

Género y Salud Pública: Abordaje en Términos de Diversidad Sexual

Gender and Public Health:
Approach in terms of Sexual Diversity

Yuliana Salcedo¹

RESUMEN

Como una de las categorías utilizadas para valorar las inequidades sanitarias, el género en la salud pública ha visto limitado su significado a las concepciones generalmente aceptadas sobre masculinidad y feminidad. Tal ocurre con la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, representadas por Jaime Breilh y Débora Tajer, ya que para el primero, el género constituye una perspectiva para enfocar la lucha por la salud y la vida surgida de una construcción cultural alrededor de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres; y para la segunda, la mirada de género implica incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención en ambos grupos genéricos. Similar situación se presenta con la Epidemiología Ecosocial de Nancy Krieger, dado que allí el género se entiende como el conjunto de convenciones culturales sobre el “deber ser” de las relaciones entre los sexos, cuyas permutaciones pueden tener relevancia frente a cualquier resultado en salud. Finalmente, para la Epidemiología Social (OMS), el género es un determinante estructural de la salud que incluye aquellas características de mujeres y hombres construidas socialmente como modelos de masculinidad y feminidad, cuyos efectos negativos sobre la carga de morbi-mortalidad afectan mayormente a niñas y mujeres. Con base en esto, se concluye que la salud pública tradicionalmente ha venido ocupándose de la relación salud-género desde una perspectiva binaria que no da cuenta por completo de las particularidades de los procesos de salud-enfermedad ni de las personas heterosexuales, ni de las sexualmente diversas.

Palabras Clave: *Género, Salud Pública, Performatividad, Diversidad Sexual.*

ABSTRACT

As one of the categories used to assess health inequities, gender in public health has limited its meaning to the generally accepted conceptions of masculinity and femininity. Such is the case with Latin American Social Medicine and Collective Health, represented by Jaime Breilh and Débora Tajer, since for the former, gender constitutes a perspective to focus the struggle for health and life arising from a cultural construction around the differences sexual relations between men and women; and for the second, the gender perspective implies incorporating the way in which the social asymmetries between men and women differentially determine the health-disease-care process in both generic groups. A similar situation arises with the Ecosocial Epidemiology of Nancy Krieger, since gender is understood as the set of cultural conventions about the “must be” of relations between the sexes, whose permutations may have relevance to any health outcome. Finally, for Social Epidemiology (WHO), gender is a structural determinant of health that includes those characteristics of women and men socially constructed as models of masculinity and femininity, whose negative effects on the burden of morbidity and mortality affect mainly girls and women. Based on this, it is concluded that public health has traditionally

been dealing with the health-gender relationship from a binary perspective that does not fully account for the particularities of health-disease processes or heterosexual persons, nor of the sexually diverse.

Key Words: *Gender, Public Health, Performativity, Sexual Diversity.*

Recibido el 07 de julio de 2017. Aceptado el 03 de agosto de 2017.

¹ Psicóloga y Magíster en Investigación Psicoanalítica, Universidad de Antioquia. Estudiante de la cuarta cohorte del Doctorado en Salud Pública, Universidad de Antioquia (Beca de Estudios Doctorales de Colciencias). Correspondencia a: yuliana.salcedo@udea.edu.co

BREVE HISTORIA DE LA CATEGORÍA GÉNERO

“ Quienes quisieran codificar los significados de las palabras librarían una batalla perdida, porque las palabras, como las ideas y las cosas que están destinadas a significar, tienen historia” [1]. Tal es la posición de Scott [1], a propósito de la forma como en el *Diccionario de usos del inglés moderno* de Flower, se define la noción de género, reduciéndola a ser solo un término gramatical, cuyo uso para referirse a personas o criaturas como de género femenino o masculino, es o bien jocoso, o un error.

Este término no puede ser controlado por la policía lingüística [2], no hay forma de contener por completo la manera de capturar su significado para mantenerlo libre de la invención humana, plantea la autora. Prueba de ello, es el empleo que a través del tiempo las feministas han hecho del género para referirse a la organización social de las relaciones entre los sexos, en donde las diferencias anatómicas han tenido significados particulares en distintos momentos [1].

Según Scott [1], la categoría de género parece haber aparecido en un principio entre las feministas americanas que buscaban hacer énfasis en la cualidad fundamentalmente social de las distinciones basadas en el sexo. En efecto, denotando el rechazo al determinismo biológico implícito en el empleo de términos como “sexo” o “diferencia sexual”, el género a su vez resaltaba los aspectos relacionales de las definiciones normativas de la feminidad, lo cual implicaba que no era posible comprender ni a las mujeres ni a los hombres si se les estudiaba de forma separada. Sumado a lo anterior, el género fue un término propuesto por quienes afirmaban que el saber de las mujeres transformaría fundamentalmente los paradigmas del feminismo [1].

Como categoría de análisis, entonces, el género fue objeto de dos tipos de usos: descriptivo y causal. En su uso descriptivo, el género aparece como un concepto asociado con el estudio de las cosas relativas a las mujeres en el que puede presentarse o no el tema de la desigualdad de poder. También hacen parte de este tipo de uso la concepción del mundo de la mujer como creado en y por el mundo de los hombres, al igual que la lectura del género en términos de una creación social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres [1].

Por otra parte, en lo que respecta a su uso causal, los enfoques para el análisis de la categoría género se apuntalan en tres posturas teóricas: el patriarcado, la tradición marxista y las escuelas del psicoanálisis [1]. Los teóricos del patriarcado se han interesado por la subordinación de las mujeres, encontrando su explicación en la “necesidad del varón” de dominar a la mujer, ya sea por medio de la función reproductiva o a través de la sexualidad en sentido extenso. Desde la tradición marxista, el género se concibe como un producto accesorio en el cambio de las estructuras económicas, cuyo estatus analítico depende por completo de ellas. Finalmente, los planteamientos de las escuelas psicoanalíticas anglosajona y francesa, comparten el interés por los procesos que dan lugar a la identidad del sujeto, la primera centrándose en la experiencia real del niño, y la segunda, recalando la función del lenguaje en la interpretación y representación del género.

