

ACTAS 2016

I Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de la UNCuyo

25 y 26 de Agosto de 2016

"Perspectivas actuales en la investigación en ciencias sociales: problemáticas,
enfoques epistemológicos y abordajes teórico-metodológicos"

La relación entre antropología médica crítica y estudios feministas y de género: notas para una discusión

ISBN 978-987-575-164-4

Sofía da Costa Marques*
sofiadacostamarques@gmail.com

María Florencia Linardelli**
mlinardelli@mendoza-conicet.gob.ar

Gabriela Maure***
gabymaure@gmail.com

Resumen

Desde mediados del siglo XX los estudios feministas y de género y la antropología médica crítica (AMC) han desarrollado análisis críticos sobre los procesos de salud/enfermedad y respecto de la relación entre biomedicina y capitalismo. Sin embargo, aun compartiendo esta mirada crítica, la articulación entre ambas tradiciones implica múltiples tensiones. Estas se vinculan -principalmente- con la escasa recepción de los aportes feministas en la AMC, que se hace visible en la omisión o desconocimiento de debates sustanciales instalados por los feminismos en el campo de la salud y de la teoría social.

El presente trabajo persigue un doble objetivo: reflexionar sobre las características de este diálogo trunco y proponer un acercamiento entre los feminismos y estudios de género y la AMC. El supuesto que subyace es que, en el contexto del capitalismo patriarcal, la relación de ambos aparatos conceptuales permite una comprensión crítica más acabada de las problemáticas de salud-enfermedad.

Palabras clave

feminismos, género, antropología médica crítica, salud/enfermedad

* Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales - Consejo de Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Cuyo.

** Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales - Consejo de Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

*** Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales - Consejo de Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Cuyo.

Introducción

La medicina moderna tiene un lugar central en el proceso de consolidación y reproducción del sistema capitalista y en las intervenciones de éste sobre los cuerpos. Esta situación ha sido problematizada tanto por los estudios feministas y de género, como por la antropología médica crítica (AMC); ambos han señalado la relación entre medicina moderna y capitalismo y la forma en que dicha relación opera como mecanismo de control social.

La antropología médica constituye una subdisciplina de la antropología social que surge a mediados del siglo XX y se aboca al estudio de las formas diferenciales de enfermar, atenderse y morir de distintos grupos sociales, enmarcados en sus contextos sociales, culturales y económico-políticos (Freyermuth & Sesia, 2006). Dentro de esta subdisciplina, una tradición teórica de gran relevancia -particularmente en América Latina- es la AMC. La AMC propone una lectura radical de la medicina como práctica de dominación y de la enfermedad como manifestación del orden social (Fassin, 2004). Esta perspectiva se distingue por analizar los procesos de salud/enfermedad a la luz de categorías teóricas del marxismo, y los conceptualiza como procesos históricos atravesados por las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre los sectores sociales, en una sociedad determinada (Menéndez, 1994; 2005).

Por su parte, los estudios de género y feministas en el campo de la salud surgen en el marco de la llamada “segunda ola del feminismo”, en búsqueda de revertir aquellas concepciones biologicistas según las cuales los roles sexuales asignados a hombres y mujeres responden a factores explícitamente biológicos (Bellucci, 1992). Resulta extensa la bibliografía que analiza el impacto de las desigualdades de género en los procesos de salud/enfermedad. Desde distintas perspectivas, se han explicado las formas en que las instituciones sanitarias ejercen diversas estrategias de control social sobre las mujeres, por ejemplo, mediante la invisibilización y medicalización de sus cuerpos.

Ahora bien, aun compartiendo una mirada crítica de los procesos de salud/enfermedad, la articulación entre ambas tradiciones no siempre resulta sencilla. Los intentos de diálogo entre ambas teorías implican tensiones y contradicciones, en gran medida vinculadas con la escasa recepción de los aportes feministas en la AMC. En efecto, debates sustanciales instalados por los feminismos en el campo de la salud -y de la teoría social en general- son omitidos, negados y/o desconocidos por representantes centrales de la AMC. Esta tendencia se replica en otras ciencias sociales y humanas, que reconocen tardía y escasamente los aportes de la teoría feminista, pero cobra cuerpo de una manera singular en la antropología médica que no sólo más tarde, sino que menos profundamente, incorpora categorías y nociones claves del feminismo al campo de la salud.

En ese marco, el objetivo del presente trabajo es reflexionar sobre las características de este diálogo trunco y por momentos unidireccional, como también proponer un acercamiento entre los

estudios de género y feministas y la antropología médica crítica. El supuesto que subyace es que, en el contexto del capitalismo patriarcal, la relación de ambos aparatos conceptuales permite una comprensión crítica más acabada de las problemáticas de salud-enfermedad. A nivel metodológico se optó por realizar una revisión bibliográfica que diera cuenta de las posibles articulaciones y tensiones entre las principales categorías de la antropología médica crítica y los aportes de la teoría feminista y los estudios de género al campo de la salud, fundamentalmente en el contexto latinoamericano.

En relación a los fines propuestos, el trabajo se organiza en tres secciones. En primer lugar, presentamos la AMC y dos de sus categorías centrales: procesos de salud/enfermedad/atención y modelos de atención de los padecimientos. Dentro de la categoría de modelos de atención nos abocamos a la conceptualización que realiza Eduardo Menéndez del modelo médico hegemónico y de las estrategias de autoatención. El segundo apartado presenta los principales aportes de los estudios feministas y de género al campo de la salud, sus discusiones centrales y algunas limitaciones de estos enfoques. El último apartado aborda las dificultades y posibilidades de articulación entre estas tradiciones teóricas, y sostiene que este diálogo tiene gran potencial analítico para abordar problemáticas de salud y enfermedad.

1. La salud-enfermedad en clave marxista: antropología médica crítica

La antropología médica surge como una rama dentro de la antropología en la década de 1960 en Estados Unidos y Canadá, para luego desarrollarse -con características propias y diversas a esos marcos iniciales- en Europa y América Latina. En la actualidad constituye un campo variado y heterogéneo que se aboca al estudio de

(...) los problemas de la salud humana y los sistemas de curación en sus contextos sociales, culturales y económico-políticos; analiza las mediaciones que explican las formas diferenciales de enfermar, atenderse y morir entre individuos y grupos determinados, y considera las características y peculiaridades de las relaciones entre personas y grupos sociales que posibilitan o limitan la resolución de sus problemas de salud (Freyermuth y Sesia, 2006: 9).

