

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA

Divergencias e inequidades en salud

Mario Ociel Moya
(Editor)

Santiago de Chile, mayo de 2022

Se sugiere citar esta publicación como:

Moya, M.O. (Ed.) (2022). *El quehacer de la salud pública. Divergencias e inequidades en salud*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Universidad de Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

www.flacsochile.org

Impreso en Santiago de Chile

Mayo de 2022.

ISBN Libro impreso: 978-956-205-276-4

Descriptores:

1. Salud pública
2. Antropología de la salud
3. Sistema de salud
4. Nutrición
5. Género en salud
6. Cuidado informal

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile.

Las opiniones versadas que se presentan en este trabajo son de responsabilidad exclusiva de sus autoras y autores, y no reflejan necesariamente la visión o puntos de vista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile).

En el presente libro se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista a pesar de que en nuestra lengua, hasta el momento, no hay soluciones generales que sean consensuadas y sistemáticas ni que necesariamente facilitan una lectura convencional; se usa el masculino genérico en algunas ocasiones y se especifican las diferencias entre hombres y mujeres cuando corresponde.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	13
PRÓLOGO	15
María José González Rodríguez e Ismael Bravo Rodríguez	
INTRODUCCIÓN	29
La salud pública como problema	
Mario Ociel Moya	
PARTE 1.	35
EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA	
CAPÍTULO 1.	37
Políticas de salud y nutrición en Chile: una perspectiva histórica	
Fernando Vio y Cecilia Albala	
CAPÍTULO 2.	51
Políticas públicas en salud: más que decisiones técnicas.	
El caso de la Píldora del Día Después	
Soledad Barría Iroumé y Nydia Contardo Guerra	
CAPÍTULO 3.	69
Sumergirse en el antropoceno: más allá de pública,	
poblacional o colectiva	
Yuri Carvajal B. y Manuel Hurtado	

PARTE 2.	81
LA CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL OBJETO EN SALUD PÚBLICA	
 CAPÍTULO 4.	 83
Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud Didier Fassin	
 CAPÍTULO 5.	 113
La (des)gubernamentalización del malestar: racionalidades, lógicas y disputas en la producción de la verdad médica Hugo Sir Retamales y Nicolás Fuster Sánchez	
 CAPÍTULO 6.	 135
El objeto/sujeto de las políticas sobre “discapacidad”: los cuerpos in-disciplinables Miguel A. V. Ferreira	
 PARTE 3.	 167
GÉNERO, FEMINISMO(S) Y SALUD	
 CAPÍTULO 7.	 169
De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género Alexandra Obach y Alejandra Carreño	
 CAPÍTULO 8.	 189
Feminismo(s) y epistemologías feministas: desafíos para la salud pública Rodolfo Morrison Jara	
 CAPÍTULO 9.	 219
Sobrecarga y desigualdades de género en el cuidado informal de largo plazo: un fenómeno invisibilizado Milda Galkutė y Claudia Miranda Castillo	

PARTE 4.	235
PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA	
CAPÍTULO 10.	237
Sobre la importancia de nombrar: el concepto de violencia obstétrica y sus implicancias	
Michelle Sadler	
CAPÍTULO 11.	255
La migración y la respuesta del sistema de salud en Chile: aprendizajes y desafíos	
Báltica Cabieses	
AUTORAS Y AUTORES	285

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
ADN	Ácido desoxirribonucleico.
AMIPAR	Asociación de Matronas Independientes de Parto Respetado.
AMUCH	Asociación de Municipalidades de Chile.
APROFA	Asociación Chilena de Protección a la Familia.
APS	Atención Primaria en Salud.
ASOMAT	Asociación Nacional de Matronas y Matrones, Chile.
AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas, Chile.
BCN	Biblioteca del Congreso Nacional.
CASEN	Encuesta Poblacional de Caracterización Socioeconómica Nacional, Chile.
CDT	Centros de Diagnóstico Terapéutico.
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
CENABAST	Central Nacional de Abastecimiento.
CENEM	Centro Nacional de Estudios Migratorios de la Universidad de Talca.
CEP	Centro de Estudios Públicos.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.
CLADEM	Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

COLMED	Colegio Médico, Chile.
CONIN	Corporación para la Nutrición Infantil.
CNAF	Cánula nasal de alto flujo.
CRLP	Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.
CRS	Centros de Referencia Secundaria.
DEM	Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
DFL	Decreto con fuerza de ley.
DIU	Dispositivos intrauterinos.
DL	Decreto ley.
DSS	Determinantes sociales de la salud.
DTO	Decreto.
EGO Chile	Programa Estrategia Global contra la Obesidad, Chile.
ECTG	Estudios de Ciencia, Tecnología y Género.
ENS	Encuesta Nacional de Salud.
ENUT	Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
ESP	Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
EVN	Esperanza de Vida al Nacer.
EVS	Esperanza de Vida Saludable.
FF.AA.	Fuerzas armadas, Chile.
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
FONASA	Fondo Nacional de Salud.
GES	Garantías Explícitas en Salud.
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
JUNJI	Junta Nacional de Jardines Infantiles.
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos.
INE	Instituto Nacional de Estadísticas, Chile.
INTA	Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
INTEGRA	Red de Salas Cuna y Jardines Infantiles.
IPS	Instituto de Previsión Social.
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional.
ISFEM	ONG para la Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer.

ISL	Instituto de Seguridad Laboral.
ISP	Instituto de Salud Pública.
ITS	Infección de Transmisión Sexual.
LEDIS	Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
LEPA	Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
LGBTQI+	Lesbiana, Gay, Transexual, Bisexual, Queer, Intersexual, + más todas las identidades sexo-genéricas no binarias.
LIONDAU	Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
LISMI	Ley de integración social de los minusválidos.
MCA	Medicinas complementarias y alternativas.
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación, Chile.
MINEDUC	Ministerio de Educación, Chile.
MINJUSTICIA	Ministerio de Justicia, Chile.
MININT/MININTERIOR	Ministerio del Interior, Chile.
MINREL	Ministerio de Relaciones Exteriores, Chile.
MINSAL	Ministerio de Salud, Chile.
MUMS	Movimiento por la Diversidad Sexual.
NNA	Niños, niñas y adolescentes.
NutriRSE	Programa Nutrición de Responsabilidad Social Empresarial.
OIDSMET	Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo.
OIM	Organización Internacional para las Migraciones.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
ONRED	Objetivismo, el Naturalismo, el Realismo y el Empirismo Deductivo.
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana.
OVO	Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile.
PAE	Píldora Anticonceptiva de Emergencia.
PAE	Programa de Alimentación Escolar de JUNAEB.
PEM	Programas de Empleo Mínimo.

PES	Planificación Estratégica Situacional.
PCD	Personas con discapacidad.
PCR	Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa.
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
POJH	Programa Ocupacional de Jefes de Hogar.
PRODEMU	Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer.
RCA	Revista Colombiana de Antropología.
RECHISAM	Red Chilena de Investigación en Salud y Migraciones.
RELACAHUPAN	Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento.
RMC	Registro Mensual Consolidado.
SE	Semana epidemiológica.
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor.
SERNAMEG	Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género.
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SIMCE	Sistema de Medición de la Calidad de la Educación.
SOCHIPAR	Sociedad Chilena de Parto y Nacimiento.
SNS	Servicio Nacional de Salud.
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud.
SSR	Salud sexual y reproductiva.
TC	Tribunal Constitucional.
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
UCIM	Unidades de Cuidados Intermedios.
UDP	Universidad Diego Portales.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VMI	Ventilación mecánica invasiva.

CAPÍTULO 8.

FEMINISMO(S) Y EPISTEMOLOGÍAS FEMINISTAS: DESAFÍOS PARA LA SALUD PÚBLICA

Rodolfo Morrison Jara

Introducción

Una salud pública tradicional, fundamentada en un paradigma positivista y biomédico, ha realizado su práctica sin considerar sus aspectos constituyentes desde el androcentrismo operante. En este sentido, el contexto en el que se producen los saberes científicos obedecen a las estructuras tradicionales, patriarcales y androcéntricas que han dado pie a la construcción de políticas públicas que han invisibilizado a diferentes grupos de personas que no se encuentran en el imaginario de quienes son los sujetos de “lo público”.

En esta línea, mujeres, personas no heterosexuales, migrantes, pobres, indígenas y un largo etcétera, no han destacado como sujetos de derecho en la construcción de políticas públicas por no representar a aquel imaginado sujeto de atención: el hombre “blanco” heterosexual de clase media con un trabajo a tiempo completo. Y cuando lo han hecho, han empleado tantos estereotipos y sesgos heterosexistas, que la efectividad de dichas políticas públicas ha quedado en tela de juicio.

Al respecto, en este capítulo abordaré la cuestión del feminismo y las epistemologías feministas en la investigación y práctica de la salud en general, y de la salud pública en particular. Comenzaré con una breve descripción histórica del feminismo, para luego continuar con los estudios de ciencia, tecnología y género y con las epistemologías feministas, que critican las formas tradicionales en las que se ha construido el conocimiento científico en salud. Posteriormente, profundizaré en algunos elementos y desafíos vinculados a las prácticas en salud desde estas perspectivas, mostrando algunas experiencias de prácticas feministas en salud, para después pensar en una salud pública feminista como una meta dentro de las necesidades actuales y, en especial, en el diseño de políticas públicas feministas.

Feminismo

En la actualidad, es difícil hablar del feminismo como una corriente única, ya que posee diferentes ramificaciones. Por ello, es común escuchar la expresión “feminismos”, debido a que estos planteamientos poseen perspectivas tan diversas que, muchas veces, no logran consenso en un planteamiento particular. En la actualidad, están siendo debatidos temas como: la abolición o legalización de la prostitución (Ranea Triviño, 2012; Scolari, 2016) y la gestación subrogada (Andrews, 1988; Gruenbaum, 2012; Neal, 2010), temas que pasan por el debate sobre el control del cuerpo y las situaciones y contextos de las personas que toman estas decisiones (González Suárez, 2015; Parceró & Vázquez, 2010; Redondo Saceda, 2017); o perspectivas respecto a las relaciones de pareja, “poliamor”, amor libre o amor romántico, donde se ha criticado como las relaciones han reflejado la dominación masculina y el control patriarcal (Esteban & Távora, 2008; Garrido, 2016; Mogrovejo, 2000); o cuestiones vinculadas al sistema económico desde ópticas marxistas (Guerra, 2010) o vinculadas a la transformación del sistema económico cuando se propone que las mujeres deben resistirse a la imposición del modelo capitalista (Federici, 2004); hasta temas vinculados con la alimentación, proponiendo cómo el consumo de carne, representa el *especismo* (Leyton, 2015), que ha sido el mismo mecanismo por el cual las mujeres han sido subyugadas a los hombres históricamente (Avila Gaitán, 2011; Faria, 2016; Rodríguez Carreño, 2016; Vázquez García & Sánchez Fernández, 2017). Incluso, existen diversas corrientes del feminismo que han llegado a cuestionar si el sujeto mujer es el único al que el feminismo representa (Romero Bachiller, García Dauder, & Bargueiras Martínez, 2005).

