

Universidad Central de Venezuela
Caracas, enero-junio 2024
Volumen 29, Nº 62
ISSN 1316-3701
Depósito Legal PP199602DC3806

revista venezolana de estudios de la
mujer

*IV Encuentro de Investigación
en Feminismos Estudios
de las Mujeres y de Género*



CEM Centro de Estudios de la Mujer

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Rector

Dr. Víctor E. Rago A.

Vicerrectora Académica

Dra. María Fátima Garces

Vicerrector Administrativo

Dr. José Balbino León

Secretaria

Dra. Corina Aristimuño

CENTRO DE ESTUDIOS DE LA MUJER

Directora

Isabel Zerpa

Coordinadora de Investigación

Cristina Otálora

Coordinadora de Extensión

Alix García

Vocales

Alba Carosio

REVISTA VENEZOLANA DE ESTUDIOS DE LA MUJER

Directora

Alba Carosio

Comité Editorial

Isabel Zerpa

Gioconda Espina

Cristina Otálora

María Riera

Adicea Castillo

Consejo Asesor

Magdalena Valdivieso (Clacso)

Doris Acevedo (Universidad de Carabobo)

Carmen Teresa García (Universidad de Los Andes)

Vicky Ferrara (Universidad de Los Andes)

Ana Silvia Monzón (Flacso Guatemala)

Montserrat Sagot (Universidad de Costa Rica)

Vol. 29, N° 62, enero-junio 2024

**IV Encuentro de Investigación en Feminismos
Estudios de las Mujeres y de Género**

Dirección y Edición

Alba Carosio

Concepto Gráfico y Diagramación

Alejandra Fernández

Esta publicación semestral del Centro de Estudios de la Mujer, está concebida como un espacio idóneo para difundir el pensamiento feminista reflejado en investigaciones, artículos académicos, ensayos, informes, reseñas bibliográficas, recuentos de experiencias y otros documentos académicos centrados en el campo de los estudios de género. Entre sus reconocimientos destaca el Premio Nacional del Libro 2009, Mención Revista Académica de Ciencias Sociales y Humanas. Con el propósito de que nuestras voces sean visibles y reconocidas con peso académico, cumplimos con todos los cánones de calidad e indexación internacional que nos permiten estar presentes en Saber UCV, Revencyt, SciELO Venezuela (Colección Certificada), Latindex, Biblioteca Clacso y Dialnet.

ISSN 1316-3701

DEPÓSITO LEGAL N° PP 199602Dc3961

REVENCYT REG- 1997000047

© Centro de Estudios de la Mujer - UCV 2021

Publicación de acceso abierto, bajo la licencia de Creative Commons CC BY-NC 4.0, que permite a otros el uso de los contenidos de su obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozcan y citen las fuentes y la autoría.



revistadestudiosdelamujer@gmail.com

http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem

Avenida Neverí, Centro Comercial Los Chaguaramos,
piso 10, oficina 4. Caracas.

República Bolivariana de Venezuela

58+212.693.32.86 | 58+212.605.05.10

Índice

6	Presentación
7	IV Encuentro de Investigación en Feminismos Estudios de las Mujeres y de Género
8	Artículos
9	Sentipensar la Salud desde el Sur: Aportes desde los pluridiversos Feminismos Descoloniales, Negros, Afros y Comunitarios Ximena González Broquen
25	La vida, el cuerpo y la autonomía desde la construcción de salud colectiva Virginia Aguirre
34	Cuidar a las personas gestantes es garantizar la salud colectiva. Un análisis biocultural Ivel Urbina Medina
43	Entre estereotipos e invisibilización: Una mirada a la salud de las mujeres mayores en Venezuela Marialejandra Barrientos Herrera
51	Lactancia materna en Venezuela, percepción de las mujeres desde sus experiencias y desde la perspectiva de género Yukie Kawamata
58	Cuidado de las niñas: Su primera visita a la ginecóloga “solo cuando hay problemas” Cecilia Aulí Martínez
67	¿Gineco-obstétrica o ginecobstétrica? Transición a una categoría de continuum en la definición de las violencias Mitzy Flores Sequera América Villegas Rodríguez
83	Poner el cuerpo: Mujer, publicidad y salud en Guayaquil Natalia Tamayo Carolina Pepper Rubén Riera
99	Instrucciones
100	Instrucciones para la presentación de originales
103	Instructions for submission of manuscripts

Presentación

IV Encuentro de Investigación en Feminismos Estudios de las Mujeres y de Género

En este número 62 de la Revista Venezolana de Estudios de la Mujer presentamos un conjunto de trabajos presentados en el IV Encuentro de Investigación en Feminismos, Estudios de las Mujeres y de Género, organizado por el Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela.

Se realizó durante los días los días 9, 10 y 11 de octubre de 2023 con el tema central fue "Mujeres y paz. Una apuesta por una paz incluyente.

Este evento fue una exposición de experiencias de investigación con el lente de género e interseccional. Fue una oportunidad para conocer

los avances en investigación, los resultados de los estudios realizados de pregrado y de postgrado de diferentes universidades del país y de la región latinoamericana y del Caribe.

Fue un encuentro y jornadas que permitieron mostrar y comprender la potencia creativa de la investigación feminista, y los aportes que desde diversas miradas, disciplinas y experiencias hacen investigadoras. Sin duda, todo el cúmulo de conocimientos -de los cuales se muestran algunos en el presente número- contribuyen a enriquecer las rutas hacia sociedades más igualitarias y pacíficas.

Artículos

Sentipensar la Salud desde el Sur: Aportes desde los pluridiversos Feminismos Descoloniales, Negros, Afros y Comunitarios

Ximena González Broquen

cir.xigonz@gmail.com

Magister en Filosofía (París 1, Pantheon Sorbona, Doctora en Estudios Políticos y Filosofía (EHESS. Prarís) Post-Doctorado (FACES- UCV)

Resumen

La teoría crítica en salud plantea con la idea de la determinación social de la salud, el tema de la centralidad de los ejes de producción/reproducción de las desigualdades. Se trata aquí de retomar estos análisis partiendo de elementos centrales planteados desde los feminismos Descoloniales, Negros, Afros y Comunitarios, en cuanto a las diferentes opresiones que nos atraviesan, para sentipensarnos como subjetividades vivientes que se constituyen colectivamente en las prácticas, materialidades concretas y espacios/territorios situados, profundizando así en la idea de Salud desde el Sur como articulación de procesos complejos e interseccionados. en las relaciones con patrones comportamentales violentas.

PALABRAS CLAVE: salud desde el sur, feminismos descoloniales, negros, afros y comunitarios, determinación social de la salud, interseccionalidad

Abstract

Critical health theory addresses, with the idea of social determination of health, the issue of the centrality of the axes of production/reproduction of inequalities. Here it is about resuming these analyzes from some central elements raised from Decolonial, Black, Afro and Community feminisms in terms of the different oppressions that cross us, to feel and think of ourselves as living subjectivities that are collectively constituted in practices, concrete materialities and located spaces/territories, thus deepening the idea of Health from the South as an articulation of complex and intersecting processes.

KEYWORDS: health from the south, decolonial, black, afro and community feminisms, social determination of health, intersectionality

A modo de introducción¹

Si las principales características del paradigma biomédico hegemónico, tal como lo define Menéndez (Eduardo Menéndez, 2005:12-15), “son su biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática”, entendemos entonces, por qué en nuestra época la biomedicina ha desencadenado el desarrollo de una concepción de la sociedad, a partir de su biomedicalización, la cual implica “la gubernamentalidad y regulación de individuos y poblaciones a través de la reconstrucción del discurso hegemónico en el campo sanitario como nueva verdad científica” (Celia Iriart & Emerson Elías Merhy (2017:10). Este discurso hegemónico, el de la biomedicina, es así un discurso que excluye las causales y consecuencias sociales, de tal manera que la enfermedad es explicada por ella misma, y la intervención médica sólo trata la enfermedad en sí (Eduardo Menéndez ,2005:15).

Partiendo de la enfermedad como unidad de análisis, este modelo interviene entonces, sobre un cuerpo enfermo, sea individual o colectivo, como mera máquina a reparar, a partir de técnicas curativas asistenciales medicamentosas tecnológicas (Gonzalo Basile, 2021). Estas características desembocan así, en la implementación de una concepción de salud pública funcionalista, como control vertical de la salud en la sociedad por el Estado, sobre los desajustes funcionales que se producen en la población (Edmundo Granda, 2004): se trata así de una tecnología positivista manejada por el Estado, el cual es, el mago que explica el riesgo, lo previene y lo controla (Gonzalo Basile, 2022:62).

¿Cómo pensar entonces frente a este modelo otra u otras maneras de entender la Salud? Y más aún ¿cómo estudiarla? Partiendo de la idea de que los sistemas de salud son “en sí mismo (s) condiciones o decir determinaciones sociales que reflejan, reproducen y cristalizan las desigualdades e inequidades imperantes en las sociedades (Gonzalo Basile, 2021:7), se propone profundizar en el tema de la determinación social, no sólo de la salud, sino, tal como lo plantea Jaime Breilh (2010: 92), de la vida. Para eso voy a abordar algunas problemáticas centrales provenientes de los feminismos descoloniales, negros, afros y comunitarios, como pistas para poder analizar la reproducción y producción de estas desigualdades, inequidades y opresiones sociales, así como para poder pensar quizás, en cómo romper las diferentes dinámicas que las estructuran.

1 Las reflexiones presentadas a lo largo de este texto son el fruto de enseñanzas impartidas y compartidas desde el Grupo de Trabajo (GT) CLACSO “Salud internacional y Soberanía Sanitaria” y en particular, como integrante de ese grupo, de problemáticas desarrolladas desde la coordinación del eje “feminismos Descoloniales, Racismo y Salud” que he asumido entre junio 2022 y octubre 2023.

Centraré así mi reflexión en uno de los puntos principales de la teoría crítica en salud desde el sur o epidemiología crítica, en cuanto a la determinación social de la salud, a saber, el de los ejes de producción/reproducción de las desigualdades, la manera en la que se problematice, desde esta pluridiversidad de feminismos, cómo pensar la interconexión entre la clase social, el género, la raza, la etnia, y los territorios; es decir, cómo pensar la co-constitución de los sistemas de poder de género, raza, etnicidad, clase, sexualidad... En otras palabras, interrogarnos sobre cómo pensar la determinación social de la salud y de la vida, sin caer en una yuxtaposición o adición de causalidades, que, en lugar de explicar, sólo contribuyen, a fin de cuentas, a legitimar y reproducir las mismas.

El concepto de determinación social de la salud, que emerge en los años 70, proviene de la medicina social latinoamericana y europea, así como de la salud colectiva, como cuestionamiento sobre la distribución desigual de la salud y la enfermedad en nuestras sociedades y comunidades (Breilh Jaime, 2013; Celia Iriart, Howars Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada y Emerson Elías Merhy, 2002). Partió de la crítica al modelo biomédico, interrogando la causalidad social del proceso de salud-enfermedad; a saber, la interacción entre la salud, la enfermedad y la estructura social, a partir de la idea de que existe una interacción entre lo biológico y lo social, en la cual lo biológico es subsumido en lo social (Jaime Breilh, 2013:20). Esta relación dialéctica se entiende pensando en conjunto y de forma articulada, entre las tres dimensiones de la reproducción social: lo general (la sociedad/sistema mundo y los modos de producción), lo particular (modos de vida colectivos y comunitarios) y lo individual (el individuo y sus estilos de vida), además, analizando los ejes de producción/reproducción social de las desigualdades, tales como la etnia/raza, la clase, el género, el territorio, ubicados en el nivel de lo particular (Jaime Breilh, 2010; Oscar Feo, 2023).

Sin embargo, estos cuestionamientos centrales al modelo biomédico, y en particular, el concepto de determinación social de la salud, serán recuperados, despolitizados y reinterpretados por el sistema hegemónico, tal como lo hace por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), fragmentando la acepción integral de la idea de determinación social de la salud por la de determinantes sociales de la salud, "asumidos como factores externamente conectados y donde se expande la visión hacia las llamadas 'causas de las causas'" (Jaime Breilh, 2010:110). El problema radica en que si bien el término de determinantes sociales plantea una relación entre lo social y lo biológico, lo hace separándolos, y no subsumiéndolos, en particular, fragmentando el campo de lo social y reciclando para eso los tradicionales factores de riesgos y/o estilos de vida, tales como el agua, el ambiente, el alimento, la vivienda, el trabajo, la educación, así como haciendo del género, la etnia/raza y la clase, elementos de

análisis, reducidos a meras variables y determinantes aislados (Oscar Feo, 2023). En este modelo, lo social es una causa o un factor determinante de lo biológico, pero es un factor externo a éste, lo que hace al modelo de análisis de los determinantes de la salud, un modelo que sigue centrado en la enfermedad y no en pensar la producción y reproducción de los procesos de salud (Jaime Breilh, 2010).

¿Cómo retomar, entonces, la idea fuerza de determinación social de la salud, sin fragmentarla? ¿Cómo salir de la visión lineal y casualista de los determinantes sociales? Breilh nos da una pista interesante: “El problema sujeto a debate debería ser el de la determinación social de la vida, y no apenas el de la determinación social de la salud” (Jaime Breilh, 2010: 92).

Desde los feminismos descoloniales, negros, afros y comunitarios, se han venido articulando reflexiones y conceptos que pueden ayudarnos a pensar esa determinación de la salud y de la vida de forma compleja y dialéctica, a partir de la idea de la constitución mutua de las diferentes opresiones que nos atraviesan, el concepto de patriarcado, la construcción de la idea de colonialidad de género y la metódica de la interseccionalidad.

Feminismos pluridiversos como praxis sentí-pensantes

12 |

Para empezar, es importante situarnos claramente en y desde esta pluridiversidad de feminismos. El primer punto que quisiera destacar es que se constituyen desde y como lugares de enunciación que permiten pensar, senti-pensar la otredad entre nosotras, nosotros y nosotres, y encontrarnos. Son pluridiversidad, no de enunciados meramente teóricos, sino de praxis transformadoras, situadas y encarnadas, que también incluyen muchas que no se reconocen bajo la etiqueta de “feminismo”, pero que sí tienen como sur identificar y cuestionar para combatir las, las diferentes formas de dominación que atraviesan nuestras vidas, pero no de forma separada, sino dentro del entramado de las diferentes opresiones que nos atraviesan a todos, todas y todes. En efecto, si bien compartimos múltiples opresiones, es importante entender que la articulación entre éstas es diferente en las experiencias y vivencias debido a las diferentes historias coloniales, imperiales, epistemologías y patriarcales que las configuran: de ahí que el pensamiento crítico que generan, así como las diferentes estrategias de liberación no pueden ser iguales (Grosfoguel, 2021:27); ni uniformemente aplicadas como recetas mágicas o como kits o cajas de herramientas preconstruidas de liberación. Son así, pluridiversidades de cuestionamientos con fuentes teóricas y proyectos políticos diferentes.

Un elemento que nos parece aquí esencial es el afán de estos pluridiversos feminismos por superar el binarismo entre teoría y práctica, academia y militancia, para

situarse y pensarse, tal como se plantea desde los feminismos comunitarios, desde nuestros cuerpos, siempre mediados por las relaciones de poder y de saber que estructuran los territorios, y convertirlos en los espacios-territorios desde los cuales repensar nuestras herencias, nuestras vivencias, nuestras experiencias para construir en colectivo, conocimientos encarnados y transformadores, desde la relación epistemológica entre cuerpo-territorio, donde la enfermedad-sanación es mutuo-dependiente (Lorena Cabnal, 2010; Delmy Cruz Hernández, 2016). Así se nos muestra que sigue siendo un desafío el cuestionamiento que hace Ochy Curiel, desde los feminismos descoloniales, cuando se pregunta sobre la descolonización del pensamiento feminista latinoamericano y caribeño, recordándonos que ese es justamente el desafío epistémico y político central el cual “supondrá superar el binarismo entre teoría y práctica pues le potenciaría para poder generar teorizaciones distintas, particulares, significativas que se han hecho en la región” (Ochy Curiel, 2007:7).

Superar ese binarismo pasa por un senti-pensarnos, no desde una supuesta dualidad cuerpo/mente, sino como cuerpos vivos, históricos, atravesados por las múltiples matrices de dominación, de opresión y de despojo que estructuran el sistema colonial racial clasista y patriarcal, como lugar de toma de conciencia y por ende, de lucha y transformación. Pensarnos, tal como lo propone Sylvia Marcos (2019): desde una espiritualidad encarnada, donde el conocimiento se elabora a través del cuerpo, o tal como retoma María Patricia Pérez Moreno de la filosofía indígena del pueblo tzeltal del Chipasen, desde un “sentir-pensar-hacer-vivir-decir” del corazón como lugar donde nacen “nuestras ideas, pensamientos y acciones” (María Patricia Pérez Moreno 2019: 164; 157).

Otro elemento central para el tema que nos ocupa aquí, es el cuestionamiento del lugar de enunciación dominante del feminismo hegemónico, que ha sido históricamente colonizado por un feminismo eurocéntrico, el cual, justamente, ha pretendido y sigue pretendiendo hablar universalmente en nombre de todas las mujeres o más bien de La Mujer con Mayúscula, desconociendo, negando y por ende reproduciendo, las relaciones y dinámicas de dominación y despojo que se dan, también, entre las mujeres (Mara Viveros Vigoya, 2023). Feminismo eurocéntrico que oculta e invisibiliza el hecho de que la “emancipación” de las mujeres del norte global, y en regla general, el avance de sus derechos civiles, se lograron y siguen manteniéndose a costa de la superexplotación de las mujeres del sur global, que vinieron por ejemplo a suplirlas en las diferentes tareas domésticas y de cuidados para que puedan liberar el tiempo necesario a sus emancipaciones, y que “hoy se extiende a las mujeres migrantes en el contexto de la economía global” (Breny Mendoza, 2023: 127). Sirin Adlbi Sibai (2017) analiza así, desde su propia experiencia existencial descolonial de mujer musulmana, este feminismo hegemónico como una “cárcel epistemológico existencial” que limita y delimita

el espacio de posibilidades de existencia, conocimiento y enunciación de lo que se considera como “Mujer”, en esto que permite posibilidades de expresión limitadas y codificadas al interior de un cerco ideológico epistémico, estético, institucional, legal, imaginario, espiritual, material uniformizante (Sirin Adlbi Sibai, 2017:20-83).