La AMC constituye una importante tradición teórica dentro de la antropología médica que “basa sus análisis en que todo conocimiento relacionado con el cuerpo, la salud y la enfermedad es culturalmente construido, negociado y renegociado en un proceso dinámico a través del tiempo y el espacio” (Chamorro y Tocornal, 2005, p.118; citado en Drovetta, 2009). Esta mirada permite analizar históricamente las relaciones de poder y las desigualdades sociales que dan forma a las maneras de concebir la salud y la enfermedad, las relaciones entre curador y paciente, como también a las estrategias desplegadas por las y los sujetos y sus comunidades para atender sus padecimientos. En América Latina, los aportes del marxismo, específicamente de Antonio Gramsci, han sido fundamentales para la constitución de esta corriente crítica.

Dentro de la AMC identificamos dos categorías útiles para poner en relieve la potencialidad de restablecer el diálogo trunco entre los estudios de género y los feminismos con la AMC. Nos referimos a las categorías de proceso de salud/enfermedad/atención y de modelos de atención.

Desde la medicina social, Cristina Laurell (1982) comienza a hablar sobre procesos de salud/enfermedad, como la forma específica en que se da el proceso biológico de desgaste y reproducción en el grupo o colectividad, con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad. Posteriormente Menéndez, representante de la AMC en América Latina, hablará de procesos de salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1994). Estos procesos constituyen una de las áreas de la vida social en torno a las cuales se estructuran una gran cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas (Menéndez, 1994) y expresan no sólo fenómenos clínicos y epidemiológicos, sino también condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir (Conrad, 1982; Menéndez, 2005; Comelles J. M., 2003). Menéndez (1994) subraya que dicho proceso es estructural a toda sociedad y un hecho permanente y decisivo para la producción y reproducción de toda comunidad.

La segunda categoría que nos resulta útil para los objetivos de este trabajo es la de modelos de atención. Menéndez (2003, pág. 186) utiliza la noción de "modelos de atención" para referirse a todas aquellas actividades que de manera intencional "buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado". Las formas que adquieren las actividades de atención en distintos contextos dependen de condiciones socio-económicas, religiosas, culturales, políticas y de género.

En el contexto de las sociedades latinoamericanas se ha identificado la coexistencia de -al menos- los siguientes modelos de atención: la biomedicina (modelo médico hegemónico); las estrategias de autoatención; la medicina tradicional y el saber popular; los saberes alternativos o *new age*; finalmente, los saberes devenidos de otras tradiciones médicas académicas (Menéndez, 2009). De los modelos mencionados resultan relevantes para el diálogo con los feminismos y estudios de género las nociones de modelo médico hegemónico (biomedicina) y autoatención. La primera, porque analiza la biomedicina como una forma de control social y de legitimación del orden capitalista, aspecto que comparte con los feminismos. En el caso de la autoatención, debido a que es una categoría que refiere a prácticas de cuidado de la salud que se realizan por fuera de las instituciones sanitarias, prácticas que también han sido objeto de interés de la teoría feminista debido al papel preponderante que las mujeres cumplen en ellas.

El concepto de modelo médico hegemónico fue acuñado por Eduardo Menéndez (1990) a principio de los años '70 con la idea de sistematizar las características de la biomedicina, que es el

saber y la forma de atención médica dominante en la mayoría de las sociedades a nivel mundial. El surgimiento de la biomedicina guarda estrecha relación con la constitución de las sociedades capitalistas centrales entre los siglos XVIII y XIX, momento en el cual se constituye en una institución fundamental para legitimar el nuevo orden social (Menéndez, 2005) .

El rasgo dominante de la biomedicina es el biologicismo, que se enfoca en las causas biológicas e individuales de los procesos de salud-enfermedad y otorga un lugar subsidiario a los procesos históricos, culturales, económicos y políticos que dan forma a los padecimientos. A través de este rasgo, el modelo biomédico construye distanciamiento, subordinación, exclusión o negación de otros saberes relacionados con la salud (Menéndez, 2009) y despliega prácticas de atención centradas en la enfermedad. A su vez, la idea de una "evolución natural" de la enfermedad permite abstraer los padecimientos de las condiciones sociales en las que se producen y contribuir entonces a la reproducción de esas condiciones. Para Menéndez, resulta claro cómo el biologicismo contribuye a reproducir las relaciones de explotación de clase:

Para el modelo médico la salud de los trabajadores no se explicará por los ritmos y tiempos de producción ni por las características y desarrollo de los procesos productivos, sino por la naturaleza biológica y ecológica de la enfermedad [...] no sólo biologiza y reemplaza la dimensión histórica, sino que a través del darwinismo social desarrolla una de las principales propuestas ideológicas que justificaron la explotación y estigmatización de los trabajadores a través de criterios socio-racistas (Menéndez, 2005, pág. 12).

Resulta llamativo que, identificada la funcionalidad del biologicismo para legitimar ideológicamente relaciones de clase, la AMC no refiera al rol de la biomedicina en la construcción y reproducción de relaciones de dominación sexual.

En cuanto a las estrategias de autoatención, fue la AMC la que puso en valor estos procesos de cuidado de la propia salud que lleva adelante la población por fuera de las instituciones. La autoatención refiere a todas aquellas actividades de diagnóstico y atención, desarrolladas por las y los propios sujetos o personas cercanas del grupo familiar o comunal, dirigidas a la cura/alivio de algún padecimiento, sin la intervención central, directa e intencional de cuidadores profesionales. Incluye aquellas prácticas y representaciones "que la población utiliza, a nivel del/a sujeto/a o del grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios" (Menéndez, 2009, pág. 52). Este conjunto de acciones, aun cuando sea cuestionado o considerado nocivo por el sistema sanitario formal, constituye el primer nivel real de acceso a la atención y la forma más generalizada de cuidado de los padecimientos. En un sentido amplio, se trata no solo de acciones destinadas al cuidado de la salud, sino de todas las prácticas requeridas para "asegurar la reproducción biosocial

de los sujetos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente los grupos domésticos" (Menéndez, 2009, pág. 53).