Ahora bien, ninguna de estas teorías resulta operativa en su totalidad para Scott [1], quien propone concebir al género como un componente de las relaciones sociales basadas en las diferencias entre los sexos, que constituye al mismo tiempo el campo primario por medio del cual se significa el poder.

No obstante, frente a toda esta polifonía de voces, Benhabib [3] defiende la existencia de una coincidencia entre las teorías feministas, ya sean psicoanalíticas, postmodernas, liberales o críticas; las cuales, pese a sus puntos de desencuentro, parten del supuesto de que el proceso de constitución de las diferencias de género es de tipo histórico y social, en razón de lo cual, el género no es un hecho natural.

Así las cosas, en términos generales, el género da cuenta de una categoría relacional que busca explicar la construcción de un tipo de diferencia entre los seres humanos, planteada ella en términos de tipos femeninos y masculinos [3]. ¿Qué ocurre entonces con esta categoría cuando es tomada como referente de análisis por los discursos de la salud pública?

GÉNERO Y SALUD PÚBLICA: LOS DIFERENTES ABORDAJES

a) Medicina Social Latinoamericana y Salud Colectiva²

i. Epidemiología Crítica: Jaime Breilh

² *Medicina Social* es el nombre adoptado en la mayoría de países latinoamericanos para el campo de conocimiento y práctica surgido en esta parte del mundo como una alternativa frente a la Salud Pública Tradicional, con la cual presenta diferencias tanto a nivel teórico como metodológico. Dicho campo se conoce en Brasil como Salud Colectiva, debido a que en esa nación se hace énfasis en la distancia que deben tomar los análisis de las prácticas y organizaciones en salud respecto de la enfermedad y su tratamiento como eje central del proceso salud/enfermedad/atención, proceso que a su vez es construido colectivamente [7].

“Hago mía la vergüenza de un mundo inhumano y quisiera pedirles perdón a todas esas mujeres que sufren la inequidad, que han enfermado en cuerpo y alma por padecerla”

Jaime Breilh

Estudiar los determinantes de la salud-enfermedad colectiva implica un análisis relacional y jerarquizado en el que el género representa una categoría nodal [4], en torno de la cual se generan una serie de debates que más que dar cuenta de una discusión académica, constituyen un problema de la práctica política, puesto que el uso de dicha categoría ha de estar primordialmente al servicio de la defensa de la salud.

De acuerdo con Breilh [4], el género define un conjunto de capacidades y límites que tienen los seres humanos a nivel colectivo según sus caracteres esenciales, todo ello en un escenario social concreto. Dicho conjunto se hace manifiesto en una serie de comportamientos culturales que se desarrollan sobre una base psicofísica, en función de la cual habrán de ser considerados, o bien como típicamente femeninos, o bien como propiamente masculinos, razón por la que el autor asume como completamente errónea una separación total entre sexo y género, esto es, entre las condiciones fisiológicas y psíquicas diferenciadas que presentan hombres y mujeres, por un lado, y lo “cultural masculino” junto con lo “cultural femenino”, por el otro.

Tal separación se torna aún más desafortunada, afirma Breilh [4], si se tiene en cuenta la determinación histórica que se juega en ambos escenarios, es decir, la configuración que tanto lo cultural como lo biológico experimentan en la vida social, como consecuencia de lo cual la condición epidemiológica de un género encuentra su génesis parcialmente predeterminada en las generaciones que le han antecedido, y ello tanto en materia de patrones culturales como de ciertas normas de reacción genética, lo cual, lejos de dar cuenta de la imposición de unas relaciones mecánicas a la vida individual por parte de los determinantes colectivos, supone la existencia de una relación dialéctica entre ellos por medio de la cual los patrones culturales de género terminan de configurarse según las formas de reproducción social operantes en el presente.

Pensada en estos términos, la categoría género y su incorporación en la epidemiología crítica, en lugar de reducirse a la investigación de indicadores de morbi-mortalidad que afectan a las mujeres o a la pesquisa de los contrastes estadísticos que se presentan entre los sexos, abre toda una perspectiva enfocada en la lucha por la salud y la defensa de la vida, que al ser vinculada con la

categoría “reproducción social” permite realizar un análisis más completo de la serie de procesos destructivos y saludables que determinan las condiciones de vida y muerte de hombres y mujeres, el cual se conoce como *Perfil Epidemiológico* [4].

Una lectura epidemiológica de este orden, parte de la base de que la calidad de vida y la salud se forjan en medio de una permanente lucha entre procesos de la índole en mención que, haciendo presencia en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, van moldeando las condiciones físicas, mentales y espirituales del vivir, lo cual, tratándose del género, se hace particularmente visible en el campo de la salud [4].

En efecto, las relaciones de género son “determinantes de la calidad de vida y el bienestar físico y mental de los seres humanos” [4]; no obstante que “el género como tal, no [sea] ni saludable, ni patógeno, y que todo [dependa] de las circunstancias de la vida en que esté inscrito” [4]. Entender ello implica tener presente que dichas relaciones se modifican históricamente, que tienen expresiones distintas en los diversos grupos humanos que constituyen una sociedad, y que además han de ser pensadas en asocio con las categorías de clase y etnia, asunto este que se torna mucho más complejo cuando se trata de las mujeres, toda vez que en su vida y salud ellas están determinadas por una *Triple Carga* que las expone a trabajos informales, jornadas dobles con distribución sexista de responsabilidades y posibilidades de descanso-recreación, así como a un desempeño reproductivo con demandas especiales en función de sus características fenotípicas.

Los perfiles de vida de las mujeres, entonces, están expuestos a formas más intensas de deterioro que los acechan tanto en el ámbito laboral, como en la práctica doméstica y en la tarea reproductiva, y que son desencadenadas por el neoliberalismo como fase voraz del desarrollo capitalista [4].

Exposición a condiciones de privación extrema de recursos para el desempeño de la doble o triple jornada diaria; dependencia casi total de la práctica doméstica respecto del trabajo femenino; subvaloración en el empleo; sistemática discriminación en el campo de la alimentación, recreación y formación; sometimiento a formas de vida cotidiana bajo patrones de dominación patriarcal, subordinación y violencia; menor acceso a servicios públicos y una mínima cuota de poder de participación en la conducción de la vida social [4], he aquí algunos de los problemas de mayor prevalencia e incidencia en el género femenino que obedecen a su subordinación a condiciones impuestas por un discurso

patriarcal que, paradójicamente, no sólo las afecta a ellas sino que termina haciéndolo también con la salud del género masculino.

