



## La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña

The gender perspective and health professionals: notes from the Brazilian collective health field

*Schraiber, Lilia Blima*<sup>1</sup>; *d'Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Profesora, Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidade de São Paulo. Investigadora 1A, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), São Paulo, Brasil. [liliabli@usp.br](mailto:liliabli@usp.br)

<sup>2</sup>Profesora, Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidade de São Paulo. Investigadora 2, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), São Paulo, Brasil. [afolive@usp.br](mailto:afolive@usp.br)

**RESUMEN** Para analizar la incorporación del género al campo de la salud, consideramos la producción científica, las políticas y programas de salud, además de las prácticas profesionales en el cotidiano de los servicios. Estos distintos planos de abordaje resultan necesarios por las diversas posibilidades que cada uno de ellos presenta ante dicha incorporación. En la producción científica, se identifica el crecimiento de la perspectiva de género, pero con baja inscripción metodológica del concepto; en las políticas y programas de salud, una ausencia de transversalidad y una presencia de inestabilidad temporal; y, en las prácticas profesionales, una incorporación más anclada en saberes prácticos que en la dimensión técnico-científica. El conjunto de las dificultades genera distintas tensiones en el desempeño cotidiano de los profesionales, entre la base científico-tecnológica y la base moral de la intervención.

**PALABRAS CLAVES** Género y Salud; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Políticas Públicas de Salud; Planes y Programas de Salud.

**ABSTRACT** We examine the incorporation of the gender perspective in the health field, considering scientific production, health policies and programs and everyday professional practices within the health services. These distinct layers are necessary given the different possibilities each presents for the incorporation of gender. In scientific production, we identify increasing inclusion of the gender perspective, but with little methodological use of the concept; in health policies and programs, the incorporation of the gender perspective is not comprehensive and varies temporally; and in professional practices, incorporation is anchored more in practical knowledge than in a technical and scientific basis. In the daily work of health professionals, this set of difficulties generates different tensions regarding the scientific and technological basis and the moral basis for intervention.

**KEY WORDS** Gender and Health; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Health Public Policy; Health Programs and Plans.

## INTRODUCCIÓN

En Brasil se ha producido una progresiva incorporación de la perspectiva de género en el campo de la salud, tanto en términos de producción de conocimientos –en especial en salud colectiva– como en lo que atañe a las políticas y programas de salud. No obstante, en cada uno de esos planos se observan relecturas del concepto, por lo que existen importantes desafíos para que las prácticas profesionales puedan valer de ese referente e impacten en el tipo de atención que se produce.

En este texto examinaremos cómo se considera el género en el plano de las políticas públicas de salud y en el de la producción científica, dentro de la cual destacamos los estudios en salud colectiva, por ser el campo en el que el género recibió mayor acogida. Esta aproximación nos permitirá mapear las cuestiones que plantean estos dos planos en el desempeño cotidiano de los profesionales. También examinaremos el desempeño cotidiano propiamente dicho en el día a día de los servicios, dado que presenta cuestiones que no estarán necesariamente contempladas en la producción científica o en las políticas públicas.

Para una mejor comprensión de estas apreciaciones iniciales, cabe indicar en qué conceptos nos basamos para considerar a las “prácticas profesionales” y cómo comprendemos las relaciones entre estas, las políticas y la producción científica.

## LA ESPECIFICIDAD DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN SALUD

Al considerar las relaciones entre las ciencias y la realidad de los servicios asistenciales, como señalan Mendes-Gonçalves (1), Nemes (2,3), Campos (4) y Schraiber (5,6), debe deshacerse la inmediata identificación entre, por un lado, los conocimientos científicos y tecnológicos y, por otro, el trabajo producido en salud. El trabajo constituye la prestación de asistencia en contextos institucionales determinados en la organización social de la producción y distribución de los servicios de salud. Presuponer que trabajar es hacer un uso directo de los conocimientos científicos en

tecnologías materiales e inmateriales promueve un imaginario social según el cual las ciencias y sus tecnologías se deberían y se podrían operar de manera independiente de aquellos contextos institucionales o de los determinantes que los configuran histórica y socialmente. Esto caracterizaría el ejercicio de los conocimientos como práctica técnica, pero sin determinación social, lo que, de hecho, constituye las representaciones de los profesionales acerca de sus prácticas. La intervención práctica que tendría lugar en los servicios, de este modo, obtendría su identidad solo de la esfera científica.

Al formular que la práctica médica es siempre una práctica técnica y simultáneamente social, aunque no sea percibido así por los médicos, Donnangelo (7) y Donnangelo y Pereira (8) reconocen la construcción histórica de esas identificaciones entre “trabajo”, “práctica” y “ciencia” en su ideología ocupacional, lo que, posteriormente, se extenderá a los demás trabajos en salud. La raíz de esa construcción está en la concepción, por parte de los médicos, de la práctica médica como una acción ahistórica desde la perspectiva de sus finalidades sociales. Según ellos, sus prácticas han estado desde siempre dirigidas a asistir a enfermos dentro de una ética de salvación, que sería la identidad social de su profesión. Conti (9) sintetiza esa elaboración en términos de “ahistoricidad de los fines e historicidad de los medios”, que expresa el reconocimiento de rupturas históricas solo en cuanto a los conocimientos y a las técnicas, que así innovan y se renuevan, pero no con relación a los propósitos de la intervención médica.