En estas actividades que la AMC define como estrategias de autoatención, si bien el *auto* refiere al grupo, quien se encarga efectivamente su realización son casi exclusivamente las mujeres del grupo (Maure, Linardelli, & Anzorena, 2016), cuestión que escasamente aborda la AMC y que ha sido un objeto central de la teoría feminista sobre la división sexual del trabajo.

2. La salud-enfermedad como proceso sexuado: estudios feministas y de género sobre la salud

Desde el surgimiento del movimiento feminista en el siglo XIX, han existido reflexiones acerca de la experiencia de los cuerpos y la salud de las mujeres. Sin embargo, es a partir de la década de 1960 que comienzan a realizarse trabajos académicos orientados al análisis crítico de las relaciones entre mujeres y sistema sanitario (Esteban, 1996). Como campo de estudios surgen en el marco de la llamada "segunda ola del feminismo", en búsqueda de revertir aquellas concepciones biologicistas según las cuales los roles sexuales asignados a hombres y mujeres responden a factores explícitamente biológicos (Bellucci, 1992).

Las inquietudes feministas sobre la salud resultan diversas y se despliegan en distintas direcciones, por lo que resulta complejo realizar una presentación exhaustiva de las mismas. Frente a esta diversidad, y con fines analíticos y explicativos, en este trabajo proponemos agrupar estos aportes en cuatro grandes categorías: en primer lugar, las perspectivas que problematizan la medicalización de las mujeres; en segundo lugar, los aportes que evidencian las relaciones entre medicina, capitalismo y patriarcado en el control de los cuerpos de las mujeres; en tercer lugar, los estudios que enfatizan en el androcentrismo de las investigaciones biomédicas; finalmente, las investigaciones que refieren a las desigualdades de género y su impacto en la salud de las mujeres.

2.1 Medicalización de las mujeres

Los estudios agrupados en esta línea, aun cuando reconocen la medicalización como una estrategia general de control social, sostienen que el caso de las mujeres no constituye un ejemplo más sino una situación paradigmática (Esteban, 2003). Efectivamente, múltiples investigaciones provenientes de distintas disciplinas han constatado la mayor coerción ejercida por las instituciones médicas sobre los cuerpos femeninos, que resultan etiquetados como enfermos más fácilmente que los masculinos (Andreani, 1998; Diéguez Gómez, 1999; Ortega Ruiz, 2011; Vale Nieves, 2012).

Muchas de esas investigaciones, vinculadas a la historia social de la medicina, realizan una deconstrucción crítica de los discursos médicos sobre las mujeres. Indican que desde el

Renacimiento, cuando se consolida el mito que reduce a la mujer a sus órganos reproductivos, la medicina ha justificado las desigualdades sociales entre varones y mujeres a través de las diferencias anatómicas, fisiológicas y patológicas de los sexos (Andreani, 1998; Sánchez, 2008; Ortega Ruiz, 2011). Señalan que en diferentes períodos históricos, en el discurso médico resulta notable la persistencia de explicar la subordinación social de las mujeres por su naturaleza y por su rol de reproductoras biológicas de la especie (Andreani, 1998; Sánchez, 2008).

Este tipo de argumentos, que impregnaron toda la biomedicina, ha sido más evidente en especialidades como la psiquiatría y la ginecología. En efecto, las teorías psiquiátricas de fines del siglo XIX y principios del siglo XX sostenían la existencia de una mayor susceptibilidad femenina para enfermar mentalmente debido a la relación entre el sistema nervioso y los órganos reproductivos de las mujeres (Diéguez Gómez, 1999). Este tipo de afirmaciones contribuyeron a crear una imagen de la vida de las mujeres como una sucesión de crisis temibles debido a los ciclos reproductivos; junto con una idea de una constitución femenina naturalmente débil y susceptible mentalmente. Todo ello sirvió de sustento a diversas estrategias de control social, entre ellas, la reclusión de las mujeres en el ámbito privado (Linardelli, 2015).

Estas conceptualizaciones sobre los padecimientos de las mujeres, lejos de quedar en el pasado, permanecen vigentes en categorías diagnósticas que relacionan mecánicamente los órganos reproductivos con la conducta y subjetividad de las mujeres: el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual, la noción de depresión post parto, y la relación que se establece habitualmente entre la menopausia y la depresión o el trastorno bipolar (Vale Nieves, 2012). Otro claro ejemplo es la creciente farmacologización de las diversas formas de padecimiento que afectan a las mujeres. Múltiples investigaciones han constatado la existencia de una notoria mayor prescripción de psicofármacos hacia las mujeres, vinculada con estereotipos de género que impregnan la relación médico/a-consultante (Burín, 1990; Marquez, Poo, Romo, Meneses, Gil, & Vega, 2004; Ruiz Cantero & Verdú-Delgado, 2004; Gil García, Romo Avilés, Poo Ruiz, Marquez Alonso, & Vega Fuente, 2005; Valls-Llobet, 2009). Una tendencia similar es la creciente medicalización de los procesos reproductivos, particularmente del parto, que es objeto de preocupación de las feministas y de diversas organizaciones asociadas al cuidado de la salud (Yañez, 2016).

2.2 Relaciones entre medicina, capitalismo y patriarcado en el control de los cuerpos de las mujeres

Uno de los puntos centrales de los que se ocuparon las feministas fue la consolidación de la medicina moderna como discurso válido y práctica aceptada sobre los cuerpos y sus procesos. Estos estudios rastrean el origen histórico de la disciplina médica y evidencian su profunda relación con el

afianzamiento del capitalismo como sistema de producción dominante. A la luz de esta imbricación primordial entre capitalismo y ciencia (médica) moderna se puede reconstruir cómo se edificó el estereotipo de mujer que, con variaciones de época y matices, sigue operando en la actualidad.

De acuerdo con Silvia Federici (2010), la colonización del cuerpo de las mujeres adquirió los rasgos particulares que hoy conocemos en los albores del capitalismo. Este sistema, que se impuso a través de la violencia como respuesta de las clases dominantes a la crisis del sistema feudal, asignó valores y roles específicos a los cuerpos humanos. Esta asignación diferencial de funciones a varones y mujeres está anclada en una asignación diferencial de valor a sus cuerpos. Mientras que los cuerpos de los varones se transformaron en máquinas de trabajo para satisfacer las necesidades del sistema capitalista, los cuerpos de las mujeres se convirtieron en productores de mano de obra. Esto requirió no sólo intervenciones específicas, que el Estado materializó a través de leyes y diversas políticas públicas, sino también una transformación en el modo de concebir los cuerpos. De esta manera, la ciencia y la filosofía corrieron el eje de sus estudios y debates para conocer de un modo nuevo a los seres humanos (Federici, 2010).