Hombres y mujeres comparten los aspectos centrales de su condición de clase, señala Breilh [4], a propósito de este asunto; sin embargo, las situaciones concretas de género que ellas enfrentan en el grupo social al que pertenecen, establecen notorias diferencias con los varones respecto de los procesos destructivos que tendrán que padecer unas y otros. De allí que en epidemiología, el marco teórico sobre la construcción social del género haya restringido, de modo general, la reflexión sobre la categoría género y su impacto en la salud al ámbito de lo femenino, sirviéndose para ello de diferentes abordajes teórico-prácticos, en los cuales la categoría en mención se puede concebir o bien como una categorización psicobiológica y, en ese sentido, como un sinónimo del ser mujer; o bien, como una categorización funcional, lo que supone pensarla en términos de los roles que una determinada sociedad asigna a sus miembros en función de sus características anatómo-fisiológicas. Ambas concepciones, afirma Breilh [4], están fuertemente ligadas al modelo estructural funcionalista, según el cual el sujeto no es más que un objeto individual o colectivo que existe en función del sistema social que lo determina.

Otra opción ha sido entender el género como una categoría ligada a las preocupaciones por el poder femenino y la lucha por la conquista de la autarquía en el seno de las relaciones interpersonales. Finalmente, siendo concebida como mediación determinante, en esta categoría se ha visto la posibilidad de ubicar las determinaciones específicamente femeninas que inciden sobre las condiciones de salud-enfermedad, cuyo conocimiento es indispensable de cara a la formulación de acciones de prevención y promoción de la salud [4].

Todos estos abordajes teóricos se han traducido en análisis sobre problemas de salud materna, de salud de la mujer en el trabajo, en el consumo y en la cultura en general, afirma el autor [4], para quien este tipo de reflexiones enriquece sobremanera el conocimiento epidemiológico al permitir establecer las potencialidades y vulnerabilidades específicas de género en cada una de las dimensiones de la reproducción social.

ii. Débora Tajer

Incorporar una mirada de género en salud supone ocuparse del “modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres, [presentadas asociadas con factores como la edad, la etnia y la clase social], determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención de

ambos grupos genéricos” [5]. En efecto, “estableciendo vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado” [5], entendido éste como un “sistema de relaciones sociales presente en todas las sociedades que coloca a los varones en una posición de dominio” [6], las asimetrías en cuestión determinan diferencias a nivel de los modos de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos y morir.

Ello puede observarse claramente en la división sexual del trabajo de la que viene siendo testigo América Latina, afirma Tajer [5], ya que a la masiva entrada de mujeres al mercado asalariado, en lugar de haberse aparejado una redistribución de las tareas domésticas que normalmente aquellas desempeñan, en ocasiones se le suma el trabajo de cuidar de otras personas, lo que termina convirtiéndose en la realización de una triple jornada que en algunos países de la región es promovida por los mismos sistemas de salud, los cuales pretenden, vía la creación de planes de apoyo económico dirigidos a madres de familia, que ellas desempeñen en sus hogares el rol de amortiguadoras de la pobreza extrema y, en esa medida, que mejoren los indicadores de salud de su núcleo familiar.

Ahora bien, pese a que es un hecho inobjetable que la introducción de la perspectiva de género en el campo de la salud se fundamenta en el objetivo de identificar y resolver las problemáticas que en esta materia aquejan a las mujeres, en razón de sus características biológicas y su lugar en lo social, y que por esta raíz histórica además, en la actualidad son mayores los desarrollos que desde la citada perspectiva se ocupan de la salud de las representantes del sexo femenino, particularmente en su dimensión sexual y reproductiva; Tajer [5] es clara en señalar que el ver al género como una nueva nomenclatura útil para hacer referencia de manera exclusiva a la salud de las mujeres, resta considerable potencia al uso que de dicha categoría podría hacerse en aras de enfrentar los problemas de inequidad que se presentan en el ámbito sanitario, desde una perspectiva de justicia social que se corresponda con problemáticas ligadas tanto a la carencia, como a los excesos y la invisibilización, lo cual implica cuestionarse también por los problemas y daños a los que se pueda ver expuesta la salud de los hombres.

En su caso, perfiles epidemiológicos específicos por sobrecarga laboral asociada con el exceso y la exposición a riesgos, son las problemáticas más comunes en las que se hacen manifiestos los costos sobrevenidos del poder sostener o no una posición hegemónica [5] en la que, como proveedores económicos y sociales, han de abstenerse de manifestar cualquier tipo de malestar que

los aflija, con los nefastos efectos que ello tiene para el diagnóstico temprano de las enfermedades.

Hombres y mujeres entonces, ven afectado su proceso de salud-enfermedad-atención de una manera particular, en razón de sus características genéricas. No de otra manera podría entenderse el hecho de que ellos tengan más riesgo de padecer cardiopatías isquémicas, mientras que ellas al enfermar de este cuadro sean peor atendidas y presenten una mayor tasa de mortalidad para todas las franjas etarias [5].

Efectivamente, “en una misma patología [existe] inequidad en el riesgo para los varones y en la calidad de la atención para las mujeres” [5], todo ello por razones de género, dado que mientras que los primeros representan el grupo poblacional en edad productiva en el que durante los inicios del Siglo XX comienza la epidemia de enfermedades cardiovasculares y que ha mantenido a su vez una mayor incidencia, pese a que la cantidad de mujeres afectadas por tales patologías va en aumento [8]; respecto de las segundas, al no ser esperable ni de parte de los profesionales de la salud, ni de parte de ellas mismas como pacientes, el desarrollar un tipo de patología como la cardiopatía isquémica por ser considerada una enfermedad “propia de los varones”, se invisibiliza la incidencia real de ésta última en ellas, al tiempo que se prescinde de tomar los primeros síntomas de la enfermedad como insumo para un diagnóstico precoz [9].

