El valor del enfoque de derechos radica principalmente en la capacidad de guiar con estándares y principios la actuación de los Estados democráticos en situaciones concretas, pero además contribuye a la consecución de políticas y prácticas equitativas (Pautassi, 2007).

Enfoque de derechos y enfoque de género: una necesaria interdependencia

Si se considera específicamente el “campo” de las acciones transversales desde un enfoque de género, significa una importante evolución en la visibilización de esta perspectiva. En general, la mayoría de las evaluaciones en materia de equidad, rescatan la construcción de nuevos espacios de igualdad en coexistencia con tradicionales prácticas discriminatorias, destacando el valioso aporte de las experiencias exitosas en políticas de género para el conjunto de políticas públicas, las que además de profundizar en la búsqueda de la igualdad, constituyen nuevas formas de hacer política que favorecen la gobernabilidad (Montaño, 2006).

No es un dato menor que la Convención internacional contra la discriminación de la mujer (CEDAW) fue ratificada por todos los países de la región, y en la mayoría de los casos se ha incorporado como parte de la propia Constitución política. Es decir, los países de la región asumieron la necesidad de contar con un instrumento jurídico específico para garantizar los principios de igualdad formal y material que en los hechos está lejos de alcanzarse (Pautassi, 2007)

En primer lugar, la CEDAW ofrece pautas para la incorporación de las mujeres a los procesos de desarrollo en igualdad de condiciones con los varones. Así, su énfasis se ubica en la regulación de las relaciones entre varones y mujeres en el mundo de lo público y propone pautas para la igualdad en la esfera económica en general y en la esfera del empleo en particular. Estipula las condiciones relativas al derecho al trabajo por parte de las mujeres tanto desde el punto de vista de la demanda de empleo - relacionadas con los procesos de selección, los criterios acerca de la remuneración, a la seguridad social, la protección de la salud y de la maternidad-, como desde la mirada de la oferta y la ampliación de la autonomía de las trabajadoras -vinculadas a la elección del trabajo o profesión, la formación profesional, especificando que las mujeres tendrán derecho a prestaciones familiares con independencia de su estado civil. Este instrumento explicita además que los derechos de las trabajadoras deben ser protegidos ante potenciales discriminaciones originadas por matrimonio y/o maternidad de las mujeres. Establece claramente que los Estados deben tomar medidas adecuadas para prohibir y sancionar este tipo de prácticas discriminatorias, a la vez que deben proteger la maternidad a través de licencias pagas, prevención de ejecutar trabajos que puedan perjudicar a la trabajadora durante el embarazo, prestación de servicios de cuidado infantil y otras medidas que permitan combinar las responsabilidades laborales y familiares de los padres (art. 11-2) (Pautassi, 2007).

Específicamente la Convención alude a los padres y no a la madre, dejando en claro que varones y mujeres deben compartir la responsabilidad de la esfera doméstica y de crianza tanto como la esfera económica y productiva (Pautassi, Faur y Gherardi, 2004). En la dinámica cronológica del desarrollo del Sistema de Derechos Humanos, se consagran primero los derechos, reflejados en un tratado o pacto internacional, y luego se consagran los sistemas de control. De esta forma en 1999 se aprobó el Protocolo Facultativo de la CEDAW, que establece el procedimiento para las denuncias al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, así como para las investigaciones sobre violaciones graves o sistemáticas cometidas por un Estado Parte y que pudieran ser iniciadas por el Comité. De tal modo, el Protocolo refuerza los mecanismos internacionales de control y seguimiento de la CEDAW, y a la vez permite fortalecer el conocimiento y la aplicación de sus postulados por parte de personas, grupos de personas y Estados (Pautassi, 2007).

Resulta interesante señalar que la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada el 15 de junio de 2015 en la ciudad de Washington por parte de la Asamblea General de la OEA, representa el primer instrumento de derechos humanos que incorpora el reconocimiento y respeto del conjunto de derechos humanos de las personas mayores. Tras varios años de preparación y discusión, con un importante impulso por parte de la República Argentina, la Convención además de reconocer la necesidad de la protección específica de

las personas de edad, bajo el imperio del principio de igualdad y no discriminación, incorpora explícitamente el derecho al cuidado en diversos artículos de la misma (Pautassi, 2015). En primer lugar, define como sujetos titulares de los derechos contemplados a las personas de 60 años y más, consideradas como “persona mayor” o persona adulta mayor, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años.