Las políticas de disciplinamiento fueron brutales para el proletariado en general, no obstante, las mujeres fueron destinatarias de una variada gama de políticas de control específicas, que implicaron la violencia más brutal, el control más insidioso, las persecuciones más encarnizadas, cuyo punto culminante fue la llamada "caza de brujas" (Federici, 2010). Esta violencia fundante siguió reproduciéndose a lo largo de la historia del capitalismo y fue adquiriendo formas y características propias y distintas. Si bien la violencia física directa sigue existiendo como recurso del sistema capitalista patriarcal para ejercer control sobre los cuerpos de las mujeres, fueron apareciendo otras estrategias de fijación de roles y estereotipos cuya incidencia es igual de potente.

En ese sentido, la medicina moderna tuvo (tiene) un lugar central en el proceso de consolidación y reproducción del sistema capitalista y en las intervenciones de este sobre los cuerpos. Tanto la especificidad de su objeto de estudio como la innovación en sus técnicas, permitieron el acceso a los cuerpos humanos con una precisión que no ha dejado de crecer a lo largo de estos siglos. Pero la práctica médica no acotó sus límites a los mecanismos del cuerpo, sino que, además, desplegó sus discursos "de verdad" en innumerables reductos de la vida cotidiana que antes no revestían mayor interés social y, mucho menos, científico.

Estos ámbitos cotidianos de incidencia médica se vincularon a la reproducción, el embarazo, pero también a la crianza de las y los hijos, la higiene del hogar, el "orden" familiar y el lugar de las mujeres en la sociedad (Donzelot, 1998). Así, a través del discurso médico se contribuyó a legitimar las nuevas características que la división sexual del trabajo fue adquiriendo en las nacientes

sociedades industriales. En ese marco, la biomedicina formó parte de los engranajes políticos y sociales que cristalizaron como primordial el lugar de las mujeres en la reproducción.

2.3 Androcentrismo e invisibilización de los cuerpos de las mujeres

La invisibilización de las mujeres en la investigación biomédica y farmacológica constituye una preocupación que se hace presente en la bibliografía científica desde principios de 1990 (Ruiz Cantero & Verdú-Delgado, 2004) y un tema de especial preocupación en el campo de los estudios de género y feministas. Dicha invisibilización se manifiesta en la exclusión sistemática de mujeres en investigaciones biomédicas y en la aplicación mecánica y directa de los resultados obtenidos en varones a ellas (Matud Aznar, 2008; Valls-Llobet, 2009; Gaviria & Alarcón, 2010; Ortega Ruiz, 2011). Algunos/as autores/as conceptualizan este hecho en términos de "sesgo de género" (Ruiz Cantero & Verdú-Delgado, 2004), definido como un imaginario implícito según el cual más allá del aspecto reproductivo, las diferencias en la salud-enfermedad entre varones y mujeres no existen o son irrelevantes (Cerón-Mireles, y otros, 2006).

Las argumentaciones más frecuentes para explicar la exclusión de las mujeres en los ensayos biomédicos y farmacológicos revisten de un carácter fuertemente androcéntrico: usualmente se sostiene que las potenciales "distorsiones" que introducirían los ciclos hormonales y reproductivos - como la menstruación, el embarazo, el puerperio o la menopausia- en la recolección y procesamiento de datos de investigación justifica que las pruebas se realicen en varones (Gaviria & Alarcón, 2010; Ortega Ruiz, 2011). Este androcentrismo, también se visibiliza en el hecho de que en las pruebas clínicas que incluyen a mujeres los datos no se analizan por sexo y se asume que no hay diferencias fisiológicas relevantes con los hombres (Gaviria & Alarcón, 2010).

Lo dicho hasta aquí tiene múltiples consecuencias. Por un lado, se conocen mucho menos los procesos fisiológicos de las mujeres que los de los hombres (Sen, George, & Östlin, 2005). Por otro lado, los estudios basados en modelos masculinos y sin pruebas convincentes de aplicabilidad a las mujeres, generan diagnósticos y tratamientos que no se adaptan a las necesidades específicas de las mujeres según sus circunstancias socioeconómicas y culturales (Op. cit). Un ejemplo concreto de este sesgo de género en las investigaciones es visible en que, producto del desconocimiento de la forma en que ciertos fármacos se absorben en los cuerpos de las mujeres, éstas sufren más sus efectos adversos que los varones (Ruiz Cantero & Verdú-Delgado, 2004; Ortega Ruiz, 2011).

2.4 Las desigualdades de género y su impacto en la salud

Los estudios reunidos en esta línea de investigación analizan la forma en que factores sociales y condiciones de vida afectan la salud. En el contexto de sociedades patriarcales, es habitual que las

mujeres enfrenten experiencias de discriminación; violencia física, psicológica y/o simbólica; dificultades para acceder en condiciones de igualdad al mercado de trabajo; doble o triple jornada laboral; sobrecarga de actividades de cuidado; desigualdad en el acceso a sus derechos y a la justicia; limitaciones para decidir sobre su propio cuerpo; entre otros factores que van modelando formas específicas de enfermedad y padecimiento. Así, esta perspectiva se preocupa por las experiencias, situaciones y contextos que llevan a enfermar de modos diferenciales a mujeres y varones, como también a desarrollar con mayor prevalencia cierto tipo de padecimientos (Linardelli, 2015). El supuesto general sostenido por estas perspectivas es que la salud de hombres y mujeres es diferente y también desigual, "diferente porque existen factores de tipo biológico y fisiológico que tienen distintas implicaciones en su salud; desigual porque hay factores sociales que establecen diferencias evitables, y por ello injustas, en la salud de ambos sexos" (Ruiz Cantero, 2011, pág. 11).

Estos estudios enriquecen las explicaciones sobre la morbi-mortalidad al indicar que ésta no sólo se sustenta en el nivel biológico, sino que también intervienen los factores socioculturales y psicológicos (Cardaci, 2006). Complementariamente indican que la ubicación de las mujeres en posiciones de subordinación, en el marco de sociedades patriarcales, supone su desempoderamiento y falta de recursos materiales y simbólicos, lo que produce formas genéricamente diferenciadas de salud y enfermedad (Andreani, 1998; Burín, 1990; Ortega Ruiz, 2011).