Claves de lectura para deconstruir la salud hegemónica: Colonialidad de género, Patriarcados e Interseccionalidad como matriz o red de opresión.

Pensarnos desde estas pluridiversidades de feminismos, desde la vivencia de las diferentes opresiones que nos atraviesan, nos permiten, entonces, plantear la deconstrucción de esa concepción hegemónica de la salud que no ve a las personas sino como meros individuos reducidos a cuerpos enfermos, desmembrados en pedacitos a tratar, haciendo de la salud un conjunto de variables e indicadores desconectados y descontextualizados y de la mujer una categoría uniformizante y por ende, invisibilizadora de las diferencias y la diversidad de opresiones vividas. Sentí pensarnos no como objetos sino como subjetividades vivientes que se constituyen colectivamente en las prácticas, desde las materialidades concretas, los espacios y territorios situados de producción de saberes y conocimientos; esto nos ofrece unas claves esenciales para pensar la salud desde el Sur como una articulación de procesos complejos e interseccionados.

14 |

Veamos, entonces, los diferentes elementos que, desde esta pluridiversidad de feminismos, pueden abrirnos nuevas pistas y senderos en este campo.

Empezaremos por destacar que los feminismos descoloniales se sitúan desde una de las principales coordenadas que ofrece la descolonialidad, la cual plantea que si bien el colonialismo, como forma y modo administrativo, ha sido abolido en muchos lugares del mundo, las formas de dominación, explotación y despojo que lo han caracterizado, como sistema basado en una división racista, clasista, patriarcal y sexista del mundo, persisten como estructuras generales de organización hegemónica de las relaciones políticas, sociales, económicas, culturales, subjetivas, etc. que nos atraviesan y nos constituyen (Ximena González Broquen, 2022:8). Los diversos procesos independentistas han rearticulado esas estructuras de poder sobre nuevas bases institucionales: lo que los y las autoras del pensamiento descolonial denominan la “colonialidad”, colonialidad del saber, colonialidad del poder y colonialidad del ser. Siguiendo a Karina Ochoa, los feminismos descoloniales parten así de la consciencia de los efectos que la imposición colonial tuvo y sigue teniendo sobre los cuerpos, los territorios y las vidas de las mujeres y sus pueblos en los sures globales, pensando la compleja interrelación entre raza, clase, género y desposesión (Karina Ochoa, 2019:6). Nos parece central tomar estos planteamientos como marco general de análisis.

A partir de ahí, los feminismos descoloniales nos permiten colocar la sexualidad y la crítica de la heterosexualidad patriarcal en el centro de nuestros análisis, para subrayar, desde la noción de colonialidad de género, el lado visible de la organización colonial y moderna del género. Tal como lo analizó María Lugones (2005, 2008), se trata entonces, de reflexionar y cuestionar qué es el género, para poder analizarlo, no como otra variable teórica más, sino como una construcción histórica y situada (María Lugones, 2005). El sistema de género, tal como lo plantea María Lugones, ha sido en efecto construido a partir de una cierta definición biológica del sexo, fundada en el dimorfismo biológico sexual, como un sistema normativamente heterosexual, de la misma forma como el concepto de raza fue construido, también, biológicamente, para justificar el sistema colonial de dominación y clasificación entre seres construidos como superiores y seres reducidos a inferiores y no humanos (Ibidem). Siguiendo los análisis de Breny Mendoza, vemos que esta “colonialidad de género” es el mecanismo a través del cual se le otorga un estatus civilizatorio únicamente a aquellos hombres y mujeres que habitan el campo de lo humano, y que aquellos que carecen de género fueron y son sujetos a la explotación cruel y al genocidio” (Breny Mendoza, 2023:166-167). La colonialidad de género, es decir el sistema de género moderno colonial como práctica deshumanizante que sobrevive a la colonización, es un concepto que puede ayudarnos así a “entender problemas contemporáneos como el feminicidio, la trata de mujeres y el aumento de la violencia contra las mujeres no europeas” (Ibidem).

15

Este punto es esencial para poder desarticular los enfoques hegemónicos de mujer y género, que prevalecen en el ámbito de la salud global hegemónica, los cuales, desde las agencias internacionales de desarrollo, han venido permeando todo el modelo no sólo biomédico, no sólo de salud pública funcionalista, sino también de la medicina social y colectiva, a partir una visión universalizante y heteronormativa del género y de la Mujer. Apuntando así, tal como lo predicen la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, S/F) al desarrollo de una igualdad y equidad de género en salud, asentada en una representación genérica y universalizante de las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y al control de los recursos, todo desde la misma visión lineal, unicausal, heteronormativa, uniformizante y esencialista de la mujer.

Las perspectivas sobre la colonialidad de género nos permiten así cuestionar estos enfoques sobre “género y salud” como un campo de invisibilidad de la diversidad de las diversas situaciones de opresión vividas por las diferentes mujeres, cuestionando en particular el concepto de Mujer que reproducen como propio las dinámicas del sistema moderno colonial de género. Nos permite darnos cuenta que “si seguimos empleando los conceptos de mujer, sexo y género sin cuestionar que son una cierta construcción social y en particular cuál es el sujeto que asumen”, seguimos entonces

silenciando “las cosmovisiones y epistemologías de otras culturas y civilizaciones en cuanto a estos conceptos, por lo que redundan así en el racismo cultural, epistemológico y en la colonialidad (Sirin Adlbi Sibai, 2017: 71).

Anudada a la crítica de las formas a través de las cuales se reproduce la colonialidad de género, podemos destacar también los pluridiversos análisis del concepto de patriarcado planteados desde los feminismos descoloniales, comunitarios, negros y afros, que nos permiten pensar el patriarcado, no como una estructura fija, sino como al contrario como una estructura de poder histórica y situada. La idea de patriarcado, como muchas de las ideas que provienen de praxis y luchas liberadoras, no es un concepto cerrado a un significado único, sino que ha estado en el centro de muchos debates y concepciones diferentes. Encontramos así los análisis que definen el patriarcado y el género como herencias coloniales, es decir que afirman su inexistencia en nuestros territorios antes de la colonización, tal como lo conceptualizan María Lugones (2005; 2008) y Breny Mendoza (2023) desde el feminismo descolonial; o tal como lo plantea Oyéronké Oyewùmi (2017), que destaca que el patriarcado no existía en la sociedad yoruba antes del colonialismo, y que el género no era un principio organizador de la sociedad yoruba, sino que es una proyección colonial de los y las investigadoras eurocéntricas, que como “siempre encuentran el género cuando lo están buscando” (Oyéronké Oyewùmi, citada por Maria lugones, 2008: 87). También tenemos concepciones que plantean la subordinación de las mujeres en los mitos de origen, tal como analiza Silvia Rivera Cusicanqui (2004), y que por ende, existen diferentes patriarcados, de baja o alta intensidad, pero que siempre han existido, bajo lo que Rita Segato (2011) llama “el mandato de la masculinidad”.

Encontramos también los análisis que nos hablan de la fusión del patriarcado occidental con el patriarcado ancestral, y que nos hablan, entonces, de entronque de patriarcados, tal como lo ha analizado y teorizado Julieta Paredes (2010; 2020) desde el feminismo comunitario, o Lorena Cabnal (2010) que habla de la refuncionalización del patriarcado ancestral por el patriarcado occidental. Encontramos a su vez, otros análisis que nos dejan ver que el patriarcado tiene tiempo, espacio e historia, y no siempre ha sido el mismo, tal como lo analiza por ejemplo Silvia Federici (2018). Adicionalmente, tenemos otros análisis como los que hace Aura Cumes (2019), quien por cierto, no se reconoce en la etiqueta feminista, que diferencian el patriarcado colonial, de la multiplicidad de formas y lógicas de dominación masculinas existentes en el tiempo y el espacio, mostrando así que históricamente el patriarcado en cuanto tal, no llegó a desarrollarse en la cosmovisión maya-kaqchikel antes de la colonización.

Esta pluridiversidad de formas de pensar el patriarcado, no como un concepto uniformizante, sino como encarnado de forma diversa en múltiples formas históricas y

entrelazadas de patriarcados, pueden servirnos para pensar un tema estructuralmente central en el ámbito de la salud, a saber, el tema del patriarcado de la salud, pero de forma situada, histórica y dinámica. Estos elementos nos abren todo un campo de análisis y reflexión para cuestionarnos sobre el cómo funciona este sistema de género en las diferentes praxis que se dan en el ámbito de salud, tanto a nivel general, particular como individual, y cómo se entrelazan con los sistemas modernos de género que se constituyen y reconstituyen de forma diversa en los diferentes espacios, los cuales a su vez están entrelazados con otras formas, estructuras y dinámicas de opresión y de resistencia. Nos permite preguntarnos: ¿A qué nos referimos cuando hablamos de patriarcado de la salud? ¿De una relación de dominación lineal, de relaciones de dominación a sentido único, o de una serie de procesos complejos que se rearticulan y se interconectan constantemente? Esto nos lleva, entonces, a entender que no basta por ejemplo, con denunciar la feminización de ciertos empleos en el campo de la salud, como la enfermería o las labores de limpieza de cuidado, sino que es necesario preguntarnos de qué mujeres exactamente estamos hablando para poder analizar de forma conjunta a las dimensiones, no sólo patriarcales del sistema hegemónico, sino cómo las diferentes y situadas dimensiones patriarcales se entretienen con dimensiones raciales, de clase, de territorio, etc.

Entramos aquí en el último elemento que queríamos destacar, proveniente de los feminismos negros y afros: el de la constitución mutua de las diferentes opresiones y el concepto de interseccionalidad, que nos proporciona pistas fundamentales para entender y realizar la deconstrucción de la salud hegemónica, y deconstruir esa manera de pensar acerca de las diferentes opresiones como meras desigualdades factuales reducidas a simples variables de análisis.

Esta compleja relación entre raza, clase género y desposesión ha sido problematizada por feministas negras y así entender la opresión vivida por la mujer negra desde hace bastante tiempo, como ejemplariza el discurso retomado por Bell Hooks (2020), de Sojourner Truth en la convención de Mujeres en Akron el 29 de mayo de 1851 “¿Acaso no soy una mujer?”. Según Mara Viveros (2023:40) podemos encontrar tales planteamientos en varios discursos abolicionistas de mujeres negras de los EEUU del siglo XIX, hecho que también destaca, citando los aportes de Ana Julia Cooper o Mary Steward, Breny Mendoza (2023: 148). En el siglo XX, encontramos tales planteamientos en la Colectiva Combahee River (1983/1977) con la teoría de la intersección entre la raza, género y clase, o en Brasil con pensadoras como Lélia Gonzalez (1985) y Sueli Carneiro (1985) que desarrollaron la teoría de la triada de opresiones de raza, clase y género (Mara Viveros, 2023:469) y en 1989, la abogada afro estadounidense Kimberlé Crenshaw (1989) quien desarrolla específicamente el término interseccionalidad en el

marco de un juicio legal, para hacer patente en lo jurídico las múltiples dimensiones de opresión, experimentadas por las trabajadoras negras de la compañía estadounidense General Motors, acuñando así el término de interseccionalidad para pensar el cruce de las diferentes opresiones y por ende, desigualdades que atraviesan la vida de las mujeres racializadas en EEUU, tales como las de raza, de género, de sexo, de clase, de territorio, etc.

Ahora bien, más allá de la idea de cruce, siguiendo aquí el análisis de María Lugones, podemos ver que la conceptualización de la idea de interseccionalidad permitió mostrar un “vacío”: el vacío de la ausencia que se da en la intersección entre la categoría de “mujer” y la categoría “negro”, que es la ausencia de la categoría “mujer negra”, porque “ni el concepto de mujer, ni el concepto de negro permiten pensarla adecuadamente” (María Lugones, 2005). Así es como el concepto de intersección tomó fuerza como teoría y conceptualización muy importante para entender las múltiples opresiones que se entretajan y que son invisibilizadas, mostrando el vacío e invisibilización de múltiples sujetos y sujetas oprimidas que las separaciones conceptuales de las opresiones forjan (ibídem).

Sin embargo, cabe destacar que pasó con este concepto algo similar a lo descrito con el uso hegemónico del concepto de determinación cuando se reduce a meras determinaciones: la idea de interseccionalidad fue progresivamente recuperada por el feminismo hegemónico, universalizada y descontextualizada, reducida entonces a una agregación de diferentes intersecciones, no como vacíos que visibilizan una problemática específica, sino como simple adición de variables. Tal como lo critica Ochy Curiel (2007) el uso estandarizado de la idea de interseccionalidad, conllevó a separar ejes de opresión, como si existieran de forma autónoma, para luego interseccionarlos, cuando en realidad no existen en cuanto ejes separados, sino que siempre se constituyen y reconstituyen mutuamente. En algunos casos, llevándonos a una focalización sobre sujetos construidos y entendidos en base a esas adiciones matemáticas de las diferentes opresiones que los atraviesan (mujer, negra, lesbica y pobre) se mide la opresión a partir de la suma de los efectos de las diferentes categorías utilizadas, llevando a eso que Ange Marie Hancock (2007) llama “las olimpiadas de la opresión” (Ange Marie Hancock, citada por Mara Viveros 2023: 79). El problema con estos usos (y abusos) del concepto de intersección es, entonces, según María Lugones (2005), que termina sirviendo como mecanismo de control, invisibilización y desconexión, porque estabiliza las relaciones sociales, fragmentándolas en categorías homogéneas, y creando posiciones fijas.

Pero ha habido otras maneras de entender esta idea, siempre desde los feminismos negros y sus experiencias de vida. La conceptualización que hace por ejemplo de la

interseccionalidad la afroamericana Patricia Hill Collins (2000), nos invita a pensar las diferentes opresiones y por ende, desigualdades que nos atraviesan, tales como las de raza, de género, de sexo, de clase, de territorio, no ya como una intersección de variables separadas y preexistentes, sino como una verdadera trama y matriz de dominación. Mostrándonos que las diferentes opresiones se constituyen las unas con las otras y no existen de forma aislada: los sistemas de opresión no son ejes separados, sino que se constituyen mutuamente y convergen para crear matrices específicas que caracterizan las diferentes dinámicas de poder que se interaccionan en ellas, siendo así cada matriz siempre históricamente específica a la diversidad de opresiones que se intersectan en diversas realidades locales (Patricia Hill Collins, 2017).

Este último punto es muy importante para pensar, con otros lentes, la categoría de determinación social de la salud propia, al pensamiento crítico en salud desde el sur, que esto nos permita aterrizarla, sentipensarla de forma compleja y siempre situada, y que la idea de la matriz de opresión hace hincapié en las conexiones e interdependencias, mostrándonos cómo las categorías sociales están relacionadas y mutuamente constituidas, permitiéndonos profundizar en la interconexión entre las dimensiones de la reproducción social que plantea el concepto de determinación social de la salud, a saber las dimensiones generales, particulares e individuales planteadas por Jaime Breilh (2010). La idea de matriz de Patricia Hill Collins (2000), nos permite en efecto ver cómo las opresiones operan a la vez en el nivel microsocio, como en el nivel macrosocio, tal como lo analiza Mara Viveros (2023:77):

“A nivel microsocio, un análisis interseccional considera los efectos de las estructuras de desigualdad social en las vidas individuales y se interesa por entender cómo se viven las opresiones interseccionales y los efectos que tienen las propias posiciones en relación con la experiencia de la desigualdad. A nivel macrosocio, un análisis interseccional interroga la manera en que están imbricados los sistemas de poder en la producción, organización y mantenimiento de las desigualdades. (...) Estos dos niveles no son excluyentes, y, por el contrario, la interseccionalidad pretende analizar la relación entre lo estructural y lo subjetivo.”

Se trata, de entender esta idea como la de una Matriz que nos sirve de grilla de análisis, pero siempre práctica y situada, movidiza, según las experiencias que vivimos en los diferentes momentos de nuestras vidas. Esto nos permite seguir profundizando en el entendimiento de cómo las opresiones se constituyen mutuamente, de cómo las condiciones de vida están interconectadas y conformadas por las condiciones de vida de otros y otras.

Hilando reflexiones a modo de enlace final

Ahora bien ¿en qué nos ayudan estos análisis a repensar la salud desde el Sur en el siglo XXI?

Primero, es importante destacar que nos muestran cómo podemos comprender los sistemas de dominación y opresión, que están en la base de las desigualdades sociales de forma integral, a partir de la idea de que las desigualdades se dan como procesos resultantes de redes de matrices de dominación y opresión complejas, pero que en ningún caso se pueden fragmentar o adicionar. Esto nos da una clave fundamental para entender y realizar la desconstrucción de la salud hegemónica, que piensa las diferentes opresiones como meras desigualdades factuales, como determinantes sociales reducidas a simples variables de análisis. En efecto, estos aportes de los feminismos descoloniales nos permiten repensar las desigualdades, no en términos de factores de riesgo del modelo biomédico o de determinaciones sociales fragmentadas o de estilos de vida, sino como redes integrales y movedizas de opresiones múltiples, en las cuales se interconectan las dimensiones generales, particulares, como individuales del concepto de determinación social de la salud.

20 |

También nos permite ver los vacíos e inexistencias que el mismo sistema colonial construye. Pensar desde esa matriz de opresiones, desde la idea de red de opresiones, siempre situada y movediza, nos permite pensar los diferentes modos de reproducción/producción de la vida, y no reducir el buen vivir a un catálogo de estilos de vida aislados: nos permite encarnar de forma situada la idea de determinación social como categoría analítica para abordar la salud, o mejor dicho la vida, a partir del análisis de la reproducción /producción y distribución desigual de los procesos de salud/enfermedad en la sociedad.

Finalmente, como conclusión, podríamos decir que situarnos desde la pluridiversidad de los feminismos que hemos revisado en este texto, nos permite entonces pensar la salud como un sistema complejo y multidimensional, es decir como un proceso, en el cual no se separan el cuerpo, la práctica, el sentir y la experiencia. Ahí es justo donde pensamos que estos feminismos pueden ayudarnos a pensar la determinación de la salud como una determinación de la vida, de forma compleja y dialéctica, a partir de esa multidimensionalidad de los procesos, ya no sólo como desigualdades, sino a partir de la idea de la constitución mutua de las diferentes opresiones que nos atraviesan.