Una de las partes más significativas en materia de salud la constituye el artículo 12, que contempla los derechos de las personas mayores que reciben servicios de cuidado a largo plazo. Esta norma viene a cubrir una ausencia largamente sentida en el ordenamiento normativo argentino, que ha regulado en forma despareja, insuficiente y asistemática la realidad del desarrollo del proceso vital de miles de personas mayores residentes en instituciones geriátricas. Así las cosas, la Convención establece que la persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; como así también la previsión de que pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

Para esto los Estados parte asumen la responsabilidad de diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión, su género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental.

El artículo 19 contempla, específicamente, el derecho a la salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación, de las personas mayores. La Argentina, como Estado firmante, se ha comprometido a diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor, a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.

Resulta importante considerar, igualmente, lo consagrado por el artículo 25, a propósito del derecho de las personas mayores a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos. Reforzando las obligaciones, resulta interesante señalar que la Convención se inclina por promover respuestas integrales, señalando en el mismo artículo que: “Los Estados Parte deberán adoptar medidas tendientes a desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor”.

Actualmente, el cuidado está en la agenda nacional e internacional, como política pública, pero también, y principalmente, como derecho humano. Esto redonda en una oportunidad única para repensar las políticas de salud que incluyen directamente al cuidado desde un enfoque de género.

Género y políticas públicas

Las políticas públicas, en tanto dispositivos político-administrativos coordinados en torno a objetivos explícitos (Guzmán, 2001), no solo definen los cursos de acción asumidos por el Estado para abordar problemas y entregar bienes y servicios a la sociedad (o a un segmento de ella), sino que generalmente también contienen un conjunto de objetivos, una mezcla de instrumentos para alcanzarlos, una designación de entidades gubernamentales o no gubernamentales responsables de hacer efectivas las metas y una asignación de recursos para las tareas requeridas (May, 2003: 279). Las políticas públicas de género pueden definirse como las políticas orientadas explícitamente a mejorar las condiciones de vida de las mujeres y a garantizar sus derechos humanos. Esta definición es amplia, ya que el cambio buscado adquiere, dependiendo de las políticas, distintos niveles de profundidad, si bien estas siempre suponen un reconocimiento social y político de que la situación de las mujeres en la sociedad debe cambiar y que el Estado debe asumir la tarea de activar los dispositivos disponibles para ello. (CEPAL, 2017).

La instalación de la noción de igualdad entre hombres y mujeres como una responsabilidad del Estado se ha expresado a través de tres tipos de políticas: de igualdad ante la ley, de acción positiva y de transversalización de género (Astelarra, 2005). Desde que se comenzaron a implementar políticas públicas destinadas a enfrentar los problemas originados en la desigualdad de género, estas se han orientado a resolver problemas específicos de mujeres o de ciertos grupos, y otras cuyo objetivo apunta a la igualdad y al pleno ejercicio de los derechos humanos. Sin embargo, no necesariamente las políticas más recientes abordan metas de igualdad e incluso algunas, que resuelven problemas puntuales de las mujeres, tienen una incidencia negativa en los avances hacia la igualdad. En el informe de 2012 del Observatorio de Igualdad de Género (CEPAL, 2012b) se daba cuenta de ello cuando se sostenía que las transferencias monetarias condicionadas daban por sentado el rol activo de las mujeres para cumplir las condicionalidades a costa de su propio tiempo, lo que refuerza los roles de género y lesiona las iniciativas transformadoras y la lucha por la igualdad entre hombres y mujeres.

El objetivo de transformación de la organización social que sirve de base a la desigualdad de género exige políticas públicas que avancen más allá de la igualdad ante la ley y de las estrategias de acción positiva, lo que no significa que deben desecharse. En el largo camino hacia la igualdad es

necesario que convivan políticas de igualdad que resuelvan situaciones de discriminación y políticas de acción positiva. Se trata de prestar atención a las cuestiones de género desde las etapas iniciales del proceso de toma de decisiones hasta la fase de implementación, tratando de tener un impacto en las metas, las estrategias y la distribución de recursos, en la búsqueda de un cambio sustantivo en la operacionalización de políticas y programas. A su vez, este tipo de estrategias permite que las políticas dejen de ser una responsabilidad de los mecanismos para el adelanto de las mujeres y se vuelvan responsabilidad de cada actor estatal, así como del Estado en su conjunto.

