



La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas

The feminist perspective of intersectionality in the field of public health: a narrative review of the theoretical-methodological literature

Marcia Thereza Couto¹, Elda de Oliveira², Marco Antônio Alves Separavich³, Olinda do Carmo Luiz⁴

¹Doctora en Sociología. Posdoctora en Salud Colectiva. Profesora, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil. 

²Doctora en Ciencias. Investigadora en Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil. 

³Doctor en Salud Colectiva. Investigador, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil. 

⁴Doctora en Medicina Preventiva. Investigadora, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil. 

RESUMEN El abordaje de la interseccionalidad emergió a fines de la década de 1980, en el campo del activismo feminista negro en EEUU, como crítica a los análisis unidimensionales de las desigualdades sociales. Esta revisión narrativa descriptivo-analítica presenta el estado actual de la inclusión teórico-metodológica de la interseccionalidad en la salud pública. Se consultaron siete bases de bibliografía científica: Web of Science, Embase, Cinahl, Scopus, Sociological Abstracts, Lilacs y Medline, y se obtuvieron 1.763 artículos. Eliminados los duplicados y leídos los títulos y resúmenes, se seleccionaron 30 artículos producidos en cinco países entre 2006 y 2017. El análisis, estructurado en tres temas (debates teórico-metodológicos; marcadores sociales –género, raza, etnicidad, orientación sexual–; y políticas y prácticas de salud), muestra que la interseccionalidad es un recurso analítico prometedor para la comprensión y el enfrentamiento del desafío global de las desigualdades en salud.

PALABRAS CLAVES Salud Pública; Revisión; Disparidades en el Estado de Salud; Identidad de Género; Raza y Salud.

ABSTRACT The intersectionality approach emerged in the late 1990s in the field of black feminist activism in the USA, as a critique of one-dimensional analyses of social inequalities. This descriptive-analytical narrative review presents the current state of theoretical-methodological inclusion of intersectionality in public health. Seven scientific literature databases were consulted: Web of Science, Embase, Cinahl, Scopus, Sociological Abstracts, Lilacs, and Medline, resulting in 1763 papers. After duplicates were eliminated and the titles and abstracts screened, 30 papers produced in five countries between 2006 and 2017 were selected. The analysis, structured into three central themes (theoretical-methodological debates, social markers – gender, race, ethnicity and sexual orientation – and health policies and practices), shows intersectionality to be a promising analytical resource for understanding and facing the global challenge of inequalities in health.

KEY WORDS Public Health; Review; Health Disparities; Gender Identity, Race and Health.

INTRODUCCIÓN

Tanto desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, como desde la perspectiva socioantropológica de la salud-enfermedad, los campos de la salud pública y la salud colectiva hace mucho que consideran los marcadores sociales de clase, género y raza/etnia como referencias importantes en el análisis de las diferenciaciones y desigualdades en salud^(1,2). Más recientemente, otros marcadores sociales como orientación sexual y generación han sido incorporados como referencias empíricas y conceptuales importantes, tanto en los estudios relativos a las disparidades en salud entre segmentos sociales, como en aquellos enfocados a los procesos socioculturales de salud, enfermedad, muerte y cuidado de grupos sociales específicos o minoritarios^(3,4).

Las categorías de diferenciación social, o marcadores de diferenciación social, pueden ser definidos como construcciones sociales anteriores a la existencia de los sujetos, que se articulan produciendo mayor o menor inclusión o exclusión social, dependiendo de la posición que ocupan en los sistemas de clasificación, es decir, de la forma cómo representan sus posiciones sociales, del tipo de control social ejercido sobre ellos y de su agencia en el ámbito del complejo sistema social en que se incluyen. Además, en el proceso de conformación de las identidades sociales de los sujetos, los marcadores sociales actúan de forma dinámica, fluida y flexible a partir de contextos históricos particulares, en relaciones de poder situacionales y según privilegios y procesos estructurales de opresión.

Tomando en consideración los múltiples niveles de articulación de los marcadores sociales en la producción de los procesos sociales de dominación y opresión y sus impactos en el proceso de salud-enfermedad, la interseccionalidad ha surgido recientemente como un abordaje teórico-metodológico alternativo y prometedor en los análisis que interrogan la dinámica y la complejidad de las interacciones de los marcadores sociales en los niveles individual, institucional y estructural⁽⁵⁾.

Originada en la producción feminista crítica estadounidense en raza y género, entre finales de la década de 1980 e inicios de la siguiente⁽⁶⁾, la interseccionalidad constituye una perspectiva teórico-metodológica de carácter transdisciplinar orientada a la aprehensión de la complejidad de las identidades y sus relaciones con las desigualdades sociales. A través de un abordaje integrado, cuya base epistémica se asienta en la refutación de la compartimentación y jerarquización de los marcadores de diferenciación social (género, clase, raza, etnia, discapacidad y orientación sexual)⁽⁷⁾, el movimiento de la interseccionalidad ha crecido en el interior de diferentes disciplinas, además de cuestionar fronteras disciplinares rígidas, en la medida en que construye puentes para el debate en términos teóricos y metodológicos. En este sentido, desde el inicio de los años 2000 se asiste a la extrapolación de la interseccionalidad como abordaje exclusivo del pensamiento feminista negro crítico, que piensa las experiencias de las mujeres negras en sistemas de opresión, al análisis de un amplio conjunto de temas, objetos y grupos sociales en Europa y en países como EEUU y Canadá⁽⁶⁾.

En Latinoamérica, dadas las profundas desigualdades sociales existentes, hace más de dos décadas que los marcadores de clase, género y raza se insertaron en los debates académicos y en las agendas políticas de la región⁽⁸⁾, sobre todo, a partir de la intervención pública y política del movimiento feminista de las mujeres negras. Las discusiones de temas como la posición femenina en el mercado de trabajo, violencias públicas y privadas, cuestiones de salud y las representaciones de la mujer en los medios señalaron que las desigualdades sociales y de salud y los procesos opresivos se agudizan cuando se analizan desde una mirada de raza, principalmente, sobre las mujeres negras o afrodescendientes pobres. El supuesto de un género femenino universal, hasta entonces vigente en la sociedad, hacía invisibles las experiencias de opresión de esas mujeres. Una vez rechazado por las feministas negras locales, se generaron directrices recomendadas a las agencias gubernamentales, en la búsqueda de acciones de enfrentamiento

de las desigualdades sociales basadas en las disparidades raciales y de género⁽⁹⁾.