Finalmente, situarnos desde estos feminismos, desde las ideas pluridiversas de patriarcados, de colonialidad de género, de interseccionalidad como matriz o red movediza, nos invita a pensar la salud como cuidado integral de y para la vida y de tal forma, a pensar en sociedades pluriversales de cuidados cuya finalidad sea mantener,

sostener y reproducir la vida, para no hacer de los cuidados un sistema de atención vertical y asimétrico de medicalización de la vida, sino construir los cuidados integrales como base para la organización de sistemas de salud basados en relaciones horizontales simétricas (Oscar Feo, 2019, 2023).

Pensar la salud desde el sur, desde estos feminismos, significa encarnarnos y luchar contra la cientificidad occidental, única forma posible de producir la salud, deconstruyendo el sistema hegemónico de salud como un sistema de reproducción del capital que funciona como un sistema fundamentalmente patriarcal y racista, para poder sentipensar la importancia central de las dimensiones subjetivas de las prácticas de salud, de las vivencias, para poder desarrollar metódicas liberadoras y transformadoras pluridiversas, aprendiendo de las praxis descoloniales tales como: los relatos de vida, las líneas de tiempo, las historias orales, las sistematizaciones de experiencias, los mapeos participativos de procesos (y no de cosas) y los mapeos pluri e interculturales.

Estos feminismos pluridiversos nos invitan así a hacer de esas metódicas, elementos y procesos centrales para pensar y hacer la salud desde el sur como cuidado de la vida.

Referencias

- Adblí Sibai, Sirin (2017). *La cárcel del feminismo. Hacia un pensamiento islámico decolonial*. México D.F.: Akal.
- Basile, Gonzalo (2021). "Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe: apuntes para repensar y descolonizar las teorías y políticas" En *Dossier de salud internacional Sur Sur*, no. 7, Buenos Aires: Flacso, pp: 3-30
- Basile, Gonzalo (2022). "La tres "D" del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: Determinación, Dependencia y Descoordinación en la respuesta epidemiológica" En *Epidemiología crítica del SARS-COV-2 en América Latina y El Caribe: Determinación, dependencia y descoordinación regional / Gonzalo Basile... [et al.]*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, pp:23-126.
- Breilh, James (2010), "Las tres 'S' de la determinación de la vida.10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud", en *Passos Nogueira, R., ed. Determinacao social da saúde e reforma sanitária*. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, pags.87-125
- Breilh, James (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 31(supl 1): S13-S27.

- Cabnal, Lorena (2010). Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala. En *Feminismos diversos: el feminismo comunitario*, ACSUR- Las Segovias: 10-25.
- Carneiro, Sueli (1985). Ennegrecer el feminismo. La situación de la mujer negra. América Latina desde una perspectiva de género. En Carneiro, Sueli; Costa, Albertiva y Santos, Thereza, *Mulher negra. Política governmental e a mulher*. San Pablo: Ministério da Saúde, pp. 21-26.
- Combahee River Collective, (1983/1977). The Combahee River Collective Statement. En: Barbara Smith (comp.), *Home Girls, A Black Feminist Anthology*. New York: Kitchen Table; Women of Colors Press, Inc., pp. 272-282.
- Collins, Patricia Hill (2000). *Pensamiento feminista Negro: el conocimiento, la conciencia y la política de empoderamiento* (2ª ed.). Nueva York: Routledge.
- Collins, Patricia Hill (2017) *The Difference that Power Makes: Intersectionality and Participatory Democracy*. *Investigaciones Feministas*, 8 (1/2017), Madrid: Ediciones Complutense, pp:19-39.
- Cooper, Anna Julia (1892). *A voice from the South; By a Black Woman from the South*, Xenia (OHIO): Aldine.
- Crenshaw, Kimberlé (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 (pp.139-167).
- Cruz Hernández, D. (2016). Una mirada muy otra a los territorios-cuerpos femeninos. *Solar: Revista de Filosofía Iberoamericana* 12(1), año 12: 35-46.
- Cumes, Aura Estela (2012). *Mujeres indígenas, patriarcado y colonialismo: un desafío a la segregación comprensiva de las formas de dominio*. Hojas de Warmi 17. España: Universidad de Murcia, pp 1-16.
- Cumes, Aura Estela (2019). "Cosmovisión maya y patriarcado: una aproximación en clave crítica", En *Miradas en torno al problema colonial. Pensamiento anticolonial y feminismos descoloniales en los Sures globales*. México D.F.: Akal, pp. 73-89.
- Curiel, Ochy (2007). "La Crítica Poscolonial desde las Prácticas Políticas del Feminismo Antirracista". En: *Colonialidad y Biopolítica en América Latina*. Revista NOMADAS, No. 26. Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos-Universidad Central.
- Federici, Silvia (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Madrid: Traficantes de sueños.

- Feo, Oscar (2019). "¿Debemos insistir con la APS? ¿O nos atrevemos a cambiar? De la APS al Cuidado Integral de la Salud". Reflexiones para pensar en la gestión, la participación y en la sistematización de experiencias desde la perspectiva de la salud colectiva. Compilación Publicada en línea: <https://www.iae.edu.ve>
- Feo, Oscar (2023), Video Clase La Determinación Social de la Salud y las Desigualdades Sociales. Youtube. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=EQ2nIBhrcVU>
- Gonzalez, Lélia (1983). Racismo e sexismo na cultura brasileira. En Luiz Machado da Silva et al. (eds.), *Movimentos sociais urbanos, minorias étnicas*, Brasília: ANPOCS, pp. 223-244.
- González Broquen, Ximena (2022). "A modo de presentación/ tempos del hablar descolonial", en Gonzalez Broquen, X (Compiladora), *Conversaciones Descoloniales*, Iguana Ediciones/ Vadell Hermanos: Caracas, pág. 7-15.
- Granda, Edmundo (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista cubana de salud pública*, 30(2).
- Grosfoguel, Ramón (2021). *De la sociología de la descolonización al nuevo antiimperialismo decolonial*, Mexico, Akal.
- Hancock, Ange-Marie (2007). When multiplication doesn't equal quick addition: examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics*, 5(1), Cambridge: Cambridge University Press, pp.63-79.
- Hooks, Bell (2004), «Mujeres negras. Dar forma a la teoría feminista», en *Otras inapropiables*, Madrid, Traficantes de Sueños, 2004, p. 45.
- Hooks, Bell (2020). *¿Acaso no soy yo una mujer? mujeres negras y feminismo*, España: CONSONNI.
- Iriart, Celia & Merhy, Emerson Elías (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 1005-1016.
- Iriart, Celia, Waitzkin, Howard, Breilh, Jaime, Estrada, Alfredo, & Merhy, Emerson Elías (2002) "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos", *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 12(2), 2002, pags: 128-136
- Jabardo, Mercedes (2012). *Feminismos negros. Una antología*. Madrid: Traficante de Sueños,
- Lugones, María (2005). "Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color". En *Revista Internacional de Filosofía Política*, Núm. 25, Iztapalapa, México: Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 61-76

- Lugones, María (2008). "Colonialidad y Género". En *Tabula Rasa*, n.9, Bogotá, Colombia: Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, pp.73-102.
- Mendoza, Breny (2023). *Colonialidad, Género y democracia*, México D.F: Akal.
- Menéndez, Eduardo (2005). "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores". En *Salud Colectiva*, vol. 1, núm. 1, enero-abril, Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, pp. 9-32
- Ochoa, Karina (2019). *Miradas en torno al problema colonial. Pensamiento anticolonial y feminismos descoloniales en los Sures globales*. México D.F.: Akal.
- OMS. *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Ginebra: Documento de información preparado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2005.
- OPS/OMS. (S/F). *Igualdad de género en salud*. <https://www.paho.org/es/temas/igualdad-genero-salud>
- Oyèwùmí, Oyèronké (2017), *La invención de las mujeres. Una perspectiva africana sobre los discursos occidentales del género*, Bogota: Editorial en la frontera.
- Paredes, Julieta (2010), *Hilando fino desde el feminismo comunitario*. Disponible en: https://www.academia.edu/24489736/Paredes_Julieta_Hilando_Fino_feminismo_comunitario
- Paredes, Julieta (2020). *Para descolonizar el feminismo. ¡492-Entronque patriarcal y feminismo comunitario del Abya Yala*. La paz: FeminismoComunitario de Abya Yala.
- Pérez Moreno, María Patricia (2019). *O´tanil: corazón. Una sabiduría y practica de sentit, èmsar, entender, eclplcar y vivir le mundo desde los mayas tzeltales de Bacharjón, Chiapas, MExico*. En *Miradas en torno al problema colonial. Pensamiento anticolonial y feminismos descoloniales en los Sures globales*. México D.F.: Akal, pp.157-173.
- Rivera Cusicanqui, Silvia (2022). *La noción de "derecho" o las paradojas de la modernidad postcolonial: indígenas y mujeres en Bolivia*. *Revista Aportes Andinos (AA)*, (11), Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Segato, Rita (2011). "Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial". En Karina Bidaseca, y Vázquez Laba, Vanesa (Comps.), *Feminismos y pos- colonialidad. Descolonizando el feminismo en América Latina*, Buenos Aires: Godot, pp. 17-49.
- Viveros Vigoya, Mara (2023), *Interseccionalidad Giro decolonial y comunitario*, Buenos Aires: CLACSO.

La vida, el cuerpo y la autonomía desde la construcción de salud colectiva

Virginia Aguirre

vickiaguirre@gmail.com.

Docente de postgrado e investigadora de la UNESR. Doctora en Estudios del Desarrollo (Cendes/UCV). Maestría en Salud Pública (UCV). Odontóloga (UCV). Responsable de la elaboración de los planes de igualdad y equidad de género del país. Publicaciones en el campo de la salud y del feminismo. Conferencista internacional y nacional.

Resumen

Desde un enfoque feminista, la salud colectiva busca una manera de vivir autónoma y solidaria, entendida como un complejo articulado entre unas relaciones de poder despatriarcalizadas, que impliquen una descolonización y una decolonialidad del saber y las prácticas; cambios que se requieren para encaminarnos en una búsqueda de la salud desde la lucha feminista. Lo que se plantea es una resignificación de su abordaje bajo un enfoque pluriversal, multicultural y multiétnico desde la interseccionalidad. Se trata de crear nuevas subjetividades construidas por el cuerpo de mujeres y que incidan verdaderamente sobre lo político, en la construcción de una salud colectiva feminista.

PALABRAS CLAVE: vida cotidiana, cuerpo, autonomía, salud colectiva

Abstract

From a feminist approach, collective health seeks an autonomous and supportive way of living, understood as a complex articulated upon depatriarchalized power relations, which imply a decolonization and decoloniality of knowledge and practices; changes that are required to guide us in a search for health from the feminist struggle. What is proposed is its resignification focusing under a pluriversal, multicultural and multiethnic approach based on intersectionality. It is about creating new subjectivities constructed by the body of women and that truly affects the political, in the construction of collective feminist health.

KEYWORDS: daily life, body, autonomy, collective health

Introducción

Hablar de la construcción de salud colectiva implica abordarla desde una visión trans-compleja, que requiere la introducción de un campo de conocimiento como son los feminismos. Tema que sigue ocupando un papel terciario en los debates sobre la salud, sumado a las grandes resistencias para ser incluido de forma transversal en los currículos en las Facultades de Medicina y demás profesiones de la salud. De igual modo ocurre con las instituciones responsables de las políticas. El feminismo como expresión emancipadora para la transformación cultural de una sociedad, busca visibilizar y vindicar los derechos de las mujeres a la salud, vista desde sus propios imaginarios, sus necesidades y sus deseos. El ensayo hace un recorrido sobre la vida cotidiana de las mujeres, la noción de vida y muerte, la salud/enfermedad y malestar, las autonomías, que inciden en sus formas de vivir y morir; y el cuerpo como aspecto político fundamental de las organizaciones otras de las mujeres, para la lucha por sus derechos a la salud.

La vida o la sobrevivencia

Desde un enfoque feminista, la salud colectiva busca una manera de vivir autónoma y solidaria, entendida como un complejo articulado entre unas relaciones de poder despatriarcalizadas, que impliquen una descolonización y una decolonialidad del saber y las prácticas; cambios que se requieren para encaminarnos en una búsqueda de la salud desde la lucha feminista. Lo que se plantea es una resignificación de su abordaje bajo un enfoque pluriversal, multicultural y multiétnico desde la interseccionalidad.

Se trata de crear nuevas subjetividades construidas por el cuerpo de mujeres y que incidan verdaderamente sobre lo político; que conduzcan a otras formas de vivir y morir, otros estilos y calidad de vida de las mujeres, donde la salud logre cierta armonía entre el cuerpo y la mente para superar la mala vida. Sin centrarnos en aspectos que pudieran tener una carga desesperanzadora, lo que se intenta es reflexionar hasta dónde ha llegado la resistencia y resiliencia de las mujeres o para decirlo en palabras coloquiales “el aguante” de esta vida compleja y desigual.

Las mujeres enfrentan de forma permanente una especie de ritornelo en las prácticas de opresión, disfrazadas de oportunidades en diferentes ámbitos de la vida pública, pero con modalidades cada vez más sofisticadas, mediante el uso de diferentes tecnologías que en el fondo siguen subordinando y oprimiendo, muchas veces, con formas muy crueles hacia las mujeres. Nos referiremos al caso de la división sexual del trabajo, en particular al trabajo remunerado, que ha caminado en dos vertientes: 1) Reconocer que es una de las batallas ganadas para que las mujeres tengan derecho al trabajo; y 2) Reconocer que se la aceptación de trabajos que son los peores remunerados y en condiciones muy complejas.

Es así como se ha ido confundiendo una autonomía económica que no es tal, dado que se caracteriza por una alta carga de explotación laboral, muy similares a las lógicas coloniales de esclavitud [Virginia, Aguirre, 2023: 57-58].

Las distintas formas de trabajo remunerado o generación de algún tipo de ingreso en las mujeres, tiene una profunda incidencia en sus formas de enfermar y morir, debido a las condiciones en las cuales lo realizan. Esta situación no forma parte de la visión tradicional y hegemónica de la salud y mucho menos de las políticas. El saber médico hegemónico-colonial y sus respectivas prácticas que se han venido desarrollando, han colocado la salud de las mujeres como una causalidad social propia de un ser humano frágil y vulnerable, tal como lo generó la modernidad. Un modelo asistencialista y universalizante que sigue vigente a pesar de los avances en conocimiento como en el discurso político, lo que nos lleva a estar consciente sobre los paradigmas que operan en las prácticas de salud, para poder reflexionar si corresponden o no a nuestras necesidades como mujeres, a nuestros modos de vivir, sentir y desear.

El feminismo es una crítica radical a lo que se construyó como cultura en las relaciones humanas, que creó profundas desigualdades en las mujeres, que se han manifestado de manera diferencial en las distintas sociedades. Francesca Gargallo [2014: 11] resume bien el sentir actual, cuando plantea que el feminismo es "...la búsqueda concreta emprendida por las mujeres para el bienestar de las mujeres y en diálogo entre sí para destejear los símbolos y prácticas sociales que las ubican en un lugar secundario, con menos derechos y una valoración menor que los hombres...

| 27

"Los enfoques que han emergido para dar explicación a esas relaciones de poder desigual, se han basado en aproximaciones teóricas situadas, en el análisis de las condiciones particulares en que se desarrollan las vidas de las mujeres y otros sujetos subordinados en entramados sociales específicos. Haciendo un esfuerzo por concentrar la mirada en la salud colectiva desde el feminismo, lo que nos describe Julia Kristeva [2003: 22-23] sobre la obra de Hannah Arendt "El genio femenino", donde rescata una reflexión de interés sobre la vida del espíritu, señalando que "la vida y el pensamiento están indisolublemente unidos"

Esta conceptualización la inicia desde los totalitarismos (nazismo y estalinismo) que según la autora convergen en lanegación y desprecio de la vida humana. Aún con las críticas que se les han hecho a sus postulados filosóficos, lo que nos interesa es el espacio político que implica el hecho de ser mujer, donde toda acción política requiere un "espacio de aparición" Esto nos lleva a reflexionar sobre la salud mental de las mujeres y su calidad de vida, que siempre está imbuida en una serie de construcciones que más que brindar salud y vida, lo que hace es proveerla de una existencia tormentosa,

amarga y formas de vida enfermantes. Son las presiones para responder a obligaciones impuestas por la sociedad con escasos momentos de felicidad, porque su vida está destinada a proteger a la familia y a cuidar a los otros, su vida casi no importa. A pesar de esta dura afirmación las mujeres construyen sus subjetividades desde sus deseos, que muchas veces están encapsulados en sus secretos y que sólo son compartidos entre mujeres, generando un cuerpo político activo para tener una mejor vida.

Una de las resistencias y resiliencias de las mujeres ha sido seguir adelante a pesar de las desigualdades, cuya expresión más compleja es la feminización de la pobreza, en ella se encierra la opresión, la subordinación y exclusión como ser humano, con grandes dificultades de ser sujeto y objeto de derecho y de discurso. Cuando nos referimos a lo político implica un cuerpo de acción de lucha para la salud, la educación, la comida, estar provistas de herramientas necesarias para un trabajo digno y decente, la vivienda y permitimos soñar con un espacio para el ocio, y “si acaso” sobra tiempo, tener un rato para el disfrute y larecreación, que no esté vinculado únicamente a la familia, sino a lo que de manera individual desean hacer las mujeres de forma autónoma.

El debate sobre las autonomías en salud

Si bien el concepto de los cuidados puso sobre la mesa la necesidad de profundizar sobre las autonomías, desde la salud sigue siendo un tema controversial por el paradigma aún existente y la biopolítica impuesta por el articulado legal, principalmente para el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, como es el caso el derecho al aborto. A esto se le suman los fundamentalismos religiosos que han emergido con fuerza en los últimos tiempos en toda América Latina, creando una falsa moral que sigue castigando y atando a las mujeres a la concepción de la maternidad y a la familia, con escasas posibilidades de ser autónomas.