De acuerdo con Tajer [5], las características genéricas y la diferencia que les es consustancial se transforma en inequidad³ en salud en los niveles que corresponden a la *distribución de los riesgos* y el relevamiento de las necesidades en salud, a los mecanismos y modelos de atención, al tipo de cobertura y financiamiento, a los costos de género que acarrear los cuidados de la salud, a la evolución de los tipos de familia y su relación con el sistema sanitario y, finalmente, a la gestión y toma de decisiones.

En cuanto al primer nivel, del lado de la distribución de los riesgos, la autora señala una “sobremortalidad” masculina en los segmentos etarios de 14 a 24 y de 35 a 54 años, cuyas causas están asociadas a los efectos de los modelos de la masculinidad hegemónica en la vida y la salud de los varones, los cuales atentan contra su propia capacidad para la auto-conservación [5]. A propósito de las mujeres, su sobrevivencia se presenta en asocio con discapacidad, peores condiciones socioeconómicas,

epidemias de tristeza y mayor riesgo de adquirir múltiples patologías como consecuencia de ser víctimas de violencia de género.

De otro lado, en el *relevamiento de las necesidades en salud*, Tajer [5] hace un llamado a reconocerlas como producto de la interacción entre lo biológico, lo subjetivo y lo social, triple determinación que ha de ser valorada en una lógica diferencial que permita identificar aquellos aspectos que son exclusivos o más prevalentes en uno de los dos sexos, que tienen consecuencias distintas o reciben respuestas particulares de parte de los hombres y las mujeres, o que no tienen ni los mismos factores de riesgo para los sexos, ni reciben el mismo trato por parte de las instituciones.

En lo que respecta al segundo nivel, relacionado con los *mecanismos y modelos de atención*, retomando una clasificación planteada por la OPS⁴ en el 2010, la autora señala que ellos pueden ser insensibles o neutrales al género, conscientes de esta dimensión o género transformadores.

En lo concerniente al tercer nivel, *tipo de cobertura y financiamiento*, este fue objeto de cambio a raíz de los procesos de reforma sectorial en la salud que se implementaron en América Latina en los noventa, los cuales han tenido un impacto específico en la equidad de género, manifiesto en un acceso diferencial dependiente del sistema de financiamiento de la salud al que se pertenezca [5].

Por otra parte, en relación con el nivel número cuatro, es decir, con los *costos de género que acarrear los cuidados de la salud*, Tajer [5] plantea que este es un escenario en el que hacen presencia el componente institucional y el doméstico, en cuyo interior se deben valorar aspectos tales como la distribución y composición por género tanto de los trabajadores del sector salud y el impacto de su labor, como de los cuidadores en el hogar.

Para el caso de los primeros, sesgos de género en la mirada y resolución de problemas, inequidades en la distribución del saber y el poder en salud y feminización del sector público son los rasgos más llamativos; en cuanto a los segundos, la constante es que en los diferentes ciclos de la vida las mujeres cuiden más y sean menos cuidadas [5].

A propósito del quinto nivel, referente a la *evolución de los tipos de familia y su relación con el sistema sanitario*, los descensos en el tamaño promedio de las familias y el

3 Siguiendo a Hernández [10], entiéndase por tal desigualdad injusta, teniendo presente a su vez que, a propósito de la caracterización de la concepción de justicia, existe cierta complejidad dada la cantidad de autores y corrientes de pensamiento involucrados, así como de posiciones mezcladas o implícitas. Baste por el momento señalar que cada a corriente en salud pública subyace una determinada forma de entender lo justo en materia sanitaria.

4 Siglas de Organización Panamericana de la Salud.

simultáneo aumento de la esperanza de vida y descenso de personas disponibles en los hogares para ejercer el rol de cuidadores, plantea nuevos retos en materia de satisfacción de necesidades de cuidados por enfermedad que, en palabras de Tajer [5], ameritan un cambio de valores y actitudes de cara a intentar encontrar una manera adecuada de resolverlos.

Finalmente, pensando en el *nivel de gestión y toma de decisiones*, las inequidades en salud derivadas de las diferencias entre grupos genéricos, demandan la incorporación del componente de género en los planes, programas y acciones derivados de las políticas públicas, así como de mecanismos de control social de gestión donde los grupos de defensa de derechos tengan voz y voto, todo ello previa realización de una lectura política global de cada uno de dichos procesos que permita identificar además la presencia de posibles aliados para su puesta en práctica. Tales son los cometidos que ha de plantearse una agenda de género para políticas públicas en salud [5].

b) Epidemiología Ecosocial: Nancy Krieger

“Open up any biomedical or public health journal prior to the 1970s, and one term will be glaringly absent: gender”

Nancy Krieger

El gran ausente en las revistas biomédicas y de salud pública hasta la década de 1970, ese fue el género, de acuerdo con los planteamientos de Krieger [11] en el artículo titulado “Genders, sexes and health: ¿what are the connections – and why does it matter?”.

Introducido en el idioma inglés en los años 70 como una alternativa frente al determinismo biológico que acompañaba a la noción de sexo presente en el lenguaje científico, el concepto de género denota una naturaleza social relativa “a las convenciones, roles y comportamientos ligados a la cultura que se asignan a hombres y mujeres, niños y niñas, así como [a] las relaciones recíprocas entre estos” [12], cuya variación se da en función de factores como la clase social, la raza, la nacionalidad o la religión, entre otros.

Esta definición, refleja una expansión de significado a cuya consecuencia el citado concepto pasa de ser netamente un término técnico gramatical para convertirse ahora en uno de análisis social, brindándole con ello la posibilidad a la comunidad científica de intentar aclarar si las diferencias observadas en los roles sociales, el rendimiento y el estado de salud en hombres, mujeres, niñas

y niños se deben a particularidades biológicas supuestamente innatas, o a normas y convenciones culturales sobre el “deber ser” de las relaciones entre ellos [12].

Con esto a su vez, el concepto de sexo, que otrora describiera ampliamente las diferencias relativas entre las mujeres y los hombres⁵, se contrajo para, en adelante, denotar las características biológicas que permiten la reproducción sexual, lo que tratándose de los seres humanos implica reconocer como sus variantes al sexo masculino y femenino, así como a los estados intersexuales y transexuales.