El enfoque de la interseccionalidad ha sido utilizado críticamente por investigadores latinoamericanos, destacándose que el análisis de las desigualdades sociales marcadas, simultáneamente, por clase, género y raza/etnia debe desarrollarse conjuntamente con la crítica al sistema de subordinación colonizador, capitalista y globalizado, característico de las sociedades locales^(8,10). Este sistema de poder clasifica socialmente a los sujetos y, en la jerarquía social, inferioriza a aquellos que no se adecuan al estereotipo físico y sexual del colonizador occidental: hombre, blanco, clase media o superior, heterosexual. La colonialidad penetra todos los aspectos de la vida social, haciéndose presente tanto en la dominación material como en las intersubjetividades⁽¹⁰⁾. Entre varios aspectos, se destaca la heteronormatividad compulsoria de la sexualidad, cuyos efectos también se reflejan en la dependencia femenina de clase, género y estatus de ciudadanía⁽¹¹⁾.

En la producción académica feminista, desde la última década, la interseccionalidad ha sido elevada al estatus de ser la contribución teórica más importante del feminismo⁽¹²⁾, dado su intento prometedor de constituirse como un abordaje teórico y de producción de investigaciones empíricas⁽¹³⁾; además de servir al renovado ímpetu político de la producción académica feminista. Como se ve en revisiones de los campos de la psicología⁽¹⁴⁾, la sociología⁽¹⁵⁾ y la salud pública^(16,17) es evidente la creciente aceptación de la interseccionalidad, sea como perspectiva, abordaje o como campo de estudios⁽¹⁸⁾.

Considerando los procesos de salud y enfermedad, la interseccionalidad ha sido paulatinamente incorporada al campo de la salud pública^(16,17,18,19). Para autoras como Hankivsky⁽¹⁹⁾, la interseccionalidad es un paradigma de investigación que tiene por objetivo abordar la complejidad que envuelve la producción y el mantenimiento de las disparidades en salud. Considerando su diseminación y su creciente utilización en las investigaciones de las disparidades y desigualdades en los procesos de salud-enfermedad, y la falta de

estudios que expongan el estado de la cuestión en el campo de la salud pública y de la salud colectiva, este trabajo busca responder los siguientes interrogantes: ¿cuál es el estado actual del debate teórico-metodológico de la interseccionalidad en el campo de la salud pública y de la salud colectiva?; ¿cómo utilizan las y los autores del campo el lenguaje teórico y la fundamentación metodológica propia de la interseccionalidad?; y ¿cuáles son sus potencialidades y sus límites en el abordaje de las desigualdades y la equidad en salud en la agenda contemporánea de la salud pública y la salud colectiva? El objetivo final es situar el debate teórico-conceptual y metodológico de la interseccionalidad en el campo de la salud pública y la salud colectiva.

MÉTODOS

Presentamos una revisión narrativa descriptivo-analítica basada en la producción científica de diferentes áreas del conocimiento, siempre que hayan mencionado la incorporación de la interseccionalidad en temas de salud pública y salud colectiva. *Criterios de elegibilidad*: se seleccionaron artículos publicados en español, inglés y/o portugués, de carácter ensayístico, teóricos y/o metodológicos, o de revisión bibliográfica, que discutían la interseccionalidad en el campo de la salud pública y la salud colectiva o en temáticas relacionadas con el campo como: disparidades en el cuidado en salud, desigualdad y salud, género y salud, orientación sexual y salud, raza, etnia y salud, clase social y salud. *Criterios de exclusión*: se descartaron los artículos oriundos de estudios empíricos, tanto de naturaleza cualitativa como cuantitativa, y aquellos que solo citaban la interseccionalidad, pero sin remitir a la discusión sobre la incorporación, las potencialidades y/o los límites del abordaje en el campo, el tema o el objeto en cuestión.

En cuanto al proceso operacional, la fase de selección de los artículos a través de la evaluación de los títulos fue realizada por una investigadora y un investigador de forma

independiente, y una tercera investigadora arbitró las divergencias encontradas. En las fases de lectura de textos integrales, extracción de datos y elaboración del análisis interpretativo participaron la totalidad de las y los investigadores.

Las búsquedas se realizaron en abril de 2017. En la primera, en el portal PubMed, se identificó la nomenclatura más sensible para la investigación: *intersectionality* [All Fields] AND (*"health"*[MeSH Terms] OR *"health"*[All Fields]), la cual se aplicó en las demás bases; con excepción de Sociological Abstracts, en la que no existía la palabra *intersectionality* y se optó por la palabra *intersection*. En las distintas bases de bibliografía científica se utilizaron combinaciones de términos basadas en la nomenclatura aceptada por cada recurso informacional.

En la estrategia de búsqueda se utilizaron siete recursos informacionales, de los cuales seis eran bases electrónicas de bibliografía científica: Web of Science, multidisciplinaria; Embase, biomedicina y ciencias de la salud; CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), enfermería, biomedicina y ciencias de la salud; Scopus, multidisciplinaria; Sociological Abstracts, sociología; LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), biomedicina y ciencias de la salud; y el portal PubMed, que engloba a Medline, biomedicina y ciencias de la salud. La etapa siguiente consistió en examinar las referencias listadas en las publicaciones seleccionadas, buscando aquellas que no habían sido captadas en búsquedas anteriores.

El análisis del material se inició con la extracción de informaciones sobre los autores (sexo y país de afiliación institucional de el/la autor/a principal) y los artículos (año y revista en la que fue publicado). A continuación, se buscó información sobre los temas investigados, los marcadores de diferenciación social abordados y las referencias teóricas de la interseccionalidad citadas. En la etapa siguiente, los artículos fueron agrupados según tres ejes temáticos: 1) Debates teórico-metodológicos en interseccionalidad y salud; 2) Marcadores sociales de género, raza, etnicidad y

orientación sexual, interseccionalidad y salud; y 3) Políticas y prácticas de salud. Sobre la base de estos ejes temáticos, se procedió a la lectura de los artículos con el objetivo de aprehender el contenido general e identificar el abordaje conceptual empleado. En la última etapa se compararon los diferentes núcleos temáticos en cuanto a la incorporación teórico-metodológica de la interseccionalidad y se realizó el análisis interpretativo final.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La estrategia de búsqueda inicial dio como resultado 1.763 artículos, los cuales se exportaron al programa de administración de referencias EndNote Web, para eliminar las duplicaciones. Excluidas las duplicaciones (n = 629), quedaron 1.134 artículos. Después de la lectura de los títulos y resúmenes se eliminaron 1.106, y restaron 28 artículos para su lectura completa, que cumplían los criterios de inclusión establecidos. Se añadieron dos artículos encontrados a partir de la exploración de las referencias bibliográficas del material leído integralmente. Por lo tanto, el corpus de este análisis quedó conformado por 30 artículos (Figura 1).