En particular, al examinar el significado de la práctica médica en la sociedad capitalista, así como los distintos fines concretamente operados en las asistencias desiguales a las clases sociales, Donnangelo y Pereira (8) señalan un interesante hecho histórico como una de las raíces de esta ideología ocupacional: la profesión médica, al contrario de muchos de los trabajos contemporáneos en salud, no fue constituida en el capitalismo; ya existía cuando este emergió.

Sin embargo, no caben dudas en cuanto a la completa reorientación hacia una base científica de carácter biomédico que realizó la práctica de los médicos con la modernidad, convirtiendo la medicalización de las necesidades sociales en salud en el referente tanto para la asistencia médica

individual, como para la salud pública (10,11). Pero el modo peculiar en el que los médicos se transformaron tanto en los detentores exclusivos de su práctica como de sus conocimientos, en cuanto a la monopolización de la práctica y del conocimiento, llevado a cabo muchas veces por los mismos sujetos, puede muy bien haber oscurecido el hecho de que sus acciones consolidaron dos esferas de producción social: la del trabajo y la de las ciencias biomédicas, confundidas ambas en el mismo término "medicina" (5).

Mendes-Gonçalves (1), al analizar las relaciones histórico-estructurales entre la ciencia y el trabajo en salud, vincula la construcción de saberes como la clínica con la asistencia médica individual y, la epidemiología, con la atención sanitaria, como instancias de mediación entre el conocimiento científico y su práctica en los servicios. Con base en el referencial marxista que considera el trabajo en su producción social, el autor señala la clínica y la epidemiología como saberes operativos (tecnológicos o tecnología no material) de transición entre lo científico y la intervención social. Estos saberes son los que operan la interconexión entre los agentes del trabajo (los médicos), sus medios materiales y sus objetos de intervención (enfermos, usuarios de servicios de salud, poblaciones territorializadas) y hacen que, al concebir las necesidades de salud de estos últimos, se concrete la finalidad del trabajo en salud en la sociedad capitalista. También es importante considerar, tal como lo analizan Nemes (3) y Schraiber (5), para contextos sociales particulares y concretos, el pasaje entre el saber pensado de forma abstracta y aquellos que se operan de forma concreta en los servicios de salud. A propósito de la práctica médica, por ejemplo, Schraiber (6) muestra el "doble carácter técnico" que la compone: la tecnología y el saber práctico de la experiencia, lo que acuñó la representación de la medicina como ciencia y arte de curar. También Campos (4) introduce consideraciones cercanas a esta, al discutir la mediación entre el conocimiento abstracto de las ciencias y el arte en la práctica cotidiana de los médicos. De este modo, en el cotidiano de los servicios, la clínica, que se efectiviza como saber operatorio, también es instruida por ese saber práctico.

Por lo tanto, lo que examinamos fueron las cuestiones referentes a los saberes que intervienen

en el trabajo asistencial en lo que atañe a la adopción, o no, de la perspectiva de género, tanto en la comprensión de su objeto de intervención –las necesidades de salud de usuarios de los servicios– como en la modalidad asistencial producida en términos de cuidados.

Consideraremos, ahora, la relación entre las prácticas profesionales, por un lado, y las políticas y los programas de salud, por otro. Señalamos, una vez más, las distinciones entre esos planos de actuación (12,13), reconocidos como esferas diferentes de intervención. Al definir las prácticas profesionales como desempeños permeados por determinantes técnico-científicos y sociohistóricos para la producción social de un trabajo, Schraiber (13) señala la relación entre esas prácticas y la política y su gestión en los servicios de salud como dimensiones parciales de un todo que está bajo tensión. Esto es producto de que las políticas no se inscriben directamente en el desempeño de los profesionales, ni los desafíos y dilemas que estos enfrentan se convierten, necesariamente, en problemáticas de las políticas. El núcleo central de sus definiciones, por ello, no tiene los mismos referentes.

Mientras las prácticas profesionales pueden ser consideradas como el modo de realización de lo científico y de lo tecnológico en la vida social, la política pública se refiere a la toma de decisiones por parte del Estado, que asume como sus asuntos el resultado de las disputas de grupos de intereses presentes en el gobierno (14). El Estado decide ante alternativas que representan ganancias y pérdidas para distintos grupos sociales, entre los que se encuentran los profesionales de la salud. Así, como cuestión de Estado, no siempre la alternativa técnico-científica es la de mayor valor, tal como lo es para el ejercicio profesional. Por eso las necesidades de salud serán objeto de diferentes lecturas en las instancias de la política y de las prácticas profesionales (13). Además, en el plano de la acción, existe una autonomía relativa entre la política y la práctica profesional: la primera es un plan, una intención y, la segunda, el modo concreto y particular de realización de la asistencia en las distintas modalidades de servicios. Esto equivale a decir que toda propuesta de intervención, en tanto plan, traduce una situación distinta de la propuesta como tecnología, es decir, como saber operatorio del trabajo profesional (2,3).

Así, podemos observar la complejidad que envuelve la incorporación del género como parte de los saberes operantes en los servicios de salud, puesto que representa un emprendimiento contracultural radicalmente distinto de la medicalización de las necesidades de salud con las que se constituyeron las prácticas profesionales. Además, es distinto adoptar el "concepto" de género, acuñado por la teoría y epistemología feministas, que adoptar la "perspectiva" de género, como partícipe de los movimientos sociales y políticos en torno a cuestiones de género. Por eso, en lo que respecta al concepto de género, las dificultades de su incorporación a las prácticas profesionales resultan mayores.