Estas perspectivas diversas, son antecedidas por un correlato histórico, que también posee diferentes aristas. Por ello, a continuación, realizaré una muy breve presentación del feminismo como movimiento político e ideológico, para posteriormente centrarme en los estudios de ciencia, tecnología y género y en las epistemologías feministas, que es desde donde me posicionaré para abordar la Salud Pública.

Constitución del feminismo, una breve aproximación histórica

No existe una única versión del desarrollo histórico del feminismo. La mirada más tradicional propone “tres olas” haciendo referencia a momentos relevantes y reivindicativos en cuanto a los derechos de las mujeres en occidente (Pinto, 2003).

Una *primera ola* se identifica en los movimientos sufragistas femeninos y pro derechos de la mujer en Estados Unidos y Reino Unido a mediados del siglo XIX y hasta los inicios del siglo XX (Quiroga, 1995). Estos luchaban por la inclusión de las mujeres en el área de la educación y por el derecho a la propiedad privada.

Este llamado “feminismo de la igualdad” buscaba el acceso a la educación en igualdad para las mujeres y criticaba su exclusión en el mundo político. Expresión de ello, fue la primera convención sobre los derechos de las mujeres en Estados Unidos, la *Convención de Seneca Falls*¹ en 1848. En esta instancia, se realiza una crítica a la exclusión de las mujeres en la presentación a cargos públicos, votaciones, afiliaciones políticas, entre otros (Nash & Álvarez González, 2002). Además, posterior a la abolición de la esclavitud, las mujeres blancas feministas de clase media-alta, que por lo general eran esposas de líderes abolicionistas, comienzan a tomar mayor contacto con las mujeres negras, evidenciando diferencias extremas en cuanto a sus derechos y posición en la sociedad. Sojourner Truth, abolicionista, quien dará uno de los discursos más relevantes en medio de la Guerra Civil estadounidense: “¿Acaso no soy mujer?”, mostrará cómo las categorías clase y sexo no son indisolubles a la hora de pensar en los derechos de las mujeres (Mabee, 1993). Camino que seguirían las feministas negras y obreras décadas más adelante (Hill-Collins, 1990).

Esta primera ola, argumentaba como las “características morales superiores” de las mujeres debían ponerse al “servicio de la sociedad” (Quiroga, 1995). Templanza, caridad, cuidado, servicio en todas sus esferas, eran las características de estas mujeres blancas de clase media, por lo que, entregar sus cualidades positivas a favor de la sociedad era el principal argumento feminista de esta primera ola que contrastaba con las mujeres negras y obreras.

A fines del siglo XIX y principios del XX, esta primera ola, focalizará sus esfuerzos en el sufragismo y en la inclusión de las mujeres en la esfera pública de la sociedad (Nash & Álvarez González, 2002). Así, por ejemplo, en Reino Unido las *suffragette* reivindicaron su derecho al voto por medio de manifestaciones públicas, protestas y huelgas de hambre (Gahete, 2016).

¹ Esta Convención está antecedida por otros hitos importantes, como la fundación de la *Sociedad Reformista Femenina Neoyorquina* en 1834, que buscó la prohibición de la prostitución (Nash & Álvarez González, 2002); otras reformas religiosas que otorgaban ciertas responsabilidades a las mujeres vinculadas a oficios religiosos y en el área de la caridad en el protestantismo (Quiroga, 1995); y todo el movimiento abolicionista que generó una discusión profunda respecto a la condición de ser humano y sus respectivos derechos (Menand, 2002).

Muchas mujeres, educadas por las primeras que lograron ser profesoras en instituciones educativas en los inicios de la primera ola, identificarían modelos de referencia en sus maestras que les permitieron pensarse y proyectarse como algo diferente a ser esposas, madres y encargadas del hogar (Morrison, 2011, 2016b; Quiroga, 1995). En este camino, a inicios del siglo XX se comienza con la regulación del sufragio femenino en Inglaterra y Estados Unidos y, paralelamente, una primera generación de mujeres logra la profesionalización de los trabajos de voluntariado, vinculados al cuidado y el servicio, generándose el reconocimiento formal de carreras como la enfermería, el trabajo social y la terapia ocupacional (Morrison, 2016a).

Pero, en este camino, las luchas de “la mujer” no beneficiarían a todas las mujeres. Las categorías raza y clase aún no serían parte de la bandera de lucha de este feminismo blanco de clase media-alta.

Más tarde, la *segunda ola* del feminismo surgiría a mediados del siglo XX centrando sus esfuerzos en abogar por la igualdad entre hombres y mujeres en diversas áreas como salud, trabajo, educación, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, y otros aspectos (Pinto, 2003). Además, se cuestiona la categoría género y sexo², identificando, como un antecedente de este período, la reconocida frase de Simone de Beauvoir (1949/1981): “no se nace mujer, se llega a serlo”. Junto con ello, surgirán otras corrientes desde el feminismo que criticarán la unificación del concepto mujer, “como si todas fueran una”, retomando los cuestionamientos entre las categorías raza y clase. De esta forma, los feminismos negros toman más fuerza y entrarán de forma potente a poner en tela de juicio los planteamientos naturalistas y deterministas para criticar el rol de la cultura y la sociedad en la reivindicación de derechos (Hill-Collins, 1990) y romperán con las categorías de “la mujer única”, para plantear cómo la raza y la clase no están ajenos a los sistemas de opresión (Jabardo, 2012).

En este período, el desarrollo de los anticonceptivos femeninos, al establecer un control en las mujeres sobre la fecundidad, juega un rol central en el cuestionamiento de “su” rol reproductivo (Ignaciuk, 2009). De la misma manera, el derecho al aborto comienza a ser discutido (Ortiz Ortega, 2001).

² Desde este período las diferencias entre sexo y género se pronunciarán con más fuerza, proponiendo que sexo corresponde a aquella determinación biológica centrada en la genitalidad y dividida entre mujeres y hombres, mientras que en género corresponderá a aquella carga cultural expresada en lo biológico (Gahete, 2016). Estos planteamientos binarios y dicotómicos son muy cuestionados en la actualidad especialmente en los aspectos referidos a la salud pública (Romero Bachiller et al., 2005).

Por último, una *tercera ola* pronunciada desde fines del siglo XX hasta nuestros días, continúa la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Pinto, 2003), cuestiona al sujeto mujer como único dentro del feminismo (Romero Bachiller et al., 2005) y critica la categoría binaria y heterosexista sexo-género (Lykke, 2010). Surgen perspectivas más críticas como la *teoría queer* que propone al género como un acto performativo dentro de una matriz heterosexual, lo que implica reconocer que, tanto el género como el sexo, son construcciones sociales, por lo que no tiene sentido práctico una separación de ambos constructos ya que se emplean como sinónimos (Butler, 2007; Preciado, 2002).

En esta línea, retoman su fuerza los feminismos negros, chicanos, lésbicos e indígenas al reconocer la ausencia de las “otras mujeres” en el movimiento y que se han opuesto al patriarcado hace siglos. Estas otras mujeres, que no son blancas ni de clase media ni cristianas ni heterosexuales, critican el desconocimiento de las luchas ancestrales de esclavas en contra de la colonización en América y África indicando que ellas fueron olvidadas por la historia oficial negando sus luchas históricas (Espinosa Miñoso, Gómez Correal, & Ochoa Muñoz, 2014; Jabardo, 2012). También romperán con la representación “única” de las mujeres invisibilizando la desigualdad de clase, raza y etnia en las posiciones sociales (Hill-Collins, 1990) y el feminismo lésbico cuestionará la falta de representación de la diversidad de mujeres en la lucha feminista, cuestionando, por ejemplo, que “las lesbianas no somos mujeres” (Witting, 1992/2006).

De esta forma, al existir diversas ramificaciones del feminismo no es posible aunar una sola definición. De forma particular, una vertiente del feminismo ha centrado sus esfuerzos en cuestionar el rol de la ciencia en el desarrollo de saberes y por su posición de poder en la sociedad, me refiero a los estudios de ciencia, tecnología y género.

Estudios de Ciencia Tecnología y Género

Dentro de la gran diversidad presentada, existe una corriente que integra las perspectivas críticas sobre la ciencia –tradición heredada desde la perspectiva kuhniana y reflejada en los Estudios de Ciencia, Tecnología y Sociedad– y el feminismo. Así, los Estudios de Ciencia, Tecnología y Género (ECTG) permiten una aproximación crítica a la ciencia realizando diferentes miradas sobre la práctica científica y su producción de conocimiento (González García & Pérez Sedeño, 2002).

Los ECTG han propuesto pensar la cuestión de las mujeres en la filosofía y en la ciencia, cuestionando las miradas androcéntricas en la historia.

En esta “historia oficial”, contada y reproducida por el machismo y sus mecanismos de socialización, las mujeres han estado ausentes o han pasado a un segundo plano, destacando unos pocos casos de “mujeres excepcionales” que rompen toda regla, pero siempre constituyéndose como casos que están alejados del común de las mujeres. Otro elemento criticado por los ECTG es la forma de entender la epistemología, esto es, asumiendo la existencia de un sujeto (por lo general un hombre), cuyas observaciones “objetivas” dan cuenta de una sola forma de comprender la realidad (o lo que entendemos por ella), independientemente de su cuerpo, experiencias, aprendizajes, y posición en el mundo (social, económica, étnica, cultural, etc.).