Entre las 1.106 referencias excluidas hubo editoriales, comentarios, tesis, disertaciones y capítulos de libros; artículos de las áreas de educación, psicología, derecho, cultura, comunicación social y medios que discutían la interseccionalidad, pero sin una articulación con el campo de la salud. Respecto a los artículos empíricos excluidos, si bien usaban la metodología de la interseccionalidad en la práctica investigativa, no profundizaban la discusión teórico-metodológica, tema central de este trabajo.

Con relación al año de publicación, los primeros trabajos son de 2006 y se observa una tendencia de crecimiento consistente a lo largo de los últimos 12 años, con una concentración mayor en los años 2014, con siete artículos, y 2016 con seis. Con relación al país de origen, considerando la adscripción institucional del autor principal, los países

que más contribuyeron fueron EEUU (n = 13), Canadá (n = 10) y Australia (n = 3). Las revistas en las que se publicaron los artículos seleccionados son bastante variadas, concentradas –como era de esperar– en el área de la salud. Si se consideran estos dos últimos aspectos –país de origen y revista en la que se publicaron los artículos– se justifica reconocer que en esta revisión bibliográfica, el abordaje de la interseccionalidad en el campo de la salud es fuertemente anglosajón. La producción también se destaca por ser eminentemente femenina, ya que las mujeres son autoras principales (primera autora o autora de correspondencia) en 27 artículos. Los marcadores sociales abordados fueron: raza, etnia, clase social, género, generación, orientación sexual, estatus migratorio, localización geográfica y/o estatus socioeconómico.

La Tabla 1 presenta los artículos seleccionados, clasificados según ejes temáticos y

autoría; con los años de publicación, el sexo de el/la primer/a autor/a, el nombre de la revista, el país de afiliación académica de el/la primer/a autor/a y los marcadores sociales abordados.

Los debates teórico-metodológicos en interseccionalidad y salud

Los desafíos de la incorporación de los presupuestos conceptuales y metodológicos y la potencialidad de la interseccionalidad para el campo de las investigaciones constituyen el foco del eje temático denominado *debates teórico-metodológicos de la interseccionalidad en la salud*, que incluye diez trabajos^(16,17,19,20,21,22,23,24,25,26) producidos en los últimos diez años, cinco de los cuales corresponden a autoras canadienses. Autoras como Olena Hankivsky y Lisa Bowleg, originalmente vinculadas a los *women's studies*, promueven “revisiones críticas” a partir de sus áreas de actuación (estudios canadienses de los determinantes sociales de la salud y estudios estadounidenses sobre raza y minorías en salud, respectivamente), quienes enumeran y proponen debatir críticamente las posibles contribuciones del abordaje de la interseccionalidad como herramienta teórico-metodológica para comprender mejor y enfrentar las diferenciaciones y desigualdades en salud, hecho que actualmente también se coloca como desafío global^(17,18,19).

Hankivsky et al.⁽²⁶⁾ sostienen que el análisis interseccional no busca agregar categorías (por ejemplo, sexo, raza, clase, sexualidad); sino que, por el contrario, se esfuerza por entender lo que se ha creado en la intersección de dos o más ejes de opresión. Al hacerlo, se reconoce la naturaleza multidimensional y relacional entre los

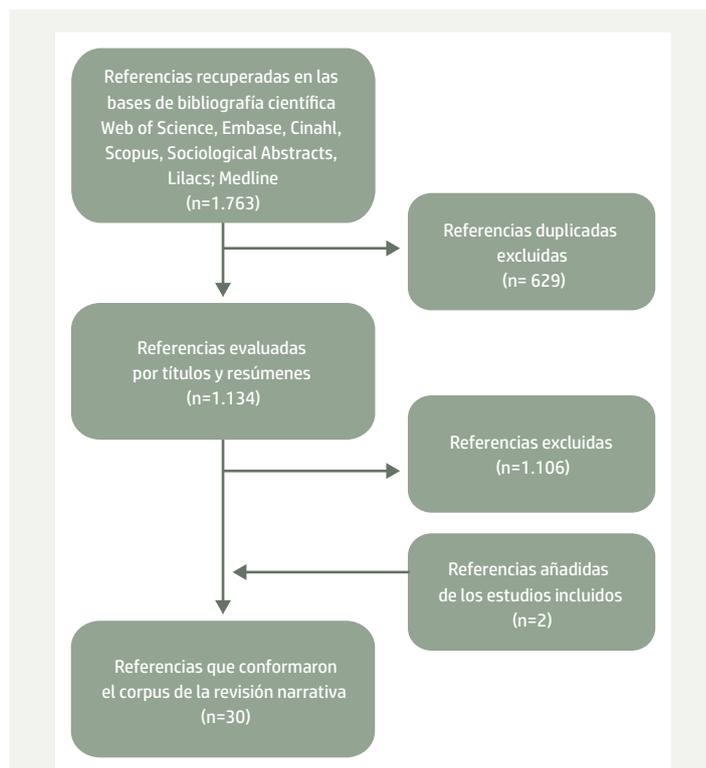


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de los artículos sobre interseccionalidad en el campo de la salud pública y la salud colectiva. 2017.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Artículos seleccionados sobre interseccionalidad, según ejes temáticos, autoría, año de publicación, sexo (primer/a autor/a), nombre de la revista, país de afiliación académica (primer/a autor/a) y marcadores sociales abordados.