Los procesos de institucionalización de género en el Estado “incluyen la incorporación de nuevas concepciones de género en el quehacer del Estado y el establecimiento de la igualdad de género como propósito de las políticas públicas” (Guzmán y Montaña, 2012: 5).

En la región existen los planes de igualdad de género. Estos son instrumentos utilizados por la mayoría de los países de la región, e impulsados por los mecanismos para el adelanto de las mujeres, que permiten orientar el accionar del Estado y planificar y llevar adelante un proceso de trabajo conjunto entre los distintos sectores, potenciando la institucionalización y transversalización de género. En las políticas de salud, es sumamente necesario que sean diseñadas, planificadas y gestionadas desde un enfoque de género como línea de base. Contar con un plan de igualdad de género como Estado sería un acercamiento. Cabe mencionar que estos planes son generales y en los mismo se incluyen salud, educación, vivienda, etc. En Argentina no hay un diseño de política de salud con enfoque de género.

La gestión pública con enfoque de género es un componente crucial para avanzar en la igualdad de género; el accionar de los distintos sectores debería estar alineado con los objetivos y las metas planteados en los planes de igualdad, lo que implica un trabajo conjunto que no es sencillo de realizar, pero constituye una condición para que las responsabilidades compartidas se cumplan (CEPAL, 2017).

Género y salud

La salud entendida de manera integral es un derecho que tienen todas las personas e implica considerar a los sujetos como ciudadanos y ciudadanas promoviendo la idea de igualdad. Desde la Organización Panamericana de la Salud (2004) se define a la equidad de género en salud como un concepto que implica evidenciar todas aquellas inequidades evitables que ocurren en el sistema de salud. Inequidades que hacen a relaciones de poder diferentes según matrices sociales pre establecidas. La Organización Mundial de la Salud insiste en sus documentos en incorporar a los determinantes de la salud, cuestiones tales como el lugar de residencia, el género, la globalización y los sistemas de

salud. Además de los problemas de salud que comparten con los varones, las funciones reproductivas femeninas generan un conjunto de necesidades particulares de atención referidas a la anticoncepción, embarazo, parto y puerperio (Gómez Gómez, 2002; Verbrugge, 1990). En general, los sistemas de salud modernos-occidentales han sido reproductores de las desigualdades de género de la sociedad.

La categoría género brinda la posibilidad de comprender cuáles son las lógicas culturales y sociales que operan e influyen en los comportamientos y actitudes de varones y mujeres.

Las mujeres han sido contempladas como meras reproductoras biológicas; la paternidad ha sido vista como un hecho social y por tanto variable, mientras que la maternidad se ha pensado dependiente de la naturaleza, a partir de la separación absoluta entre lo doméstico y lo público, lo productivo y lo reproductivo (Narotzky, 1995).

Las profesionales de la medicina son generalmente concebidas en un rol de cuidadoras, que homogeneiza sus capacidades en especialidades que se centran en el cuidado y la reproducción. Es decir, los procesos de salud/enfermedad/atención materno-infantil son concebidos como un campo de especialización vinculado a atributos femeninos. Por el contrario, los varones son asociados a especialidades que tienden a concebirse por un mayor requerimiento de control, manejo de situaciones de alto riesgo, resistencia física a jornadas prolongadas y autoridad. (PNUD, 2018) El hospital es la institución central del sistema de salud. El modelo hospitalocéntrico se relaciona profundamente con el Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 2005). Este ha consolidado el hospital como un ámbito de poder masculino: es el ámbito donde se dirime ese saber-poder médico, donde se imponen discursos y prácticas, se logra prestigio y, por todo esto, donde la mujer tiende a estar subordinada. Como sintetiza Castro: “La escuela de Medicina y el hospital de enseñanza constituyen los escenarios por excelencia donde se gesta la reproducción de las estructuras de desigualdad de género y de poder del campo médico en su conjunto” (Castro, 2014: 348) La inclusión de la perspectiva de género, como categoría analítica, facilita la construcción de indicadores significativos de situaciones de inequidad en la atención de la salud, a la vez que se encuentra en íntima relación con otras desigualdades derivadas de la edad, la clase, la etnia, el ciclo vital o la orientación sexual, entre otras (Vélez y Sánchez, 2000; Gómez Gómez, 2002; Faur, 2002).