Por ejemplo, González García y Pérez Sedeño (2002) aclaran que los ECTG se opondrían al androcentrismo y a la práctica sexista, explicitando que este enfoque permitiría identificar, en el quehacer científico, la manera en la cual las mujeres han sido consideradas desde un inferior estatuto epistémico, lo que ha generado sesgos en la manera de hacer ciencia, por ejemplo las teorías sobre inferioridad intelectual, como también sus roles subordinados en la sociedad desde un enfoque socio-cultural.

Las autoras se preguntan, al incluir las temáticas de género en las ciencias: ¿qué repercusión tendría la inclusión de las mujeres en los contenidos científicos? y, por ende, ¿en la historia tal como nos ha sido contada? Para responder, proponen un recorrido histórico para “rescatar” a las mujeres olvidadas y silenciadas por la historia tradicional, de manera de *rescribir* la historia e identificar sus aportes, los cuales no han sido incorporados por las interpretaciones y explicaciones de diferentes historiadores. Se explica la situación anterior, señalando la existencia de barreras socio-institucionales, como: la baja compatibilidad de la vida profesional con la vida doméstica; los valores de la sociedad respecto al rol de las mujeres; y las formaciones académicas coartadas para las mujeres por los prejuicios de género.

Además, la *discriminación territorial* (entendida como los campos de conocimiento divididos por género, donde las mujeres han sido restringidas) y la *discriminación jerárquica* (que representa cómo en los mismos campos del conocimiento, las mujeres son relegadas a puestos de menor jerarquía) operan como mecanismos de exclusión implícitos, que, junto a las diferencias exacerbadas por los procesos de socialización y los estereotipos sexuales, generan un *currículum oculto* en los materiales escolares, en el quehacer científico, y en todo el proceso de aprendizaje social que genera el menosprecio del rol de las mujeres en relación con los hombres. Por ejemplo, el cuidado y el servicio, ámbitos vinculados a lo

femenino se traducen en carreras de un estatuto inferior, mientras que la investigación, la medicina, el cálculo, la ingeniería, los negocios, etcétera, son ámbitos vinculados a los masculino y ello posee mayor reconocimiento social, expresado, por ejemplo, en la remuneración.

De esta manera, existen muchas prácticas históricas que han excluido y perjudicado a las mujeres en los ámbitos científicos. Langton (2001) ha respondido a la pregunta: ¿cómo se puede prescindir de las mujeres?, distinguiendo tres mecanismos generalizados: primero, *no conociéndolas*. Ello ha implicado la ausencia de registros históricos sobre la participación de las mujeres en prácticas científicas. Aun cuando, en investigaciones recientes, se ha demostrado que el número de investigadoras es muchísimo mayor que el descrito por los registros “oficiales” (Edelsztein, 2012; González García & Pérez Sedeño, 2002; Morrison, 2016a). Al respecto, las estrategias de invisibilización han sido desde la segregación, como se ha mencionado anteriormente, hasta la falsificación de sus nombres o las firmas adulteradas de sus esposos o familiares varones (Edelsztein, 2012).

Segundo, identificando a las mujeres como “*personas extrañas*”, encarnando “el misterio femenino” (Langton, 2001). Esto corresponde a aquel imaginario patriarcal que otorga una explicación fácil a todo lo que no ha sido fundamentado desde el androcentrismo: “es que las mujeres son complejas”, lo que carga a los estereotipos sociales con una serie de prejuicios que limitan las prácticas científicas. Desde las propuestas platónicas sobre la inferioridad de la mujer por la pérdida de flujos vitales (Fox Keller, 1991), hasta la exteriorización de “lo femenino” como algo misterioso e inexplicable (De Beauvoir, 1949/1981).

Y tercero, haciendo *que las mujeres no puedan conocer* (Langton, 2001). Al respecto, los procesos de socialización y de construcción del género han implicado diferencias que van, desde el histórico currículum (explícito) diferenciado en las escuelas y universidades, hasta prácticas más sutiles como el mencionado currículum oculto (González García & Pérez Sedeño, 2002). De este modo, los mandatos de género que determinan las pautas de comportamiento de las personas, inculcadas desde antes del nacimiento, configuran gustos, intereses, vocaciones, aptitudes, etcétera (Butler, 2007; Campos, 2007).

Estas formas de exclusión y dominación social son tomadas dentro del ámbito científico, dando cuenta que la ciencia no es inocua ni imparcial, al no ser posible una práctica que provea de una teoría general del conocimiento que ignore el contexto social del sujeto cognoscente (González García & Pérez Sedeño, 2002).

Cómo se ha hecho referencia, el quehacer científico se encuentra influenciado por soslayados mecanismos de exclusión, los cuales han generado que las mujeres deban enfrentar una serie de barreras (Waksman, 2005). Además de “la iglesia, la aristocracia, la burguesía, [y] el complejo militar-industrial. (...) [E]ste sometimiento ha sido análogo al de los campesinos, los esclavos, los disidentes religiosos y los trabajadores” (Rossi, 2000, p. 23). En esta línea, las representaciones sobre las mujeres, que los ECTG han criticado están muy bien documentadas.

Por nombrar solo unos ejemplos, una cita extraída de *Historia de las mujeres en occidente* indica: “sostengo que una mujer no debería parecerse en absoluto a un hombre en su modo de andar, sus maneras, sus palabras, sus gestos y su porte. (...) [E]s bueno que una mujer tenga cierta ternura suave y delicada, con aire de dulzura femenina en cada uno de sus movimientos” (Matthews, 1992, p. 77); otra cita del mismo texto: “Colgamos a un ladrón por robar una oveja, pero la falta de castidad de una mujer³ priva de ganado, de granja, de todo, a su auténtico propietario” (p. 104). Y finalmente: “... la mujer, inmersa en su fría humedad, no puede tener tanto espíritu como el hombre y que, por tanto, se ve impedida de dedicarse con fortuna a las letras y a las ciencias” (Berriot-Salvadore, 1992, p. 378). Estos modos de comprender la realidad implican contextos de significación que enmarcan la forma en que se establecen las relaciones, entregando pautas de comportamiento, que niegan otras posibles formas de relación. Estos aspectos repercuten en la ciencia, en las investigaciones y en la conformación de estereotipos y patrones de relación en la sociedad.

Así, la construcción histórica de la objetividad científica estará establecida por un pequeño grupo de varones, quienes han consolidado e impuesto un método que, por siglos, ha excluido sistemáticamente a las mujeres y otros muchos grupos de personas, en las prácticas científicas (Longino, 1990).

Haraway (1991, pp. 313-314), respecto al concepto de objetividad propone que:

“Hemos utilizado toneladas de tinta tóxica y gastado miles de árboles convertidos en papel para desacreditar lo que ellos han dicho y para dejar claro el daño que *nos* ha causado. Ese imaginado *ellos* representa a la invisible conspiración de científicos y de filósofos masculinistas que gozan de laboratorios de abundantes

³ Se refiere a la infidelidad matrimonial.

subvenciones y, el *nosotras*, a 'las otras' (...) a quienes se nos prohíbe (...) poseer un punto de vista (...)"

Esta idea propuesta por Haraway, que manifiesta una clara crítica al paradigma hegemónico androcentrista que contextualiza todas las prácticas y actos de desigualdad realizados hacia las mujeres, permite establecer que, si bien podemos llegar a comprender desde un enfoque epistemológico cómo se han dado estos procesos, eso nos pone en un plano ético que nos llama a no justificar estas prácticas bajo la lógica de la objetividad.

En otras palabras, si bien hemos estado en la presencia de un paradigma androcentrista, que ha contextualizado, y por ende configurado los significados atribuidos a "lo superior" de lo masculino sobre "lo inferior" de lo femenino, y extrapolado estos a la práctica científica, los ECTG nos proponen cuestionar estos constructos, poniendo en tela de juicio la aparente objetividad científica.

Una perspectiva que ayudaría a comprender el rol de la ciencia, en la producción de mecanismos implícitos de exclusión hacia las mujeres, está expresada por Gómez Rodríguez (2001, p. 436) en la siguiente cita:

"... el conocimiento científico está total, o parcialmente, sesgado en lo que al género refiere y que, de una forma u otra, resulta permeado por el androcentrismo dominante en la cultura occidental en cuyo seno se desarrolla. El mismo corazón del método científico, con su requerimiento de objetivación, neutralidad y experimentación estaría condicionado por tal hecho".

Lo anterior, podría sintetizarse en la propuesta de Fox Keller (1991, p. 83) "la asociación, históricamente omnipresente, entre lo masculino y objetivo, y de manera más específica entre masculino y científico...", excluye a "lo femenino" considerado fuera del territorio de "lo masculino". Este mecanismo de exclusión dualista, que se extrapola como la diferenciación por géneros/sexos en campos específicos del conocimiento, clasifica arbitrariamente a mujeres y hombres en ámbitos segregados dentro del desarrollo científico, en otras palabras, excluye (o ha excluido, desde un enfoque histórico) a las mujeres en el desarrollo científico. O bien, se ha relegado a mujeres a acciones específicas (y de bajo reconocimiento) dentro de este ámbito, como: computación de datos astronómicos, clasificación y catalogación en historia natural (González García & Pérez Sedeño, 2002) o como disciplinas de colaboración médica como la enfermería y la terapia ocupacional (Morrison, 2016a).

Lo anterior, resulta especialmente relevante desde la perspectiva que propone Fox Keller, a partir de la premisa de que “tanto el género como la ciencia son categorías construidas socialmente” (1991, p. 12). Esto implicaría que sociedades completas han participado en erradicar a las mujeres en el conocimiento científico y tecnológico, reproduciendo estereotipos de género que se encarnan en las maneras de hacer y construir la realidad y vivir las expresiones de lo humano. Estas maneras de vincularse reproducen una jerarquía basada en una racionalidad no reflexiva, que considera a la ciencia como “objetiva, poderosa y masculina” (p. 16), características contrarias a los estereotipos construidos sobre lo femenino, a lo que paralelamente niega la identificación de las mujeres con esta concepción de ciencia. Y cuando ha existido esta identificación, ha generado que sociedades enteras se movilicen en contra de la misma por considerar “anormal” que las mujeres desarrollen conocimientos científicos.

Así, estas prácticas de injusticias históricas han repercutido en formas de repensar a la epistemología y la práctica científica. De forma particular, las epistemologías feministas, además de reforzar esta crítica, han propuesto una serie de posibilidades para reformular el desarrollo de saberes científicos.