| Ejes temáticos | Autoría | Año de publicación | Sexo (primer/a autor/a) | Nombre de la revista científica | País de afiliación académica (primer/a autor/a) | Marcadores sociales abordados |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Debates teórico-metodológicos | Hankivsky, Christoffersen ⁽²⁰⁾ | 2008 | Femenino | Critical Public Health | Canadá | Raza/etnia, clase social, orientación sexual |
| | Bowleg ⁽¹⁷⁾ | 2012 | Femenino | American Journal of Public Health | EEUU | Género, raza/etnia, "estatus" social |
| | Hankivsky ⁽¹⁹⁾ | 2012 | Femenino | Social Science & Medicine | Canadá | Clase social, raza/etnia, generación, sexualidad |
| | Nygren, Olofsson ⁽¹⁶⁾ | 2014 | Femenino | Sociology Compass | Suecia | Sin especificación |
| | Choby, Clark ⁽²¹⁾ | 2014 | Femenino | Nursing Philosophy | Canadá | Raza, clase social |
| | Bauer ⁽²²⁾ | 2014 | Femenino | Social Science & Medicine | Canadá | Sin especificación |
| | Olofsson, Zinn, Griffin, Nygren, Cebulla, Hannah-Moffat ⁽²³⁾ | 2014 | Femenino | Health, Risk & Society | Australia | Género, raza, riesgo |
| | Kapilashrami, Hill, Meer ⁽²⁴⁾ | 2015 | Femenino | Social Theory & Health | Reino Unido | Etnia, género, casta |
| | Larson, George, Morgan, Poteat ⁽²⁵⁾ | 2016 | Femenino | Health Policy and Planning | EEUU | Género, raza/etnia, grupo generacional, región, sexualidad |
| | Hankivsky, Doyal, Einstein, Kelly, Shim, Weber, <i>et al.</i> ⁽²⁶⁾ | 2017 | Femenino | Global Health Action | Canadá | Género, clase social, raza/etnia, sexualidad, región |
| Marcadores sociales: género, raza, etnicidad y orientación sexual | Guthrie, Low ⁽²⁷⁾ | 2006 | Femenino | Journal for Specialists in Pediatric Nursing | EEUU | Raza, género, clase social |
| | Bredström ⁽²⁸⁾ | 2006 | Femenino | European Journal of Women's Studies | Suecia | Raza/etnia, clase, grupo generacional y sexualidad. |
| | Fish ⁽²⁹⁾ | 2008 | Femenino | Sociological Research Online | Reino Unido | Género, etnicidad/raza, identidad sexual (LGBT) |
| | Benoit, Shumka, Vallance, Hallgrímsdóttir Phillips, Kobayashi <i>et al.</i> ⁽³⁰⁾ | 2009 | Femenino | Sociological Research Online | Canadá | Género, estrato social, raza, etnicidad, empleo, localización geográfica |
| | Lekan ⁽³¹⁾ | 2009 | Femenino | Advances in Nursing Science | EEUU | Raza, género, clase, edad |
| | Hankivsky, Reid, Cormier, Varcoe, Clark, Benoit, <i>et al.</i> ⁽³²⁾ | 2010 | Femenino | International Journal for Equity in Health | Canadá | Sin especificación |
| | McGibbon, McPherson ⁽³³⁾ | 2011 | Femenino | Women's Health & Urban Life | EEUU | Edad, cultura, (dis)capacidad, etnicidad, género, estatus de inmigrante, raza, orientación sexual, clase social, espiritualidad |
| | Viruell-Fuentes, Miranda, Abdulrahim ⁽³⁴⁾ | 2012 | Femenino | Social Science & Medicine | EEUU | Raza, estado migratorio |
| | Koehn, Neysmith, Kobayashi, Khamisa ⁽³⁵⁾ | 2013 | Femenino | Ageing & Society | Canadá | Edad, migración, raza, etnia, clase social |
| | Robinson, Ross ⁽³⁶⁾ | 2013 | Femenino | Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care | Canadá | Género, sexualidad, grupos generacionales, raza |
| | Caiola, Docherty, Relf, Barroso ⁽³⁷⁾ | 2014 | Femenino | Advances in Nursing Science | EEUU | Género, raza, clase |
| | Watkins-Hayes ⁽³⁸⁾ | 2014 | Femenino | Annual Review of Sociology | EEUU | Clase, raza, género, vecindario y lugar de residencia |
| | O'Brien, Tolosa ⁽³⁹⁾ | 2014 | Femenino | International Journal of Human Rights in Healthcare | Australia | Género, clase |
| | Gilbert, Ray, Siddiqi, Shetty, Baker, Elder, <i>et al.</i> ⁽⁴⁰⁾ | 2016 | Masculino | Annual Review of Public Health | EEUU | Género, raza, etnia, clase |
| | Fields, Morgan, Sanders ⁽⁴¹⁾ | 2016 | Masculino | Pediatric Clinics of North America | EEUU | Grupos generacionales, raza, género, sexualidad |
| | Sutherland ⁽⁴²⁾ | 2016 | Femenino | Health Psychology Open | EEUU | Sin especificación |
| Sifris ⁽⁴³⁾ | 2016 | Femenino | Griffith Law Review | Australia | Raza, género, clase social | |

Fuente: Elaboración propia. Continúa en página siguiente

Tabla 1. Continuación.

| Ejes temáticos | Autoría | Año de publicación | Sexo (primer/a autor/a) | Nombre de la revista científica | País de afiliación académica (primer/a autor/a) | Marcadores sociales abordados |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Políticas y prácticas de salud | Williams, Kontos, Viswanath, Haas, Lathan, Macconnaill <i>et al.</i> ⁽⁴⁴⁾ | 2012 | Masculino | Health Services Research | EEUU | Raza/origen étnico, estado socioeconómico (indicador de estatus socioeconómico, por ejemplo, ingresos, educación, ocupación), género |
| | Hankivsky, Grace, Hunting, Giesbrecht, Fridkin, Rudrum, <i>et al.</i> ⁽⁴⁵⁾ | 2014 | Femenino | International Journal for Equity in Health | Canadá | Género, grupo generacional, etnia, sexualidad |
| | Corus, Saatcioglu ⁽⁴⁶⁾ | 2015 | Femenino | Service Industries Journal | EEUU | Clase, migración, raza y etnia, género y sexualidad |

Fuente: Elaboración propia.

marcadores de diferenciación social y la forma en que estos crean lugares sociales atravesados por relaciones de poder sobrepuestas en sistemas de discriminación y subordinación en los que los sujetos viven sus experiencias. De esta forma, el análisis interseccional capta varios niveles de diferenciación que producen diferentes desigualdades en salud.

En el artículo más antiguo que compone este eje temático, Hankivsky y Christoffersen⁽²⁰⁾ mencionan que, incluso en países como Canadá considerado líder en el campo de la salud pública, ciertas disparidades importantes en salud continúan desafiando a los investigadores, en el sentido de comprender las raíces de las determinaciones de las desigualdades en salud y el modo en que las inequidades se conforman en complejas relaciones entre los determinantes, que se intersectan muchas veces y se refuerzan mutuamente. En su estudio más reciente, por ejemplo, Hankivsky *et al.*⁽²⁶⁾ proceden a un examen crítico de la bibliografía en el campo de las inequidades en salud y utilizan la perspectiva de la interseccionalidad para fomentar la aproximación entre abordajes biomédicos y sociales.

Los desafíos metodológicos de aplicación de la interseccionalidad en las investigaciones en salud pública y salud colectiva constituyen un aspecto destacado por varios estudios, tanto por el desafío de implementar análisis que se escapan de la rigidez o de la simple adición de categorías en los modelos epidemiológicos^(17,18,19,21,22,23,24,26), como por el intento de contemplar, en términos

de diseños de investigación, los niveles de experiencia de los sujetos en situación de dominación articulados con las estructuras de opresión sobre grupos y segmentos específicos⁽²¹⁾, y sus consecuentes impactos en la salud. Bauer⁽²²⁾, Nygren y Olofsson⁽¹⁶⁾ y Hankivsky⁽¹⁹⁾, por ejemplo, muestran cierta preocupación por asumir que es usual encontrar análisis interseccionales en estudios empíricos con diseños cualitativos debido a la afinidad del abordaje teórico de la interseccionalidad con los referenciales de la investigación cualitativa. Frente a esto, y reconociendo que las investigaciones en salud pública, en epidemiología y sociología médica son significativas, se esfuerzan en producir un debate metodológico que promueva la apropiación de la interseccionalidad como un paradigma transformador de los estudios de los determinantes de la salud. En palabras de Hankivsky y Christoffersen⁽²⁰⁾,

...[la interseccionalidad] proporciona un cuadro normativo que capta la complejidad de las experiencias vividas y, de modo concomitante, de los factores de interacción de la desigualdad social, que a su vez son fundamentales para la comprensión de las desigualdades en salud.