Este enfoque permite pensar alternativas al modelo médico que concibe a las mujeres en cuanto a su rol de madres; el modelo de atención que está centrado en la salud reproductiva de las mujeres continúa reproduciéndose ya que la mayoría de los servicios se centran en la mujer considerada como agente exclusivo de la reproducción, partiendo explícita o implícitamente del supuesto que el papel de los varones sería un “complemento” que posibilita u obstruye decisiones reproductivas de las mujeres.

Débora Tajer señala que incluir una mirada de género en salud implica incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso de salud-enfermedad-atención (Tajer, 2007). Esta autora sostiene que “para nuestra región latinoamericana, aun cuando las mujeres han avanzado mucho en su presencia en el espacio público, se espera que continúen siendo las principales cuidadoras de la familia y las agentes del sistema de salud en los hogares, basándose en su capacidad empática, receptiva y comprensiva” (Tajer, 2007).

El logro de la igualdad de género y la autonomía de las mujeres fue definido como uno de los ocho objetivos fundamentales de la Declaración de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Tal compromiso se había plasmado explícitamente en varios instrumentos internacionales, entre los que se destacan la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995) y la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW (1972). En línea con los anteriores acuerdos y con la política de género de la Organización Mundial de la Salud (2002), los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptaron oficialmente en 2005 su propia Política de Igualdad de Género, la cual compromete a los países y al Secretariado a integrar objetivos y estrategias de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres en todas las facetas de su trabajo en salud (OPS, 2008).

Las concepciones de igualdad, equidad y empoderamiento que orientan la Política de Igualdad de Género de la OPS se articulan con la visión de la salud como un derecho humano. La igualdad de género en la salud apunta a que mujeres y varones disfruten de similares condiciones y oportunidades para ejercer plenamente sus derechos y su potencial de estar sanos, contribuir al desarrollo de la salud y beneficiarse de los resultados de ese desarrollo. La equidad de género alude a la justicia en la distribución de las responsabilidades, los recursos y el poder entre mujeres y varones, y se basa tanto en el reconocimiento de las diferencias existentes entre los sexos en dichos ámbitos, como en el imperativo de rectificar disparidades injustas. La equidad, entonces, es vista para la OPS como medio, y la igualdad, como fin. La política subraya, sin embargo, que para alcanzar la igualdad no bastan las intervenciones equitativas. El logro del empoderamiento, particularmente por parte de las mujeres, se considera un requisito indispensable para conseguir la igualdad de género. (OPS, 2008)

Un objetivo medular de las estrategias de promoción de la igualdad de género se refiere a la transformación de la división tradicional por sexo del trabajo, división que ha sido ampliamente reconocida como fundamento de la subordinación económica y social de las mujeres. En virtud de tal división, en la mayoría de las sociedades, la responsabilidad principal por el trabajo remunerado (“trabajo productivo”) recae sobre los hombres, mientras que la correspondiente al trabajo no remunerado que se realiza en los hogares y la comunidad (“trabajo reproductivo”) se asigna a las mujeres.

Pese a constituir un soporte indispensable del trabajo “productivo”, el trabajo no remunerado ha permanecido invisible en términos de su contribución al desarrollo económico y social. Esta invisibilidad con respecto a sus aportes a la producción y al bienestar se ha traducido en desventaja frente al acceso a recursos económicos y de protección social por parte de quienes asumen su realización —fundamentalmente las mujeres (OPS, 2008). Es importante destacar que OPS adquiere estos conceptos del feminismo.

Conclusiones

La incorporación de las discusiones sobre las concepciones de género se inscribe en el proceso de construcción, deconstrucción y legitimación que del que ha sido objeto en la arena social, académica y política, y que la posicionan como un eje de análisis y de política pública. Como menciona Débora Tajer:

“(...) incluir una mirada de género en salud implica incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso de salud-enfermedad-atención. Para nuestra región latinoamericana, aun cuando las mujeres han avanzado mucho en su presencia en el espacio público, se espera que continúen siendo las principales cuidadoras de la familia y las agentes del sistema de salud en los hogares, basándose en su capacidad empática, receptiva y comprensiva ” (Tajer, 2007).