Epistemologías feministas

Las epistemologías feministas corresponden a perspectivas críticas para comprender el desarrollo del conocimiento. Su forma de plantear las prácticas sociales, basadas en principios feministas teóricos y prácticos, se materializan en las categorizaciones de la política, la igualdad, la dominación y del conocimiento en sí mismo (González García & Pérez Sedeño, 2002; Guzmán Cáceres & Pérez Mayo, 2004; Ostrovsky, 2009).

Proponen que el conocimiento es situado, por lo que es una ficción la aparente neutralidad del sujeto investigador y que el conocimiento se construye por sujetos inmersos en relaciones sociales y de poder (Rebolledo, 2014). Por ello, se consideran como cruciales en el desarrollo del conocimiento las condiciones sociales bajo las que se formulan los discursos científicos y saberes dominantes, a la vez que cuestionar para quiénes se formula y cómo ese saber circula, se reproduce y, por sobre todo, es usado (Bonder, 1999).

Así, ponen en tela de juicio a la epistemología tradicional, al señalar, como he referido anteriormente, que no es posible una teoría del conocimiento que ignore a la persona que conoce, reduciendo el conocimiento de un objeto sin contexto (susceptible de ser conocido “objetivamente”) la

formulación de saberes legítimos y dominantes (Zalaquett, 2012). Esto implica pensar en la forma en que la práctica científica se ha llevado a cabo y repensar el método científico.

Si bien existe diversidad de epistemologías feministas, ya que han sido elaboradas desde diferentes posiciones críticas, poseen en común la lucha por la transformación de la sociedad, asumiendo que toda acción es política lo que implica pensar el rol que ha tenido la epistemología tradicional al respecto (Zalaquett, 2012).

Algunas epistemologías feministas reconocidas en el ámbito del conocimiento son:

El *enfoque psicodinámico*, que ha propuesto que las diferencias entre hombres y mujeres son producto de los procesos de aprendizaje social y ello se ha traducido dentro de la forma de practicar la ciencia (Fox Keller, 1991). Por ello, si bien debemos intentar eliminarlo estos sesgos, también deben reconocerse como diferencias en las formas potenciales de practicar la ciencia. Así, se han establecido diferencias entre prácticas “masculinas” vinculadas a la *dominación* de los fenómenos de la naturaleza, de los procesos de salud, de las enfermedades, etcétera, versus una práctica “femenina” centrada en la emocionalidad e integración del conocimiento. Hombres y mujeres han tenido diferentes desarrollos en el conocimiento, por ello, la epistemología tradicional es de todo, menos objetiva (Haraway, 1991). En esta línea, la ciencia tradicional se ha centrado en buscar el dominio de la naturaleza, bajo la bandera de la objetividad, mientras se hacen necesarias otras formas de generar conocimiento, por ejemplo, las que puedan brotar de la incorporación de más mujeres en las prácticas científicas y en altas jerarquías.

El *empirismo feminista* realiza una crítica a los sesgos sexistas que han configurado una “mala ciencia” y que deben ser eliminados. Propone un énfasis en la formación y en los procesos de socialización, integrando una reflexión crítica sobre la práctica científica. En esta línea, los movimientos feministas tienen mucho que aportar, ya que favorecen la mayor integración de mujeres en el campo de la ciencia y permiten evidenciar, en este camino, los sesgos que se involucran en la generación de saberes que involucran sesgos sexistas, por ejemplo, en el método científico. Esta epistemología deja intactas las normas metodológicas, proponiendo que al eliminar los sesgos sexistas los resultados del conocimiento serán menos sesgados y más “objetivos” (Harding, 1996).

El *punto de vista feminista* posee una base hegeliana, focalizada en la relación amo y esclavo. Propone que la posición dominante de los

hombres en la vida social se traduce en un “conocimiento parcial y perverso” (Harding, 1996, p. 24), por ende, la posición de opresión de las mujeres otorga una posibilidad de conocimiento más completo y “menos perverso”. Para Harding, es el feminismo quien otorga una oportunidad a las mujeres en aunar “un punto de vista” que permita un fundamento moral y científico más coherente con sus interpretaciones y explicaciones de la naturaleza y la sociedad, pero, al mismo tiempo es importante considerar si es posible llegar a “un punto de vista feminista” sin considerar las categorías de clase, raza, etc. En esa línea es que se propone la siguiente teoría.

Similar al anterior, la *teoría del punto de vista* se basa en el marxismo y se vincula con la propuesta del conocimiento situado de Haraway (1991). Propone que los grupo marginados y oprimidos poseen “privilegios” en ver lo que otros no ven (Harding, 1987). Sus constantes situaciones de desigualdad y exclusión generan problemas que la ciencia tradicional no identifica, por ejemplo, migrantes, grupos étnicos, diversidad sexual, etc. Fricker (2001, p. 162) propone al respecto que:

“Las feministas han tomado del marxismo la idea intuitiva de que una vida que transcurre en el lado más duro de cualquier conjunto de relaciones de poder proporciona una comprensión crítica (del mundo social, en primer lugar), mientras que una vida acolchada por la posesión del poder no la proporciona”.

Por otro lado, las *epistemologías posmodernas* o *postmodernismo feminista* establecen una crítica a la ciencia, en cuanto constructo social sobrevalorado y proponen su deconstrucción. Además, lo equiparan a una forma de “contar historia”, tan válida como otras formas de conocimiento. Establecen una crítica a su práctica vinculada con cuestiones políticas y bajo influencias de relaciones de poder que no se explicitan. Además, desaparece la noción de objetividad en esta perspectiva, junto con otras categorías que son criticadas (Fraser & Nicholson, 1992; Haraway, 1991). Esta epistemología niega los supuestos de las perspectivas anteriores al mirar con escepticismo los enunciados universales (generales) vinculados a la existencia, el progreso, la ciencia, el lenguaje, el “sujeto/yo”, la naturaleza y las fuerzas de la razón, pero no se instala desde el relativismo para comprender la ciencia, si no que se sustenta en el agnosticismo y en el reconocimiento del carácter hipotético y transitorio del conocimiento científico. Junto con lo anterior, propone emplear fundamentos adecuados para estudiar las “identidades fragmentadas” y excluidas del conocimiento legítimo, dominante y masculino, como las mujeres negras o indígenas y pobres (Harding, 1996).

Por último, como una propuesta unificadora, los *empirismos feministas contextuales* o *epistemología social feminista* plantean que es un problema considerar a personas individuales como sujetos que producen conocimientos que generan exclusividad y conjuntos aislados de procesos definitorios y prácticas diferenciadoras. Al ser el conocimiento científico un producto de procesos cognitivos y sociales, una teoría normativa adecuada del conocimiento científico, debe ser una *teoría normativa del conocimiento social*, por ende, las interacciones críticas discursivas y los procesos sociales productores del conocimiento serán centrales en determinar, por ejemplo, en el ámbito de la salud, lo que cuenta como saber legítimo (Longino, 1990, 2001).

De esta manera, esta epistemología propone que el conocimiento debe brotar desde una comunidad, principalmente, de escenarios públicos, ya que la exclusión del discurso crítico, implica sesgos e intereses ocultos, lo que conlleva a la privatización de las ideas. Así, los equipos de investigación deben ser diversos en variados aspectos como etnia, raza, sexo, etc. considerándose un *principio de diversidad* en la práctica científica. Esta perspectiva integra la naturaleza social y racional del conocimiento e involucra a las nociones de contextualidad, pluralidad, provisionalidad, parcialidad y complejidad del conocimiento (Longino, 1990, 2001).

Las epistemologías anteriores son planteadas como un producto de prácticas feministas históricas y por lo general, han sido realizadas por ciertos grupos de pensadoras y activistas, en general mujeres blancas de clase media. Las miradas más críticas del feminismo, al reconocer la importancia del conocimiento situado, es decir, al señalar la imposibilidad de un conocimiento objetivo, si no es contextualizado a unas experiencias y momentos socio-históricos particulares, valida el lugar desde donde se plantean investigaciones o cuestionamientos considerándolos como “verdades en contexto”. Por ello, las corrientes feministas más críticas han llamado la atención respecto a la ausencia de “las otras mujeres” tanto en estudios, como en prácticas científicas. De esta manera, las *perspectivas interseccionales*, dentro del feminismo, cuestionan las maneras en que se han configurado los conocimientos y saberes sin considerar los diferentes sistemas de opresión al cual han sido sometidas mujeres y otros grupos que, como producto, han sido invisibilizados.

Interseccionalidad

Dentro del desarrollo teórico del feminismo las corrientes interseccionales son altamente valiosas para las investigaciones en Salud Pública y otros ámbitos del conocimiento, pues develan las formas en que los sistemas

reproducen injusticias sociales bajo determinados cánones o patrones de dominación.

El término fue introducido por Crenshaw (1989), quien se refiere a los complejos y diversos procesos, derivados de la interacción de factores sociales, políticos, económicos y culturales como mecanismos de discriminación y segregación. Inicialmente su foco se centró en cómo las mujeres negras habían sido excluidas de diversas políticas feministas y antirracistas, ya que ninguna había tomado la intersección género y raza.

Crenshaw (1991) hace la diferencia en tres niveles de interseccionalidad: (a) uno más amplio, representado por el *nivel estructural*, que hace referencia a las estratificaciones sociales que configuran las experiencias grupales de diferentes grupos de personas (por ejemplo, la clase social relacionada con la remuneración y la educación, la localidad relacionada con el acceso a servicios, etc.); (b) *un nivel político*, que explicita las segregaciones y diferencias, bien basándose en la omisión o silencio frente a las desigualdades de diferentes grupos o bien explicitándolas; y (c) un *nivel representacional*, que implica la reproducción de estereotipos en torno a diferentes ideas como raza, género, etnia, sexo, etc.