### **EL GÉNERO EN LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA Y EN LAS POLÍTICAS DE SALUD COMO DESAFÍOS PARA LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES**

Aunque a partir de la década de 1990 se haya producido en Brasil un crecimiento importante de los estudios científicos y de las políticas públicas en salud que incorporan la noción de género (15-19), no siempre quedan claros los significados que el término conlleva. Gran parte de la bibliografía se compromete con el término y defiende la intención de participar en las cuestiones que el género evoca. Así, en lugar de una referencia, en el sentido de una adopción teórica y científica capaz de pautar conceptos y concepciones específicas del campo de la salud, lo que aflora, con frecuencia, es un alineamiento político-ideológico, una "perspectiva" o aproximación a la crítica contracultural realizada por la teoría feminista al deconstruir las atribuciones y las identidades tradicionales de género.

Por lo tanto, lo que se está consolidando en el campo de la salud en Brasil es, sobre todo, la inclusión de la "perspectiva de género". Este proceso, que se ha dado bajo la influencia del movimiento social feminista y del movimiento de mujeres en la lucha contra las desigualdades de género y su efecto en la salud de las mujeres (15,20), se mezcló, desde los años 1980, con la creación y consolidación del propio campo de la salud colectiva, con el que converge en el doble objetivo de ese campo: el de redemocratizar

el Estado brasileño (bajo régimen dictatorial en aquella época) y el de democratizar la salud, a través de una reforma sanitaria que tendría la "salud como deber del Estado y derecho del ciudadano" (21).

La salud, considerada un derecho básico, siempre fue una prioridad en las reivindicaciones por el acceso a los servicios, una mayor equidad asistencial y la conquista de la ciudadanía plena. "Este cuerpo nos pertenece", uno de los lemas adoptados, abre las puertas a la crítica de la medicalización, del mismo modo que la valorización de los derechos sexuales y reproductivos lo hace con la deconstrucción de las desigualdades de género y la doble moral sexual (15,22).

En tiempos más recientes, después del año 2000, se sumaron otras demandas, entre ellas, y todavía bajo fuerte discusión, la necesidad de incluir a los hombres en las políticas, en las acciones y en los estudios, tanto porque los problemas de las mujeres no pueden ser analizados de forma desvinculada de los problemas de los hombres, como porque ellos también tienen necesidades específicas (16,23).

Podemos afirmar así que un primer paso en dirección de la teoría de género fue el pasaje, en la salud, de las "cuestiones de mujeres" hacia las "cuestiones de género" (24). Mientras tanto, frente a las contribuciones de la teoría de género, no se observa que sus potenciales analítico y ético-político, desde el punto de vista científico y desde el punto de vista de las políticas y programas de salud, hayan sido plenamente incorporados.

Nos estamos refiriendo aquí, entre las diversas corrientes que hoy constituyen las teorías de género, al pensamiento más clásico y vinculado al campo de la salud. Se trata de la contribución de Scott (25). En su texto, la autora defiende "género" como una categoría analítica en torno a tres cuestiones articuladas: la dimensión relacional entre los sexos, las diferencias percibidas entre ellos y el tratamiento de esas diferencias como desigualdades de poder. Critica, así, el uso del género como una categoría descriptiva de las relaciones entre los sexos que, por eso, no explicita su construcción y cambio a lo largo de la historia y que nada aporta sobre la inscripción de la desigualdad de poder embebida en esa construcción. Para la autora, género significa la construcción de un saber sobre los cuerpos, un saber

acerca de las diferencias sexuales y un saber que es simultáneamente una relación de dominación y subordinación. Así, afirma que el género es la organización social de la diferencia sexual, una referencia que organiza simbólicamente y materialmente la vida social. Pero, simultáneamente, valorizando la historicidad de esa construcción, la autora rechaza construcciones fijas y permanentes, evitando una simple oposición entre los sexos y la concepción esencializadora de sus diferencias. Por el contrario, al señalar la construcción de las relaciones tradicionales de desigualdad entre los sexos ve, en el concepto de género, la posibilidad de ofrecer alternativas críticas a esa construcción. Por ello, la adopción del concepto de género implica posicionarse en una epistemología política comprometida con la construcción de la equidad y la valorización de los sujetos y sus derechos, sean hombres o mujeres y, sobre todo, con la forma de relación entre ellos. Sin embargo, dentro de esa misma referencia, la incorporación del género en la producción científica de la salud colectiva brasileña tiene una articulación conceptual y metodológica todavía muy problemática.

En un estudio realizado por Araújo, Schraiber y Cohen (19) se observa que algunos investigadores solo substituyen "sexo" (biológico) por "género" (sexo cultural), o lo utilizan como una categoría empírica y no analítica, incluso simplemente describen las diferencias de comportamiento entre los sexos, sin analizar los sentidos sociales y culturales de dicha diferencia. En muchos casos, se hace un uso del género para mencionar a la mujer o al hombre en estudios específicos que ni siquiera incorporan la dimensión relacional. Con el propósito de mensurar tales ocurrencias, el estudio de Araújo, Schraiber y Cohen (19) realiza una búsqueda de artículos que contienen el término "género" en su título, resumen, o palabras claves, publicados en las principales revistas del campo en el período 1990-2008. Tomando como referencia a Scott (25), este estudio consideró dos posibles sentidos analíticos e interpretativos en el uso del concepto género: un "sentido completo" que tiene en cuenta no solo las diferencias sociales y culturales entre hombres y mujeres, o entre masculinidades y feminidades, sino también el entendimiento de cómo se producen esas diferencias en cuanto a dominación/subordinación; y un "sentido parcial" en el que aparece solo la

comparación descriptiva de las diferencias entre masculino y femenino, sin interpretación de las cuestiones de poder.