Considerando aun el área de estudios de los determinantes de la salud^(16,17,18,19,21,22,24,26) y de los estudios de riesgo en salud^(20,23), el debate se dirige hacia la importancia de considerar el estatuto teórico de las categorías (si todas

tienen el mismo valor o valor suficiente que asegure su inserción en los análisis). Proponen que, al reconocer la importancia de los múltiples marcadores de diferenciación social, el abordaje interseccional no presupone *a priori* la importancia de una categoría sobre otra. En términos de un cuadro conceptual-metodológico para estudios de determinantes de salud, los análisis de las inequidades en salud reducidos a un único determinante serían considerados inadecuados para comprender las varias dimensiones que están en juego, conformando e influenciando las posiciones sociales y las relaciones de poder.

Otro aspecto de convergencia en la mayoría de los estudios del eje temático *debates teórico-metodológicos de la interseccionalidad en la salud* es la defensa del esfuerzo para ir más allá del reconocimiento de la naturaleza multidimensional de las inequidades en salud y construir referencias de diseños de investigación y modelos de análisis capaces de medir y, simultáneamente, analizar la multidimensionalidad de los marcadores de diferenciación social en procesos de inequidades con consecuencias para la salud de individuos y poblaciones, lo que no se puede alcanzar solo con nociones “aritméticas”, en las que los marcadores son meramente sumados, multiplicados, divididos o restados.

Finalmente, analizando las principales referencias teórico-conceptuales que fundamentan el debate de este eje temático, se observa que estas son oriundas de los campos disciplinares externos a la salud, como la sociología^(47,48) y el campo de estudios del feminismo negro estadounidense, en el que son comúnmente citadas autoras como Crenshaw⁽⁴⁹⁾ y Collins⁽¹⁸⁾. Entre las investigadoras del campo de la salud más citadas, sobre todo en las producciones más recientes, las que más se destacan son Hankivsky⁽¹⁹⁾, Hancock⁽¹³⁾ y Dworkin⁽⁵⁰⁾. No es por azar que la preocupación por buscar fundamentación teórico-conceptual para el debate sobre la interseccionalidad esté presente en todos los trabajos de este eje temático. Como bien señalan Bauer⁽²²⁾ y Krieger⁽⁵¹⁾, las llamadas investigaciones en salud de poblaciones han sido, a lo largo de las últimas décadas, muy

criticadas, tanto por no reconocer explícitamente la teoría (o por la falta de teoría) en los análisis, como por el hecho de que los equipos deliberadamente no consideran marcos teóricos en los diseños de investigación. Incluso, considerándose autores/as que interpelan al área de estudios de salud de las poblaciones para integrar teoría y metodología de investigación, aun así, es común el abordaje de las desigualdades en la salud de manera unitaria, por ejemplo, explorando a través de una categoría principal, como sexo/género o, alternativamente, raza/etnia. Sin duda, la unicidad es un aspecto negativo del campo de los estudios en salud, sobre el que la interseccionalidad pretende contribuir.

Además de los debates centralmente vinculados a cuestiones epistemológicas, metodológicas y conceptuales, otros debates que atraviesan las contribuciones de la interseccionalidad a la salud pública y la salud colectiva utilizaron temas y objetos relacionados con los marcadores de diferenciación social destacados en el campo, que serán presentados a continuación.

Marcadores sociales de género, raza, etnicidad y orientación sexual, interseccionalidad y salud

En este eje temático sobresalen estudios en áreas como género, salud de la mujer y violencia^(30,31,32,33,39,40,43), raza, etnicidad y minorías culturales^(27,34,35), VIH-sida^(28,37,38,42), salud de poblaciones LGBT^(29,36,41). En toda esta producción, los marcadores de diferenciación social sobresalen como modeladores de las desigualdades sociales.

McGibbon y McPherson⁽³³⁾ y Benoit *et al.*⁽³⁰⁾ destacan las causas estructurales instituyentes de las desigualdades en salud de la mujer canadiense, principalmente, de aquellas en situaciones de vulnerabilidad social como las negras o las mujeres mayores, y de poblaciones tradicionales e inmigrantes. Analizando las diferencias socioeconómicas entre mujeres canadienses aborígenes y no aborígenes, Benoit *et al.*⁽³⁰⁾ subrayan que ser aborígen coloca a la mujer en situación más

vulnerable debido a las dificultades de acceso al trabajo, educación formal, garantías de seguridad y protección social. Resaltan que en la intersección de las múltiples diferencias que estratifican socialmente a los individuos se puede experimentar la profundización de nuevas situaciones de desigualdades sociales con impactos en la salud.

O'Brien y Tolosa⁽³⁹⁾ apuntan las relaciones asimétricas de género que exponen a las mujeres de Sierra Leona, Liberia y Guinea a un mayor riesgo de contraer Ébola, ya sea por realizar el trabajo de preparar el cuerpo de los enfermos para el entierro o en el momento del parto. La epidemia de Ébola llevó a las mujeres de las áreas urbanas o rurales, saludables o no, a dejar de tener acceso a los cuidados de salud materna debido a la negativa de las y los profesionales, temerosos de contaminarse en la asistencia del parto. Otro estudio⁽⁴³⁾ destaca la esterilización sin consentimiento de mujeres marginalizadas, sobre todo de las discapacitadas o seropositivas para VIH, citando casos en países como Perú, Hungría, Eslovaquia y República Checa. El autor resalta que el análisis interseccional posibilita entender cómo otros procesos de exclusión social se amalgaman a aquellos marcados por las diferencias de género, raza/etnia y clase, acentuando las vulnerabilidades.

Lekan⁽³¹⁾ correlacionó el estrés crónico y los marcadores sociales de género y raza de mujeres afroamericanas. Las contribuciones de la interseccionalidad se muestran a partir de datos de estudios con mujeres afroamericanas que sufren racismo y sexismo. Estas mujeres presentan características de resiliencia frente a las discriminaciones recurrentemente sufridas, pero también se reveló el proceso de socialización que les impone la necesidad de ser fuertes ante las adversidades, de arcar con el trabajo pesado dentro y fuera del hogar, y el desempeño exclusivo como cuidadoras y educadoras familiares, elementos que contribuyen al empeoramiento de los procesos estresantes vividos.