Mabel Burín [2019] señala tres aspectos a tomar en cuenta:

- Existe una desconsideración de las experiencias de las mujeres fundadas más en la interdependencia en que es la autonomía.
- Las tensiones se producen entre los criterios de dependencia- interdependencia- autonomía, y no sólo entre dependencia-independencia- autonomía.
- La problematización de la categoría de análisis autonomía encuentra uno de sus máximos exponentes cuando se la utiliza para analizar la cuestión de los cuerpos de las mujeres, de su disponibilidad y de los escenarios en donde se produce esta disponibilidad.

Lo que queda claro es que nos seguimos encontrando con barreras difíciles de romper para acercarnos a esa construcción de salud colectiva feminista, que incorpore la autonomía, nuestras miradas, las vidas cotidianas, el sentir y por sobre todo nuestros deseos como mujeres. Aún no se impone el pensamiento crítico en la salud, pese a los esfuerzos de Almeida y Silva sobre los preceptos de la salud colectiva, lamentablemente sigue siendo un ejercicio teórico que construyen otros negando nuestra existencia como sujetos de derecho.

Salud/enfermedad y malestar

Se ha escrito lo suficiente sobre lo normal y lo patológico, pero no ha habido forma que la salud de las mujeres se vea desde la buena vida o del buen vivir, que no sólo quede plasmado en el discurso, sino que se vea alguna transformación en la práctica. Cuando llegamos al proceso salud/enfermedad creíamos que ya teníamos las herramientas suficientes, tanto en el ámbito académico como en el de investigación, con la incorporación del análisis sociopolítico para poder comprender la salud, que superara la concepción disciplinar y biologicista, de forma que impactara en el sector servicio.

El único detalle es que aún no se logra incorporar el enfoque de género, tanto en la formación de las y los profesionales de la salud y mucho menos existe una producción de conocimientos relativos a la salud de las mujeres, para conocer su situación a partir de sus vidas cotidianas y tener una aproximación sobre sus formas de vivir, enfermar y morir. Estas investigaciones por lo general las hacemos las mujeres, pero no forma parte de la construcción de conocimiento en las universidades, existen algunas iniciativas en los postgrados desde el campo de psicoanálisis.

Para el caso de la salud de las mujeres, hasta el día de hoy se sigue abordando bajo un enfoque biologicista centrado en la salud sexual y reproductiva, que ha dejado de manera indisoluble estar ligadas a las vicisitudes de su aparato reproductor, puesto que siempre queda referida a las problemáticas específicamente femeninas de embarazo, parto, puerperio, climaterio. En las últimas décadas se ha incorporado el derecho, para ampliar su noción que se ha centrado en lo biológico y elevarlo a derechos sexuales y reproductivos. Aún cuando existen grandes esfuerzos por darle una explicación incorporando la autonomía de las mujeres, en la práctica por lo general termina reducida a los problemas propios del cuerpo biológico de las mujeres. Creo que el error está en el enfoque manejado hasta ahora, centrado en la salud sexual y reproductiva, por 4 razones fundamentales:

1. Es un concepto que nace desde la hegemonía médica y la medicalización de las políticas que están construida bajo la lógica androcéntrica

2. Las agencias internacionales ponen el acento en la generación de indicadores epidemiológicos del aparato reproductor de las mujeres, es decir, hay una lógica positivista en el manejo de la información que sólo está ubicada en la salud sexual y reproductiva
3. La fragmentación del conocimiento bajo la concepción disciplinar y biologicista de la salud de las mujeres, reducida a la maternidad que la vinculan con su salud mental
4. La violencia hacia las mujeres como problema de salud pública, en la práctica no está incorporada dentro del desarrollo en el campo de la salud colectiva e integral de las mujeres y por ende no se registra de forma rigurosa como dato epidemiológico en los servicios.

Desde una construcción de nuevas subjetividades y resignificación conceptual, implica un proceso de deconstrucción para que surja una nueva forma de mirar la salud de las mujeres, encaminada dentro de un proceso histórico y no ahistórico y de asociabilidad con el cual se ha mantenido. Es necesario incorporar la interseccionalidad en el análisis y en salud colectiva, para ubicarnos en organizaciones otras, que implique una concienciación sobre la vida de las mujeres, sus vidas cotidianas y esos instantes de felicidad del otro.

30 |

También es necesario comprender los orígenes del malestar de las mujeres ante la mala calidad de vida. Sobre este punto no se ha alcanzado un desarrollo pertinente y adecuado bajo la mirada feminista desde la producción de conocimiento complejo y tampoco en las políticas públicas, aún no forma parte de una revisión instrumental desde la epidemiología con una visión de avanzada. La institucionalidad de la salud es absolutamente patriarcal y el tema de la mujer es “importante, pero secundario”.

Mabel Burín [2010], hace un interesante aporte desde el psicoanálisis, “las mujeres padecen estados de malestar que expresan a través de sentimientos de tensión y de conflicto; la agudización de los estados de conflicto, denominados crisis, constituyen situaciones óptimas para abordar las problemáticas de las mujeres”.

Esta incorporación sobre el malestar, es un aporte para la construcción de salud colectiva feminista, con la idea de identificar a las mujeres como grupo social que padece condiciones opresivas de existencia, especialmente en sus vidas cotidianas. La autora define dos espacios de desarrollo para las mujeres: el ámbito doméstico y el ámbito extradoméstico, a veces superpuestos a ámbito privado y ámbito público, para caracterizar diversos modos de malestar de las mujeres en ellos y en la interacción entre ambos espacios.

No podemos dejar de mencionar el papel de la investigación en salud con enfoque de género, cuyos esfuerzos por comprender la naturaleza sobre la realidad de la salud sigue siendo escasa. Si lo vemos desde las relaciones de poder en el campo de conocimientos los hallazgos de las científicas nunca son tan reconocidos como las de los hombres, siendo muchas veces las que han desarrollado innovación en el área tecnológica, incluso en aspectos que favorecen a las mujeres, el cuestionamiento siempre es mayor y descalificador.

Hasta ahora hemos desarrollado la noción de la mala vida cotidiana de las mujeres, sin embargo, hay un hecho que comenzó a cambiar la mirada de la salud y la importancia del cuidado de la vida, elemento que nos puso en todo el centro la pandemia, donde nunca había quedado tan claro que la muerte forma parte de la vida, los imaginarios de la gente siempre estuvieron con una mirada distante de la muerte, algo que estaba lejano. Por primera vez las mujeres sintieron que tenían que cuidar su vida, el miedo se impuso como algo que estaba cerca y que lo teníamos incorporado como parte de nuestras vidas.

Este dualismo de vida y muerte ha sido la argumentación de la medicina hegemónica, para ser utilizado como manipulación de una práctica mercantilista de la salud, se imponen dispositivos de poder expresado en la anatomopolítica. Este es quizás uno de los motivos más fuertes por lo que las mujeres postergan su cuidado de la salud y vigilancia preventiva de su cuerpo, porque en el fondo comprenden que sus vidas cotidianas no la conducen a tener una buena salud sino todo lo contrario. Tampoco los sistemas de salud responden a sus necesidades reales, sino a un entramado para el disciplinamiento y no para la autonomía. La biopolítica que se impone como mecanismo de disciplinamiento a veces tiene una mirada errada sobre la concepción de los cuidados, que pudiese reafirmar una práctica de vida dependiente.

... sobre los cuerpos

Desde hace más de veinte años las mujeres decidieron salir a la calle y participar en la política de manera masiva, el contexto histórico lo propiciaba, no se trataba de un grupito de mujeres en un activismo político feminista, sino de incorporarse al debate sobre los destinos de una nación. Es así como aparecen las organizaciones otras, me referiré en particular a Venezuela, porque marco un hito histórico en las zonas populares, para defender el derecho a la salud consagrado en la Constitución Bolivariana de 1999. La creación de los Comités de Salud, como diría Judith Butler [2017:31] fue “un ejercicio performativo de su derecho a la aparición, es decir, una reivindicación corporeizada de una vida más visible”, se trataba de miles de mujeres que asumieron una posición política en defensa de los Módulos de Barrio Adentro.

No era un hecho al margen, la llegada de la Atención Primaria en Salud, significaba para las mujeres disminuir la presión de correr a un hospital para atender un estadio febril de un hijo o un hijo, bastaba sólo con caminar algunos pasos tenían a “su médica o su médico” para atender un signo, que no amerita un proceso más complejo como los que ofrece el nivel IV hospitalario; el cuidados de las personas de la tercera edad para el control de la tensión arterial así como la diabetes que son la morbilidad más común en la población adulta; también para las personas con algún tipo de discapacidad; entre otras.

Las mujeres no podían dejar de defender algo que les estaba aliviando esa carga de los cuidados y de forma gratuita. Voy a afirmar que desde una concepción integral de la salud colectiva la creación de estos módulos de APS fueron un cambio en las formas de abordar la salud, donde las mayormente beneficiadas fueron las mujeres para las aliviar las labores de “cuidado” Desde una mirada deconstructiva sobre el abordaje de la salud de las mujeres, hasta ahora no se ha dado una ruptura para poder atender esas necesidades sentidas de las mujeres. Cosa curiosa que la propia práctica en los módulos de APS, no lo han sumado como un proceso de reflexión para transformar la atención de las mujeres en los servicios.

Son las resistencias a reconocer al otro en el campo de la salud, sigue estando muy arraigada desde la noción androcéntrica, a pesar de los profundos debates políticos para comprender y poner en práctica la salud colectiva. En el caso de las mujeres siguen estando atrapadas en el activismo político, les ha costado mucho introducir sus necesidades de salud en las políticas de salud. Aún se desarrollan desde las perspectivas universalizantes y escasamente la singularidad, como es el caso de la salud mental de las mujeres.

Reflexiones

La salud colectiva desde un enfoque transcomplejo, sigue teniendo grandes dificultades para poder producir transformaciones reales en los abordajes, que impliquen una genealogía feminista en la salud, para poder deconstruir las formas androcéntricas que se imponen. El feminismo como proceso transformador de la cultura moderna debe estar en las construcciones tanto teóricas como en las prácticas para comprender la realidad de la salud de las mujeres. Es necesario seguir insistiendo desde un pensamiento crítico con mirada feminista en la salud, no basta sólo con la interpretación del poder político, que sigue cargado de anatomopolítica y biopolítica.

Se debe abrir el debate en las instancias de cooperación internacional, en los espacios académicos y de investigación, así como comprometer a los liderazgos sobre la necesidad de reconocer a las mujeres con sus propias necesidades de la salud, que no se

reducen sólo a las tetas y al útero.

Interlocutoras e interlocutores

Aguirre, Virginia [2023]. *Feminismo y Ética Nuestroamericana*. Caracas, Venezuela: Fondo Editorial El Perro y La Rana.

Almeida, Naomar y Silva Jairnilson [1999]. "La Crisis de la Salud Pública y el Movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica". *Cuadernos Médicos Sociales*. N°75, págs. 5-30.

Burín, Mabel [2019]. "Psicoanálisis, feminismo y posfeminismo" Página 12, 19 de marzo. Buenos Aires, Argentina.

Burín, Mabel [2010] Clase sobre Género y Salud mental, dictada en mayo de 2010 en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Butler, Judith [2017]. *Cuerpos Aliados y Lucha Política*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Gargallo, Francesca [2014] *Feminismos desde Abya Yala: Ideas y proposiciones de las mujeres de 607 pueblos en nuestra América* Ciudad de México, México: Editorial Corte y Confección.

Kristeva, Julia [2003]. *El Genio Femenino*. 1. Hannah Arendt. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós

Cuidar a las personas gestantes es garantizar la salud colectiva. Un análisis biocultural

Ivel Urbina Medina

ivel35amas@hotmail.com

Escuela Nacional de Antropología e Historia de México (ENAH)/ Museo Antropológico de Quíbor, Venezuela.

Resumen

Las sociedades contemporáneas devienen de una serie de complejos procesos de construcción epistemológica surgida en Europa occidental. Hoy en día, entendemos las repercusiones de dicha construcción como sexistas, colonialistas, racistas y luego, capitalistas. Esto ha incidido en nuestros cuerpos, y en este caso, en los de las personas gestantes, negativamente desde una perspectiva interseccional. Expondré reflexiones y análisis para mostrar cómo afectan al bienestar de la sociedad, en general, desde una perspectiva biocultural y, por lo tanto, es necesario el cuidado y la responsabilidad colectiva para darles una respuesta efectiva.

PALABRAS CLAVE: personas gestantes, salud, cuidado, perspectiva biocultural

Abstract

Contemporary societies are the result of a series of complex processes of epistemological construction that emerged in Western Europe. Today we understand the repercussions of this as sexist, colonialist, racist and then capitalist. This has had repercussions on our bodies and in this case, on the bodies of pregnant women in a negative way from an intersectional perspective. I will present reflections and analysis to show how these have repercussions on the welfare of society in general from a biocultural perspective and, therefore, collective care and responsibility is necessary to give an effective response.

KEYWORDS: pregnant people, health, care, biocultural perspective.

La antropología física y el cuerpo

En principio, es importante para mí evidenciar desde dónde me posiciono para hacer los consiguientes análisis e interpretaciones de este trabajo. En este sentido, comenzaré definiendo qué es la antropología física y cómo entiende los fenómenos sociales. La antropología está constituida fundamentalmente por cuatro disciplinas, y una de ellas es la antropología física o biológica, encargada de estudiar y comprender el cuerpo-emociones humano y su variabilidad según el contexto sociocultural e histórico donde se encuentre.

El cuerpo como concepto ha variado a través del tiempo, pero surge y deviene de la epistemología Moderna-occidental. Esto ha tenido sus implicaciones en su puesta en uso y en la manera cómo las disciplinas lo han estudiado e interpretado. Y en la antropología física ha sido reiteradamente cuestionado y problematizado (Peña Saint Martin, 1997; Leatherman & Goodman, 2019), aunque sin una respuesta definitiva.

Los pensamientos y discusiones científicas en Occidente sobre el cuerpo se desarrollaron desde mediados del siglo XVII hasta el siglo XIX en Europa, a partir de la necesidad de responder preguntas en cuanto a la construcción de un “nosotros” (blanco, europeo, burgués) frente a un “otro” proveniente del Abya Yala y África (Bravo, 1996). En este sentido, el cuerpo era uno de los ámbitos que más interpelaba las reflexiones de esos momentos, puesto que es observable, medible y cualificable, lo que permitió, por un lado, hacer comparaciones y por el otro, legitimar su estudio dentro del ámbito científico.

Esta construcción epistemológica se sostuvo a través de la esquematización de un cuerpo “normal” -entiéndase, el de hombre caucásico- empleado como referencia, presentándose como un modelo universalista, que sirviera para compararlo con la diversidad de fisonomías existentes, y así discriminar lo normal de lo que no (Foucault, 2001; Espinel Vallejos, 2022). Paralelamente, el paulatino proceso de hiperespecialización y fragmentación del conocimiento, que ha caracterizado el pensamiento Moderno (Morín & Pakman, 1994; Sousa Santos, 2018), ha hecho que este concepto fuera desprendido de cualquier factor psicosociocultural, aprehendiendo sus aspectos, aparentemente, sólo biológicos.

Hoy en día, “el cuerpo” ha sido pensado de distintas maneras dependiendo del área de conocimiento. No obstante, considero pertinente la concepción proveniente de la sociología de los cuerpos-emociones, como “el límite más cultural de la base natural de la especie”. Y su complejidad radica en (Scribano, 2013):

- Su conexión con el ambiente, pensado como condiciones materiales de existencia, y todos los procesos que se generan en la interacción entre éste y el cerebro/ sistema nervioso central/ nutrientes/ energías.

- En el cerebro se desarrollan los procesos de construcción social y cultural del cuerpo-emociones, a partir de procesos químicos y físicos que articulan los nutrientes/ energías que posibilitan/obturán, producen/ reproducen y/o equilibran/desequilibran la existencia material, social y cultural del cuerpo.
- La distribución y apropiación desigual de diversos aspectos materiales y sociales modelan las potencialidades que el sistema neurofisiológico tiene ante las exigencias y particularidades de la comunidad y cosmovisión en los que se está inserto/a.
- “Los procesos de estructuración social al “modelar” las conexiones posibles entre impresiones/ percepciones/sensaciones/emociones y cerebro/ energías/ ambiente son variables co-bordantes de las formas posibles de los cuerpos/ emociones”.

A su vez, estos mecanismos y procesos de interacción e interrelaciones de todos estos factores devienen de nuestra evolución como especie que, a partir de una historia filogenética, posibilitada por condiciones materiales de subsistencia y circunstancias particulares, desembocaron en las cualidades que hoy en día interpretamos y nos hacen únicos como especie.

36 |

Ahora bien, el fundamento de esta disciplina es el paradigma biocultural. Este consiste básicamente en integrar los procesos económicos, políticos y sociales al análisis y a la explicación sobre el cuerpo y su variabilidad biológica tanto en el pasado como en el presente, entendiendo que las relaciones de poder modelan la realidad de cada persona y grupo (Leatherman & Goodman, 2019).

Bajo esta perspectiva, la biología se entiende desde una lógica socializada (Márquez Morfín, 2009), debido a que las formas de organización y la cultura son considerados los mayores grados de evolución y adaptación de nuestra especie desde los primeros homínidos. Además, en las sociedades estratificadas, las relaciones de poder permean la manera en que los cuerpos actúan frente a distintos factores ambientales, incidiendo en su desarrollo y supervivencia como sujeto/a, o colectividad. De igual forma, este paradigma se plantea desde una postura política, situada y comprometida.

En este orden de ideas, nuestra especie tuvo una evolución particular desde hace más de doscientos mil años, y ha hecho que nuestro cuerpo esté constituido como es actualmente. Es decir, estamos genéticamente y fisiológicamente adaptados/as al mundo del pleistoceno. En este sentido, las sociedades humanas desde pocos siglos para acá han cambiado vertiginosamente y es una de las razones de muchas de las problemáticas en cuanto a la salud en el mundo contemporáneo.