El estudio examinó 251 artículos y buscó analizar, por un lado, la coherencia epistemológica entre la intención declarada de valerse del concepto y su uso efectivo a lo largo del texto y, por otro, en aquellos en los que sí hubo un uso efectivo, que fue considerado una coherencia del estudio, cuál fue ese uso del concepto: si en su sentido parcial o en su sentido completo. Se señala que solo el 37% de los artículos científicos de las publicaciones seleccionadas hacen un uso completo del concepto de género y, sorprendentemente, un 25% de ellos ni siquiera presenta coherencia en la referencia, y declaran una intención de uso que se pierde a lo largo de la investigación publicada.

En este sentido, surge una importante y preocupante cuestión, principalmente, para el campo de la salud colectiva, ya que este campo pretendió una reforma de la salud en términos científicos y también ético-políticos. Se trata de verificar si en la pretensión de politizar los saberes técnico-científicos de base biomédica lo que se buscó al incorporar la perspectiva de género al campo de la salud, no se estará, al contrario, despolitizando la teoría de género, por la forma en que la producción científica está trabajando su concepto.

Por otra parte, desde el punto de vista de las políticas de salud y de sus programas de atención, la situación se presenta de un modo diferente, aunque no menos problemática. Aunque el análisis de la perspectiva de género en las políticas de salud necesite ir más allá de políticas o programas que atiendan a las mujeres, fueron las mujeres organizadas, en especial el movimiento social feminista, las que impulsaron esta agenda, y las primeras políticas con perspectiva de género fueron dirigidas a ellas (26). Publicado en 1983, el Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM) fue el primero en contemplar esta perspectiva y en criticar la visión de "salud materno-infantil", que hacía equivalentes las necesidades de las mujeres al cuidado de las gestantes y puérperas. El PAISM introduce la integralidad en el cuidado, lo que se convierte en un principio del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. Hay un reconocimiento de la mujer como sujeto de derechos, con especificidades que van más allá

de su capacidad reproductiva y la introducción de la necesidad de promoción, prevención y asistencia para una amplia gama de cuestiones: anticoncepción, cuidado de las enfermedades sexualmente transmisibles, prevención de cáncer ginecológico, salud mental, salud ocupacional, enfermedades crónico-degenerativas, salud de la mujer mayor, niñas y adolescentes.

Al criticar la reducción hasta entonces realizada sobre la mujer, considerada solo a partir de su capacidad reproductiva, el PAISM propone un trabajo de crítica y reflexión sobre la asimetría de poder entre hombres y mujeres en la sociedad y entre mujeres y profesionales de salud en los servicios de salud. Es, hasta hoy, considerado un marco reivindicativo de gran parte del movimiento feminista.

Pero los desafíos planteados por la propuesta fueron muchos y contradictorios entre sí. Su implementación fue desigual, discontinua, con avances y retrocesos (20,27). Al demandar asistencia integral, pide "más" acceso universal a todos los niveles de atención a la salud para todas las mujeres. Al mismo tiempo, necesita ser "mejor", en el sentido crítico de que los servicios no reproduzcan la medicalización del cuerpo femenino, la doble moral sexual, la desvalorización del trabajo doméstico, el lugar de la mujer como exclusiva cuidadora de sí y de la familia, y otras formas de reproducción de las desigualdades de género.

Algunos pasos efectivamente se dieron: la atención primaria y la dimensión educativa son aspectos valorizados en el programa, dado que contienen mayores posibilidades transformadoras en el sentido pretendido. El cúmulo de experiencias del movimiento feminista, en los talleres acerca del cuerpo, la sexualidad y otros temas valorados por el feminismo, es incorporado en la formación de los profesionales y en los materiales educativos confeccionados para estimular la crítica y la reflexión en el interior de los servicios de salud, para actuar en las desigualdades de género, garantía de autonomía y estímulo al autocuidado y autodeterminación de las mujeres (28).

En la década de 1990, se reduce la inversión en políticas sociales, lo que repercutió gravemente en la implementación del SUS y del PAISM. En 1996, el Programa Salud de la Familia, después transformado en Estrategia Salud de la Familia (ESF), propició un gran aumento de la cobertura

de la atención primaria focalizada en la población más pobre. Este programa, responsable de los importantes avances en la disminución de la mortalidad infantil (29), incide especialmente sobre las mujeres de clases populares. Su enfoque, que prioriza a las gestantes y niños de hasta dos años, vuelve a situar la gestación y la anticoncepción como una demanda relativa a la salud de las mujeres a ser atendidas, y entra en conflicto con la perspectiva de género del PAISM (26,30). La disputa entre el foco en la integralidad y el foco exclusivo en la salud reproductiva de las mujeres ha generado tensiones entre diferentes grupos de intereses dentro y fuera del gobierno, incluyendo el movimiento feminista (20).

Si las políticas dirigidas a la salud de la mujer ampliaron el acceso de las mujeres a la atención en los servicios de salud, en la mayor parte de los casos este aumento no redundó en cambios en el sentido pretendido por la perspectiva de género. Basta ver que el gran aumento de consultas por mujer en el cuidado prenatal (en 1995, para cada parto atendido en el SUS se realizaban 1,2 consultas prenatales; en 2011, se realizaban 10,2 consultas, más de un tercio realizadas por enfermeras) no se correspondió a una disminución de la mortalidad materna o a la reducción de la sífilis congénita (31). En el balance institucional realizado para el periodo de 1998-2002, se observó que las acciones realizadas priorizaron la salud reproductiva y la reducción de mortalidad materna y señalaron varias deficiencias en aspectos como climaterio, quejas ginecológicas, reproducción asistida, adolescentes, enfermedades crónico-degenerativas, salud ocupacional, salud mental, enfermedades infectocontagiosas y la inclusión de la perspectiva de género y de raza (32).