Dentro de este campo, se ha explorado particularmente la salud mental de las mujeres y la prevalencia de cuadros depresivos. Los estudios señalan que los roles asignados a las mujeres y los estereotipos dominantes de feminidad configuran condiciones perjudiciales para preservar su salud mental (Burín, 1990). Los roles tradicionalmente asignados a las mujeres como esposa, madre y ama de casa se caracterizan por requerir de altruismo, servilismo, capacidad de contención emocional, inhibición de la agresividad, entre otros (op. cit). Asimismo, implican tareas repetitivas, carentes de estatus e invisibilizadas en cuanto a su importancia social (Andreani, 1998; Sacristán, 2009).

En el mismo sentido, los estereotipos reinantes de feminidad en nuestras sociedades, operan como factores de riesgo para la salud mental de las mujeres. Características como la autodesvalorización, la represión de los impulsos activos fuera del campo de la vida privada, la dependencia, la autoculpabilización, la supuesta debilidad y la represión de la ira, se imponen socialmente como rasgos típicos de la subjetividad femenina e implican mayor vulnerabilidad frente a la depresión (Dio Bleichmar, 1992; Matud Aznar, 2008). Justamente, en la actualidad, la patología depresiva constituye el malestar psíquico y la causa de discapacidad más frecuente en las mujeres, con una prevalencia femenina de dos por uno en relación con los varones (Valls-Llobet, 2009).

2.5. Algunas limitaciones de estos enfoques

Hasta aquí vimos diversos argumentos provenientes del feminismo y de los estudios de género que han señalado de manera categórica que el campo de la salud es un campo sexualmente marcado. Sea en relación a los saberes dominantes que definen lo sano y lo enfermo, lo normal y lo patológico; como en lo que hace a las prácticas de atención y curación; y también en cuanto a las condiciones sociales que producen formas de padecimientos específicas; los estudios feministas han demostrado que todos estos procesos comportan situaciones diferenciales y desiguales para varones y mujeres.

En la teoría feminista, el malestar, la enfermedad y el deterioro de la salud de las mujeres se relacionan estrechamente con la imposición de los mandatos y roles tradicionales de género, la dedicación al cuidado de otras personas y la postergación del propio, la sobrecarga física y emocional derivada de la doble y triple jornada, la desvalorización personal y social, el control, el uso y abuso de la sexualidad femenina, la maternidad obligatoria y sin corresponsabilidad social, las dificultades para acceder y permanecer en el empleo, la precariedad laboral, la feminización de la pobreza, la violencia estructural y la violencia directa (Nogueiras García, 2013, pág. 5).

Dicho esto, cabe señalar que una gran parte de la bibliografía de este campo sobrevalora las implicancias del género y subvalora otros factores sociales implicados en los procesos de salud/enfermedad. Ello conduce a que habitualmente se enfatice en estudio de la situación de salud/enfermedad de mujeres occidentales, blancas y de clase media, invisibilizando las situaciones que enfrentan mujeres migrantes, de sectores populares, campesinas y/o indígenas.

Algunas autoras señalan que aun cuando hace tiempo que los feminismos tienen en cuenta la importancia de factores como la clase social, la etnia, la nacionalidad, pareciera tratarse de "un planteamiento más teórico que práctico ya que en general ha primado y prima la idea de la diferencialidad entre hombres y mujeres, el verlos como colectivos homogéneos y perfectamente diferenciables" (Esteban, 2003, pág. 28). Algunos estudios presentados en este apartado, si bien ponen en relieve que hombres y mujeres presentan especificidades en relación al proceso de salud/enfermedad/atención, no dan cuenta de la diversidad de las experiencias de las mujeres en relación a la salud y los padecimientos.

3. Relación entre AMC y feminismos

Los lazos que unen antropología y feminismo se remontan a principios del siglo XX y han sido explorados por diversas autoras de la disciplina. En medio de tensiones y diversos debates la teoría feminista y los aportes antropológicos se han entrecruzado en objetos, problemáticas y perspectivas teórico-metodológicas dando lugar al surgimiento de un campo de estudios fructífero y en crecimiento llamado antropología feminista. No obstante, el reconocimiento de los estudios de

género y feministas en el campo académico -históricamente y en la actualidad- no es consecuente con la calidad y cantidad de los aportes realizados por estos estudios. Esta tendencia general se replica en las ciencias sociales y humanas, que reconocen tardía y escasamente los aportes de la teoría feminista, y cobra cuerpo de una manera singular en la antropología médica que -no sólo más tarde sino que menos profundamente- incorpora categorías y nociones claves del feminismo al campo de la salud.

En los apartados anteriores abordamos las principales nociones que la AMC y los estudios feministas aportan al campo de la salud, como también indicamos brevemente algunas limitaciones de cada uno de los enfoques. En esta sección analizaremos las dificultades y posibilidades de una articulación entre ambas tradiciones teóricas. Consideramos que un diálogo entre AMC y feminismos tiene gran potencial analítico para abordar problemáticas de salud-enfermedad, siempre y cuando se sostenga una vigilancia epistemológica sobre sus posibles incongruencias analíticas.

3.1 Dificultades en la articulación

Un aspecto central que resulta problemático en la relación entre estas perspectivas es qué lugar ocupa para cada una de ellas la pregunta acerca de las relaciones de dominación sexual en el contexto de sociedades capitalistas patriarcales. En este sentido, hay -al menos- dos preguntas centrales para los estudios feministas ¿Cómo es que la diferenciación sexual se vuelve desigualdad? Y ¿Cómo funciona, se produce, reproduce y puede revertirse esa desigualdad en las distintas esferas de la realidad y experiencia de las y los sujetos? (Linardelli, 2015). Estos interrogantes, en la AMC aparecen como dados o no problematizados. Esta falta de problematización produce dos "sesgos", que constituyen la cara y contracara del mismo problema. Por un lado, la AMC no analiza los impactos de la diferenciación sexual en la salud-enfermedad y, por otro lado, presenta un escaso reconocimiento de los aportes de la teoría feminista al campo de la salud.