A pesar de la abundante producción teórica, académica y de compromisos internacionales, se reconoce que pueden ser discriminatorias las políticas públicas y leyes que contienen disposiciones que provocan desigualdades sociales, económicas y políticas o que omiten las que las evitan. A raíz de esto, cobra importancia la reforma del Estado orientada al fortalecimiento de su rol de garante de los derechos, así como de una institucionalidad global que vigorice el multilateralismo para garantizar el respeto universal de los derechos humanos, y en este sentido, generando políticas públicas para la igualdad de género. La gestión pública con enfoque de género es un componente crucial para avanzar en la igualdad de género; el accionar de los distintos sectores debería estar alineado con los objetivos y las metas planteados en los planes de igualdad (CEPAL, 2017).

En las políticas de salud, es sumamente necesario que sean diseñadas, planificadas y gestionadas desde un enfoque de género como línea de base, potenciando la institucionalización y transversalización del mismo.

Referencias bibliográficas

- Anderson, J. (2002): “Familias, maternalismo y justicia de género: Dilemas de la política social” (Documentos PRIGEPP, 2007). Paper especialmente preparado para el seminario *Programación estratégica, análisis prospectivo y tecnologías para el cambio organizacional. La gestión y evaluación de políticas de equidad de género*. PRIGEPP FLACSO, Buenos Aires.
- Astelarra, J. (2005), *Veinte años de políticas de igualdad*, Madrid, Ediciones Cátedra.
- Bonder, G. (1998): “Género y Subjetividad: Avatares de una relación no Evidente”. En: “Género y Epistemología: Mujeres y Disciplinas”. *Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG)*, Universidad de Chile. (Documentos PRIGEPP, 2008).
- Butler, J. (1990): *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. U.K., Routledge.
- Castro, R. (2014). “Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica”. *Salud Investiga*, 10 (3), 339-35.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2017). Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe: *Planes de igualdad de género en América Latina y el Caribe. Mapas de ruta para el desarrollo*. Documento recuperado de: [https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/planes de igualdad de genero en america latina y el caribe. mapas de ruta para el desarrollo.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/planes_de_igualdad_de_genero_en_america_latina_y_el_caribe_mapas_de_ruta_para_el_desarrollo.pdf) .
- Cohen, C. (2011). *La mujer en los orígenes*. Fuenlabrada (Madrid), Anzos, S.L.
- Fallas, T. (2013). “Apuntes para hilvanar una historia sobre las mujeres”. *Revista Humanidades*, 3, pp. 1-18.
- Giddens, A. (2007). *Feminismo negro y posmoderno*. En F. Muñoz, *Sociología*, (pp.456-459). Madrid, Alianza.

- Gómez, A. (2016). “Dimensiones de la desigualdad: el género desde la antropología”. *Revista Nuevas Tendencias en Antropología*, (7), 60-80.
- Gómez y Gómez (2002). “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica” en publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Género, equidad y acceso a servicios de salud* (2001).
- Guzmán, V. (2001). “La institucionalidad de género en el Estado: nuevas perspectivas de análisis”, serie *Mujer y Desarrollo*, N° 32 (LC/L. 168 1511-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Guzmán, V. y Montaña, S. (2012). “Políticas públicas e institucionalidad de género en América Latina (1985-2010)”, serie *Mujer y Desarrollo*, N° 118 (LC/L.3531), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Lamas, M. (1996). “El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas Marta Compiladora. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, México, pp. 265-302.
- Menéndez, E. (2005). “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. *Salud Colectiva*, 9 (32), pp. 9-32.
- Millett, K. (1970). “Política sexual”. Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia.
- Naciones Unidas (2018). “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.
- Naciones Unidas (2015). “Draft outcome document of the United Nations summit for the adoption of the post-2015 development agenda”. *69ª Sesión de la Asamblea General*, Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/L.85&Lang=E .
- Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*, Nueva York.

- Narotzky S. (1995). *Mujer, Mujeres, Género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington D.C.
- Pautassi, Laura (2007). *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. CEPAL, Serie 87.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2018). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales*. 1ª ed., Buenos Aires.
- Scott, J. (1996). “El género una categoría útil para el análisis histórico, en Lamas, M. (Comp.), (1997) *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México, Editorial UNAM.
- Tajer, D. (2007) “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud”. Argentina, PRIGEPP / FLACSO.
- Verbrugge, L.M. (1990). “Pathways in health and death”, en: Apple R (ed.): *Women, health and medicine in America*. New York: Garland Publishing.