En 2004, se retoma y actualiza el PAISM como Política Nacional de Salud Integral de la Mujer (PNAISM). El género se coloca explícitamente como orientador del documento y citado según Scott (25), al mismo tiempo en que se destacan las especificidades por etnia, orientación sexual, clase social, región de vivienda y/o trabajo, desigualdad de acceso a los servicios y bienes sociales. El documento fundamenta que: "La vulnerabilidad femenina frente a ciertas enfermedades y causas de muerte está más relacionada con la situación de discriminación en la sociedad que con factores biológicos" (32 p.9).

Se incorporan a sus objetivos nuevas demandas surgidas en este periodo, como la prevención y el control de VIH/sida en la población femenina y la atención a la violencia doméstica y sexual. El PNAISM reitera de forma todavía más clara antiguas propuestas con escasa implementación, tales como la salud mental bajo el enfoque de género y la salud de las mujeres en la tercera edad. También incluye a mujeres y hombres como objetivo de las acciones de planificación familiar. Sus objetivos se centran en una importante cuestión surgida en dos décadas anteriores: la diversidad entre mujeres. Explicita la necesidad de promover la salud de las mujeres negras, indígenas, lesbianas, trabajadoras del campo y de la ciudad o en situación de prisión. La participación y el control social también son elementos centrales y están entre los objetivos declarados por el PNAISM, lo que fue formulado con la participación organizada de las mujeres en las Conferencias de Salud de la Mujer.

A pesar de los avances y de la reiteración de que “las históricas desigualdades de poder entre hombres y mujeres implican un fuerte impacto en las condiciones de salud de estas últimas [por lo que] las cuestiones de género deben ser consideradas como uno de los determinantes de la salud para la formulación de políticas públicas” (34 p.12), las dificultades de su efectiva implementación persisten. El propio documento orientador de la política detalla poco las acciones que permitirían la atención de las necesidades específicas de grupos de mujeres, o la efectiva incorporación de la perspectiva de género a la organización de los servicios y sus prácticas.

Hace unos años, el “Plan Integrado de Enfrentamiento a la Feminización de la Epidemia de sida y otras ETS” inauguró una perspectiva muy interesante de transversalidad, al articular diversos organismos gubernamentales –la Secretaría de Políticas para las Mujeres, el Ministerio de Salud de Brasil, la United Nations Population Fund (UNFPA) y Unicef– de forma integrada para el combate a la feminización de la epidemia desde una perspectiva de género (33).

En 2011, se lanzó la Rede Cegonha (Red Cigüeña) como principal programa del Ministerio de Salud de Brasil para la salud de las mujeres, que prioriza la atención en el periodo reproductivo y la atención integral a la infancia desde su nacimiento

hasta los dos años de vida. Su lanzamiento fue acompañado de una gran polémica, ya que hubo un posicionamiento frontalmente contrario por parte de la Red Feminista de Derechos Reproductivos y otras organizaciones feministas, que acusaron al programa de una vuelta al materno-infantilismo y de una ruptura con la integralidad por su no articulación con las demás necesidades de salud de las mujeres. Dada la preocupación por reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil, el programa responde a la demanda del movimiento organizado de mujeres, enfatizando la humanización de la atención al parto y el combate a la violencia obstétrica, y plantea como cuestión de derechos humanos la necesaria reducción de la inaceptable tasa de muerte materna brasileña. La humanización de la atención al aborto también forma parte del programa, a pesar de las grandes dificultades políticas para explicitar este tema, central en la discusión de la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos. Por todo ello, el programa más que repetir el materno-infantilismo, de cierta forma, lo actualiza, revelando una incómoda falta de consenso entre feministas, sanitarias, profesionales de la asistencia e investigadoras. La puesta en segundo plano de la integralidad por un tema focalizado, incluso con el anhelo de reducir un importante problema de salud pública y garantizar los derechos humanos, explicita las dificultades en la formulación y desarrollo de una política integral de reducción de las desigualdades de género en la salud.

En 2011, Brasil también lanza el Programa de Atención Integral a la Salud del Hombre (PNAISH), en el que el país es pionero, junto con Australia e Inglaterra (34). La preocupación por la especificidad de la salud de los hombres es relativamente reciente y deriva de un aumento de los estudios sobre las masculinidades en la década de 1990, desde una perspectiva de género. El problema de la salud de los hombres se plantea en términos de que si bien los hombres poseen mayor valor, poder y privilegios en la sociedad, al mismo tiempo tienen peores indicadores de salud. En promedio, en todo el mundo, mueren 6 años antes que las mujeres y esta diferencia aumenta en los países con mayores ingresos (34), lo cual se atribuye a los aspectos relacionados con el género: los hombres, en general, tienen un mayor consumo de alcohol y drogas y comportamientos más arriesgados, son más pensivos y sujetos a la violencia y a los

accidentes, tienen trabajos supuestamente más estresantes y debilitantes, todos atributos asociados a la construcción social de la masculinidad. Existe también evidencia de un menor uso de los servicios de salud, especialmente en lo que atañe a la atención primaria, lo que también ha sido relacionado con la noción de “invulnerabilidad masculina”, uno de los referentes del género. Por lo tanto, se podría indagar si en las políticas públicas de salud dirigidas a los hombres existe una perspectiva de género. Si la salud del hombre es vista tan solo como “relacional” a las mujeres, pero el componente de desigualdad de poder y su necesaria crítica no están presentes, se corre el riesgo de victimización de los hombres y reiteración de la desigualdad.