Sin embargo, ha habido un sesgo biologicista que permea las investigaciones sobre el cuerpo debido a la idea de neutralidad y objetividad que tienen las ciencias naturalistas (González- Ramírez y Sáez Sepúlveda, 2015). Esta visión ha provocado en primer lugar, la invisibilización de la cultura como factor determinante en la vida de los seres humanos/as; en segundo, la suposición de que el ambiente es un ente inmutable y preestablecido, obviando su historicidad, y en tercer lugar, la hegemonización de la premisa, referida a la “adaptación del más apto” cuya consecuencia trajo: por un lado, la invisibilización de la producción teórica y metodológica de las ciencias sociales; por el otro, el impedimento para hacer preguntas de orden social a sus estudios e interpretaciones y finalmente, el androcentrismo, antropocentrismo y la naturalización de las desigualdades.

Algunas nociones básicas sobre nuestro crecimiento y desarrollo

A partir de diversos cuestionamientos que se han generado, en torno a la manera como se ha abordado el entendimiento y las soluciones en cuanto a problemáticas relacionadas a la salud en el pensamiento biomédico (Halfon & Forrest, 2019; Basile, 2020; Selvarajah et al., 2022), se han logrado importantes avances para comprender la complejidad que este tópico implica.

Se ha observado que el origen de las enfermedades más comunes en la actualidad y que han cobrado la vida de millones de personas en los últimos años, como la obesidad, diabetes, problemas cardiovasculares y metabólicos, se pueden rastrear desde el período fetal, así como en los primeros años de vida de una persona (Haugen et al., 2015). Por tales motivos, expondré -sin intenciones de ser exhaustiva- algunas nociones importantes para comprender el planteamiento de este trabajo.

Una capacidad muy importante en el desarrollo del ser humanos es su plasticidad, entendida como la sensibilidad que tiene el feto a su entorno a través de la información que obtiene por medio de la placenta, prediciendo los posibles escenarios que vaya a tener al nacer y adaptando su cuerpo para dar mejores respuestas ante situaciones futuras desfavorables (Barker, 2012). Estos cambios pueden ser permanentes o no dependiendo de la gravedad de las estimulaciones que esté recibiendo del ambiente y según el periodo crítico que esté atravesando; la mayoría suceden en el útero de la madre. Tras el nacimiento, sólo el cerebro, el hígado y el sistema inmunitario permanecen plásticos hasta los 6 a 8 años de edad. De ahí la importancia de todos estos periodos en la vida de cualquier ser humano.

De la mano con lo anterior, la nutrición fetal (Barker, 2012) es fundamental para el crecimiento y desarrollo de el y la individua. El tamaño al nacer es el producto de la trayectoria de crecimiento del feto, y de la capacidad materno-placentaria de

suministrar suficientes nutrientes, ya que la placenta regula su transferencia al feto en función de la capacidad de la madre para suministrarlos, y de las demandas al respecto.

Por consiguiente, un bebé no depende de la dieta de la madre durante el embarazo, eso sería una estrategia demasiado peligrosa como especie (Gluckman et al., 2009). Más bien, vive de los nutrientes almacenados por la madre y del recambio de proteínas y grasas en sus tejidos, relacionados con la composición corporal de la madre y, por tanto, reflejan su nutrición a lo largo de la vida. Sin embargo, siempre nos han dicho que la madre debe comer bien para alimentar al bebé y no es del todo cierto, es para alimentarse ella, porque el o la bebé va a adquirir lo que necesite, es la prioridad.

La importancia del cuidado de las personas gestantes para una sociedad realmente saludable

En términos filogenéticos, el éxito de nuestra especie ha recaído en nuestro gregarismo, siendo necesario el cuidado mutuo fundamental. Es decir, el trabajo colectivo donde cada integrante de la comunidad haga una o varias labores en beneficio del grupo, por el bien común (Kropotskin, 1989). No como hemos venido aprendiendo y reproduciendo en el pensamiento Moderno, donde el individuo es el centro de la sociedad y del mundo.

38 |

A su vez, en este sistema mundo capital/patriarcal/colonial, las mujeres estamos asignadas a cumplir un papel reproductivo, sexual, y de mantenimiento, que a su vez es infravalorado, e invisibilizado no sólo por la importancia que esto tiene, sino también por la corresponsabilidad colectiva que se debe asumir para el buen funcionamiento y desarrollo de la sociedad. Y este problema no es intrínseco a las sociedades humanas en términos biológicos ni culturales, sino que responde a procesos históricos (Kropotskin, 1989).

Dentro de las investigaciones de DOHaD (Orígenes del desarrollo de la salud y la enfermedad, en castellano), se ha evidenciado que la obesidad, la diabetes y los problemas cardiovasculares se pueden originar desde la vida fetal. Si un o una bebe nace con sobrepeso o con falta de éste, tiene mayores riesgos de padecer alguna de estas enfermedades en su vida adulta (Gluckman et al., 2009; Haugen et al., 2015).

Tanto es así, que se han llegado a asociar hasta con otras condiciones como la osteoporosis, los trastornos de salud mental, como la depresión y la esquizofrenia, los riesgos de ciertos tipos de cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva y el asma, así como la capacidad cognitiva (Haugen et al., 2015; Selvarajah et al., 2022). Por tal razón, es que la salud y la nutrición de la mujer hasta antes de empezar su proceso de gestación es básica para el nacimiento saludable de un nuevo ser.

Por otro lado, a través de la placenta el feto recibe nutrientes, pero también recibe información de lo que está sucediendo en el ambiente, particularmente la madre. En este sentido, investigaciones han observado que la absorción de diversos tóxicos como el plomo, provenientes de todos los contaminantes que día a día estamos recibiendo por todas las dinámicas industriales que “sustentan” la macroeconomía, se vinculan a afecciones en la salud como cáncer, enfermedades cardíacas y vasculares, neurodegeneración, asma, enfermedades autoinmunes, trastornos reproductivos masculinos y femeninos, y obesidad (Haugen et al., 2015).

De igual forma, si una progenitora está pasando por situaciones estresantes como violencia machista, por ejemplo, el cuerpo segrega óxido nítrico como respuesta ante el estrés, que es lo que regula los mecanismos del riñón y otras partes del cuerpo, lo que puede traer problemas en la formación de estos órganos en el feto (Haugen et al., 2015; Selvarajah et al., 2022).

En líneas generales, se ha afirmado que las susceptibilidades a una amplia gama de efectos adversos, más adelante en la vida adulta aumentan durante el desarrollo (desde la preconcepción hasta la adolescencia) según el sistema y los órganos que se estén formando en el momento de la exposición a sustancias químicas ambientales, mala nutrición, violencia, sedentarismo, entre otras. Prácticamente, todo lo que caracteriza a las sociedades occidentalizadas actualmente.

| 39

Ahora bien, observando la gravedad de todo lo anteriormente comentado, es evidente que nuestras sociedades no entienden la importancia de la salud de las personas gestantes para la humanidad. Sin embargo,

la dimensión fértil sigue siendo el principal eje estructurador de todo lo relativo a la salud femenina. Lo cual lleva implícito un sobredimensionamiento de dicha capacidad fértil y, por tanto, un desajuste entre el modelo médico-sanitario utilizado para valorar la vida de las mujeres, absolutamente centrado en el potencial fértil” (Esteban, 2007: 83).

Si bien, aparentemente, la fecundidad parece ser central en la biomedicina, no se piensa desde un paradigma biocultural sino de manera aislada y patológica, lo que impide observar la verdadera magnitud de lo que implica la gestación en la sociedad. Además, evidenciando la insuficiencia para dar respuesta a todo lo que se debe considerar para su cuidado adecuado.

Yo lo veo como una paradoja entre el excesivo interés médico en estudiar a la fertilidad, pero no desde una cultura del cuidado, sino más bien desde el control y enjuiciamiento de estas personas a partir de su cualidad reproductiva. Por lo tanto, la perspectiva

interseccional se vuelve indispensable (Cejas y Ochoa Muñoz, 2021).

A su vez, el paradigma individualista propio de la Modernidad, es una de las causas de que el cuidado como factor fundamental para la vida sea completamente invisibilizado. Durán (2000) explica que el cuidado abarca la indispensable provisión cotidiana de bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo de todo el ciclo vital de las personas. Comprende la estimulación de los fundamentos cognitivos en la infancia y la búsqueda, en la medida de lo posible, de la conservación de las capacidades. En este sentido, abarca tanto subsistencia como bienestar y desarrollo para cualquier persona como integrante de una comunidad.

En este orden de ideas, Batthyány (2021) presenta dos conceptos que me parecen importantes a considerar: la interdependencia como una compleja red de relaciones en las que cuidamos y somos cuidados/as según el momento o las circunstancias específicas.

Esta capacidad se ha visto mermada o restringida a unas cuantas personas, principalmente mujeres, de manera inequitativa. A esto la autora lo llamó irresponsabilidad privilegiada como la desigual distribución de las tareas del cuidado que responden a nociones de género, raza, clase, etc. en donde algunos/as tienen el privilegio de desentenderse de las labores de reproducción de la vida social pero sí, ser merecedores de estos.

Por lo tanto, brindar bienestar y protección social de calidad a los miembros de una sociedad radica en un adecuado reparto de responsabilidades entre sus integrantes. Sin embargo, las sociedades se han organizado de distintos modos en función de su momento histórico, social y cultural (Crumpley, 2005). En las sociedades occidentalizadas las distribuciones de las labores en torno al cuidado cooperan distintas figuras, no obstante, parte significativa de esta carga ha recaído y recae en las familias, como “núcleo fundamental” de la sociedad, y sobre todo en las mujeres con diferencias interseccionales, pero sin mayor retribución o compensación para todo lo que implica.

Por tal motivo, parte central del reto de lograr el bienestar colectivo radica en una adecuada distribución de esas responsabilidades entre sus integrantes, sin que implique una jerarquización que promueva discriminaciones ni esclavizaciones de ningún tipo. Siendo, el cuidado colectivo y social de las personas gestantes fundamental para la sociedad.

Consideraciones finales

Mi interés ha sido, por un lado, visibilizar los estudios evolutivos y de biología humana que han elaborado y planteado mucha información que nos ayuda a entender cómo

funcionan nuestros cuerpos ante diversos factores que están permeados por la cultura y la sociedad. Debido a que considero que este conocimiento no ha sido aprovechado como se debería, por una aparente incompatibilidad de las ciencias naturales con las ciencias sociales, donde ambas se niegan a encontrarse y a dar respuestas pertinentes a todos los problemas que vivimos hoy en día.

Por el otro, considero que es necesario seguir empujando para que los estudios sobre las biológicas humanas se sigan dando desde una perspectiva biocultural, donde los ámbitos sociales y culturales sean estructurante de las propuestas de investigación, sus análisis y sus interpretaciones. Lo cual no es nada fácil, pero es un ejercicio que debemos seguir realizando y promoviendo.

Y finalmente, quise mostrar cómo esta sociedad machista atenta a la capacidad de tener una sociedad saludable para cada uno de sus integrantes desde mucho antes de nacer. Por lo tanto, en nuestras colectividades debemos ser responsables con las personas gestantes porque implica el bienestar colectivo.

Referencias

- Barker, David J. P. (2012). "Human growth and chronic disease: A memorial to Jim Tanner". *Annals of Human Biology*, Vol.39, N°5, London: Taylor & Francis group, 335–341
- Basile, Gonzalo (2020). "La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional". En: *Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo*. Ed. Por Ojeda Medina, T. & Villarreal Villamar, M. Madrid: CLACSO, 203- 221.
- Batthyány, Karina (2021). *Políticas del cuidado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Ciudad de México: Casa Abierta al Tiempo.
- Bravo, Michael T. (1996). "Ethnological encounters". En: *Cultures of natural history*. Ed. Jardine, N.; Secord, J.A. & Spray, C. Cambridge: Cambridge University Press, 338-357.
- Cejas, Mónica I. & Ochoa Muñoz, Karina (2021). "De los estereotipos racistas y sexistas a la interseccionalidad, que siempre da cuenta de la complejidad. Conversación con Mara Viveros". En: *Perspectivas feministas de la interseccionalidad*. Coord. Cejas, M.I. & Ochoa Muñoz, K. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, 27-44.
- Crumpley, Carole (2005). "Remember How to Organize: Heterarchy Across Disciplines". En: *In Nonlinear Models for Archaeology and Anthropology*. Ed. Beekman, C. &

Baden, W. Farnham: Ashgate Press, 35-50.

Esteban, Mari Luz (2007). "Antropología, sistema médico-científico y desigualdades de género en salud". En: introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas. Ed. Esteban, M.L. Bilbao: OSALDE, 69-88.

Gluckman, P. D.; Hanson, M. A. & Buklijas, T. (2009). "A conceptual framework for the developmental origins of health and disease Journal of developmental origins of health and disease, Vol. 1. Cambridge: Cambridge University Press, 1-13.

González-Ramírez, Andrea & Sáez Sepúlveda, Arturo (2015). "Aportes para una bioarqueología social y feminista". Revista Atlántica-Mediterránea de Prehistoria y Arqueología Social, Vol.13, N°1, Cádiz: Universidad de Cádiz, 81-96.

Halfon, Neal & Forrest, Christopher (2019). "The Emerging Theoretical Framework of Life Course Health Development". En: Handbook of Life Course Health Development. Ed. Halfon, N.; Forrest, B.; Lerner, R. & Faustman, E. Springer, 19-46.

Haugen, A. C., Schug, T. T., Collman, G., & Heindel, J. J. (2015). "Evolution of DOHaD: the impact of environmental health sciences". Journal of developmental origins of health and disease, Vol. 6, N° 2, Cambridge: Cambridge University Press, 55-64.

Kropotkin, Pedro (1989). El apoyo mutuo: un factor en la evolución. Andalucía: Nossa y Jara Editores.

Leatherman, Thomas & Goodman, Alan (2019). "Building on the biocultural syntheses: 20 years and still expanding". American Journal of Human Biology, Vol.32, N°4, New Jersey: John Wiley & Sons, 1-14.

Peña Saint-Martin, Florencia (1997). "Algunos retos teóricos de la antropología física ante el fin del milenio". Estudios de Antropología Biológica, VIII, Ciudad de México: UNAM, 467-485.

Scribano, Adrián (2013). "Sociología de los cuerpos/emociones". Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, N°10, Córdoba: Centro de investigaciones y estudios sobre cultura y sociedad, 91-111.

Selvarajah, S.; Corona Maioli, S.; Deivanayagam, A.; de Moraes Sato, P.; Devakumar, D.; Kim, S.; Wells, J.; Yoseph, M.; Abubakar, I. & Paradies, Y. (2022). "Racism, xenophobia, and discrimination: mapping pathways to health outcomes". Lancet, Vol.400, London: Elsevier, 2109- 2124.

Entre estereotipos e invisibilización: Una mirada a la salud de las mujeres mayores en Venezuela

**Marialejandra
Barrientos Herrera**

Mariale.barrientos@gmail.com

Antropóloga (UCV). Magíster en Planificación del Desarrollo, mención Política Social (CENDES-UCV). Su línea de investigación gira en torno a las políticas sociales para personas mayores con perspectiva de género.

Resumen

Este artículo reflexiona sobre los elementos que median la relación salud-mujeres mayores, a partir del debate sobre la construcción social de la vejez, imperante en las sociedades occidentales, y las implicaciones diferenciadas en la experiencia de la vejez y el envejecimiento para las mujeres. Finalmente, al utilizar los datos disponibles, se abordan aspectos relevantes en materia de salud de las mujeres mayores en Venezuela.

PALABRAS CLAVE: mujeres mayores, construcción social de la vejez, salud.

Abstract

This article reflects on the elements that mediate the relationship between health and older women based on the debate on the social construction of old age prevailing in Western societies and the differentiated implications of the experience of old age and aging for women. Finally, based on the available data, relevant aspects regarding the health of older women in Venezuela are addressed.

KEYWORDS: older women, social construction of old age, health.

Introducción

Hoy día, Venezuela y el mundo están experimentando un cambio significativo en su composición demográfica, caracterizada por el aumento en el número y proporción de personas mayores, lo que se ha denominado envejecimiento poblacional. La importancia de este fenómeno y su impacto en distintas esferas de la sociedad ha llevado a que sea calificada como “(...) una de las tendencias sociales más significativas del siglo XXI” (UNFPA y HelpAge, 2012: 3).

De acuerdo con lo recogido en la Ley Orgánica para el Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores (RBV, 2021), una persona es considerada “mayor” a partir de los 60 años (tanto mujeres como hombres). Si bien esta clasificación responde a un criterio cronológico y tiene utilidad operativa, es preciso tener presente que “las personas mayores” constituyen un grupo heterogéneo y que lo que se entiende por “persona mayor” está mediado por un contexto social, cultural, e histórico en el que se carga de significado. Tal como recoge Bourdieu:

(...) la frontera entre la juventud y vejez en todas las sociedades es objeto de lucha (...). La clasificación por edad (y también por sexo, o, claro, por clase...) viene a ser siempre una forma de imponer límites, de producir un orden en el cual cada quien debe mantenerse, donde cada quien debe ocupar un lugar. (1990: 164)

Así, la edad constituye entonces un elemento identitario y clasificador en torno al cual se organiza la sociedad con el establecimiento de ritos asociados a ella, como la escuela, el matrimonio, el trabajo y la jubilación. A partir de esta organización social, en función de la edad, se construyen estereotipos y se establecen roles, sobre las personas mayores en general, y sobre las mujeres mayores en particular, con los correspondientes impactos en diferentes esferas de su vida y de la sociedad como en la salud, entendiendo que ésta constituye, en su aproximación más general, “(...) un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 2001: 10). Por ello, pensar en la salud de las mujeres mayores implica cuestionar al menos dos aspectos centrales; por un lado, los estereotipos y roles asociados al envejecimiento los cuales tienen una carga diferenciada en las mujeres; y por el otro, las desigualdades que enfrentan las mujeres a lo largo de su ciclo de vida, que inciden en la llegada y tránsito por esta etapa de la vida.

Esta perspectiva de ciclo de vida permite ver la salud como un proceso acumulativo, por lo tanto, reconoce que la condición de salud de las mujeres mayores dependerá en gran medida de su estilo de vida y comportamiento a lo largo de la vida.