Acerca del primer sesgo mencionado, un claro ejemplo son los análisis que realiza la AMC sobre los fenómenos de autoatención. Si bien la noción de autoatención constituye un gran aporte para pensar las prácticas de cuidado de la salud que ocurren a nivel de los grupos domésticos o en el seno de los hogares, al mismo tiempo realiza una omisión por demás problemática, al evitar ocuparse del sujeto (en este caso las sujetas) que llevan adelante este proceso, o bien sólo hacerlo a título de mención. El siguiente fragmento es esclarecedor respecto de lo anterior: "(...) La investigación socioantropológica vuelve a constatar un *dato obvio*; que es la mujer, básicamente la que desempeña el papel esposa/madre, la encargada de realizar la mayoría de las actividades del proceso salud/enfermedad/atención" (Menéndez, 1993, pág. 138) (cursivas nuestras).

Cuando se señala como *obvio* que son las mujeres las encargadas de realizar la mayor cantidad de actividades referidas a la salud del grupo familiar, no se pone en cuestión la estructura patriarcal que sostiene esta desigual asignación de tareas. Al naturalizarlo, se invisibiliza entonces el trabajo diario que estas actividades implican y el impacto que las mismas producen en la vida cotidiana de las mujeres.

El segundo sesgo se evidencia, en el desconocimiento de la AMC de los aportes teóricos feministas para pensar el trabajo y la división socio-sexual del mismo en nuestras sociedades, con las implicancias de este proceso en la salud de las personas. Si bien en la AMC, la relación entre trabajo y salud es un punto de gran interés, y de hecho se reconoce la existencia de una "división del trabajo al interior del grupo familiar" (Menéndez, 1993) que implica que las mujeres desarrollen las actividades vinculadas a los PSEA, no se menciona ni siquiera a título informativo la diversidad de argumentaciones teóricas feministas que abordan esta temática. En esta cita, la omisión de la teoría feminista resulta patente:

[...] Esta estructura es referida a la existencia de una división del trabajo al interior del grupo familiar; se ha constatado que dicha división opera en todas las sociedades conocidas; que si bien se ha modificado a partir del proceso de industrialización lo básico de la división se sigue manteniendo: pero éstas son sólo descripciones, y *necesitamos de teorías que den cuenta de esta estructura* (Menéndez, 1993, pág. 139) (cursivas nuestras).

En este fragmento, no podemos dejar de señalar el llamativo desconocimiento de la vasta producción feminista sobre la división sexual del trabajo de autoras precedentes y contemporáneas al autor, entre las que se destacan Gayle Rubin (1975); Iris Young (1981); Nancy Hartsock (1983); Lourdes Benería (1981); Olivia Harris (1986) y Sara Morgenstern (1991). Además, autoras mexicanas como Mercedes Olivera (1979; 1975) y Lourdes Arizpe (1978), colegas y contemporáneas a Menéndez, produjeron sustantivas aportaciones a la antropología desde perspectivas marxistas y feministas, formando parte de lo que se llamó *Nueva Antropología Crítica* (Catañeda Salgado, 2012). Desde nuestra perspectiva, la omisión de los análisis feministas respecto de la división sexual del trabajo afecta significativamente las posibilidades explicativas de la AMC, sin embargo no invalida la posibilidad de intentar un diálogo crítico entre estas producciones.

3.2 Potencialidades de la articulación AMC - feminismos

Si bien existen puntos de conflicto, la AMC y los feminismos presentan múltiples puntos de convergencia. En efecto, ambas tradiciones se han ocupado de analizar similares aspectos de la realidad. Esta coincidencia entre ambas perspectivas es fundamental a la hora de pensar en la posibilidad de emplearlas de manera articulada en el análisis de problemáticas vinculadas a la salud, la enfermedad y atención.

Uno de los puntos de convergencia es el análisis del surgimiento de la biomedicina. Desde la AMC, Menéndez (1983, 1990) realiza una articulación entre el surgimiento del modelo biomédico y la consolidación del capitalismo en los países centrales. Para el autor, la creciente expansión de la biomedicina se encuentra íntimamente asociada, antes que a sus funciones curativas, a las funciones de control, normalización, medicalización, legitimación y a funciones económico-ocupacionales que despliega para el mantenimiento y desarrollo de las formaciones capitalistas. En una dirección similar, numerosos estudios feministas dan cuenta del vínculo profundo y constitutivo entre capitalismo y sistema médico. Autoras como Federici (2010) afirman que, en el marco de las nacientes sociedades industriales, la medicina -junto a otras instituciones sociales- contribuyó con su saber y su práctica al disciplinamiento de las y los sujetos, en lo que hace a la moralización y normalización de las 'desviaciones' sociales. Sin embargo, para la autora, este proceso histórico estuvo particularmente apoyado en y dirigido a las mujeres en cuanto trabajadoras, madres y esposas. Omitir las desiguales implicancias que para varones y mujeres tuvo la consolidación del saber biomédico es una clara dificultad de las argumentaciones sostenidas por la AMC.

Las relaciones sociales entre distintos modelos médicos y la apropiación por parte de la medicina de saberes tradicionales y populares resulta otro punto abordado por ambas perspectivas. La AMC considera que la hegemonía de la biomedicina sobre otras formas de atención se fundamenta en gran medida en estrategias corporativas, en intereses mercantiles y en la intervención estatal que garantiza jurídicamente el monopolio biomédico en la atención de la salud/enfermedad de la población (Menéndez, 2005). Esta combinación de factores permite no sólo que la biomedicina se constituya en la única forma de atención de los padecimientos considerada legítima, sino también que se apropie y transforme saberes y prácticas de otros modelos de atención (medicina tradicional o medicinas alternativas) para su propio usufructo (Menéndez, 2005).

Para la teoría feminista, la apropiación realizada por la biomedicina de otras formas de curación/atención no resulta un proceso sexualmente neutro. Por el contrario, el despojo sufrido especialmente por las mujeres sanadoras de sus saberes ancestrales y su subordinación forzosa al saber biomédico es un hecho histórico documentado por distintas autoras (Federici, 2010; Ehrenreich & English, 1981; Rich, 1986). En la actualidad el lugar de las mujeres sanadoras que llevan adelante diversas prácticas de curar dentro y fuera del sistema biomédico (como médicas, enfermeras, obstetras, curanderas o cuidadoras de sus familiares en períodos de enfermedad) supone para las mujeres relaciones desiguales y de subordinación en relación al poder médico masculino (masculinizado) (Yañez, 2016).