En este contexto, masculino y femenino remiten, respectivamente, al hombre como donante de espermatozoides y a la mujer como portadora del óvulo que ha de ser fecundado con fines reproductivos. En lo concerniente a los estados intersexuales, trátase aquí de las personas que nacen con caracteres sexuales masculinos y femeninos; mientras que los estados transexuales, aluden a aquellas que se someten a intervenciones quirúrgicas y/o tratamiento hormonal para modificar su sexo [12].

Tales estados representan nuevas construcciones a nivel del sexo que tienen, a su vez, implicaciones en materia de género. A partir de ellas, una nueva cadena de investigación en salud se ha forjado intentando incorporarlas en el ámbito científico mediante una visión plural del sexo y el género; sin embargo, tal empresa se ha visto limitada por la falta de modelos conceptuales claros que permitan determinar la relevancia que frente a un resultado de salud tienen dichas categorías [11].

Cuestionarse por ello es un asunto empírico para cualquier resultado de salud, afirma Krieger [11], quien además está convencida de que no sólo las relaciones de género pueden influir en la expresión de los rasgos biológicos, sino que también las características biológicas ligadas al sexo pueden, en algunos casos, ocasionar o amplificar las diferencias de género en la salud.

Un ejemplo del primer caso lo constituye la mayor prevalencia de VIH/SIDA debido a lesiones por pinchazo de aguja entre las mujeres, en comparación con los hombres que trabajan como cuidadores de pacientes, puesto que aquí las relaciones de género resultan determinantes para el riesgo de exposición, en la medida en que dada la sexualización del trabajo, es más probable que quienes se desempeñen como cuidadores sean mujeres [11].

En cuanto al segundo caso, la mayor remisión de los hombres en comparación con las mujeres para intervenciones por Síndrome Coronario Agudo, ilustra como la

⁵ Como en el caso de las tesis desarrolladas por Simone de Beauvoir en su obra “El segundo sexo”, afirma Krieger [11].

biología ligada al sexo puede actuar en calidad de determinante de la edad de presentación de dicho cuadro clínico, puesto que los hombres tienen una propensión más alta a presentar infartos en edades tempranas, siendo ello a su vez un aspecto que tiene incidencia respecto de la forma como los médicos interpretan los síntomas y toman decisiones en materia de diagnóstico y tratamiento, lo cual se evidencia en las menores probabilidades que tienen las mujeres de ser referidas, especialmente a edades más tempranas [11].

Ahora bien, igualmente posible es que un determinado resultado de salud se deba a la acción conjunta de aspectos relacionados con el sexo y el género o que, por el contrario, ninguno de ellos tenga incidencia frente al riesgo de exposición y/o de resultado, como ocurre, por ejemplo, con la temprana edad de infección por VIH entre mujeres comparada con hombres heterosexuales en Estados Unidos, en donde el desequilibrio de poder entre los sexos y la mayor eficiencia biológica de la transmisión de hombres a mujeres se unen para hacer de éstas un grupo vulnerable [11]; o con la variación regional de las tasas de accidentes cerebrovasculares entre hombres y mujeres, donde el sexo y el género no juegan un papel determinante. De allí que el asunto central en una investigación en salud pública que se pretenda válida, sea poder determinar la relevancia o irrelevancia de estas dos categorías como determinantes frente a un particular evento de salud.

c) Epidemiología Social: OMS

In many societies, gender constitutes a fundamental basis for discrimination, which can be defined as the process by which 'members of a socially defined group ... are treated differently (especially unfairly)' because of their inclusion in that group.

World Health Organization

Contrario a lo ocurrido con el sexo, en donde las características que le son propias están biológicamente determinadas, el género se refiere a aquellas particularidades construidas socialmente al modo de convenciones, papeles y comportamientos, por medio de las cuales se configuran las relaciones entre mujeres y hombres [13].

Tales convenciones se concretizan en modelos de masculinidad y feminidad, cuyas consecuencias para la salud afectan diferencialmente a quienes se inscriben en uno u otro lado. Los hombres y los niños, por ejemplo,

pueden experimentar efectos perjudiciales en su salud al encontrarse inmersos en modelos que fomenten la violencia o el abuso del alcohol; las mujeres, por su parte, pueden verse afectadas por una falta de control sobre las diferentes clases de recursos con las que estén en contacto y, en términos generales, por contar con un menor estatus social.

El género entonces, en muchos casos constituye una base sobre la cual se edifican procesos de discriminación en los que los miembros de un grupo socialmente definido son tratados de manera injusta⁶, debido fundamentalmente a su pertenencia al mismo, lo cual puede ocurrirle tanto a los hombres como a las mujeres, pese a que son ellas y las niñas quienes llevan a cuestras la mayor carga de efectos negativos sobre su salud en razón de las jerarquías sociales basadas en el género [13].

De acuerdo con el informe denominado *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, entregado en 2008 por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), en conjunto con los ingresos, la educación, la ocupación, la clase social y la raza/origen étnico; el género es un estratificador estructural que genera una exposición diferencial a condiciones dañinas para la salud, condicionando con ello las consecuencias que en esta materia pueden experimentar los grupos más y menos favorecidos [13].

Sumado a lo anterior, esta vez en términos del informe sobre *Salud en las Américas*, edición 2012, respecto del género se plantea que puede funcionar como determinante estructural de la salud, es decir, como un atributo que genera o fortalece la estratificación de una sociedad y define la posición socioeconómica de la gente, al tiempo que configura la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos; debido precisamente a la influencia fundamental que tiene en el establecimiento de jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos y la distribución de beneficios [14].

Pensar al género como un determinante estructural implica reconocer su prioridad causal en la generación de inequidades sociales en materia de salud, puesto que si bien el enfoque de los Determinantes Sociales reconoce como un hecho incuestionable el poderoso impacto que las condiciones sociales tienen sobre la salud, dentro de dicho enfoque no todos los factores tienen la misma importancia. En efecto, como componentes básicos del marco conceptual del enfoque en mención aparecen la

⁶ La noción de justicia en juego aquí está pensada en términos de equidad en la distribución de los recursos sociales a los que, en teoría, todas las personas tienen derecho.

situación socioeconómica y política, los determinantes estructurales y los determinantes intermedios [14].