Construcción social de la vejez

Hablar de la vejez como construcción social implica reconocerla como un producto histórico y sociocultural en la que se revelan concepciones particulares de vida, de cuerpo y de sociedad. Esto implica, además, que su representación puede cambiar en función de la sociedad, la cultura y el momento histórico cuando es significada.

En las sociedades occidentales la visión que ha imperado en torno a la vejez, las personas mayores y el envejecimiento se ha construido desde un enfoque medicalizado, centrado en las necesidades y carencias de este grupo. Así, la vejez ha sido vista como sinónimo de enfermedad, deterioro y decadencia.

El antropólogo y sociólogo David Le Breton (1990) señala que, en la sociedad occidental, la vejez es vista como el avance hacia el final de la vida, un camino marcado por la decadencia. Así, la vejez contradice el arquetipo de normalidad y los valores que destacan en la sociedad actual, como la juventud, la seducción, la vitalidad, el trabajo (especialmente la productividad) y que, en el caso de las mujeres, también incluye la capacidad reproductiva.

Por lo tanto, se establece una relación dicotómica entre lo joven y lo viejo. En esta relación lo joven representa lo bello, apto, fuerte, rebelde, con futuro, productivo, autónomo, vinculada con respecto a quienes lo rodean. Por su parte, a las personas mayores se les asigna adjetivos contrarios como la fealdad, incapacidad, debilidad, improductividad, falta de autonomía, sin futuro y la idea de ser “una carga” para la familia, el Estado y la sociedad; la visión que se tiene de éstas está marcada más bien por su proximidad a la muerte. Tal como señala Huenchuan (2018), la muerte de las personas mayores “(...) es un hecho predictivo que se consume socialmente con anticipación” (p.223).

La idea de que las personas mayores “van de salida” se traduce en un retroceso progresivo de la simbolización de su presencia en el mundo al ser invisibles para la medicina, la educación, las políticas sociales y los planes de desarrollo; pero también en un proceso de invisibilización de sí mismos, de despedirse de la vida. Tal como señala Le Breton:

Para la mayoría de los occidentales, envejecer, (...) es librarse a un lento trabajo de duelo que consiste en despojarse de lo esencial que fue la vida, en quitarle importancia a acciones apreciadas en otros momentos y en admitir, poco a poco, como legítimo, el hecho de que se posee un control restringido sobre la existencia propia. (1990: 144)

Es decir, la persona mayor sufre una muerte social y simbólica aún antes de la muerte física y, en consecuencia, se comienza a poner en duda su capacidad para conducir la propia vida, tomar decisiones y, en definitiva, su aptitud de autonomía. Esta muerte social se inicia desde el momento cuando, por una relación de causa y efecto, la persona mayor

renuncia a actividades que le eran cotidianas e inicia la “depreciación de sí misma”, se aleja del espacio público y se limita al espacio privado (la familia o la casa), además, frente a un espacio público hostil y poco amigable con las personas de su edad.

Una particularidad que resalta en el caso de la dicotomía mencionada anteriormente (joven/persona mayor) es, si bien se hace referencia a dos grupos etarios diferenciados, en determinado momento los miembros de un grupo pasarán a formar parte del otro. Ello implica que, durante su vida, las personas reproducen una visión negativa de la vejez que mantienen al llegar a esa etapa; es decir, “internalizan” y “naturalizan” la visión peyorativa de las personas mayores y la reproducen en el mismo discurso y acción. Por lo tanto, el debate en torno a la vejez y al envejecimiento implica un cuestionamiento tanto personal como colectivo.

Implicaciones diferenciadas a nivel social, de la experiencia de la vejez y el envejecimiento para las mujeres

La experiencia del envejecimiento y consecuentemente de la vejez, tiene implicaciones diferenciadas para las mujeres, ya que “(...) el juicio social lleva a un impacto más atenuado del envejecimiento en el hombre que en la mujer (...). La vejez marca, desigualmente, a la mujer y al hombre en el juicio social” (Le Breton, 1990: 147). Por un lado, el trabajo de la mujer no se acaba con la jubilación (en el caso de haber entrado al mercado laboral formal el tiempo necesario para obtener una jubilación) ya que las labores de cuidado, que le son socialmente asignadas, continúan por tiempo indefinido.

De igual forma, las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que la de los hombres, lo que implica que tienen mayor probabilidad de fungir como cuidadoras, de enviudar y al mismo tiempo, propender en menor proporción que los hombres a establecer nuevas relaciones (Huenchuan, 2018).

A estos eventos sociales se le suma el inicio de cambios fisiológicos asociados con la menopausia, simbólicamente asociada con el inicio de la vejez para las mujeres y además, con el fin del deseo sexual (Freixas, 2021). Adicionalmente, el juicio social y la negatividad atribuida al envejecimiento han estado dirigidos con mayor fuerza hacia las mujeres, quienes deben retrasar, ocultar o negar la vejez reflejada en sus cuerpos. El actual culto a la juventud pasa por retrasar tanto como sea posible, las huellas físicas del envejecimiento como las arrugas, las canas y en general, con todo rastro corporal que pueda “delatar” la edad, como si de un terrible secreto se tratara.

Susan Sontag (1972) se refirió a este proceso como el doble estándar del envejecimiento, en el que las mujeres deben hacerle frente a la “afrenta y discriminación que implica envejecer siendo mujer”, en una sociedad en la que el atractivo físico se valora

de manera desigual para mujeres y hombres. En el caso de las mujeres, ese atractivo se asocia solamente a la juventud, mientras que para el hombre se reconoce un doble atractivo: el adolescente joven y el distinguido hombre maduro.

Por lo tanto, la “lucha” contra la vejez en las mujeres se traduce en la lucha contra las huellas corporales que deja su marca. Existe miedo y rechazo a que el cuerpo deleve el paso de los años y con ello, el rechazo a los cambios naturales que se van sucediendo. Esta relación problemática de las mujeres con el cuerpo en la vejez continúa con su progresivo aislamiento de la vida social y así, evitar la exposición social de un cuerpo envejecido. Un cuerpo, además, que es patologizado “por ser mayor” y al que se le asocia de manera casi automática con el deterioro tanto físico como mental, aupado por la perspectiva de la medicalización del envejecimiento.

Algunos datos sobre la salud de las mujeres mayores en Venezuela

Actualmente el 12% de la población venezolana tienen 60 años o más, lo que se traduce en 3.6 millones de personas. Dentro de este total es mayor la proporción de mujeres mayores, representando 56% frente al 44% de hombres mayores (UN, 2022). Este dato es significativo porque da cuenta de la feminización del envejecimiento en el país, es decir de la mayor representación de las mujeres dentro de la proporción de personas mayores y aún más, dentro de las cohortes más envejecidas.

| 47

En este marco, nos planteamos una pregunta esencial, ¿cómo viven las mujeres mayores esos años? Ya que vivir más por sí solo no es suficiente, estos años de vida ganados deben ir de la mano con una buena salud, determinada en gran medida, por el acceso a la educación, bienes, servicios y demás determinantes que permitan mantenerla en su más alto nivel.

Para aproximarnos a las condiciones de salud de las mujeres mayores resulta útil tomar en cuenta los años de vida sana que tiene en promedio una persona al nacer, es decir, los años que puede esperar vivir sin enfermedades ni ningún tipo de discapacidad (OMS, 2022).

De acuerdo con las Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS (2022), la esperanza de vida al nacer en Venezuela se ubica en 73,9 años, mientras que la esperanza de vida sana al nacer es de 64,4 años. Es decir, de los 74 años que vive en promedio una persona venezolana, puede pasar hasta 9,5 años con algún problema de salud (enfermedades crónicas o el desarrollo de alguna discapacidad).

Al desglosar este dato por género, se devela que si bien las mujeres viven más lo hacen con deterioradas condiciones de salud. Al nacer una mujer venezolana tiene una esperanza de vida de 78,9 años (viven hasta 8,3 años más que un hombre). Sin

embargo, la esperanza de vida sana se ubica en 67,1 años. Esto implica que las mujeres pueden pasar 11,1 años con problemas de salud o alguna discapacidad, frente a los 8 años que pasaría un hombre.

Este desmejoramiento de la salud de las mujeres se asocia principalmente al desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas (o enfermedades no transmisibles). De acuerdo con los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida y Salud de las Personas Mayores (Convite AC, 2022), 89% de las mujeres encuestadas de 60 años y más padecen una o más enfermedades crónicas, frente al 80% de los hombres. Entre ellas, tienen una elevada incidencia en enfermedades como la hipertensión, las cardiopatías y la várice.

Es preciso destacar que esta mayor incidencia de ENT (enfermedades no transmisibles) no es consecuencia de “ser mayor”. Si bien el proceso de envejecimiento implica la progresiva disminución de las capacidades físicas y mentales, son las vulnerabilidades diferenciadas, que enfrentan las mujeres a lo largo del ciclo de vida, las que conducen a ser más propensas en la vejez a transitarla con mayores afectaciones de salud.

Este cúmulo de vulnerabilidades se asocia a aspectos como la carga diferenciada del cuidado (generalmente son las mujeres las que fungen como cuidadoras) y altos niveles de dependencia económica (asociada a una menor participación en la actividad laboral, remuneraciones más bajas que los hombres y un retiro obligatorio del mundo laboral en edades más tempranas que la de los hombres) (Huenchuan, 2018).

Así, las mujeres llegan a la vejez “(...) con la salud hipotecada por el amor, el cuidado, la entrega (...) y por la falta de (...) [mirarse a sí mismas]” (Freixas, 2021: 33m37s). De acuerdo con Freixas, además, las mujeres mayores deben enfrentar también el sufrimiento físico, emocional y económico que genera el mandato de la belleza, con el que se tortura, enferma y arruina, en general, a todas las mujeres.

A modo de cierre

El aumento de la esperanza de vida, y consecuentemente, el llegar a envejecer, se puede interpretar como uno de los logros más importantes alcanzados a nivel mundial en el último siglo. En el caso de Venezuela, una persona actualmente, puede vivir hasta 20 años más que en la década de 1950. Paradójicamente, este éxito a nivel demográfico no ha ido de la mano con una revalorización o cuestionamiento sobre el papel que juegan las personas mayores en la sociedad y la visión que de éstas se tiene.

En el caso de las mujeres mayores, durante esta etapa de la vida presentan mayores vulnerabilidades derivadas de las desigualdades de género acumuladas a lo largo del ciclo de vida, reforzadas además por la intersección de la edad y la presión social derivada de los estereotipos asociados al envejecimiento que las obliga, en muchos

casos, a negar o retrasar los procesos biológicos corporales que se asocian a esta etapa de la vida. Por esto, es necesario que las mujeres mayores sean concebidas como un grupo con demandas diferenciadas en materia de salud, entendiendo que hablar de salud en las mujeres mayores implica que puedan disfrutar del más alto nivel de salud física, mental y social que les permita vivir dignamente.

En este sentido, queremos destacar tres elementos que pueden ser fundamentales tanto para la investigación en materia del envejecimiento, como para pensar en perspectivas de políticas sociales dirigidas a la población de personas mayores con enfoque diferenciado de género.

En primer lugar, tener presente que superar las condiciones desiguales en materia de salud, pasa por cuestionar los roles sociales asociados a las mujeres a lo largo de su ciclo de vida y los estereotipos asociados a la vejez. Sin este cuestionamiento, así como lograr un cambio en la mirada sobre la vejez como una etapa improductiva, se continuarán reproduciendo estereotipos que llevan a la discriminación por edad.

De la mano con lo anterior, es preciso resignificar la vejez, tanto desde la mirada de las mismas mujeres mayores como la del resto de la sociedad. Entendiendo que no constituye la “etapa final de la vida”, sino que representan casi 30 años del ciclo de vida que deben ser vividos de manera significativa. Por último, se debe promover la solidaridad intergeneracional y establecerse un nuevo pacto generacional, en el que las mujeres mayores tengan nuevos roles y puedan tomar decisiones sobre las situaciones que afectan su vida y su salud.

| 49

Referencias

- Bourdieu, Pierre (1990). *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.
- Convite AC (2022). *Encuesta de Condiciones de Vida y Salud de las Personas Mayores 2022*, [Datos en bruto sin publicar]. Caracas: Convite AC.
- Freixas Farré, Anne [Igualdad dos Hermanas] (17 de mayo de 2021). *Tan Frescas. Las nuevas mujeres mayores del siglo XXI* [Ponencia en línea]. YouTube. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=FeBWPX0GQIQ> [2023, 15 de agosto].
- Huenchuan, Sandra (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva regional y de derechos humanos*. Santiago: CEPAL.
- Le Breton, David (1990). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

OMS (2022). World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Ginebra: OMS.

____ (2001). Glosario de Términos de Promoción de la Salud, [En línea]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=F1A51668C6D78085735778F0DA17BFD0?sequence=1 [2023, 12 de agosto].

RBV (2021). Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores. Gaceta Oficial n° 6.641, Extraordinario, de fecha 13 de septiembre de 2021.

Sontag, Susan (1972). The Double Standard of Aging. En *The Saturday Review*. Septiembre N° 23. Pp. 29-38.

UN (2022a). World Population Prospects 2022: Summary of Results. Nueva York: Naciones Unidas.

UNFPA y HelpAge (2012). Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío, [En línea] Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final_0.pdf [2023, 12 de agosto].

Lactancia materna en Venezuela, percepción de las mujeres desde sus experiencias y desde la perspectiva de género

Yukie Kawamata

kawamata.yukie@gmail.com

Licenciada en Derecho. Magister en Estudios de la Mujer (UCV). Estudiante de Doctorado en la Universidad de Posgrado de Estudios Avanzados en la Universidad de Sokendai (Japón)

Resumen

Esta investigación tiene como fin realizar un aporte en materia de lactancia materna en Venezuela desde la perspectiva de género. El análisis muestra que las mujeres experimentan la lactancia materna con su propio cuerpo, con múltiples causas y circunstancias que se entrelazan y se influyen mutuamente de forma compleja, como un proceso de ajuste y de adaptación de sus cuerpos a diversos elementos de las relaciones sociales que las rodean.

PALABRAS CLAVE: lactancia, mujeres, experiencia, género

Abstract

The purpose of this research is to provide input on breastfeeding in Venezuela from a gender perspective. The analysis shows that women experience breastfeeding through their own bodies, with multiple causes and circumstances that intertwine and influence each other in a complex way, as a process of adjustment and adaptation of their bodies to various elements of the social relations that surround them.

KEYWORDS: breastfeeding, women, experience, gender

Introducción

Venezuela es uno de los países con mayor promoción en materia de la lactancia materna en latinoamericana, ya que cuenta con seis documentos legales y tres resoluciones ministeriales sobre este tema (Evelyn Niño, 2013). El Gobierno venezolano recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y la lactancia materna hasta los dos años o más, de acuerdo con las normas internacionales como la OMS y UNICEF. El Instituto Nacional de Nutrición para el 2020 reportó un incremento porcentual de la lactancia materna exclusiva de 44,5 % en el 2013, a 76,6% en el 2019 (INN, 2020).

En antropología, la lactancia “no es sólo un proceso biológico, sino también un comportamiento determinado culturalmente” (Patricia Stuart-Macadam, 1995: 7). Como una práctica con dimensiones culturales y sociales, la lactancia materna tiene su diversidad en diferentes países y regiones, y se construye a través de la interacción de factores culturales, sociales, económicos y otros. En un estudio sobre lactancia materna para Venezuela, UNICEF informa que las mujeres tienden a amamantar en función de la cultura, las experiencias familiares y las relaciones sociales con la comunidad (UNICEF, 2015).

Por otro lado, desde las políticas públicas, es común que la lactancia materna se aborde en el sector de la salud. Allí predominan los conocimientos biomédicos sobre lactancia establecidos por estos conocimientos (Penny Van Esterik, 2012). La lactancia materna se conceptualiza, especialmente por parte de los profesionales de la salud, desde una perspectiva biomédica. Sin embargo, en la práctica, encontramos que el ejercicio de lactancia está influida por conocimientos biomédicos y las convenciones de relaciones sociales en las cuales las mujeres están inmersas.

El objetivo de esta investigación es analizar las prácticas de lactancia materna de las mujeres en los sectores populares de Venezuela, desde la perspectiva de género, para identificar qué elementos de sus vidas y relaciones sociales intervienen en la conformación de sus actos de amamantamiento. En primer lugar, se examina la perspectiva de género en la lactancia materna. Con base en ello, en segundo lugar, se analizan los diversos elementos en torno a la lactancia materna observados en las experiencias de amamantamiento de las mujeres, a través del trabajo del campo realizado en el período septiembre de 2022 - marzo de 2023.

I La lactancia materna desde la perspectiva de género

¿Qué es la perspectiva de género en la lactancia materna? Según el estudio de Emily Martin, quien ofrece un análisis feminista de la ciencia en la reproducción dentro de la práctica médica del siglo XX, los cuerpos de las mujeres son capturados por máquinas,

y los médicos aplican la tecnología médica durante el parto, utilizando la metáfora de un mecánico que interviene un cuerpo femenino como si estuviese reparando una máquina. En este caso, el médico es el que maneja el cuerpo (sujeto) y la mujer existe como cuerpo a manejar (objeto). Se produce, entonces, una relación de control en la que el sujeto maneja el objeto (Emily Martin, 1999: 54). Esta teoría puede aplicarse a la lactancia materna. La lactancia materna en la salud pública se promueve sobre la base del conocimiento biomédico, por lo que se asume el criterio científico de “salud materno-infantil”, y la mujer existe como un cuerpo (objeto) que proporciona leche materna al niño bajo la orientación y gestión del médico. Por lo tanto, desde esta perspectiva biomédica es difícil centrarse en la percepción y la experiencia de las mujeres como ejes principales.

Por otro lado, Barbara Duden muestra que los relatos de mujeres sobre las experiencias físicas de sus enfermedades son una mezcla de conocimientos biomédicos, con las concepciones de los grupos sociales a los que pertenecen y las propias concepciones de sus cuerpos (Barbara Duden, 1998). Fenómeno similar observa en la lactancia materna, por ejemplo, el estudio de Bastidas (2012) donde encontró una de las razones por las que las mujeres interrumpen la lactancia materna cuando creen que la lactancia materna establece un apego excesivo al bebé y puede conducir a “un proceso de adicción” (Pedro Bastidas, 2012: 89). Se trata de una narrativa basada en las percepciones sensoriales de la mujer que surgen de la interacción físicamente acompañada entre la mujer lactante y el niño.