Por otro lado, para Hill-Collins (1990) la interseccionalidad corresponde a la intersección de diferentes sistemas de opresión basados en raza, género, sexualidad, nacionalidad, etnia, entre otros. Estos sistemas se encuentran jerarquizados en una *matriz de dominación* que reproduce relaciones desiguales de poder en cuatro dominios de poder interrelacionados. A saber: (a) el *dominio estructural* que representa las estructuras sociales como la religión, la economía, las leyes o las políticas públicas; (b) el *dominio disciplinario* que implica los modos de adoctrinamiento y control en las personas, por medio de la rutina, vigilancia, normativas, etc., que ocultan el racismo y el sexismo en protocolos organizacionales, o institucionales, burocráticos disfrazados de trato igualitario y eficiencia; (c) el *dominio hegemónico (cultural)* legitima la opresión, se basa en ideologías que se reproducen desde libros escolares hasta programas de televisión y reúne los dominios anteriores junto al interpersonal; y (d) el *dominio interpersonal* repercute en la vida cotidiana y representa cómo las formas de pensamiento y acción sostienen formas de subordinación y opresión. Permite evidenciar, cómo las personas que sufren represión por unas matrices de dominación reproducen otras.

Otras perspectivas interseccionales interesantes y muy vigentes en la actualidad son las de McCall (2005) quien realiza diferentes aproximaciones por nivel categorial y Yuval-Davis (2015) quien propone una perspectiva desde el conocimiento situado.

Estas perspectivas interseccionales resultan muy valiosas a la hora de repensar la investigación y las políticas públicas en salud. Junto con las epistemologías feministas y las críticas feministas en general constituyen un fuerte argumento teórico para mejorar las prácticas en la Salud Pública. A continuación, se profundiza este argumento vinculando el desarrollo teórico anterior con ejemplos concretos de investigaciones feministas en salud y con propuestas para mejorar, desde un enfoque feminista, el desarrollo investigativo de la Salud Pública.

Una salud pública feminista

En este apartado se buscará la integración de las perspectivas teóricas anteriores vinculada a las prácticas en Salud Pública y se señalarán algunos ejemplos en esta línea.

Históricamente, han existido diferentes debates en la incorporación de perspectivas feministas en la salud pública, ya que las posiciones teóricas y paradigmáticas de cada una son diferentes. Poco a poco, estas posiciones se han ido acercando bajo la fuerte evidencia de la inequidad que enfrentan las mujeres. Así, respecto a las políticas sanitarias, las mujeres han enfrentado situaciones de injusticia histórica en comparación con los hombres. Como hemos señalado, estas diferencias se deben a diferentes causales relacionales dentro de matrices de desigualdad y poder (Butler, 2007; Foucault, 1992; Hill-Collins, 1990). Así, por ejemplo, el género ha sido una categoría que opera como factor relevante en la exacerbación de condiciones de vulnerabilidad en las mujeres, afectado de forma particular y peyorativa a las mujeres pobres respecto a la inequidad en salud (Rogers, 2006; Sen, George, & Östlin, 2005) lo que promueve y reproduce situaciones de inequidad social y de acceso.

Si bien la salud pública ha intentado ocuparse del ámbito salud e inequidad social, principalmente vinculada con las categorías clase y raza, ha fallado al integrar al género (Sen et al., 2005). La desigualdad más abrumadora se produce cuando se estandarizan resultados de investigaciones en hombres blancos ricos versus mujeres negras pobres (Breen, 2002). Las mujeres pobres, negras e indígenas y trans (OutRight Action International, 2016) son las que presentan mayores condiciones de vulnerabilidad en comparación con cualquier otro grupo social⁴.

⁴ Por ejemplo, en padecer malaria, enfermedades coronarias, tuberculosis, contagio y mayor vulnerabilidad biológica frente al VIH. También cabe señalar que se estima que el 70% de las personas pobres son mujeres (Sen et al., 2005).

La configuración de las desventajas sociales asociadas al género opera como un factor determinante en los bajos resultados en salud de investigaciones que han medido las condiciones de las mujeres, pero estos elementos no han sido considerados históricamente en investigaciones en salud pública. Así, el sistema de salud, constituido por fundamentos médicos, reproduce inequidades sociales bajo imaginarios y prejuicios vinculados a la construcción de categorías (Sen et al., 2005). Por ende, las políticas sanitarias, reproducen estos estereotipos invisibilizando a grupos altamente vulnerados y fomentando la discriminación y exclusión social.

Por ejemplo, Sen et al. (2005) han recopilado investigaciones recientes sobre temas que han afectado históricamente a las mujeres, pero que habían sido descuidados por la salud pública, por ejemplo: frente a la gran problemática de infecciones en los órganos genitales de mujeres pobres, recién en los años noventa se comienzan a considerar (Germain, Holmes, Piot, & Wasserheit, 1992); el impacto de la violencia machista y patriarcal en la salud mental y física de las mujeres (García-Moreno, 2002); el estrés laboral que viven las mujeres posee causas y modelos diferentes que se vinculan a género (Ostlin, 2002); en la depresión postparto, que inicialmente se clarificaba como “normal”, se ha identificado cómo el apoyo de la pareja y otras redes, sucesos de la vida, experiencia en maternidad y temperamento de lactante son factores críticos en la depresión, es decir, se deja de achacar en las mujeres toda la “responsabilidad” (Musselman, Evans, & Nemeroff, 1998); los criterios diagnósticos para la esquizofrenia se basa en estudios hechos a hombres, lo que ha implicado que los errores en el diagnóstico han afectado dos veces más a las mujeres que a los hombres (Hambrecht, Maurer, & Hafner, 1993); algo similar ocurre en el caso de los diagnósticos de cardiopatías, donde las mujeres tardan más en ser diagnosticadas, debido a que los modelos de investigaciones y protocolos se basan en investigaciones con hombres y la sintomatología de muchas mujeres es diferente (Gijsbers van Wijk, Kolk, van den Bosch, & van den Hoogen, 1995; Green & Ruffin, 1993; Heston & Lewis, 1992).

De esta forma, es interesante preguntarse cómo el feminismo puede aportar a dar mayor visibilidad a las problemáticas que han sido invisibilizadas por la ciencia médica hegemónica.

Aportes del feminismo a la salud pública

En Latinoamérica, el movimiento feminista de resistencia a las dictaduras marca un espacio para pensar a las mujeres de forma distinta. En la década de los ochenta, la conciencia de género comienza a tomar fuerza junto a la lucha contra las dictaduras (Rebolledo, 2014). Así, el proceso de

reflexión del rol de las mujeres en este aspecto denota acciones concretas vinculadas a los derechos humanos y a los ámbitos vinculados con las políticas públicas y de forma particular en las políticas sanitarias (Gargallo, 2007). De hecho, se reclaman políticas específicas bajo el denominado “enfoque de género”, que se configuran como políticas que buscan hacerse cargo de las inequidades históricas que han enfrentado las mujeres en el ámbito sanitario (Sen et al., 2005).

Estas demandas que ponen en tela de juicio la vinculación de “lo humano” como “lo masculino” (Rebolledo, 2014), proponen la reflexión de la categoría género como un aspecto cultural que, si bien es problematizado por feminismos posestructuralistas, provee aspectos conceptuales interesantes para pensar la salud pública en especial vinculados a la interseccionalidad.

En esta línea, resulta crucial comprender que el género, como constructo social que define políticas públicas y variadas formas de organización social, no funciona de forma aislada como otros estratificadores sociales, de hecho, interactúa con otros ámbitos de opresión como la clase, la raza, la orientación sexual, etc. Por ello, las investigaciones y posteriores diseños de políticas públicas deben adoptar esta mirada para aumentar su efectividad, eficacia y, sobre todo, su pertinencia.

A continuación, algunos ejemplos de contribuciones feministas a las investigaciones en Salud Pública.

Integración de epistemologías feministas en la salud pública

Desde la diversidad de las epistemologías feministas, la salud pública puede realizar una revisión de sus prácticas desde perspectivas más críticas. Por ejemplo, desde las propuestas del enfoque psicodinámico, la disciplina puede tomar consciencia respecto a los sesgos sexistas presentes en la formación de profesionales investigadores/as. Develando elementos en el currículum oculto que limita la participación de mujeres en el desarrollo de investigaciones y prácticas en salud. Por otro lado, evidenciar la injusticia en las remuneraciones y cargos jerárquicos en el ámbito de la salud pública, también es un aporte que este enfoque brinda, al reconocer en esas prácticas la configuración de sexismo que limita el reconocimiento de equidad de hombres y mujeres. Junto con esto, este enfoque brinda la posibilidad de realizar investigaciones desde las perspectivas de las mujeres lo que implicaría una forma diferente, alejada de las tradicionales masculinistas, de abordar estas prácticas.

Similar al enfoque anterior, la salud pública sustentada en el empirismo feminista puede hacer el esfuerzo por eliminar los sesgos sexistas en las investigaciones científicas, pero centrándose en el método, es decir, bajo este enfoque, las prácticas deben someterse a un juicio feminista que permita identificar en el contenido de la investigación, esto es en aspectos ontológicos, epistemológicos y metodológicos, las limitaciones del conocimiento. Por ejemplo, existen variadas investigaciones que han dado cuenta de los sesgos en las investigaciones (Sen et al., 2005) y algunas que ya he mencionado anteriormente como las vinculadas a los signos frente a problemas cardíacos en las mujeres (Green & Ruffin, 1993) o los criterios diagnósticos de la esquizofrenia que difieren entre hombres y mujeres (Hambrecht et al., 1993).

Una perspectiva más vinculada al contexto social y a las experiencias de vida de las mujeres es la del punto de vista feminista. Las investigaciones desde esta perspectiva rescatarán las vivencias de mujeres bajo ciertas circunstancias, ya sea como sujetos de investigación o desde su propio rol como investigadoras. Considera que existen situaciones y problemas a ser estudiados y abordados propios de mujeres, como el embarazo, el cáncer de mamas o de útero, problemas de fertilidad, etc. Esto, desde un reconocimiento ontológico de la condición de ser mujer (a diferencia de las propuestas postmodernas).

En esta línea, pero de forma más amplia, la teoría del punto de vista busca recoger las experiencias de grupos marginados, excluidos o invisibilizados con el fin de mejorar las políticas públicas que les atañen o que no han sido diseñadas aún. Al respecto, investigaciones sobre las condiciones de salud de diferentes grupos étnicos, migrantes, personas no heterosexuales, etc. pero desde sus propias vivencias, resulta central. Este enfoque implica un trabajo colectivo dando voz a grupos que no han podido manifestar sus experiencias de vida. Así, emplear esta mirada implica romper con la tradición jerárquica positivista “investigador-investigado” y reconocer que desde las otras personas pueden salir a la luz problemas y soluciones situadas en un contexto particular, que bajo otros enfoques no sería posible identificar.