El surgimiento de las políticas muchas veces también está articulado a intereses de ampliación de la medicalización del cuerpo masculino. Los intereses de los laboratorios farmacéuticos y de los médicos urólogos que expanden el diagnóstico y producen la medicación para la disfunción eréctil son señalados como una fuerza motriz importante para la introducción del interés en la salud del hombre y su cuidado específico en Brasil. Estas iniciativas reiterarían las desigualdades de género existentes y la asociación de la masculinidad a la potencia sexual (35). Además, a diferencia de lo que ocurre con las mujeres, entre los hombres no hay un movimiento social organizado que discuta, monitoree y evalúe el programa, lo que hace el control social todavía más difícil, incluso en cuanto a la disputa por recursos entre los dos programas, lo que necesita ser repensado en términos de equidad y transversalidad de género.

## DESAFÍOS Y DILEMAS DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN CUANTO A LOS REFERENTES DE GÉNERO: LOS DERECHOS SOCIALES Y HUMANOS

*Quando hice odontología, ya quería ser médica [...] Le comuniqué la decisión a mamá y ella dijo: “¡Es una profesión para hombres, hija! Se necesita mucho estudio y mucho coraje. [...] Cuando yo comencé, las personas decían: “¿Vas a atenderte con una mujer?, humm...” Y la paciente: “Oiga, pero*

*ella opera. Yo la vi. Me voy a atender con ella, porque ella opera”. El hecho de que yo operara era una cosa que les gustaba a las personas. Es decir, era importante operar [...] Eso daba un prestigio, así... es decir, que se trabajaba como un hombre trabaja. Porque la idea de la cirugía era la idea de un hombre trabajando”. (6 p.75,79)*

El segmento citado forma parte del testimonio de la Dra. Emília, médica ginecóloga, que se recibió en 1931 y realizó su práctica en San Pablo. Fue entrevistada en 1987, a sus 85 años. El relato muestra la medicina como profesión masculina y la valorización de las mujeres a la medida de esa identificación de género. Ejercer la práctica como un hombre fue la puerta de entrada para las mujeres, en ese periodo de la conformación de la práctica liberal y que se convirtió en el referente para toda la medicina de la modernidad, manteniéndose como tradición en la contemporaneidad. A partir de los años 1990, se da una progresiva incorporación de mujeres al mercado de trabajo médico, en un evidente movimiento de feminización de la profesión (6) que llevó a las mujeres a enfrentar diversas cuestiones de género en ese recorrido (36). Sin embargo, a pesar de esa mayor presencia femenina, ni la perspectiva ni el concepto de género penetraron en el núcleo del saber técnico-científico y su práctica médica. Además, incluso en las diversas profesiones en salud que se han caracterizado por una presencia femenina mucho mayor, como la enfermería, que llegó a una fuerte identificación de “profesión de mujeres” o a una adecuación al saber-hacer tradicional de ellas (37), la mera presencia de las mujeres no anula aquella ausencia del género en sus saberes y prácticas de intervención, colonizados por los mismos referentes de la medicina de la modernidad (38).

Por otro lado, sin embargo, a partir de los años 1990, con la creciente penetración de la perspectiva de género en la salud emergió, como parte de una nueva experiencia médica y saber práctico de los médicos, una creciente preocupación por las cuestiones de género, en especial en las áreas especializadas de la ginecología y de la medicina generalista y comunitaria de los servicios de atención primaria del SUS, lo que tendrá influencia en los saberes operatorios de los

trabajos concretamente realizados en los servicios de salud. Esto fue resultado de la ya comentada influencia de los movimientos sociales en las políticas y programas de salud, particularmente con la creación del PAISM, y que buscó extenderse a la formación de los profesionales (39,40). No obstante, la fluctuación de esa inserción de género en las propias políticas de salud hace también inestable esa nueva experiencia médica.

Estas tendencias serán observadas también en las demás prácticas profesionales en salud. Obsérvese, por ejemplo, el análisis de los datos obtenido a través de observación participante y entrevistas a profesionales, en un estudio acerca de las cuestiones de género en el cotidiano de las prácticas profesionales. La investigación, realizada en 2003, se llevó a cabo con 12 equipos del Programa Salud de la Familia, distribuidos homogéneamente por las regiones de Recife, en Pernambuco, Brasil (41 p.48-49):

*...los casos considerados como de mayor complejidad "técnica" [entiéndase: casos que presentan cuestiones biomédicas más difíciles] son mencionados a las/os médicas/os y enfermeras por las otras profesionales, que muestran dificultad en la toma de decisiones cuando no son amparadas por profesionales de nivel superior; mientras que los casos con características más "sociales" [entiéndase: casos cuyas cuestiones biomédicas son más simples, incluso en el caso que la asistencia requerida implique cuidados de gran complejidad] son objeto de las enfermeras, cuando envuelven alguna "especialización" educativa, o de las agentes comunitarias. Así, las situaciones de cuestiones de género como ejercicio de la sexualidad de las niñas jóvenes o la violencia doméstica, se encuentran destinadas solo a algunos componentes del equipo y, como regla, distante de las/os médicas/os y de las auxiliares de enfermería. En estas situaciones, el desempeño se encuentra agravado por el hecho de que, para situaciones asistenciales o comunitarias nuevas y/o polémicas, que envuelven cuestiones de género y derechos humanos, en la decisión asistencial se da, con frecuencia, la ya comentada confusión entre una autoridad técnica y una autoridad moral, con un juicio*