A propósito del contexto socioeconómico y político, este abarca los mecanismos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, entre ellos, el mercado de trabajo, el sistema educativo y las instituciones políticas; de allí su poderosa influencia sobre las oportunidades de salud de las personas. En lo concerniente a los determinantes estructurales, ellos se encuentran enraizados en las instituciones y mecanismos clave del contexto socioeconómico y político, en asocio con los cuales constituyen los determinantes sociales de las desigualdades en salud. Finalmente, en lo que respecta a los determinantes intermedios, ellos permiten operar a los determinantes estructurales para la producción de resultados de salud, se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud [14].

Así pues, de acuerdo con el enfoque de los Determinantes Sociales, en su condición de determinante estructural de salud, el género se torna en uno de los factores clave a intervenir de cara a la búsqueda de condiciones que permitan promover la equidad en salud en un marco de justicia social⁷ [13], desde el cual, si bien no se hace referencia a las mujeres o a los hombres per se, es posible observar que en las relaciones de desigualdad que se presentan entre ellos en materia sanitaria, la peor parte se la llevan las niñas y las mujeres.

GÉNERO PERFORMATIVO, SALUD PÚBLICA Y DIVERSIDAD SEXUAL.

Si yo soy de un cierto género, ¿seré todavía considerado como parte de lo humano? ¿Se expandirá lo «humano» para incluirme a mí en su ámbito? Si deseo de una cierta manera, ¿seré capaz de vivir? ¿Habrà un lugar para mi vida y será reconocible para los demás, de los cuales dependo para mi existencia social?

Judith Butler

Llegados a este punto, es un hecho innegable que el discurso de la salud pública reconoce la importancia del género como categoría para valorar las inequidades en salud. Igualmente cierto es que, pese a los matices que es

posible identificar entre las formas como es concebida por los diferentes autores, en dicha categoría pareciera haber una cierta feminización de las problemáticas sanitarias, manifiesta en el mayor número de desarrollos que desde la perspectiva de género se ocupan de la salud de las mujeres, así como en las tímidas referencias respecto de las formas como el género influye en los problemas de salud de los varones, las cuales, particularmente en lo relacionado con las prácticas del cuidado de sí, parecieran dar cuenta del poco interés que esta temática ha suscitado en los salubristas; asunto este que, en todo caso, deja abierta la pregunta por el papel que podrían estar representando las prácticas discursivas de la salud pública de cara a un reforzamiento de los estereotipos de la masculinidad hegemónica [16].

De vuelta en el género, más allá de la creencia en la “feminidad” o “poca masculinidad” con que podría adjetivarse en su condición de categoría, en el campo de la salud pública el género ha visto limitado su significado a las concepciones tradicionalmente aceptadas sobre la masculinidad y la feminidad, en donde la norma es el dimorfismo sexual y la complementariedad heterosexual de los cuerpos.

A este respecto, resultan llamativos los planteamientos de Tajer [5] y Krieger [11], a propósito de los hogares basados en relaciones homosexuales, por un lado, y los estados intersexuales y transexuales como categorías de sexo, por el otro; ya que si bien pudiera haber en aquellos un incipiente distanciamiento de la perspectiva binaria desde la que la salud pública tradicionalmente ha venido ocupándose de la relación salud-género, termina siendo justamente dicha perspectiva sobre la que se sustentan las implicaciones de una reflexión que se cuestiona por la relación del sistema sanitario con la pareja homosexual vista a la luz de su falta de pretensiones de procrear [5]. Ocurre lo mismo, cuando a los intersexuales se les concibe solo como seres con caracteres sexuales masculinos y femeninos, y a los transexuales como aquellos que se encuentran en tránsito hacia el sexo opuesto por medio de terapia hormonal y/o intervenciones quirúrgicas [11].

En los tres casos, la biología del cuerpo obnubila cualquier reflexión sobre las orientaciones sexuales⁸ en juego, la división en sexos es tomada como condición

⁷ La justicia social se refiere a la forma como se distribuyen los bienes y las cargas en la sociedad, la definición de los derechos de las personas y la formas como se llevan a cabo los procesos de toma de decisiones; sin embargo, pese a esta generalidad, la manera como se entiende la justicia social no es homogénea [15]. En el caso de los DSSS, su propuesta se sustenta en una posición liberal redistributiva de la justicia en donde los principios de libertad e igualdad son complementarios [10], el desarrollo económico es condición del desarrollo social y el Estado actúa como protector de la libertad individual y la propiedad privada.

⁸ Puntos hacia los cuales se dirige el deseo de un ser humano, pudiendo ser aquellos alguien del mismo sexo, de sexo contrario o ambos sexos.

objetiva a partir de la cual se levantan normas de género que responden a visiones “universales” del ser hombre y ser mujer, alrededor de las cuales se tejen unos “supuestos sabidos” que excluyen de sí a hombres y mujeres que no encajen en los ideales de masculinidad y feminidad⁹, como es el caso de lesbianas, gays, bisexuales, personas *Trans* e intersexuales.

Este asunto es palmario si se piensa, por ejemplo, en la cirugía de reasignación de sexo y su dependencia del diagnóstico de *Disforia de Género*¹⁰. Esta diagnosis certifica una condición que facilita el acceso a medios médicos y técnicos para la transición de sexo, lo cual hace de la cirugía en cuestión una elección condicionada médicamente, en donde el diagnóstico al tiempo que proporciona una forma económica de transicionar, hace las veces de un instrumento de patologización de “lo que debería concebirse como una entre las muchas posibilidades humanas de determinar el propio género” [17].

Estableciendo criterios para identificar a las personas *intergenéricas*¹¹, la diagnosis da cuenta de una versión muy rígida de las normas de género, a las cuales no se interpela por presuponerseles fijas e inmutables [17].