Lejos de ser exhaustivos, algunos de los ejemplos precedentes brindan pistas de la eficacia que puede tener la articulación de feminismos y AMC para mejorar la capacidad explicativa de cada uno

de estos cuerpos teóricos. Sostenemos que la teoría feminista puede y debe dialogar con otras producciones críticas, al tiempo que estas también pueden verse beneficiadas e interpeladas por el feminismo. En ese sentido, consideramos que puede resultar sumamente provechoso en términos explicativos considerar los procesos de salud/enfermedad/atención como procesos sexualmente marcados: las tres instancias de dicho proceso comportan situaciones desiguales para varones y mujeres, no sólo debido a diferencias anatómicas y/o fisiológicas, sino también por las trayectorias de vida, las cargas de trabajo y las relaciones de poder, que en sociedades patriarcales perjudican a mujeres y a otros sujetos feminizados. Lo mismo ocurre con las categorías de modelos de atención, autoatención y modelo médico hegemónico; todas referidas a aspectos de la realidad fuertemente influidos por relaciones de desigualdad basadas en la diferenciación sexual. Así, si bien la AMC logra dar cuenta del modo en que la biomedicina hegemoniza la atención de salud frente a otros modelos, sus argumentaciones pierden capacidad heurística por no vincular capitalismo, control biomédico y patriarcado.

La AMC constituye una perspectiva que surge en América Latina y cuyos análisis tienen como punto de partida la realidad social, política y económica de dos países en particular: México y Argentina. En este sentido, las categorías producidas por Menéndez resultan por demás pertinentes para la comprensión de las formas de enfermar, curar y morir que tienen lugar en nuestra región. Es por ello que la AMC constituye un complemento enriquecedor de los análisis feministas en el campo de la salud, debido a que en gran medida muchos de ellos surgen y se desarrollan en Europa y Estados Unidos, y por lo tanto sus aportes son insuficientes para pensar la realidad de las mujeres latinoamericanas. En efecto, los estudios feministas latinoamericanos sobre salud surgen más tardíamente y sus preguntas son diferentes a las que guían a las feministas provenientes de países centrales. Para nuestra región el acceso al aborto, la salud reproductiva, la triple jornada laboral, las dificultades en el acceso a atención de salud pública y de calidad constituyen realidades cotidianas que marcan la vida de las mujeres y que no resultan abordados por muchos de los estudios feministas mencionados en el segundo apartado. De tal manera, los aportes de la AMC pueden contribuir a ampliar la producción feminista abocada a problemáticas de la salud que acontecen específicamente en nuestra región.

Consideraciones finales

A lo largo del trabajo hemos argumentado sobre las posibilidades, limitaciones y tensiones con que nos encontramos a la hora de propiciar diálogos entre teorías feministas y AMC. Estas tensiones, que remiten al campo más amplio de las relaciones entre marxismo y feminismo, han sido analizadas por Heidi Hartmann (1979) en términos de un "matrimonio mal avenido" entre ambas tradiciones de

pensamiento. Sin embargo, los múltiples escollos que se producen en la articulación de estas perspectivas no invalidan los intentos de promover un diálogo crítico y "más progresivo" (op.cit.) que permita poner en práctica análisis feministas y marxistas del campo de la salud. Necesitamos de lecturas que puedan a la vez que reconocer los procesos de salud/enfermedad/atención como procesos articulados con relaciones desiguales de clase, identificar la salud/enfermedad como un proceso sexualmente marcado, con implicancias desiguales para los cuerpos de mujeres y varones.

Sin dudas este tipo de análisis resultará provechoso para los feminismos, en la medida en que puede abrir nuevas perspectivas y subsanar cierta tendencia identificada en los estudios del campo de la salud a considerar las relaciones de clase secundariamente. Asimismo, el diálogo con los feminismos resulta fundamental para la AMC, en tanto la invisibilización que realiza de las opresiones de sexo, redundando en argumentos que contribuyen a su reproducción. En efecto, invisibilizar la opresión sexual es una de las formas más efectivas de reproducirla.

Bibliografía

- ANDREANI, F. (1998). Mujer, Cultura y Malestar Psíquico. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, IV (2), 189-206.
- ARIZPE, L. (1978). Mujeres migrantes y economía campesina: análisis de una cohorte migratoria a la ciudad de México, 1940-1970. *América Indígena*, XXXVIII (2), 303-326.
- BELLUCCI, M. (1992). De los estudios de la mujer a los estudios de género: han recorrido un largo camino... En A. M. Fernández, *Las mujeres en la imaginación colectiva* (págs. 27-51). Barcelona: Paidós.
- BENERÍA, L. (1981). Reproducción, producción y división sexual del trabajo. *Mientras tanto*, 47-84.
- BURÍN, M. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- CARDACI, D. (2006). Ordenando Relatos. Investigaciones sobre Salud y Género en Programas Mexicanos de Estudios de la Mujer. *Salud Colectiva* (2), 21-34.
- CASTAÑEDA SALGADO, M. P. (2012). Antropólogas y feministas: apuntes acerca de las iniciadoras de la antropología feminista en México. *Cuadernos de Antropología Social* (36), 33-49.
- CERÓN-MIRELES, P., SANCHEZ-CARRILLO, C., ROBLEDO-VERA, C., DEL RÍO-ZOLEZZI, A., PEDROSA-ISLAS, L., REYES-ZAPATA, I., y otros. (2006). Aplicación de la perspectiva de género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud. *Salud Pública de México*, 48 (4), 332-340.
- COMELLES, J. M. (2003). Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia* (19), 111-131.
- COMELLES, J. M. (2003). El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 3 (1), 6-21.
- COMELLES, J. M. (1993). La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisión en salud pública*, 3, 169-192.
- COMELLES, J. M., & Martínez, A. A. (1997). Paradojas de la antropología médica europea. *Nueva Antropología*, XVI (53-52), 187-214.