Gilbert *et al.*⁽⁴⁰⁾ buscaron comprender la complejidad de la génesis de las disparidades de salud centrándose en la salud masculina.

Investigaron las causas de muerte de los hombres negros estadounidenses y los factores de riesgo asociados a partir del aporte de la interseccionalidad. Las configuraciones de las masculinidades de los hombres negros se modelan a través de la figura del proveedor familiar, lo que contrasta con el alto índice de desempleo y las experiencias de encarcelamiento de estos hombres, generando frustración, estrés, desvalorización personal, entre otros problemas relacionados directamente con sus condiciones de salud. Los autores recomiendan el análisis conjunto de los marcadores de diferenciación social y de los determinantes sociales de la salud, sobre todo, trabajo y renta, pues estos informan las identidades masculinas, en general, y estructuran, en particular, la complejidad de las desigualdades de salud vividas por los hombres negros en EEUU. Resaltan la necesidad de agregar otras teorías al análisis interseccional, en la medida en que la teoría crítica de raza es insuficiente para analizar las desventajas sociales y de salud de estos hombres, invisibles en las investigaciones de salud oficiales.

Hankivsky *et al.*⁽³²⁾ destacan que, para que el abordaje de la interseccionalidad pueda ser efectivamente realizado en los estudios de salud de la mujer, se deben refinar tanto los diseños como las metodologías de investigación, para que reflejen el pensamiento analítico innovador sobre las identidades, equidad y relaciones de poder.

Los estudios que utilizan la temática LGBT con el objetivo de contribuir al debate teórico-metodológico de la interseccionalidad en la salud pública y la salud colectiva señalaron las obliteraciones realizadas en las investigaciones de las diferencias significativas al interior de los grupos, homogeneizadoras de las múltiples experiencias vividas por sus integrantes, uniformizando el perfil de los investigados como blanco, de clase media y detentor de privilegios sociales^(29,36,41). Se discuten metodologías que, aunque incipientes, son utilizadas para producir datos sensibles a las diferencias internas a los grupos LGBT^(29,36,41). Fish⁽²⁹⁾, por ejemplo, muestra que en el Reino Unido hay dificultad para

la obtención de muestras representativas de salud de lesbianas negras y de minorías étnicas, ya que al ser la orientación sexual autoinformada, y dados los importantes construcciones del contexto social por los que atraviesa su revelación, en general es omitida. Hay, también, debates teóricos sobre la fluidez de la identidad sexual, que es concebida, muchas veces, como menos estable que otras categorías de diferenciación social, como raza, por ejemplo, lo que tensiona el desarrollo del abordaje interseccional.

Fields *et al.*⁽⁴¹⁾ buscaron mostrar cómo hombres jóvenes negros, gays y/o bisexuales estadounidenses experimentan desigualdades múltiples en salud, principalmente sexuales, al compararlos a sus congéneres blancos. Las desigualdades sociales sumadas a los procesos de opresión vividos por estos jóvenes, marcados por el racismo y estereotipos de género y orientación sexual –como el ideal de la hipermasculinidad encarnado en la proeza sexual, agresividad física, competitividad y en la antifeminidad– los vuelven más vulnerables a las enfermedades de transmisión sexual y al VIH-sida.

Debe tenerse en mente que hay factores que modifican la exposición al riesgo a contraer enfermedades de transmisión sexual o VIH-sida en los grupos marcados por segregación racial y visión estereotipada negativa de la sexualidad⁽⁴¹⁾. El abordaje interseccional y el refinamiento de las metodologías en la investigación de las diferencias constitutivas internas en esos grupos se recomiendan para analizar los procesos de discriminación social⁽²⁹⁾. En el caso de las investigaciones cuantitativas, el desafío está en medir procesos opresivos no pasibles de ser agregados como variables fijas, discretas e individuales; y, en las cualitativas, en extraer experiencias compartidas de opresión sin reducirlas al nivel individual. Señalan la importancia de estudios longitudinales para apurar el efecto de la superposición de los procesos opresivos en la salud y entender la dinámica identitaria modelada por la intersección de las diferenciaciones sociales, que marcan a sus integrantes y los marginalizan en diferentes niveles: social, estructural e individual⁽³⁶⁾.

Políticas y prácticas de salud

Los estudios que abordan la interseccionalidad en las políticas y prácticas de salud buscan establecer modelos para la formulación e implementación de políticas públicas de salud, principalmente dirigidas a grupos marginalizados^(44,45,46).

Para Corus y Saatcioglu⁽⁴⁶⁾, el desafío de los investigadores está en la elaboración de proyectos de intervención que desarrollen vínculos de integración y beneficien a los grupos marginalizados socialmente, marcados por los múltiples procesos de exclusión social. Se destaca que, comúnmente, los marcadores de diferenciación social, como género, raza y clase, unidos a los determinantes sociales de la salud, tienden a ser analizados aisladamente; mientras que, al superponerlos, emergen patrones distintos de riesgos y resiliencia a las enfermedades. Esos marcadores configuran variaciones en la salud y en la utilización de los servicios de salud de segmentos sociales en EEUU⁽⁴⁴⁾.

Hankivsky *et al.*⁽⁴⁵⁾ proponen un modelo para el análisis crítico interseccional para la formulación e implementación de políticas y programas de salud. Sugieren considerar la visión de mundo de los grupos que experimentan los problemas de salud, que posibilita comprender cómo y cuáles son los privilegios e inequidades existentes, para que se pueda intervenir de forma positiva y efectiva, o corregir los eventuales desvíos ocurridos durante la implementación. En acciones de intervención, los investigadores y agentes implementadores deben fijarse en los múltiples niveles que se intersectan en las desigualdades en salud, entre ellos, los ejes de opresión marcados por las categorías de diferenciación social y cómo estas engendran disparidades de salud y relaciones de poder asimétricas, buscando así su transformación⁽⁴⁵⁾.

De forma general, se reivindica el refinamiento de metodologías y técnicas de investigación que puedan iluminar la mirada interseccional, garantizar rigor y aplicabilidad de las políticas públicas de salud^(44,45,46), especialmente, en investigaciones dirigidas al análisis de la utilización de servicios de salud⁽⁴⁴⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de la producción, sea de los artículos que abordan debates teóricos, epistemológicos y metodológicos, como los de aquellos que usan el recurso de temas consagrados en el campo de la salud pública y la salud colectiva, señala interpelaciones significativas al campo en términos de la necesidad de avanzar en la incorporación de la interseccionalidad, por su potencial de apoyo a los estudios empíricos y a la formulación de políticas de salud comprometidas con la justicia social, frente a un cuadro global creciente de desigualdades en salud.