La comprensión de los detalles locales y contextualizados, bajo la lógica del conocimiento situados (Haraway, 1991), es crucial para descomponer las instituciones y las jerarquías entre, por ejemplo, profesionales y usuarios/as de los sistemas de salud, o investigador/a y participante, que contribuyen en sí mismas a la opresión y la dominación. El desarrollo de habilidades para escuchar y trabajar con las comunidades locales requeriría cambios significativos en los métodos de salud pública. Sin

embargo, es sólo mediante la valoración de la perspectiva de las personas afectadas que será posible comprender los problemas que enfrentan y los tipos de soluciones que son posibles (Rogers, 2006).

Desde las epistemologías feministas postmodernas la salud pública podría adoptar una mirada de “humildad”, más que una metodología en sí. Al reconocer que la ciencia es una mirada entre muchas otras, esta perspectiva permite entender que el conocimiento es móvil y transitorio, más que objetivo. Así, esta perspectiva nutre las posibilidades más críticas de la propia práctica no dando por hecho que los métodos u objetivos científicos se definen una vez por todas. Además, se reconoce la ausencia de objetividad, comprendiendo el carácter provisional del conocimiento, esto implica un examen permanente y crítico de las metodologías, ideologías y fines involucrados en las prácticas de la ciencia.

Y, por último, la perspectiva del empirismo feminista contextual permite desarrollar la práctica de la salud pública desde una mirada colectiva. Bajo el principio de diversidad (Longino, 1990) las investigaciones se centrarán en formar grupos diversos que aporten de diferente manera a la construcción del conocimiento y en espacios abiertos rompiendo con el hermetismo y práctica de la investigación individual. Así, las miradas multi, inter o transdisciplinarias toman un rol protagónico, además de la diferencia entre experiencias de investigadores/as. Junto con esto, se abren las posibilidades para que la comunidad proponga qué investigar en un diálogo constante y dialéctico con el equipo de investigación.

Perspectivas interseccionales en salud pública

La interseccionalidad permite evidenciar profundas desigualdades en las investigaciones de salud pública (Keane, 2014). Estas miradas nos permiten criticar las formas en que las políticas públicas han reproducido exclusiones basándose en diferentes sistemas de opresión.

Por ejemplo, desde las propuestas de Crenshaw (1991) podemos observar a nivel estructural cómo la dificultad en el acceso a servicios de salud en zonas rurales repercute nocivamente en los estados de salud general y especialmente a mujeres adultas mayores pobres con enfermedades crónicas (Salgado-de Snyder & Wong, 2007) o cómo el embarazo de mujeres de menos de dieciocho años tiene una más alta prevalencia en sectores pobres (Issler, 2001; León, Minassian, Borgoño, & Bustamante, 2008). La localidad y la clase social son elementos que intersectan con otros aspectos como el género, la edad, etc.

O como a nivel político las políticas públicas que buscan la integración laboral de personas en situación de discapacidad no han considerado el género/sexo como parte de la propuesta, aun cuando existen una serie de diferencias bien documentadas sobre el acceso de mujeres y hombres en situación de discapacidad a los puestos de trabajo (Ferreira & Díaz Velázquez, 2009; Shum, Conde Rodríguez, & Portillo Mayorga, 2003). O como a nivel representacional se observa una falta de políticas sanitarias vinculadas a la prevención de infecciones de transmisión sexual en mujeres lesbianas, bajo ideas preconcebidas y vinculadas al falocentrismo (Silberman, Buedo & Burgos, 2016).

Respecto a las propuestas de Hill-Collins (1990), el dominio estructural está presente, por ejemplo, en las prohibiciones del aborto que dan cuenta de representaciones claras respecto a los dominios hegemónicos patriarcales que operan de forma explícita para controlar el cuerpo y las decisiones de las mujeres. Aun cuando cifras internacionales dan cuenta que la despenalización del aborto no implica un aumento de la práctica (que es la principal objeción de grupos conservadores para impedir la medida), si garantiza mayor seguridad para las mujeres que lo realizan (Briozzo, 2003; Erviti, 2005; Ibáñez Canelo, 2015). Por lo tanto, claramente se evidencia cómo el sistema patriarcal se ampara en prejuicios y estereotipos que van en contra de la salud de las mujeres, aun cuando la evidencia señala lo contrario.

Un ejemplo del dominio disciplinario se expresa en la prohibición de personas homosexuales frente a la donación de sangre basando este argumento en una supuesta conducta de riesgo que podría repercutir en la potencial persona beneficiaria (Casadiegos, 2015). Aquí claramente se disfraza la discriminación basada en prejuicios bajo una perspectiva que apunta a resguardar la seguridad de las personas enfermas.

Un ejemplo del dominio hegemónico aparece, respecto a las representaciones sociales y estereotipos de las personas migrantes en Chile. Este aspecto, se ha expresado frente a los “miedos” de profesionales del área de la salud, particularmente médicos/as, quienes refieren, frente a sus pares bolivianos, peruanos y ecuatorianos, que “(...) Saben menos. Muchos se han tenido que formar, han tenido que estudiar, han tenido que leer... saben menos”, lo que ha generado una limitación importante, no solo desde la integración al sistema de salud/trabajo, sino que también en la tramitación burocrática de la validación de su formación extranjera (Stefoni, 2001, p. 25). Desde aquí, se evidencia cómo las representaciones culturales limitan el acceso a empleos dentro del ámbito de la salud pública.

Respecto al dominio interpersonal, un ejemplo particular respecto a la superposición de sistemas de opresión, pero que actúan de forma separada, es el caso de mujeres que han sufrido discriminación laboral (o de otro tipo) y se han manifestado en contra de mujeres que luchan por la despenalización del aborto, aquí se cruza el ámbito de la discriminación laboral basada en género con la restricción de los derechos sexuales y reproductivos; u hombres homosexuales que critican la expresión de género de otros hombres que no calzan con las perspectivas heteronormadas de comportamiento y expresión de una masculinidad hegemónica; o personas en situación de discapacidad que reproducen estereotipos sexistas, etc.

Otros casos que integran diferentes matrices de opresión son las prácticas discriminatorias en el ámbito sanitario desde la interseccionalidad, que dan cuenta de los prejuicios contra las personas con enfermedad mental y el acceso a los servicios de salud (Mora-Ríos & Bautista, 2014) o contra las mujeres afrodescendientes en situación de discapacidad (Munévar & Mena, 2013).

De este modo, vemos como las investigaciones desde la interseccionalidad permitirán contribuir a acciones más pertinentes, contextualizadas y oportunas en salud pública.

Crítica a la opresión heteronormativa

La contextualización y visibilización de las desigualdades jerárquicas presentes en las relaciones de género, dónde las configuraciones machistas que, derivan de la heteronormatividad (Sabsay, 2012), generan hacia a las mujeres —y hacia grupos de personas—, cuyas corporalidades o expresiones de género, no representa a un paradigma heterosexista y patriarcal (Galaz, Troncoso, & Morrison, 2016), permitiría identificar cómo se producen y reproducen sistemáticamente políticas públicas discriminatorias que excluyen y oprimen a todas aquellas personas que se alejan del “sujeto imaginado”.

Un ejemplo de esto es la restricción en las políticas públicas orientadas a mujeres en la prevención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que provoca el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En Brasil, el SIDA produce, en promedio, unas 10 mil muertes por año y al 2014 se habían documentado 205 mil muertes, de las que 54 mil corresponden a mujeres (von Mühlen, Saldanha, & Strey, 2014). El explosivo aumento de mujeres seropositivas que son diagnosticadas tardíamente, corresponde a que el sujeto que se representa como “de

riesgo” no es mujer. Ya que se ha entendido históricamente, desde una concepción heteronormada, que el sujeto del VIH es el hombre homosexual. En esta línea, se hace necesaria la desnaturalización de los sujetos de atención.

Desnaturalización de los sujetos

Una reflexión crítica en salud pública permite la desnaturalización de los estereotipos vinculados a los sujetos de atención, esto se constituye como un eje central si agregamos perspectivas interseccionales que permitan evidenciar los sistemas de opresión a los que las personas están expuestas. La mayor complejización de los procesos de salud permiten evidenciar que las categorías género, clase, étnica, raza, etc. están vinculadas e interrelacionadas entre sí, por ello, es necesario prestar atención a cómo operan generando opresiones. En esta línea, la perspectiva de la Teoría de punto de vista resulta crucial (Harding, 1987, 1996).

Una salud pública más crítica debe incorporar las voces de “los otros y las otras” en los procesos de construcción de políticas públicas e investigaciones, de modo de comprender desde aquel conocimiento situado (Haraway, 1991) y saberes marginados (Foucault, 1992) las experiencias y vivencias de los grupos más excluidos y segregados, como se mencionó más atrás.

Además, junto a este proceso de desnaturalización, la victimización o culpabilidad de grupos vulnerados y subordinados es una práctica común en el diseño de políticas públicas sanitarias, así se achaca la condición de poseer “mala salud” a cierto tipo de grupos, sin prestar atención en su situación de opresión (Sen et al., 2005). Por ello, la comprensión de la inequidad y la exclusión en términos relacionales de poder permite evidenciar tales prácticas dando la posibilidad de repensar políticas públicas feministas.

Visibilización de grupos oprimidos e invisibilizados

Reforzando lo anteriormente señalado, al desnaturalizar los sujetos y eliminar sesgos heteronormativos, aparecerán nuevos sujetos que anteriormente no habían sido considerados. Ejemplos en esta línea son las investigaciones vinculadas a la sexualidad y la salud.

La salud sexual de las mujeres está comprometida a las representaciones sociales y estereotipos sexistas vinculadas al recato, la sumisión, la castidad, etc. Este bajo estado, y la consecuente falta de autonomía

sexual, aumenta el riesgo de problemas de salud sexual y disminuye las posibilidades de atención y tratamiento. Volviendo al ejemplo del VIH, en Estados Unidos las mujeres simplemente fueron ignoradas en esta materia por las políticas públicas y por las investigaciones, y cuando aparecieron fueron catalogadas como vectores, es decir, como fuentes de transmisión de enfermedades, aunque no fue así estadísticamente hablando. Investigaciones posteriores, demostraron la relación entre la violencia sexual que sufrían las mujeres, las decisiones sobre la sexualidad de las mujeres por parte de sus parejas hombres y el contagio del VIH. Esta situación es mucho más grave cuando se consideran a mujeres pobres, negras, latinas, con problemas de adicción a sustancias o que ejercen la prostitución (Amaro, Raj, & Reed, 2011). Por ende, las perspectivas feministas en esta temática resultan cruciales en la visibilización de sujetos ocultos por la ciencia hegemónica y patriarcal.