*ambivalente por parte de las profesionales y trabajadoras de los equipos.*

Luego de esta interpretación prosiguen los registros en cuaderno de campo de la observación realizada. Largos tramos ilustran el análisis hecho y que se refiere al caso de una joven de 13 años que inició su vida sexual a los 12 años, de los cuales tomamos los siguientes extractos:

*Enfermera: "Después que ellas comienzan la vida sexual, nadie las para. Infelizmente es así [...] La enfermera aconsejó: "la mujer no debería acostarse con nadie antes de los 18 debido al sistema reproductivo, que todavía no está preparado, pero ya que te acostaste, lo importante ahora es cuidarse" [...] Ahora, la enfermera quiere que la joven participe del grupo de adolescentes para "esperar hasta los 19 años" -o sea, para que la niña no tenga hijos antes de los 19 años [...] La enfermera también orientó a la joven sobre la "vulgarización", que no es por haber perdido la virginidad que necesita estar acostándose con todo el mundo. (41 p.49-50)*

Estos datos, efectivamente, apuntan al fácil desplazamiento que se produce en el saber concretamente operado por la profesional, entre dos autoridades que se presentan en el ámbito de las prácticas profesionales en salud y cuya raíz se encuentra en la configuración de la práctica médica moderna como una técnica moral dependiente (5). Toda acción técnica en medicina está permeada por una acción moral, pero para aquellas situaciones en que no hay proposición científica de intervención, o para aquellas en las que el profesional quiere hacer valer su visión moral por sobre la profesional, esa característica de la práctica permite un traslado de la autoridad técnico-científica hacia aquella de naturaleza moral. Muchas veces el profesional profiere un juicio exclusivamente de orden privado como si fuese una autoridad técnico-científica, cuando en realidad se trata de sus valores personales y no los ético-profesionales. Algunos profesionales deliberadamente hacen este desplazamiento; otros, no. A nuestro modo de ver, dos motivos llevan a esa naturalización del desplazamiento hacia la moral personal: la medicalización de lo

social, con pretensiones de vaciar la dimensión técnica de las cuestiones sociales, y la imposibilidad práctica de que esto ocurra.

Sin tomar lo social como tal, pero con la necesidad de contextualizar los casos particulares, más allá de la experiencia práctica del profesional dentro de un saber que agrupa soluciones ya ejercitadas en casos pasados, será a través de esa contextualización que otras referencias, tales como los valores más personales, pueden inscribirse en la acción del médico (6). Es a través de esa peculiar puerta de entrada, y no por la formación profesional, que la preocupación por responder a las cuestiones de las mujeres desde una perspectiva de género termina también por inscribirse como una valorización personal de aquellos que se aproximan políticamente a las cuestiones de género y quieren abordar a la mujer como sujeto y hacer valer sus derechos humanos y sociales.

Sin embargo, para que esta incorporación se dé también en la formación de los profesionales y como parte de su ética profesional, hay que tener en mente que encontraremos un obstáculo adicional en la biomedicalización, pues la negación de lo social acuñó además simbólicamente la referencia a la "buena práctica" y los "buenos servicios" como aquellos que, basados en los parámetros biomédicos, abordan todos los cuerpos como iguales, sin dejarse influenciar, aparentemente, por cuestiones políticas, religiosas, o de preferencias personales del profesional. Esto entra en conflicto con la posición que el profesional debe asumir para hacer efectivos los derechos y la equidad de género y, como la tecnología está centrada en un ideal igualitario biomédico, es la que mejor configuraría (y de hecho simboliza) la intervención justa sobre los sujetos de la sociedad (enfermos). Al actuar exclusivamente en ese plano del cuerpo físico, el profesional se exime de cualquier otro tipo de relación o compromiso, sea emocional, social, étnico, de género o político. El ideal de la buena asistencia, en este sentido, se configura en el ideal de acceder a esa tecnología, representada como un bien en sí mismo que refuerza la visión medicalizadora de la vida social, aunque, como ya hemos dicho, los valores personales, los preconceptos y las discriminaciones, pueden siempre inscribirse en la práctica operada concretamente.

## CONSIDERACIONES FINALES

En este texto buscamos diferenciar los planos en que la perspectiva de género no solo puede, sino que debe incluirse, para que efectivamente repercuta en una atención a la salud que tenga en consideración los derechos de las mujeres y, en este movimiento, pueda contribuir a una mayor equidad de género. El hecho de que Brasil haya experimentado una amplia reforma sanitaria, desde un primer momento de cuño político y politizante, posibilitó que el campo de la salud se abriera a la democracia social, los derechos de ciudadanía y la deconstrucción de las desigualdades tradicionales de género. El lema de una atención integral simbolizó esa apertura y promovió un horizonte más interdisciplinario para la salud y sus prácticas asistenciales.

No obstante, dadas las distintas especificidades del plano de la política y de las prácticas profesionales en los servicios, se hizo evidente la desigual posibilidad de incorporación de la perspectiva de género, además de la necesidad de enfrentar cuestiones simbólicas y materiales también distintas. Al considerar la dimensión científica de los conocimientos como una base importante para las prácticas profesionales, identificamos las dificultades propias de esa dimensión para incluir teórica y metodológicamente tanto la perspectiva como el concepto de género en la producción de esos conocimientos.