- CONRAD, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En D. Ingleby, *Psiquiatría crítica. La política de salud mental* (págs. 129-159). Barcelona: Crítica.
- DIÉGUEZ GÓMEZ, A. (1999). Psiquiatría y género: el naciente discurso médico- psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* , XIX (72), 637-652.
- DIO BLEICHMAR, E. (1992). La depresión en la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39), 283-289.
- DONZELOT, J. (1998). *La policía de las familias*. Madrid: Pre-textos.
- EHRENREICH, B., & ENGLISH, D. (1981). *Brujas, comadronas y enfermeras: historia de las sanadoras*. Barcelona: Editorial Lasal.
- ESTEBAN, M. L. (2006). El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva* (2), 9-20.
- ESTEBAN, M. L. (2003). El género como categoría analítica. Revisión y aplicaciones a la salud. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* , 3 (1), 22-39.
- ESTEBAN, M. L. (1996). Relaciones entre feminismo y sistema médico- científico. *KOBIE* (VII), 17-39.
- FASSIN, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología* , 40, 283-318.
- FASSIN, D. (1999). La patetización del mundo. Ensayo de antropología política del sufrimiento. En M. Viveros, G. Garay, & (comp.), *Cuerpo, diferencias y desigualdades* (págs. 31-44). Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- FEDERICI, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- FRANKENBERG, R. (2003). Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de colaboración entre medicina y antropología. *Cuadernos de Antropología Social* (17), 11-27.
- FREYERMUTH, G., & SESIA, P. (2006). Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. *Desacatos* , 9-28.
- GAVIRIA, S., & ALARCÓN, R. (2010). Psicopatología y género: visión longitudinal e histórica a través del DSM. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 39 (3), 389-404.
- GIL GARCÍA, E., ROMO AVILÉS, N., POO RUIZ, M., MARKEZ ALONSO, I., & VEGA FUENTE, A. (2005). Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Atención Primaria* , 35 (8), 402-407.
- HARRIS, O. (1986). La unidad doméstica como una unidad natural. *Nueva Antropología* , 199-222.
- HARTMANN, H. (1979). Un matrimonio mal avenido: hacia una unión más progresiva entre marxismo y feminismo. *Papers de la Fundació* (88).
- HARTSOCK, N. (1983). *Money, sex and power: toward a feminist historical materialism*. Boston: Northeastern UP.
- LAURELL, C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cudernos Médico Sociales* (19), 1-11.
- LINARDELLI, M. F. (2015). Salud mental y género. Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. *Millcayac* , II (3), 199-224.

- MARKEZ, I., POO, M., ROMO, N., MENESES, C., GIL, E., & VEGA, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (91), 37-61.
- MATUD AZNAR, M. P. (2008). Género y salud. *Suma Psicológica* , 15 (1), 75-93.
- MAURE, G., LINARDELLI, M. F., & ANZORENA, C. (2016). ¿Autoatención o trabajo de cuidados? El rol de mujeres migrantes bolivianas en el cuidado de familiares enfermos/as. *Jornadas de Antropología Social Santiago Wallace*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires - Instituto de Ciencias Antropológicas.
- MENÉNDEZ, E. (2015). Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención "paralelas" y proyectos de poder. *Salud Colectiva* , 11 (3), 301-330.
- MENÉNDEZ, E. (2009). De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MENÉNDEZ, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social* , 33-69.
- MENÉNDEZ, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva* , 1 (1), 9-32.
- MENÉNDEZ, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva* , 8 (1), 185-207.
- MENÉNDEZ, E. (2001). Biologización y racismo en la vida cotidiana. *Alteridades* , 11 (21), 5-39.
- MENÉNDEZ, E. (2001). De la reflexión metodológica a las prácticas de investigación. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad* , XXII (88), 120-163.
- MENÉNDEZ, E. (1997). El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones* (69), 237-270.
- MENÉNDEZ, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades* , 4 (7), 71-83.
- MENÉNDEZ, E. (1993). Familia, participación social y proceso de salud/enfermedad/atención. En e. a. Mercado FJ, *Familia, Salud y Sociedad. Experiencias de investigación en México*. (págs. 130-162). México: Universidad de Guadalajara, IISP, CIESAS.
- MENÉNDEZ, E. (1991). Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes. *Alteridades* , 1 (1), 21-32.
- MENÉNDEZ, E. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.
- MENÉNDEZ, E. (1983). Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales. En *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. (págs. 1-20). México: Cuadernos de la Casa Chata.
- MORGENSTERN, S. (1991). Antonio Gramsci: hegemonía y educación. En F. Gómez Castro, & otros, *Socialismo y sistemas educativos*. Madrid: UNED.
- NOGUEIRAS GARCÍA, B. (2013). *Discursos y prácticas feministas en el ámbito de la salud en España (1975-2013)*. Tesis de Mestría. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- OLIVERA, M. (1975). La opresión de la mujer en el sistema capitalista. *Historia y Sociedad* (6), 3-12.
- OLIVERA, M. (1979). Sobre la explotación y opresión de las mujeres acasilladas en Chiapas. *Cuadernos agrarios* , 4 (9), 43-55.
- ORTEGA RUIZ, C. (2011). Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. *Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género* , 1 (4), 208-223.

- RICH, A. (1986). *Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution*. Nueva York: WW Norton.
- RUBIN, G. (1975). The traffic in women: notes on the "political economy" of sex. En T. R. Reiter, *Toward an antropology of women* (págs. 157-210). New York: Monthly Review Press.
- RUIZ CANTERO, M. T. (2011). Salud pública desde la perspectiva de Género: hitos e innovación. *Feminismo/s* (18), 11-14.
- RUIZ CANTERO, M. T., & VERDÚ-DELGADO, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria* , 18 (1), 118-25.
- SACRISTÁN, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista Mexicana de Sociología* (4), 647-674.
- SÁNCHEZ, D. (2008). El discurso médico, piedra angular de la construcción de las relaciones de género en la época contemporánea. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* , LX (1), 63-82.
- SEN, G., GEORGE, A., & ÖSTLIN, P. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Organización Panamericana de la Salud.
- VALE NIEVES, O. (2012). Foucault, el poder y la psicopatologización de las mujeres: coordenadas para el debate. *Teoría y crítica de la psicología* (2), 148-159.
- VALLS-LLOBET, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- YAÑEZ, S. (2016). *De cómo las instituciones públicas regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta*. Mendoza (2001-2013). Tesis doctoral en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires (inédita).
- YOUNG, I. (1981). Beyond the unhappy marriage: a critique of the dual systems theory. *Women and revolution* , 43-69.