Compromiso político explícito

Por último, reconocer y explicitar un posicionamiento político ha sido un aspecto central en el feminismo. Ello implica eliminar las creencias sobre la imparcialidad en el rol del investigador o la investigadora y asumir una posición.

Este vínculo con la salud pública es central, ya que las acciones concretas, más allá de la política partidista, evidencian posiciones respecto a cómo se organiza la sociedad. Así, las políticas públicas representan planteamientos ideológicos que no necesariamente serán explicitados, pero es allí donde el feminismo aporte, en evidenciar esas posiciones y en mirarlas de forma crítica.

El financiamiento público de la salud implica descentrar la toma de decisiones en quienes invisibilizan a grupos desfavorecidos, ya que lo contrario mantiene un proceso recursivo de exclusión y opresión, que no permite subsanar las problemáticas estructurales de las personas que sufren inequidades. El feminismo pone en evidencia esas desigualdades estructurales que se reproducen en las políticas públicas sanitarias y permite tomar una posición crítica para resolverlas.

La burocracia en la aprobación de gastos públicos en materia de salud muchas veces obedece a una perspectiva político-partidista y no a las necesidades de las personas (Rogers, 2006), por ende, estas limitaciones deben centrarse en la reflexión crítica desde una perspectiva feminista del conocimiento que permita democratizar el saber (Longino, 1990) y la toma de decisiones en materia de salud.

Por ello, las decisiones de salud pública deben justificarse científicamente y no desde las decisiones políticas-partidistas, pero esto implica comprender también a la ciencia de forma crítica.

Una ciencia que comprende las relaciones y contextos en los que se encuentran las personas será muchísimo más efectiva que una ciencia reduccionista y biomédica que se centra solamente en las necesidades particulares de un individuo. El enfoque en el individuo permite a investigadores/as y políticos/as ignorar el contexto social y político de las personas, lo que conduce a mayores riesgos en materia de salud⁵ (Rogers, 2006; Sen et al., 2005).

Conclusiones: hacia una salud pública feminista

Un relato feminista en salud pública expresado en sus políticas públicas exige un compromiso político explícito con acciones que se basen en la preocupación por el bienestar de las mujeres y de grupos oprimidos y excluidos, y que se centre en alcanzar las metas que esos grupos determinarán (Rogers, 2006).

Así, la mejora de una salud pública feminista implica: (a) integrar perspectivas feministas en las prácticas investigativas y en el diseño de políticas públicas; (b) considerar la existencia de sesgos sexistas en las investigaciones científicas y en el diseño de políticas públicas; (c) integrar perspectivas interseccionales para fortalecer la comprensión de las desigualdades que afectan a las mujeres y a grupos marginados; (d) formación crítica en teorías de feministas en profesionales que trabajan e investigan en el ámbito de la salud en general, y salud pública en particular; (e) interpretación de resultados de investigaciones desde las epistemologías feministas que permitan desarrollar explicaciones diversas y con mayor profundidad; (f) plantear las investigaciones desde las experiencias de los grupos marginados, validando su saber, lo que implica (g) desarrollar una “humildad epistémica” que permita reconocer el conocimiento situado de los grupos que no han tenido voz históricamente en el diseño de políticas públicas que los afectan, rompiendo con los saberes dominantes e históricos que han permanecido como los únicos legítimos en el ámbito del conocimiento.

⁵ Un buen ejemplo al respecto está representado por las discusiones sobre la obesidad. Esto bajo un enfoque en el control de las dietas individuales no contempla los daños a la salud causados por exponer a niños y niñas al capitalismo del consumo (Rogers, 2006).

Esta reflexión nos invita a tomar conciencia frente a las injusticias cometidas durante siglos, y a hacernos responsables en la lucha por la igualdad de género y por la equidad en general, de modo de hacer válido un acceso necesario que rescate experiencias de personas que no han podido participar ni decidir en las acciones que las involucran directamente. Una salud pública feminista contribuirá a un lugar más equitativo, igualitario y digno para cada persona.

Referencias Bibliográficas

- Amaro, H., Raj, A., & Reed, E. (2011). Women's Sexual Health: The Need for Feminist Analyses in Public Health in the Decade of Behavior. *Psychology of Women Quarterly*, 25(4), 324-334. doi:10.1111/1471-6402.00032
- Andrews, L. B. (1988). Surrogate motherhood: the challenge for feminists. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 16(1-2), 72-80. doi:10.1111/j.1748-720X.1988.tb01053.x
- Avila Gaitán, I. D. (2011). Animales', 'Humanos', 'Mujeres' y Otras Ficciones. *Antroposmoderno*. doi:http://antroposmoderno.com/antro-version-imprimir.php?id_articulo=1336
- Berriot-Salvadore, E. (1992). El discurso de la medicina y de la ciencia. En G. Duby & M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres en occidente. Tomo 3: Del Renacimiento a la Edad Moderna* (pp. 371-413). Madrid: Taurus ediciones, Santillana S.A.
- Bonder, G. (1999). Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente. En S. Montecino & A. Obach (Eds.), *Género y epistemología: Mujeres y disciplinas* (pp. 29-55). Santiago de Chile: LOM.
- Breen, N. (2002). Social discrimination and health: Gender, race and class in the United States. En G. Sen, A. George, & P. Östlin (Eds.), *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Briozzo, L. (2003). Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis - estrategias para su reducción. *Revista Médica del Uruguay*, 19(3), 188-200.
- Butler, J. (2007). *El Género en Disputa: El Feminismo y la Subversión de la Identidad*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Campos, Á. (2007). *Así aprendimos a ser hombres. Pautas para facilitadores de talleres de Masculinidad en América Central* (Vol. 1). San José, Costa Rica: Oficina de Seguimiento y Asesoría de Proyectos OSA, S.C.
- Casadiegos, M. H. (2015). *La orientación sexual como criterio de exclusión para la donación de sangre en Colombia* (Maestría en Derecho Constitucional y Derechos Humanos). Universidad de Palermo, Buenos Aires. Retrieved from <https://dspace.palermo.edu:8443/xmlui/handle/10226/1268>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139-167.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- De Beauvoir, S. (1949/1981). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo XX.

- Edelsztein, V. (2012). *Científicas: cocinan, limpian y ganan el premio Nobel (y nadie se enteró)*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Erviti, J. (2005). *El aborto entre mujeres pobres: sociología de la experiencia*. Cuernavaca: UNAM.
- Espinosa Miñoso, Y., Gómez Correal, D., & Ochoa Muñoz, K. (Eds.). (2014). *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Popayán, Colombia: Universidad del Cauca.
- Esteban, L., & Távora, A. (2008). El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Anuario de Psicología*, 39(1), 59-73.
- Faria, C. (2016). Lo personal es político: feminismo y antiespecismo. *Revista Latinoamericana de Estudios Críticos Animales*, 2(3), 18-38.
- Federici, S. (2004). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Ferreira, M. A., & Díaz Velázquez, E. (2009). Discapacidad, exclusión social y tecnologías de la información [Disability, Social Exclusion and Information Technologies]. *Política y Sociedad*, 46(1/2), 237-253.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder* (F. Alvarez-Uría & J. Varela, Trans.). México: La Piqueta.
- Fox Keller, E. (1991). *Reflexiones sobre género y ciencia [Reflections about gender and science]*. Valencia: Alfons el Magnànim Valencia.
- Fraser, N., & Nicholson, L. (1992). Crítica social sin filosofía: un encuentro entre el feminismo y el posmodernismo. En L. Nicholson (Ed.), *Feminismo/Posmodernismo* (pp. 7-28). Buenos Aires: Feminaria.
- Fricker, M. (2001). El Feminismo en la Epistemología: Pluralismo sin postmodernismo. En M. Fricker & J. Hornsby (Eds.), *Feminismo y Epistemología. Un compendio* (pp. 161-180). Barcelona: Idea Books, S.A.
- Gahete, S. (2016). Votes for Women. La historia del sufragio femenino en Inglaterra. Nota bibliográfica. *Arenal: Revista de historia de mujeres*, 23(1), 215-222.
- Galaz, C., Troncoso, L., & Morrison, R. (2016). Miradas Críticas sobre la Intervención Educativa en Diversidad Sexual. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 10(2), 93-111.
- García-Moreno, C. (2002). Violence against women: consolidating a public health agenda. En G. Sen, A. George, & P. Östlin (Eds.), *Engendering International Health: The Challenge of Equity* (pp. 111-142). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Gargallo, F. (2007). Feminismo Latinoamericano. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28), 17-34.
- Garrido, H. B. (2016). Revisitando a Emma Goldman. Notas sobre su contribución a la construcción de una historia feminista del género. *Temas De Mujeres*, 3(3), 67-86.
- Germain, A., Holmes, K. K., Piot, P., & Wasserheit, J. N. (Eds.) (1992). *Reproductive tract infections: Global impact and priorities for women's reproductive health*. New York: Plenum Press.
- Gijsbers van Wijk, C. M., Kolk, A. M., van den Bosch, W. J., & van den Hoogen, H. J. (1995). Male and female health problems in general practice: the differential impact of social position and social roles. *Social Science and Medicine*, 40(5), 597-611.