Llegados a este punto, es imperativo reconocer que así como existen personas que buscan tener acceso a una cirugía de reasignación de sexo, existen otras que encuentran en ella una imposición de la cual buscan liberarse [17] y que, incluso, “no todos los individuos a los que se diagnostica *Disforia de Género* son o desean convertirse en transexuales” [17].

Es claro entonces cómo el universalizar unos “supuestos sabidos” en materia de sexualidad genera la exclusión de quienes a ellos no se avienen, pero no únicamente, puesto que incluso aquellos a los que las normas de género han logrado disciplinar no logran ver reflejadas por completo sus necesidades de salud en los citados supuestos, particularmente cuando se trata de los hombres [8,16].

Es por ello, que desde la perspectiva binaria no se logra dar cuenta en su totalidad ni de las problemáticas de salud que enfrentan los heterosexuales, ni tampoco de las

que sufren las personas cuya sexualidad no es hegemónica, toda vez que en éstas se diluyen las denominadas “incompatibilidades” respecto de las normas sexo-généricas, al desmontar de su lugar de poder al binarismo heterosexualista.

Siguiendo a Viveros [18], “la masculinidad”, “la feminidad”, “la heterosexualidad” y “la homosexualidad” no son esencias, ni categorías naturales o pre-sociales despojadas de historia, ni tampoco posiciones de sujeto o experiencias sociales uniformes o monolíticas; contrario a ello, todas presentan un carácter inestable que, en el marco de una realidad heterogénea, se articula con categorías de poder como la raza, la clase y la sexualidad¹².

Tal estado de cosas demanda el reto de presentar una nueva lectura del género que establezca un marco de comprensión flexible, a partir del cual se puedan captar “otras” opciones de vivir la “sexualidad” sin tener que remitirlas a lo “exótico” [18], asunto que implica cuestionarse sobre ¿qué es el género, cómo se produce y reproduce, y cuáles son sus opciones? [21].

A propósito de esta pregunta, Butler [22] plantea que el género sexual [remite a] una condición que no se corresponde con lo que son las personas, sino con lo que hacen. La conversión en hombres o mujeres se da a través de la repetición de actos que (...) dependen de convenciones sociales, afirma la autora. De acuerdo con lo anterior, el género es el producto de una atribución forzada, que “(...) no tiene una posición ontológica distinta de los diversos actos que conforman su realidad” [21], pese a la ilusión de sustancia que produce su naturalización.

Hay aquí una denuncia respecto de la arbitrariedad del binarismo sexo/género que supone una ruptura con los modelos sustanciales de identidad, dado que esta última al no estar fijada en un núcleo esencial, presenta un “carácter *constituido*” [21] que le hace no estar ni fatalmente especificada ni totalmente arbitraria, lo cual a su vez, le otorga la posibilidad de mantenerse en permanente cambio, siendo más una expresión que una particularidad inmutable del sujeto, un sujeto que es múltiple y contradictorio, portador

9 Conceptos relacionales cuya existencia está en función del contraste del uno con el otro, los cuales a su vez, en su uso moderno se sostienen en la asunción de que la conducta es resultado del tipo de persona que se es. De allí que la masculinidad se asocie con el ejercicio de la violencia, la dominación y la conquista sexual; mientras que la feminidad se caracteriza por su carácter pacífico, conciliador y pasivo en materia sexual. Ahora bien, no obstante lo anterior, es menester señalar que como productos históricos ambos conceptos han sido objeto de diferentes estrategias para caracterizar el tipo de persona que se considera masculina o femenina (Connell, 1997).

10 Pudiéndose presentar en asocio o de manera independiente de un Trastorno del Desarrollo Sexual, la *Disforia de Género* alude a la marcada incongruencia entre el sexo que una persona siente y expresa y el que se le asigna en función de sus características anatómicas, a raíz de la cual sobreviene un malestar clínicamente significativo durante un periodo mínimo de seis meses. Este cuadro puede presentarse en niños, adolescentes y adultos, antes o después de iniciado un proceso de transición [20].

11 Traducción al español de la expresión inglesa “cross-gendered person”, persona de género cruzado.

12 Término cuyo significado evoca distintas nociones de placer, creencias personales, valores, emociones, al igual que diferentes debates sobre las opresiones y violencias a las que da lugar [18].

de diferentes posiciones o expresiones de género.

Ahora bien, esta no totalidad en materia de determinación que se juega en el proceso de constitución de la identidad subjetiva no ha de hacerse equivalente a una construcción voluntarista del sujeto, en la que el género como estilo de vida puede ser escogido y modificado a conveniencia en el día a día [22]

“La libertad de un sujeto para formar su sexualidad según le plazca” [23], responde a una concepción del proceso en cuestión como *performance*, como artificio; por oposición a lo que sucede con la performatividad, noción que Butler utiliza para nombrar el efecto de un régimen que, de manera coercitiva, establece unas normas cuya ritualizada repetición configura una matriz a partir de la cual un sujeto solo podrá ser entendido o bien como masculino, o bien como femenino. Performatividad equivale a una “repetición obligatoria de normas anteriores que constituyen al sujeto sexuado genéricamente, normas que no [pudiendo ser descartadas] por voluntad propia, (...) son también los recursos a partir de los cuales se forja la resistencia, la subversión y el desplazamiento” [22].

En otras palabras, si bien el género es resultado de la operancia de un régimen coercitivo, “no por ello [es] completamente determinante” [22], ya que al ser una atribución que no cumple en su totalidad con las expectativas de su destinatario, se convierte para él en un ideal que nunca logra habitar del todo. De allí que haya en la performatividad una “posibilidad inédita de dotar de nuevos significados unos términos investidos de gran poder” [22], lo cual ocurre en función de su ineficacia. Es esa la promesa crítica que brinda el *drag*¹³ con su “exteriorización del fracaso de los regímenes heterosexuales en reglamentar o contener completamente sus propios ideales” [22].

En términos de la teoría de la performatividad del género, lo importante es la deconstrucción del orden simbólico, el desestabilizar todas las identidades fijas junto con los discursos conservaduristas que las soportan y perpetúan, propiciar la emergencia de diferencias no binarias, cambiantes; “Replantear constantemente los términos del reconocimiento social, de manera que les sea posible a vidas muy diversas habitar el mundo a plenitud sin tener que renunciar a lo que son” [24]; “permitir un futuro incierto, abierto, imprevisible, maleable, no cerrar definiciones, no delimitar el espacio en el cual se reconoce la vida humana, mantener espacios para nuevas posibilidades” [25].