A partir de lo expuesto, el cuerpo de una mujer lactante es un lugar en el que se entremezclan diversos elementos como el conocimiento médico y cultural, la experiencia física y el entorno vital. Las mujeres toman decisiones sobre cómo alimentar a sus bebés en el contexto de estos elementos complejos y diversos. Sin embargo, los intereses y características de sus acciones individuales en este proceso se han considerado como algo a controlar por el conocimiento biomédico. Por lo tanto, al estudiar la lactancia materna desde una perspectiva de género, es importante situarse entre “las mujeres” y describir el entrelazamiento de la ciencia y la práctica médica, incluyendo la experiencia de sus propios cuerpos, a través de las miradas de mujeres, en el contexto que las rodea.

II. Metodología de la investigación

El método de investigación utilizado fue la investigación cualitativa. El estudio se realizó con 14 mujeres con experiencia en lactancia materna que habitan en sectores populares de Caracas. Durante la investigación se aplicó una entrevista semiestructurada a las 14 mujeres.

III. Experiencias de las mujeres con la lactancia materna

Esta sección se centra en las experiencias de las mujeres con la lactancia materna y analiza los diversos elementos que intervienen en la formación de los métodos de amamantamiento, a través de la interrogación de cómo las mujeres experimentan y practican la lactancia materna y cómo la perciben.

III-I. Relaciones sociales complejas en torno a la mujer

Las entrevistas acerca de cómo se obtiene la información sobre los métodos de alimentación infantil y cómo se practica la lactancia materna muestran que las relaciones sociales en torno a las mujeres con hijos tienen un impacto significativo en los métodos de alimentación infantil. Las relaciones sociales de las mujeres se formaron sobre la base de sus propias relaciones familiares. Muchas de las madres experimentaron la ausencia del padre del lactante o la ausencia de sus familiares. Además, se pudieran haber formado alrededor de estas mujeres, relaciones familiares complejas como las familias extensas y extensas modificadas.

Por ejemplo, el caso de las relaciones sociales que entabló la madre A sobre el cuidado de sus dos hijas: su primera y segunda hija son hijas de parejas diferentes y en el cuidado de las niñas no estuvo presente ninguna de las dos parejas. Se apoyó en su suegro para criar a su primera hija y, cuando nació la segunda, se apoyó en su hermana y también recurrió a una ONG. Así, las relaciones sociales establecidas y el entorno de crianza basada en dichas relaciones fueron diferentes para la primera y la segunda hija.

En consecuencia, tanto la información disponible sobre la lactancia como la situación de la madre son diferentes. Se considera que las mujeres parten de sus relaciones familiares inciertas y establecen relaciones sociales con las personas y los grupos más atentos a las necesidades de la madre y el niño en cada momento. El hallazgo encontrado es que las relaciones sociales que apoyan la crianza de las mujeres son fluidas y diversas.

III-II. Discursos culturales en torno a la lactancia materna

La lactancia materna en las entrevistadas siempre estaba relacionada con la influencia de familiares y de personas de sus comunidades locales. Entre las familias, las parientas y las personas de comunidades locales existe el discurso de que “con la leche materna no se llena” o “la leche materna no es nutritiva”, “los niños gordos se consideran sanos y bonitos”, lo que sugiere que hay interés en llenarles la barriga y hacerles engordar. Estos datos nos permiten afirmar que en la mayoría de los casos, la influencia familiar y comunitaria está relacionada con prácticas culturales vinculadas con la nutrición infantil.

III-III. Experiencias físicas de las mujeres durante la lactancia.

Durante el periodo de lactancia, muchas mujeres experimentan ansiedad o estrés por

no poder amamantar bien, así como dolor físico. En particular, las mujeres que deseaban realizar la lactancia materna exclusiva soportaban y superaban el dolor del seno, y si no producían la leche, intentaban producirla probando varias medidas. Por ejemplo, la madre B estaba dispuesta a amamantar de manera exclusiva a su primogénito porque había aprendido sobre lactancia materna en una ONG antes del parto. Sin embargo, a la hora de amamantar a su hijo, su cuerpo no produjo suficiente leche materna. Ella estaba angustiada por no poder dar el pecho por lo que tomó avena con papelón, siguiendo las instrucciones de su suegra. El médico también le indicó que bebiera tres litros de agua diaria. La madre B a través de su suegra recibió orientación de varios especialistas sobre alimentación, masajes, etc., en un esfuerzo por producir leche materna.

La madre B, por su parte, sufrió laceraciones en los pezones durante el proceso de lactancia. Luchó contra el dolor de la mordedura en el pezón y el dolor de la succión. Aunque quería amamantar con el pecho en el que no tenía la herida, sabía que tenía que dar con los dos o tendría dolor y fiebre, por lo que dijo: “poco a poco lo superé y la herida se curó”. Ella había adaptado su cuerpo al dolor durante la lactancia basándose en su conocimiento previo de la misma.

Otras mujeres afirmaron que el dolor no era un obstáculo para amamantar porque ellas mismas sentían que estaban alimentando a sus hijos y sentían un profundo amor por ellos como resultado de la lactancia. La lactancia creó un vínculo entre madre e hijo/a y reforzó su identidad como madre. El vínculo entre la lactancia y el refuerzo de la maternidad dentro de las propias mujeres también dio lugar a adaptaciones físicas para superar el dolor. Por lo tanto, el conocimiento médico de la lactancia materna que las mujeres recibieron antes del parto está directamente relacionada con el hecho de que las mujeres intentaran continuar con la lactancia materna a pesar de sus dificultades.

III-IV. Discrepancias entre la práctica de la lactancia en los centros médicos y las prácticas de lactancia de las mujeres

Las maternidades públicas de Venezuela promueven la lactancia materna. Todas las madres entrevistadas habían recibido control prenatal en maternidades públicas, y la mayoría de ellas afirmaron que no habían recibido información sobre lactancia materna en el control prenatal, por lo que se entiende que todavía hay pocas oportunidades de obtener información sobre la misma en las maternidades públicas. Para que las mujeres obtengan información sobre la lactancia materna durante sus etapas de gestación, tienen que acceder ellas mismas al servicio de Parto Humanizado o a las ONGs que apoyan las gestantes.

Por otro lado, muchas entrevistadas manifestaron que, tras el parto, el personal de la

salud les indicaron que amamantaran a sus bebés, pero sólo les dijeron “pégueselo al pecho”, y rara vez recibieron explicaciones detalladas sobre cómo hacer para que el niño succionara el pecho o qué hacer si no se producía leche. Estas mujeres se sentían frustradas o desesperadas por sus bebés cuando no conseguían buen agarre.

Una madre manifestó que fue objeto de violencia obstétrica relacionada con la lactancia materna. La madre C, que dio a luz a una prematura por cesárea en la Maternidad A, describió haber experimentado un dolor insoportable de sus senos durante la hospitalización de su bebé, cuando el personal de la salud la ordeñó de una manera violenta. Afirmó que esta experiencia fue uno de los obstáculos para su posterior lactancia.

Estos casos muestran que existe una discrepancia entre el contenido de las orientaciones sobre lactancia del personal médico y las prácticas de las mujeres.

III-V. Percepción de la lactancia por parte de las mujeres.

Las experiencias de lactancia de las mujeres también muestran cómo ellas perciben la lactancia. La percepción de lactancia cambiaba constantemente como resultado de la interacción entre las relaciones sociales que las mujeres establecían, su cuerpo, la emoción y las reacciones físicas del niño. Por ejemplo, la madre D consideraba la leche materna como una sustancia inmunitaria y nutritiva durante su embarazo. Sin embargo, después del parto tuvo que enfrentarse a las dificultades específicas: el dolor de seno, cómo colocarse en la posición correcta al amamantar y las reacciones del niño ante estas experiencias. Tras haber aprendido técnicas físicas de lactancia en cursos de maternidad en la ONG, había reconstruido su percepción de la lactancia como un “proceso de aprendizaje”.

Conclusiones

En esta investigación se han analizado las experiencias de las mujeres desde la perspectiva de género en la lactancia materna. Se encontró que los métodos de amamantamiento practicados por las entrevistadas se generan en una interrelación entre la información sobre amamantamiento obtenida a través de las relaciones sociales constantemente fluidas que las rodean, y el entorno de vida cambiante que acompaña a estas relaciones sociales.

Además, la narrativa de la experiencia física de la lactancia muestra que la lactancia genera un lugar de conflicto entre el cuerpo ideal de una mujer que puede amamantar a su hijo/a sin problema, y su cuerpo real, sujeto a diversos problemas relacionados con la lactancia. Así mismo, las mujeres perciben la lactancia como un proceso de aprendizaje y adaptación física entre madre e hijo. Las mujeres siguen reconstruyendo el significado de la lactancia a través de sus experiencias con sus hijos.

Se observó que la violencia obstétrica contra las mujeres lactantes tiene un impacto en la lactancia materna. Además de la violencia obstétrica, también se requiere en el futuro un análisis detallado de las estructuras y procesos sociales que influyen en las diferencias de oportunidades sobre las mujeres en la sociedad venezolana, y cómo la violencia de género derivada de dichas estructuras sociales se incrusta en la experiencia de la lactancia materna.

Referencias

Bastidas, Pedro (2012). En torno a la lactancia materna: un estudio exploratorio de sus representaciones sociales en madres y pediatras. Trabajo especial del grado no publicado de la Universidad Central de Venezuela.

Duden, Barbara (1998) *The Woman beneath the Skin: A Doctor's Patients in Eighteenth-Century Germany*. Cambridge: Harvard University Press.

Martin, Emily (2001). *The Woman in the Body: A cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.

Ministerio de Poder Popular para la Alimentación (5 de agosto de 2020). Prevalencia de la Lactancia Materna en Venezuela es de 76,6. Disponible en: <http://www.minpal.gob.ve/?p=21057> [11 de mayo de 2023].

Niño, Evelyn (2013). "Normativa legal de protección a la lactancia materna en Venezuela". En *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, Vol.76 No.4, Caracas: Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, 162-168.

Stuart-Macadam, Patricia (1995). "Biocultural perspectives on Breastfeeding" in Stuart-Macadam, P & Dettwyler, K. A. (eds), *Breastfeeding Biocultural Perspectives*, New York: Hawthorne, 1-38.

UNICEF-Venezuela (2015). *Análisis de la situación sobre la práctica de la lactancia materna en los servicios de maternidad en Venezuela*, Caracas.

Van Esterik, Penny (2012). "Breastfeeding across cultures: Dealing with difference." Hausman, B. et.al (eds) *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*, New Brunswick: Rutgers University Press, 1-21.

Cuidado de las niñas: Su primera visita a la ginecóloga “solo cuando hay problemas”

Cecilia Aulí Martínez

cecilia.auli@gmail.com

Psicóloga social y MSc en Psicología del Desarrollo Humano, graduada en la Universidad Central de Venezuela. Profesora jubilada de la UNES. Investiga sobre temas como el aprendizaje, la emocionalidad y la violencia de género.

Resumen

En la actualidad se considera el embarazo de las niñas-adolescentes como algo que sucede, que es normal y natural. Esta creencia forma parte de la naturalización de la violencia basada en género y de la desinformación que prevalece en las madres y cuidadoras sobre las diferentes funciones e importancia del control ginecológico durante todo el ciclo vital femenino. El inicio de las consultas ginecológicas de las niñas-adolescentes sucede “solo cuando hay problemas”, especialmente por la sexualidad precoz y sus consecuencias.

PALABRAS CLAVE: niñas-adolescentes, embarazo, cuidado ginecológico

Abstract

Currently, pregnancy in teenage girls is considered something that happens, that is normal and natural. This belief is part of the naturalization of gender-based violence and the misinformation that prevails among mothers and caregivers about the different functions and importance of gynecological control throughout the female life cycle. The beginning of gynecological consultations for adolescent girls happens “only when there are problems,” especially due to early sexuality and its consequences.

KEYWORDS: adolescent girls, pregnancy, gynecological care

Introducción

Todas y cada una de las niñas-adolescentes viven en un mundo en el que el «cuidado» se considera indispensable. Los avances científicos y tecnológicos rebasan al ciudadano común, la violencia en el universo real y virtual, en el ámbito público y privado, constituye un entorno de inseguridad, de impotencia, de vulnerabilidad que, a la vez, coexiste con la gran pobreza donde muchas niñas-adolescentes subsisten, aunado a problemáticas como la exclusión escolar, la desigualdad social, el machismo, las enfermedades, entre otros factores.

En esa sociedad del «cuidado» se tienen agobiantes estadísticas sobre el crecimiento del embarazo precoz o infantil enmarcado en distintas causas, entre ellas, la violencia de género contra las niñas y adolescentes, la información imprecisa -por ser impersonal- acerca del uso de los métodos anticonceptivos, y la escasa conciencia de las niñas-adolescentes en torno a las responsabilidades que implica el nacimiento y crianza de un ser humano.

El objetivo de este estudio se concentra en comprender los significados que las madres o cuidadoras de niñas, en edades comprendidas entre los 8 y los 15 años, dan a las primeras consultas ginecológicas femeninas, como uno de los elementos preventivos del embarazo de las niñas-adolescentes. Para ello se planteó una investigación de metodología cualitativa, entrevistando a profundidad a tres (3) mujeres adultas, mayores de 25 años de edad, madres de niñas mayores de 8 años, trabajadoras de la Universidad Experimental de la Seguridad (UNES) y residentes en el Área Metropolitana de Caracas. Sus respuestas fueron analizadas con el Método Comparativo Constante. Sus palabras se identifican con los códigos E1 a E3.

Como idea central producto de las entrevistas surgió “ir al ginecólogo/a solo cuando hay problemas”. Así cabría la reflexión sobre acciones que «personalicen» el conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva para prevenir los embarazos «forzados, no deseados» de las niñas-adolescentes.

En pocas palabras ¿cuál es la realidad?: Una niña-adolescente cuidando a un/a bebé

En el artículo 2 de la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA), estos sujetos de derecho se definen así: “Se entiende por niño o niña toda persona con menos de doce años de edad. Se entiende por adolescente toda persona con doce años o más y menos de dieciocho años de edad” (2015:20). Esta ley reconoce como derechos de los NNA el recibir información, orientación, atención médica y psicológica durante esta etapa de su ciclo vital.

Sin embargo, quienes pertenecen a la categoría social “infancia” o a la de “adolescencia” parecen ser considerados como “aún-no” (Casas, 2006); mientras se les observe de esa manera, se pierde de vista que ellos y ellas son, además, productores/as tanto como reproductores/as de significados. En tal sentido, su sexualidad permanece dentro de los temas teóricamente «abiertos» y prácticamente trabados por multitud de creencias y prejuicios todavía vigentes.

La inquietud que atraviesa este estudio es la del embarazo llamado «temprano, precoz, infantil, adolescente», entre otros nombres, específicamente el «forzado, no deseado» que es una manera de llamar al estado de gestación que se presenta, debido a la violación, a la iniciación sexual temprana o a la imposibilidad de tomar decisiones sobre la ejecución del acto sexual, el uso de anticonceptivos, la atención médica ginecológica y la posible concepción.

En Venezuela, la tasa de estos embarazos, sean forzados o no, es la más alta de América del Sur:

El embarazo temprano (niñas y adolescentes) en Venezuela es alto, Venezuela tiene la tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años) más alta de América del Sur: 84,19/1000 para el año 2020 (Banco Mundial, 2022). Comparativamente el promedio de la región es de 60,7/1000. Hay una gran disparidad en la intensidad de la fecundidad adolescente entre el medio rural y urbano, y principalmente entre los sectores económicos más acomodados y más pobres. En los estratos más pobres la fecundidad específica de las adolescentes, duplica la de los estratos no pobres (Carosio, 2023: 13-14).

Estos datos centrados en el factor pobreza hacen que un embarazo «forzado, no deseado» configure un escenario de riesgo: una niña-adolescente cuidando a un/a bebé.

Cuidar consiste en una serie de prácticas de acompañamiento, atención, ayuda a las personas que lo necesitan, a la vez que es un modo de actuar y relacionarse con los demás. Ambas maneras de atender requieren de actitudes que implican afecto, cercanía, respeto, solidaridad y empatía con la persona a la que hay que cuidar. Sobra decir que, en general, el «instinto maternal» de la mujer pauta el cumplimiento de estos sentimientos y valores, se cree que hay una cierta predisposición en cada una de ellas hacia la protección de las y los hijos. En general, no se pone en duda. Sólo cabría preguntarse hasta qué punto, en ese «cuidado» del desarrollo, se toma en cuenta a la niña-adolescente, a su voz y a su voto, sus necesidades, sus temores, sus dudas.

En principio, cuidar a un/a bebé recién nacida supone, para la madre-niña-adolescente por unos meses, la dedicación exclusiva en pro del buen desarrollo del hijo/a dado que

es una de las épocas más frágiles de la vida de un ser humano: suspender sus actividades cotidianas, sean laborales o de estudio; tener suficientes ingresos para su manutención y la del niño/a; alimentarse adecuadamente; suministrar la atención médica necesaria, entre otras acciones. Psicológicamente, debe sufrir la sensación de fracaso ante la exclusión escolar, la soledad, por sentir incompreensión y culpa, por haber vulnerado normas.

El embarazo «forzado, no deseado» en una adolescente, es decir, en una niña que, a partir de la menarquia, se ha convertido en fértil, constituye un serio abuso de su autonomía y de sus derechos y puede provocarle daños físicos, emocionales y psicosociales. En este caso, el cuidado de un/a bebé deja de ser una responsabilidad decidida por esta nueva madre, para convertirse en una obligación que debe cumplir, con el aditivo de que el padre de la o el bebé casi siempre desaparece o no tiene recursos para aportar al sustento de una nueva familia. Reconocer esta situación hace que, en el mejor de los casos, otras mujeres del entorno cercano a la niña-adolescente asuman parte de la asistencia y de la manutención (madre, abuela, hermanas, tías, madrinas, vecinas); en casos excepcionales, generalmente por ausencia de mujeres, algún hombre de la casa las toma como un abuelo.