- Gómez Rodríguez, A. (2001). Sesgos sexistas de la ciencia: de por qué no evolucionan las mujeres. En E. Pérez Sedeño & P. Alcalá Cortijo (Eds.), *Ciencia y Género* (pp. 335-455). Madrid: Ed. Complutense.
- González García, M., & Pérez Sedeño, E. (2002). Ciencia, tecnología y género. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 2.
- González Suárez, A. (2015). De tumba a útero. *Investigaciones Feministas*, 6, 39-59. doi:dx.doi.org/10.5209/rev_INFE.2015.v6.51378
- Green, L. A., & Ruffin, M. T. 4th (1993). Differences in management of suspected myocardial infarction in men and women. *Journal of Family Practice*, 36(4), 389-393.
- Gruenbaum, D. (2012). Foreign Surrogate Motherhood: mater semper certa erat. *American Journal of Comparative Law*, 60(2), 475-506.
- Guerra, L. A. (2010). *Marxismo y Feminismo en el pensamiento de Alejandra Kollontai*. Paper presented at the I Jornada de Adscriptxs y Becarixs del CINIG (La Plata, 2010).
- Guzmán Cáceres, M., & Pérez Mayo, A. (2004). Las Epistemologías Feministas y la Teoría de Género. Cuestionando su carga ideológica y política versus resolución de problemas concretos de la investigación científica. *Cinta de Moebio*, 22, 112-126.
- Hambrecht, M., Maurer, K., & Hafner, H. (1993). Evidence for a gender bias in epidemiological studies of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 8(3), 223-231.
- Haraway, D. J. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza [Science, cyborgs and women. The reinvention of nature]*. Valencia: Ed. Cátedra, Universitat de València.
- Harding, S. (1987). Is there a Feminist Method? En S. Harding (Ed.), *Feminism and Methodology* (pp. 1-14). Bloomington: Indiana University Press.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y Feminismo*. Madrid: Ediciones Morata.
- Heston, T. F., & Lewis, L. M. (1992). Gender bias in the evaluation and management of acute nontraumatic chest pain. The St. Louis Emergency Physicians' Association Research Group. *Family Practice Research Journal*, 12(4), 383-389.
- Hill-Collins, P. (1990). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*. New York: Routledge.
- Ibáñez Canelo, M. J. (2015). "El control de los cuerpos de las mujeres es algo modular en la política patriarcal capitalista": entrevista a Soledad Rojas, feminista chilena. *Comunicación y Medios*, 30, 214-224.
- Ignaciuk, A. (2009). Anticoncepción y aborto: una propuesta de análisis desde los estudios de género. *eä*, 1(2), 1-25.
- Issler, J. R. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina*, 107, 11-23.
- Jabardo, M. (Ed.). (2012). *Feminismos negros. Una antología*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Keane, H. (2014). Feminism and the Complexities of Gender and Health. *Australian Feminist Studies*, 29(80), 180-188. doi:10.1080/08164649.2014.928192
- Langton, R. (2001). El Feminismo en la Epistemología: Exclusión y Objetualización. En M. Fricker & J. Hornsby (Eds.), *Feminismo y Epistemología. Un compendio* (pp. 141-159). Barcelona: Idea Books, S.A.
- Leyton, F. (2015). Literatura básica en torno al especismo y los derechos animales. *Revista de bioética y derecho, Extra*, 93-98.

- León, P., Minassian, M., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*, 5(1), 42-52.
- Longino, H. (1990). *Science as Social Knowledge*. Princeton: Princeton University Press.
- Longino, H. (2001). *The Fate of Knowledge*. Princeton: Princeton University Press.
- Mabee, C. (1993). *Sojourner Truth: Slave, Prophet, Legend*. New York: New York University Press.
- Matthews, S. (1992). El cuerpo, apariencia y sexualidad. En G. Duby & M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres en occidente. Tomo 3: Del Renacimiento a la Edad Moderna* (pp. 67-109). Madrid: Taurus ediciones, Santillana S.A.
- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771-1800.
- Menand, L. (2002). *El club de los metafísicos. Historia de las ideas en los Estados Unidos* (A. Bonnano, Trans.). Barcelona: Destino.
- Mogrovejo, N. (2000). *Un amor que se atrevió a decir su nombre: La lucha de las lesbianas y su relación con los movimientos homosexual y feminista en América Latina*. México: Plaza y Valdés.
- Mora-Ríos, J., & Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad: Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, 37(4), 303-312.
- Morrison, R. (2011). (Re)conociendo a las fundadoras y “madres” de la terapia ocupacional. Una aproximación desde los estudios feministas sobre la ciencia [Knowing (and recognizing) the founders and ‘mothers’ of occupational therapy. An approach from women’s studies about science]. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 8(14), 21.
- Morrison, R. (2016a). Los comienzos de la terapia ocupacional en Estados Unidos: una perspectiva feminista desde los estudios de Ciencia, Tecnología y Género (siglos XIX y XX) [The Beginnings of Occupational Therapy in the United States: A Feminist Perspective from Studies of Science, Technology and Gender (19th and 20th Century)]. *Historia Crítica*, 62, 97-117. doi:10.7440/histcrit62.2016.05
- Morrison, R. (2016b). Pragmatist Epistemology and Jane Addams: Fundamental Concepts for the Social Paradigm of Occupational Therapy. *Occupational Therapy International*, 23(4), 295-304. doi:10.1002/oti.1430
- Munévar, D. I., & Mena, L. Z. (2013). *Mujeres afrodescendientes en situación de discapacidad. Diálogos interseccionales en la academia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Musselman, D. L., Evans, D. L., & Nemeroff, C. B. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 580-592.
- Nash, M., & Álvarez González, A. I. (2002). *Seneca Falls: un siglo y medio del Movimiento Internacional de Mujeres y la lucha por el sufragio femenino en España*. Oviedo: Consejería de la Presidencia.
- Neal, M. E. (2010). Protecting women: preserving autonomy in the commodification of motherhood. *William & Mary Journal of Women and the Law*, 17(3), 611-637.
- Ortiz Ortega, A. (2001). *Si los hombres se embarazaran ¿el aborto sería legal? Las feministas ante la relación Estado-Iglesia católica en México (1871-2000)*. México: EDAMEX.
- Ostlin, P. (2002). Examining work and its effects on health. En G. Sen, A. George, & P. Östlin (Eds.), *Engendering international health. The challenge of equity* (pp. 63-81). Cambridge, MA: The MIT Press.

- Ostrovsky, A. E. (2009). *Epistemologías feministas: pensando en aportes a la reflexión crítica de la disciplina*. Paper presented at the II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata. Objeto de conferencia retrieved from <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/17222>
- OutRight Action International (2016). *Cartografía de los derechos trans en Chile [Cartography of trans rights in Chile]*. Retrieved from OutRight Action International: <http://OutRightInternational.org/>
- Parcero, J. A. C. & Vázquez, R. (2010). *Debates constitucionales sobre derechos humanos de las mujeres*. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- Pinto, W. (2003). Historia del feminismo. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 225, 30-45.
- Preciado, B. (2002). *Manifiesto contra-sexual* (J. Díaz & C. Meloni, Trans.). Madrid: Editorial Opera Prima.
- Quiroga, V. (1995). *Occupational therapy: The first thirty years, 1900-1930*. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
- Ranea Triviño, B. (2012). *La demanda en disputa. La construcción social de la masculinidad heterosexual y la prostitución femenina*. Paper presented at the Investigación y género, inseparables en el presente y en el futuro: IV Congreso Universitario Nacional Investigación y Género [libro de actas], 21 y 22 de junio de 2012, Facultad de Ciencias del Trabajo de la Universidad de Sevilla.
- Rebolledo, L. (2014). Aportes de los estudios de género a las Ciencias Sociales. *Revista Antropologías del Sur*, 1, 65-80.
- Redondo Saceda, L. (2017). Libre disposición sobre el cuerpo: la posición de la mujer en el marco de la gestación subrogada. EUNOMÍA. *Revista en Cultura de la Legalidad*, 161-146. doi:dx.doi.org/ 10.20318/eunomia.2017.3646
- Rodríguez Carreño, J. (2016). Feminismo y dieta vegetariana: breve exposición de las principales posturas sobre el vínculo entre la subordinación de las mujeres y el consumo de carne. *Revista Latinoamericana de Estudios Críticos Animales*, 2(2), 120-139.
- Rogers, W. A. (2006). Feminism and public health ethics. *Journal of Medical Ethics*, 32(6), 351-354. doi:10.1136/jme.2005.013466
- Romero Bachiller, C., García Dauder, S., & Bargueiras Martínez, C. (Eds.). (2005). *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Rossi, A. (2000). Sentimiento e Intelecto. La historia de John Stuart Mill y Harriet Taylor Mill. En J. Stuart Mill & H. Taylor Mill (Eds.), *Ensayos sobre la igualdad de los sexos* (pp. 21-87). Madrid: Antonio Machado Libros.
- Sabsay, L. (2012). *Fronteras Sexuales: Espacio urbano, cuerpos y ciudadanía* (Vol. 18). Buenos Aires: Paidós.
- Salgado-de Snyder, V. N., & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49(Suppl 4), 15-21. doi:10.1590/S0036-36342007001000011
- Scolari, A. (2016). *Disputas: miradas feministas sobre la prostitución en la ciudad de Rosario* (Licenciatura en Trabajo Social). Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2133/5710>

- Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en la salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Organización Panamericana de la Salud: Harvard Center for Population and Development Studies.
- Shum, G., Conde Rodríguez, Á., & Portillo Mayorga, I. (2003). Discapacidad y empleo: una perspectiva de género. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 11, 59-85.
- Silberman, P., Buedo, P. E., & Burgos, L. M. (2016). Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Revista de Salud Pública*, 18(1), 1-12. doi:10.15446/rsap.v18n1.48047
- Stefoni, C. (2001). Representaciones Culturales y Estereotipos de la Migración Peruana en Chile. *Informe final del concurso: Culturas e identidades en América Latina y el Caribe. Programa Regional de Becas CLACSO*. doi:http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/becas/2000/stefoni.pdf
- von Mühlen, B. K., Saldanha, M., & Strey, M. N. (2014). Mulheres e o hiv/aids: Intersecções Entre Gênero, Feminismo, Psicologia e Saúde Pública. *Revista Colombiana de Psicología*, 23, 285-296.
- Vázquez García, R., & Sánchez Fernández, M. (2017). Antropo (andro) centrismo y especie. Ideología y naturalización del especismo en tiempos liberales. *EUNOMÍA. Revista en Cultura de la Legalidad*, 12, 26-38. doi:https://doi.org/10.20318/eunomia.2017.3640
- Waksman, N. (2005). El papel de la mujer en la ciencia. *Ciencia UANL*, 8(1), 3-6.
- Witting, M. (1992/2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Editorial Egales.
- Yuval-Davis, N. (2015). Situated Intersectionality and Social Inequality. *Raisons politiques* 58, 91-100. doi:10.3917/rai.058.0091
- Zalaquett, C. (2012). Ciencia y género: lo legítimo y lo bastardo en epistemología científico-social. *Izquierdas*, 12, 26-51.