He aquí la salida deconstructiva y antiesencialista propuesta por Butler [17,21,22,23] frente a la inamovilidad del

binarismo y heterosexismo surgidos como producto de una red de dispositivos de saber/poder, y que puede servir a su vez como referente para que desde los discursos de la salud pública, teniendo en mente las diferentes posiciones en debate en términos de equidad en salud y entrando en contacto con los procesos de construcción de identidad, tanto a nivel colectivo como individual, se pueda seguir dando la batalla por el cese de las injusticias asociadas a las desigualdades en materia sanitaria que sean susceptibles de llegar a generarle una mala situación de salud [26], tanto a quienes se inscriben en las sendas de la sexualidad hegemónica, como a quienes ondean la bandera de la diversidad sexual.

REFERENCIAS

1. Scott, J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. [en línea]. 1996. [fecha de acceso marzo de 2017] URL disponible en: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/scott.pdf>
2. Scott, J. Género: ¿todavía una categoría útil para el análisis?. La manzana de la discordia, [en línea]. 2011. [fecha de acceso enero de 2017] URL disponible: <http://www.bdigital.unal.edu.co/48429/1/genero-todav%C3%ADa-una-categor%C3%ADa-traducci%C3%ADn.pdf>
3. Benhabib, S. Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral [en línea]. 1992. [fecha de acceso febrero de 2017] URL disponible <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/viewFile/323/324&a=bi&pagenumber=1&w=100>
4. Breilh, J. El género entrefuegos: inequidad y esperanza. 1ª ed. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS; 1996.
5. Tajer, D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En Tajer, D. Género y Salud. Las políticas en acción. Buenos Aires, Lugar Editorial. 2002.
6. Cobo, R. Repensando la democracia: mujeres y ciudadanía. Perspectivas feministas 2008; 19-52
7. Iriart, C., Waitzkin, H. Breilh, Estrada, A., Merhy, E. Medicinal Social Latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Pública [en línea]. 2002. [fecha de acceso marzo de 2017] URL disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n2/11619.pdf>
8. Tajer, D.; Reid, G.; Gaba, M.; Lo Russo, A.; Barrera,

13 Término inglés que significa disfraz con el atuendo del sexo opuesto y que Butler [21] en su obra “El género en disputa” utiliza como ejemplo de la performatividad.

- M. Investigaciones sobre género y determinación psicosocial de la vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. *Revista Argentina de Cardiología* [en línea]. 2013. [fecha de acceso febrero de 2017] URL disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482013000400011
9. Tajer, D. Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. *Anuario de Investigaciones* [en línea]. 2005. [fecha de acceso marzo de 2017] URL disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139942024.pdf>
 10. Hernández, M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: Ponencia presentada a la mesa “Problemas éticos: desigualdad, inequidad e injusticia”, en el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud: México: Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES, 2008.
 11. Krieger, N. ¿Genders, sexes and health: ¿what are the connections – and why does it matter?. *International journal of epidemiology* [en línea]. 2003. [fecha de acceso marzo de 2017] URL disponible en: https://www.researchgate.net/publication/10618334_Genders_sexes_and_health_What_are_the_connections_-_And_why_does_it_matter
 12. Krieger, N. Glosario de Epidemiología Ecosocial. *Boletín Epidemiológico OPS*, 2002; 23 (1)
 13. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Geneva. [en línea]. 2010 [fecha de acceso abril de 2017] URL disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
 14. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud). *Salud en las Américas, Panorama regional y perfiles de país*. [en línea]. 2012. [fecha de acceso enero de 2017] URL disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=124&lang=es
 15. Peñaranda, F. Salud Pública, Justicia Social e Investigación Cualitativa: hacia una investigación por principios. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*; [en línea]. 2015. [fecha de acceso febrero de 2017] URL disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/24542>
 16. Muñoz, N. [et al] *Teoría crítica de la sociedad y la salud pública*. John Harold Estrada Montoya (Ed.). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. [Tesis Doctoral] Antioquia: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2011.
 17. Butler, J. *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós. 2006
 18. Viveros, M. *Alteridad, género, sexualidad y afectos*. Reflexiones a partir de una experiencia investigativa en Colombia. *Cadernos Pagu* [en línea]. 2013. [fecha de acceso marzo de 2017] URL disponible en: https://www.researchgate.net/publication/273942410_Alteridad_genero_sexualidad_y_afectos_Reflexiones_a_partir_de_una_experiencia_investigativa_en_Colombia
 19. Connell, R. *La organización social de la masculinidad*. Masculinidad/es, Poder y Crisis. Santiago, Isis Internacional: Flacso Chile, 1997.
 20. American Psychiatric Association. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM- 5*. Brug Translations Inc (Trad). [en línea]. 2014. [fecha de acceso abril de 2017] URL disponible en: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=Z-GVmYXVsdGRvbWFpbmhzYW5qaW5lenBzaWN-vbG9naWF8Z3g6MwY4OWQ5ZGM0NTRiZD-cwOA>
 21. Butler, J. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 1999/2007
 22. Butler, J. *Críticamente Subversiva*. En: Mérida, R. (ed). *Sexualidades Transgresoras. Una antología de estudios Queer*. Barcelona: Editorial Icaria. 1993/2002.
 23. Butler, J. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós. 1993/2002.
 24. Pulecio, J. *Judith Butler: una filosofía para habitar el mundo*. *Universitas Philosophica*, [en línea]. 2011. [fecha de acceso abril de 2017] URL disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vniphilosophica/article/view/10869>
 25. Alves de Atayde, *Performidad y política en Judith Butler*. *Eikasía. Revista de Filosofía* [en línea]. 2014. [fecha de acceso febrero de 2017] URL disponible en: <http://www.revistadefilosofia.org/39-06.pdf>
 26. Borrero, Y. *Luchas por la salud en Colombia*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana. 2014