Por todo ello, si bien el movimiento feminista u otros movimientos de mujeres motivaron en Brasil un creciente compromiso con la perspectiva internacional de combatir las desigualdades de género, el reconocimiento de los derechos de las mujeres todavía está marcado por la ambigüedad, la falta de transversalidad y las inestabilidades temporales de las políticas de salud. En la esfera de las prácticas profesionales, sus agentes muchas veces se equivocan en cuanto a las necesidades de las mujeres, desconociendo las políticas o los derechos humanos y sociales, y actúan conforme a estereotipos que refuerzan las desigualdades de género.

Lo que resta deconstruir de la perspectiva de género en las prácticas profesionales es, más allá de las políticas y programas de atención a la salud, la referencia tradicional de éxito asistencial. Sin

anular lo ya conquistado, la recuperación de los aspectos limitantes de la tecnología y del conocimiento científico que subyacen permitiría pensar vías alternativas de cuidar e intervenir en pro de

una perspectiva de salud diferente a la de las desigualdades de género, en los individuos y en las poblaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994.
2. Nemes MIB. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. En: Schraiber LB, organizadora. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 65-116.
3. Nemes MIB. Prática programática em saúde. En: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações em unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 48-65.
4. Campos GSW. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3033-3040.
5. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
6. Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec; 2008.
7. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade. São Paulo: Pioneiras; 1975.
8. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
9. Conti L. Estrutura social y medicina. En: Aloisi M, Berlinguer G, Conti L, Massuco-Costa A, Misiti R, Mondella F et al. Medicina y sociedad. Barcelona: Editorial Fontanela; 1972. p. 287-310.
10. Luz MT. Natural, racional, social - razão médica e racionalidade científica moderna. 2a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2004.
11. Ayres JRCM. Epidemiologia e emancipação. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1995.
12. Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
13. Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2635-2644.
14. Cohn A. Políticas e saúde: implicações e práticas. En: Campos GSW, Minayo MCS, Akerman M, Drummond-Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2a ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. p.219-246.
15. Corrêa S. Gênero e saúde: campo em transição. En: Bruschini C, Unbehaum SG, organizadores. Gênero, democracia e sociedade brasileira. São Paulo: Editora 34, Fundação Carlos Chagas; 2002. p. 359-388.
16. Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista Saúde Pública*. 2006;40(esp):122-132.
17. Grossi MP, Minella LS, Losso JC, organizadores. Gênero e violência: pesquisas acadêmicas brasileiras (1975-2005). Florianópolis: Editora Mulheres; 2006.
18. Villela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(4):997-1006.
19. Araujo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da saúde coletiva. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2011;15(38):805-818.
20. Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1073-1083.
21. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: Contribuição para a compreensão crítica. Salvador: Edufba; 2008.
22. Giffin K, Costa SH, organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
23. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):7-17.

24. Costa AO, Bruschini C, organizadores. Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1992.
25. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade. 1995;20(2):71-99.
26. Farah MFS. Gênero e políticas públicas. Estudos Feministas. 2004;12(1):47-71.
27. Corrêa S. PAISM: uma história sem fim. Revista Brasileira de Estudos Populacionais. 1993;10(1/2):3-12.
28. d'Oliveira AFPL. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 1999;3(4):105-121.
29. Macinko J, Marinho de Souza MF, Guanais FC, Da Silva Simões CC. Going to scale with community based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. Social Science & Medicine. 2007;65(10):2070-2080.
30. Villela W, Monteiro S. Atenção à saúde das mulheres. En: Villela W, Monteiro S, organizadoras. Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco, UNFPA; 2005. p. 15-31.
31. Rattner D. Da saúde materno-infantil ao PAISM. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2014;8(1):83-86.
32. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
33. Ferraz D, Kraiczik J. Gênero e políticas públicas de saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. Revista de Psicologia da UNESP. 2010;9(1):70-82.
34. Baker P, Dworkin SL, Tong S, Banks I, Shande T, Yamey G. The men's health gap: Men must be included in the global health equity agenda. Bulletin of the World Health Organization. 2014;92(8):618-620.
35. Carrara S, Russo J, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. Physis. 2009;19(3):659-678.
36. Montagner ML, Montagner MA. Mulheres e trajetórias na faculdade de ciências médicas da Unicamp: vozes singulares e imagens coletivas. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2010;17(2):379-397.
37. Scavone L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. En: Villela W, Monteiro S, organizadoras. Gênero e saúde: programa saúde da família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco, UNFPA; 2005. p. 99-109.
38. Fonseca RMGS. Atenção: mulheres trabalhando! (na vida, na saúde, na enfermagem). En: Fonseca RMGS, organizadora. Mulher e cidadania na nova ordem social. São Paulo: Neme/USP; 1996. p. 97-110.
39. Aquino EML. Desafios e limites no ensino de gênero em saúde coletiva: a experiência do MUSA. En: Villela W, Monteiro S, organizadoras. Gênero e saúde: programa saúde da família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco, UNFPA; 2005. p.141-154.
40. Portella AP. Estratégias, desafios e limites na formação em gênero e saúde: reflexões a partir de uma experiência feminista. En: Villela W, Monteiro S, organizadoras. Gênero e saúde: programa saúde da família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco, UNFPA; 2005. p.155-168.
41. Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no programa saúde da família do Recife. En: Villela W, Monteiro S, organizadoras. Gênero e saúde: programa saúde da família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco, UNFPA; 2005. p. 39-61.

#### FORMA DE CITAR

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. Salud Colectiva. 2014;10(3):301-312.

Recibido: 17 de agosto de 2014

Aprobado: 26 de septiembre de 2014



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.