Según los estudios analizados, el área de investigación de los determinantes sociales de la salud es particularmente significativa en la producción canadiense e históricamente orientadora de análisis críticos del proceso salud-enfermedad y se muestra como la que más incorpora la perspectiva feminista de la interseccionalidad. La búsqueda de superar la tendencia de reduccionismos cada vez más presentes en el abordaje social en el campo de los determinantes de la salud, sumada a la necesidad de incorporar otros aspectos de la vida social más allá de aquellos vinculados a las dimensiones económicas de la vida (trabajo, vivienda, saneamiento, escolaridad, renta, etc.), se traduce en la aproximación de autoras como Bauer⁽²²⁾, Nygren, Olofsson⁽¹⁶⁾ y Hankivsky⁽¹⁹⁾ al campo de la teoría social feminista de la interseccionalidad. Tal aproximación se da por el reconocimiento de que la ciencia no puede solo producir un paradigma científico, sino también un paradigma social: el de una vida decente⁽⁵²⁾.

Para ello, se han destacado importantes cuidados teórico-metodológicos. Entre ellos, la no jerarquización de las categorías de diferenciación social para la comprensión de los procesos de opresión y marginalización

de los grupos humanos, modeladores de las desigualdades en salud. Debido a su complejidad, tales procesos exigen un abordaje analítico múltiple, contextualización histórica y articulación de las diferentes categorías sociales para entender la realidad empírica que los constituyen.

Otro aspecto a considerar, según la producción analizada, es el de la multidimensionalidad de los marcadores de diferenciación social en procesos de desigualdad en salud, que no pueden ser aprehendidos a partir de operaciones "aritméticas", en las que los marcadores son meramente sumados, multiplicados, divididos o restados. Tal presupuesto sobresalió en los estudios que debaten teorías y metodologías y también en aquellos oriundos de áreas temáticas como las de género y salud de la mujer, reconocidamente más consolidadas en términos de la aplicación de la perspectiva de la interseccionalidad, y en otras como VIH-sida, la salud sexual y reproductiva, salud de las poblaciones LGBT y raza, etnicidad y minorías culturales.

Para concluir, destacamos que la interseccionalidad, originaria del campo de los estudios feministas, se ha visto elevada al estatus de contribuir al campo de la salud pública y la salud colectiva dada su potencialidad para constituirse como una perspectiva teórica y de producción de investigaciones empíricas. El análisis emprendido de la producción evidencia la creciente aceptación de la perspectiva, las tensiones y los desafíos planteados al campo pero, sobre todo, el reconocimiento de que tal perspectiva ilumina y amplía la mirada sobre objetos y temas nuevos y consagrados, en términos conceptuales y metodológicos. Consideramos que la creciente aplicación de la interseccionalidad en estudios del campo, y el consecuente debate, revigoriza la producción interdisciplinaria en la salud pública y la salud colectiva.

AGRADECIMIENTOS

Marcia Thereza Couto recibió la beca de investigación otorgada por la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), proceso N° 17/03572-6.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [Internet]. 21a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009 [citado 05 jun 2017]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ychv5ae8>.
- Couto MT, Schraiber LB, Ayres JR. Aspectos sociais e culturais da saúde e da doença. En: Martin MA, Carrilho FJ, Castilho EA, Alves VAF, Cerro GG, (eds.). Tratado de Clínica Médica. V. 1. São Paulo: Manole; 2009. p. 350-356.
- Prado EAJ, Sousa MF. Políticas Públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2017;11(1):69-80. doi: 10.18569/tempus.v11i1.1895.
- Costa Jr FMD, Couto MT. Geração e categorias geracionais nas pesquisas sobre saúde e gênero no Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2015;24(4):1299-1315. doi: 10.1590/S0104-12902015140408.
- Dhamoon RK. Considerations on mainstreaming intersectionality. *Political Research Quarterly*. 2011;64(1):230-243. doi: 10.1177/1065912910379227.
- Carbado DW, Crenshaw KW, Mays VM, Tomlinson B. Intersectionality: Mapping the movements of a theory. *Du Bois Review*. 2013;10(2):303-312. doi: 10.1017/S1742058X13000349.
- Bilge S. Recent feminist outlooks on intersectionality. *Diogenes*. 2010;57(1):58-72. doi: 10.1177/0392192110374245.
- Vigoya MV. La interseccionalidade: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*. 2016;52:1-17. doi: 10.1016/j.df.2016.09.005.
- Carneiro S. Mulheres em movimento. *Estudos Avançados*. 2003;17(49):117-132. doi: 10.1590/S0103-40142003000300008.
- Lugones M. Colonialidad y género. *Tabula Rasa*. 2008;9:73-101.
- Espinosa Miñoso Y. Escritos de una lesbiana oscura: reflexiones críticas sobre feminismo y política de identidad en América Latina. Buenos Aires: En la Frontera; 2007.
- Cho S, Crenshaw KW, McCall L. Toward a field of Intersectionality Studies: theory, applications and praxis. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 2013;38(4):785-810.
- Hancock AM. Intersectionality as a normative and empirical paradigm. *Politics and Gender*. 2007;3(2):248-254. doi: 10.1017/S1743923X07000062.
- Shields SA. Gender: an intersectionality perspective. *Sex Roles*. 2008;59:301-311. doi: 10.1007/s11199-008-9501-8.
- Clarke AY, McCall L. Intersectionality and social explanation in social science research. *Du Bois Review*. 2013;10(2):349-363. doi: 10.1017/S1742058X13000325.
- Nygren KG, Olofsson A. Intersectional approaches in health-risk research: a critical review. *Sociology Compass*. 2014;8(9):1112-1126. doi: 10.1111/soc4.12176.
- Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for Public Health. *American Journal of Public Health*. 2012;102(7):1267-1273. doi: 10.2105/AJPH.2012.300750.
- Collins PH. Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual Review of Sociology*. 2015;41:1-20. doi: 10.1146/annurev-soc-073014-112142.
- Hankivsky O. Women's health, men's health, and gender and health: implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*. 2012;74(11):1712-1720. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.029.
- Hankivsky O, Christoffersen A. Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective. *Critical Public Health*. 2008;18(3):271-283. doi: 10.1080/09581590802294296.
- Choby AA, Clark AM. Improving health: structure and agency in health interventions. *Nursing Philosophy*. 2014;15(2):89-101. doi: 10.1111/nup.12018.
- Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*. 2014;110:10-17. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.03.022.
- Olofsson A, Zinn JO, Griffin G, Nygren KG, Cebulla A, Hannah-Moffat K. The mutual constitution of risk and inequalities: intersectional risk theory. *Health, Risk & Society*. 2014;16(5):417-430. doi: 10.1080/13698575.2014.942258.

24. Kapilashrami A, Hill S, Meer N. What can health inequalities researchers learn from an intersectionality perspective? Understanding social dynamics with an inter-categorical approach? *Social Theory and Health*. 2015;13(3-4):288-307.
25. Larson E, George A, Morgan R, Poteat T. 10 Best resources on... intersectionality with an emphasis on low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*. 2016;31(8):964-969. doi: 10.1093/heapol/czw020.
26. Hankivsky O, Doyal L, Einstein G, Kelly U, Shim J, Weber L, Repta R. The odd couple: using biomedical and intersectional approaches to address health inequities. *Global Health Action*. 2017; 10(Suppl 2):1326686. doi: 10.1080/16549716.2017.1326686.
27. Guthrie BJ, Low LK. Moving beyond the trickle-down approach: addressing the unique disparate health experiences of adolescents of color. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2006;11(1):3-13. doi: 10.1111/j.1744-6155.2006.00038.x.
28. Bredström A. Intersectionality: A challenge for feminist HIV/AIDS research? *European Journal of Women's Studies*. 2006;13(3):229-243. doi: 10.1177/1350506806065754.
29. Fish J. Navigating queer street: Researching the intersections of lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) identities in health research. *Sociological Research Online*. 2008;13(1):1-12. doi: 10.5153/sro.1652.
30. Benoit C, Shumka L, Vallance K, Hallgrímssdóttir H, Phillips R, Kobayashi K, Hankivsky O, Reid C, Brief E. Explaining the health gap experienced by girls and women in Canada: A social determinants of health perspective. *Sociological Research Online*. 2009;14(5). doi: 10.5153/sro.2024.
31. Lekan D. Sojourner syndrome and health disparities in African American women. *Advances in Nursing Science*. 2009;32(4):307-321. doi: 10.1097/ANS.0b013e3181bd994c.
32. Hankivsky O, Reid C, Cormier R, Varcoe C, Clark N, Benoit C, Brotman S. Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. *International Journal for Equity in Health*. 2010;9(5):1-15. doi: 10.1186/1475-9276-9-5.
33. McGibbon E, McPherson C. Applying intersectionality and complexity theory to address the social determinants of women's health. *Womens Health Urban Life*. 2011;10(1):59-89.
34. Viruell-Fuentes EA, Miranda PY, Abdulrahim S. More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*. 2012;75(12):2099-2106. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.12.037.
35. Koehn S, Neysmith S, Kobayashi K, Khamisa H. Revealing the shape of knowledge using an intersectionality lens: Results of a scoping review on the health and health care of ethnocultural minority older adults. *Ageing & Society*. 2013;33(3):437-464. doi: 10.1017/S0144686X12000013.
36. Robinson M, Ross LE. Gender and sexual minorities: Intersecting inequalities and health. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*. 2013;6(4):91-96. doi: 10.1108/EIHSC-01-2014-0003.
37. Caiola C, Docherty SL, Relf M, Barroso J. Using an intersectional approach to study the impact of social determinants of health for African American mothers living with HIV. *ANS: Advances in nursing science*. 2014;37(4):287-298. doi: 10.1097/ANS.0000000000000046.
38. Watkins-Hayes C. Intersectionality and the sociology of HIV/AIDS: Past, present, and future research directions. *Annual Review of Sociology*. 2014;40:431-457. doi: 10.1146/annurev-soc-071312-145621.
39. O'Brien M, Tolosa MX. The effect of the 2014 West Africa Ebola virus disease epidemic on multi-level violence against women. *International Journal of Human Rights in Healthcare*. 2016;9(3):151-160. doi: 10.1108/IJHRH-09-2015-0027.
40. Gilbert KL, Ray R, Siddiqi A, Shetty S, Baker EA, Elder K, Griffith DM. Visible and Invisible Trends in Black Men's Health: Pitfalls and Promises for Addressing Racial, Ethnic, and Gender Inequities in Health. *Annual Review of Public Health*. 2016;37:295-311. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032315-021556.
41. Fields E, Morgan A, Sanders RA. The intersection of sociocultural factors and health-related behavior in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth experiences among young black gay males as an example. *Pediatric Clinics of North America*. 2016;63(6):1091-1106. doi: 10.1016/j.pcl.2016.07.009.
42. Sutherland ME. An intersectional approach for understanding the vulnerabilities of English-speaking heterosexual Caribbean youth to HIV/AIDS and sexually transmitted infections: Prevention and intervention strategies. *Health Psychology Open*. 2016;3(2):2055102916679349. doi: 10.1177/2055102916679349.

43. Sifris R. The involuntary sterilisation of marginalised women: power, discrimination, and intersectionality. *Griffith Law Review*. 2016;25(1):45-70.
44. Williams DR, Kontos EZ, Viswanath K, Haas JS, Lathan CS, Maconail LE, Chen J, Ayanian JZ. Integrating multiple social statuses in health disparities research: the case of lung cancer. *Health Services Research*. 2012;47(3):1255-1277. doi: 10.1111/j.1475-6773.2012.01404.x.
45. Hankivsky O, Grace D, Hunting G, Giesbrecht M, Fridkin A, Rudrum S, et al. An intersectionality-based policy analysis framework: Critical reflections on a methodology for advancing equity. *International Journal for Equity in Health*. 2014;13:119. doi: 10.1186/s12939-014-0119-x.
46. Corus C, Saatcioglu B. An intersectionality framework for transformative services research. *The Service Industries Journal*. 2015;35(7-8):415-429. doi: 10.1080/02642069.2015.1015522.
47. Choo HY, Ferree MM. Practicing intersectionality in sociological research: A critical analysis of inclusions, interactions, and institutions in the study of inequalities. *Sociological Theory*. 2010;28(2):129-149. doi: 10.1111/j.1467-9558.2010.01370.x.
48. McCall L. The complexity of intersectionality. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 2005;30(3):1771-1800. doi: 10.1086/426800.
49. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of anti-discrimination doctrine, feminist theory, and anti-racist politics. *University of Chicago Legal Forum*. 1989:139-167.
50. Dworkin SL. Who is epidemiologically fathomable in the HIV/AIDS epidemic?: Gender, sexuality, and intersectionality in public health. *Culture, Health & Sexuality*. 2005;7(6):615-623. doi: 10.1080/13691050500100385.
51. Krieger N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiologic Reviews*. 2000;22(1):155-163.
52. Santos BS. Um discurso sobre as ciências. São Paulo: Cortez; 2006.

FORMA DE CITAR

Couto MT, Oliveira E, Separavich MAA, Luiz OC. La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*. 2019;15:e1994. doi: 10.18294/sc.2019.1994.

Recibido: 9 de agosto de 2018 | Versión final: 18 de diciembre de 2018 | Aprobado: 20 de diciembre de 2018



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.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2019.1994>