Este embarazo también sucede con frecuencia en las mujeres adultas; sin embargo, en las niñas-adolescentes conlleva similares pero más complicadas consecuencias por considerarse un grupo con mayor vulnerabilidad.

| 61

¿Cuáles son los factores de riesgo en el embarazo de niñas y adolescentes?

La respuesta a esta pregunta no es simple porque dentro de cada factor existen elementos que los complejizan. A grandes rasgos se podría decir, que si la niña-adolescente embarazada vive en los sectores pobres de la población, implica uno de los factores de riesgo principales porque puede afectar su nutrición y salud y, por ende, el desarrollo de la o el hijo por nacer.

En estas circunstancias, también se presentan los embarazos «forzados» en niñas-adolescentes por razones psicosociales, especialmente porque ellas quieren escapar de la casa, dada la situación de violencia familiar, maltrato y abuso, o para adquirir valoración social ante los pares y el entorno.

Mi abuela se escapó a los trece años y [...] ahí mismo tuvo su primer hijo (E2)

Tanto si el embarazo es forzado o es deseado, existen inseguridades y contingencias ya que la niña-adolescente puede conocer muy superficialmente su salud sexual y reproductiva. Una de las madres entrevistadas, desde su experiencia explica qué tan

enterada estaba sobre el proceso, sobre todo antes de tener a su primer hijo/a:

Bueno, algo así por encima de que bueno, uno se desarrollaba, le venía el periodo y ya empezabas a cambiar tu cuerpo y todo aquello (E3)

Pero sí, yo más o menos sabía, obvio que uno empezaba a cambiar, que si tenías relaciones, podías salir embarazada, así yo en eso sí estaba informada (E3)

Entonces, este, pues sí, yo no me cuidé, o sea, me cuidé mal, porque yo me tomé las pastillas, pero no como eran. Entonces, y pasó algo. Tuve a mi hija (E3)

En algunos casos no existe motivación para postergar la maternidad ni cambiar las condiciones para hacerlo porque se tiene la creencia de que tener hijos es la función principal de la mujer, en este sentido, ¿cuál es el riesgo?, ¿será realmente una decisión de la niña-adolescente?

Tengo cuatro hijos [...] Porque yo quise tener mis hijos así (E2)

Por último, en cuanto a la edad, se mide en términos de madurez para saber si se cuenta con la capacidad para asumir una relación sexual; sin embargo, el riesgo o los problemas -asociados a factores biológicos en el embarazo y en el parto- lo tienen las niñas menores de 15 años porque su organismo aún no está completamente preparado para la gestación. Y mucho más duro cuando el embarazo es «forzado» porque se suma la inmadurez psicológica de la niña.

Yo tengo una prima. Ella sale embarazada a los 11 años del padrastro. Fue difícil (E3)

Quedar embarazada pareciera ser algo normal cuando inician sus relaciones sexuales con tan escasa información. El embarazo se convierte en el detonante para que la niña-adolescente empiece a comprender la relación entre su desarrollo a partir de la menarquia, y lo que ser fértil significará en las próximas cuatro décadas de su vida. Con excepción de casos de aborto, de colocación de los bebés en orfanatos, la mayoría de las veces, de una u otra manera surgen los apoyos sociales para que ese nuevo niño/a nazca en el seno de alguna de las familias involucradas, generalmente la de la madre.

¿Cómo abordamos el tema de la sexualidad? ¿Qué pasa con la educación sexual integral?

Quien cuide a las niñas-adolescentes tiene un impacto fundamental en su desarrollo bio-psico-social. Generalmente, es la madre la que está llamada a cuidar a sus hijas

(y demás miembros de la familia) porque históricamente le ha sido asignada esa responsabilidad dentro del hogar. Cuando la niña-adolescente empieza a sentir los cambios corporales, como el crecimiento de los senos, la aparición del vello púbico que la aproximan a la menarquia, en ella ocurren con mayor intensidad sensaciones y pensamientos que apuntan en la dirección de la satisfacción de su sexualidad, mientras que su madre o cuidadora, en representación de la sociedad, le indica que ese no es el camino. ¡Qué confusión! Su cuerpo pide algo que no termina de comprender pero que socialmente está restringido y, por ello, es un tema que no se explica con suficiente claridad a las niñas-adolescentes en el hogar, ni en Internet, ni por chismes, ni con los cuentos de las y los amigos, ni en el centro educativo donde estudia. La supuesta educación sexual integral se da como un hecho.

En esta etapa de la niñez-adolescencia son los pares, generalmente las compañeras y los compañeros de estudio los que están más próximos y con los que conversan sobre algunos temas y situaciones de la vida cotidiana. Cuando el desarrollo es tardío, por ejemplo, a los 15 años, entonces los canales de información crecen, eso no significa que el conocimiento obtenido sea preciso ni siquiera en lo práctico, mucho menos para hacerse preguntas sobre ¿cómo criaré a este nuevo ser humano?

¿A qué edad tuviste tu primer hijo? A los 17 [...] ¿Estabas preparada? No. Cuando me dijo (el médico) que estaba embarazada, le dije a mi mamá. Mi mamá me explicó y yo... sí sabía, porque mi prima había tenido unos morochos, yo los atendía con ella. Sabía poner pañales [...] (E1)

| 63

Esa tensión entre su desarrollo físico-psicológico y la adaptación socio-cultural que sufren las niñas-adolescentes debe ser sobrellevada con la ayuda de las mujeres de la familia.

Le hemos hablado. Su hermana, mi mamá, su tía (E1) [...] cuando yo tuve mi primera relación fue con mi hermana que yo hablé (E3)

Sin embargo, pareciera que el tema continúa siendo un tabú. Se habla, pero no con suficiente fluidez ya que el discurso está atravesado por la experiencia, creencias y prejuicios de las madres, cuidadoras o de quien las asesore. ¿Cómo se enteraron de la llegada de su primera menstruación?

Que me iba a salir sangre por ahí. (señalando a sus genitales) Y ya yo estaba pendiente. Cuando me vino, yo le pegué un grito y ella ya... ¿Ya llegó? Y fue que me explicó los modems se ponen así (E1)

[...] en el colegio, porque mi mamá con muchos tabúes y con las amigas y con mi hermana (E3) Te va a venir, cuando te desarrolle, te va a manchar de rojo, eso es sangre, no te vaya a asustar, me dice cuando te baje, todo eso. Todo eso me lo explicó mi mamá (E2)

Una información básica para no “asustarse” y lograr la práctica en relación con el uso de las toallas sanitarias, higiénicas o los clásicos Modess, sin ir más allá sobre las implicaciones de «convertirse en mujer». Hay una especie de desinterés y temor a abordar aspectos como las relaciones sexuales y su postergación, las enfermedades de transmisión sexual, el uso de los anticonceptivos, el embarazo y la maternidad. En el fondo, existe la creencia de que “a mi hija no le pasará”, por tanto, cumplir con su derecho de ser informada por los servicios de salud no es tomado como algo importante para la vida de la niña-adolescente. Muchas veces es tarde...

Sí, porque fuera prevenido el embarazo (E1)

[...] yo fui más o menos, bueno, sí, sí ella me llevó, pero no era ginecólogo como tal, sino era por la cuestión del flujo, del flujo vaginal, en eso, ella sí nos llevó, que sí nos hiciéramos lavados, todas estas cuestiones (E3)

64 |

Entre las aprensiones de las niñas-adolescentes está el que las vean desnudas, que les noten los cambios corporales, por ello temen ir a la consulta ginecológica. A esta madre le pasó con dos de sus hijas:

[...] Yo ya le, este, busqué la cita. [...] Mamá, que yo no quiero, porque entonces me van a ver, que yo no sé qué (E3)

[...] la llevé cuando tenía 14 [...] Ella tiene los senos como los míos, grandes y anda encorvada tienes que enderezarte, te va a salir un lomito aquí atrás [...] Mamá, me están saliendo los senos [...] Yo le digo, pero no importa, mami, a todas nos pasa eso. Pero, pues los tiene grandecitos. Pero sí, yo la llevé, normal, todo bien (E3)

Pareciera entenderse la salud reproductiva como sólo proveer una breve información sobre la menstruación... y, por supuesto, afrontar un embarazo cuando ya es un hecho. En cuanto a los embarazos de niñas-adolescentes, algunas instituciones dedicadas al tema indican, que la tasa de estas gestaciones ha estado disminuyendo. En cuanto a los embarazos de mujeres adultas, se observan cambios, especialmente en la postergación de la maternidad, el cuidado para llevar una vida sexual segura y satisfactoria y tener acceso a métodos seguros de regulación de la fecundidad.

¿Cuándo y para qué debo (puedo, quiero) llevar

a mi hija a la consulta ginecológica?

En líneas generales, la Ginecología Infanto-Juvenil se ocupa de la atención ginecológica de las niñas-adolescentes, “brinda atención específica que ayudará a agrupar todas sus alteraciones ginecológicas, y la importancia y/o necesidad de un médico especializado en esta etapa de la vida” (López, 1996:2), que trate los problemas de la pubertad y menstruación, revisión de enfermedades transmitidas sexualmente, hasta servicios de planificación familiar, problemas de alimentación, cuidado de las y los bebés, entre otros.

Se asiste a la consulta ginecológica solamente cuando se tiene un problema, a saber: síntomas que no entendemos; dolores y malestares o sospecha de embarazo. Incluso, no se acuerdan muy bien cuándo fueron la primera vez a la cita médica, aunque sí saben que fueron por sus propios medios.

Porque empecé a tener relación a los 15. [...] No, fui yo (E1)

A los dieciocho es porque salí embarazada. [...] Y de ahí fue que empecé a ir a mi ginecólogo (E2)

Yo fui como a los 18, 19. [...] Porque, bueno, ya mi mamá, mira, hay que ir al médico para que te pongas en tratamiento (E3)

65

En cuanto a llevar a las hijas, próximas a menstruar, a la orientación en los servicios de ginecología infanto-juvenil, las madres entrevistadas presentan diferentes posturas: una, conscientes de la importancia de esta consulta, aunque a ella no la llevaron a tiempo; la otra, preocupada porque considera que iniciar a la niña en el tema de la sexualidad es inducirla a buscar novios y tener relaciones sexuales y, la tercera, cree que las hijas deben aprender de su experiencia y “no equivocarse”:

Pues este, mi mamá no me llevó, pues era menor de edad [...] (E3)

No, ahorita no; es muy pequeña (10 años) [...] No tiene esa mente como otras niñas [...] Porque uno ya está empezando a pensar en los novios. No, no, no. No es eso. No sé cómo explicarle. Ella todavía no tiene esa mente (E1)

Y mi hija de 22, ella tiene aparato [...] Y la otra de 17, ella está estudiando. Ella no tiene ni novio. No. No, no, no. [...] Y la de 14 también estudia [...] Porque yo les hablo mucho de eso. Sí. Y ya vieron mucho trabajo que yo pasé [...] ella no puede cometer el mismo error que yo he cometido [...] Eso es muy difícil (E2)

El camino de la salud sexual y reproductiva de una niña-adolescente está colmado de

informaciones elementales, impersonales y temores profundos. Con un “por ahí te va a salir sangre, pero no te asustes”, o un “saber cambiar pañales”, o un teórico “si tienes relaciones sexuales puedes quedar embarazada” aunado a creencias como: “experiencia de la madre mata hormonas de la niña-adolescente”, “hablar de sexualidad induce a buscar novio y tener relaciones sexuales” o “las niñas menores de edad no van al ginecólogo/a”.

A modo de cierre: Un breve aporte

Una parada en el camino de la construcción de paz en la sociedad del «cuidado» es la prevención de los embarazos «forzados o no deseados» en las niñas-adolescentes mediante la promoción de la consulta ginecológica pre-menstruación. Esto ayudaría a que la niña y la madre obtuvieran información más concreta sobre su ciclo sexual y reproductivo, adquirieran un lenguaje más preciso y claro sobre el tema, reflexionaran sobre las implicaciones de la crianza de un/a bebé. Además, la ginecóloga infanto-juvenil puede atender, de manera personalizada, las inquietudes de la niña, sus dudas y temores, probablemente exenta de mitos y creencias. Quizás es importante que se normaran esas atenciones ginecológicas con un trato amable y respetuoso en pro del «cuidado psicológico» de las niñas-adolescentes.

Referencias

- Carosio, Alba (2023). “Políticas de cuidado en Venezuela. ¿Quién cuida a las que cuidan? Políticas, actores y desafíos”. En Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales-ILDIS, Oficina de la Fundación Friedrich Ebert (FES) en Venezuela. ISBN: 978-980-6077-90-4. Disponible en: <https://www.clacso.org/politicas-de-cuidado-en-venezuela-quien-cuida-a-las-que-cuidan-politicas-actores-y>
- Casas, Ferrán, (2006). “Infancia y representaciones sociales” [Versión electrónica]. *Política y Sociedad*, 43/1, 27-42. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2021203>
- López J., Concepción, (1996). “Reseña histórica de la ginecología infanto juvenil” En: *Obstetricia y ginecología infanto juvenil. Su importancia*. Sociedad Científica Cubana para el desarrollo de la familia (SOCUDEFF), La Habana: 2-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-0255200200010000
- República Bolivariana de Venezuela (junio, 2015). Ley de Reforma Parcial de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. Gaceta Oficial No 6.185 Extraordinario. Caracas.

¿Gineco-obstétrica o ginecobstétrica? Transición a una categoría de continuum en la definición de las violencias

Mitzy Flores Sequera

mitzyflores.ve@gmail.com

América Villegas Rodríguez

Resumen

El abordaje de un objeto de estudio implica recurrir a su definición, caracterización y al sentido arbitrario que el lenguaje otorga en su contexto. Como la violencia gineco-obstétrica se presenta escindida, en campos diferentes desde la disciplina médica, nos propusimos reelaborar una definición desde las Ciencias Sociales que permita debatir las violencias asociadas. Esto significa la imbricación de un continuum de significados, vincular las acepciones, apoyar la toma de posición desde la perspectiva feminista para el reconocimiento de derechos, tributar a la despatologización y finalmente, argumentarla como categoría para el estudio de los procesos de humanización de la experiencia de las mujeres.

PALABRAS CLAVE: ginecobstétrica, feminismos, mujeres, derechos

Abstract

Approaching an object of study involves resorting to its definition, characterization and the arbitrary meaning that language gives in its context. As gynecological-obstetric violence is divided into different fields from the medical discipline, we proposed to rework a definition from the Social Sciences which allows the associated violence to be debated. This expresses the imbrication of a continuum of meanings, links the meanings, supports taking a position from the feminist perspective for the recognition of rights, pays tribute to depathologization and finally, argues it as a category for the study of the humanization process of women's experience.

KEYWORDS: gynecology, feminism, women, rights

La ruptura del sentido de la totalidad ha sido uno de los rasgos más emblemáticos del paradigma científico moderno, el Positivismo adoptó el análisis como metáfora de la disección para justificar la fragmentación del propio conocimiento, lo que le instituyó hasta hoy, como procedimiento por antonomasia para el desarrollo de la ciencia y su discurso, y como vía regia hacia la objetivación de aquello estudiado. En contraposición, el paradigma post estructural rescata el conocimiento situado, histórico y contextual en su esfuerzo por recomponer esa desintegración y por generar una ciencia y un conocimiento más holístico, posicionado, sin ambición de neutralidad y con menos ataduras –o al menos consciente- de las imposiciones del poder.

El discurso de la medicina como disciplina científica, responde hasta nuestros días a ese modelo cartesiano que, más allá de enseñar la anatomía o fisiología de los cuerpos, ha logrado según creemos, compartimentar eficazmente el propio pensamiento de quienes ejercen las profesiones dedicadas al cuidado de la salud. En contraste, la premisa central de este documento es disidente de esa lógica; su intención expresa es reelaborar la categoría ginecobstétrica como un continuum de significados imbricados, que pudiera aportar desde el campo de las Ciencias Sociales, a la comprensión de las violencias asociadas. Consideramos que este debate contribuye a la toma de posición desde la perspectiva feminista para el reconocimiento de derechos y con ello tributa al estudio, despatologización y humanización de los servicios de salud, así como de los procesos y experiencias de las mujeres y otras identidades no binarias.

68 |

Genealogía, bifurcación instrumental y mujeres

La genealogía de la ginecología y la obstetricia, disciplinas separadas en el presente, han sido temas de interés para las ciencias médicas y para las ciencias sociales. Si partimos desde las primeras, corresponde dar cuenta de recorridos históricos según los cuales, desde sus albores, la obstetricia fue única como práctica para la atención de las mujeres, estuviesen o no embarazadas. Manuel Sedano y otros (2014), Emmanuel Zayas y Penélope Tome (2021), quienes han aportado a la identificación de hitos en esta disciplina con sus obras, coinciden en fechar la aparición de la ginecología en el siglo XIX, durante el pleno auge del pensamiento moderno.

Sus trabajos sostienen la hipótesis común de que la Ilustración generó tal avance y que la frondosidad de esta última desencadenó en bifurcación. Y ello resulta sin duda, de la expansión instrumentalizadora de la propia revolución industrial que, como fenómeno económico desplegado durante ese siglo, generó enorme impacto en las innovaciones médicas, siempre tan afines a la incorporación de adelantos tecnológicos considerados todavía requisito y garantía del avance de la ciencia. Como apuntan Tomás Hurtado y Diego Pacheco (2005), ese siglo es considerado como el de la

auténtica revolución en cirugía, cuyo auge abrió paso a “nuevas especialidades médicas como la traumatología, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, urología, etc. y la especialidad de ginecología”. (2005:318).

En su interés por dar soporte a la afirmación de que el siglo XIX pauta el nacimiento y desarrollo de la ginecología, estos autores realizaron un inventario del instrumental creado especialmente, para la evaluación diagnóstica y terapéutica de las patologías femeninas; así, se pueden enumerar 793 nuevos instrumentos (el espéculo entre ellos), contra 20 del siglo XVIII, 16 del XVII, y apenas 19 correspondientes a la época Medieval y la Grecorromana; sobre tal crecimiento exponencial se soporta la justificación de presentarla como una nueva rama.

Por su parte, un brevísimo recuento desde las ciencias sociales sitúa el debate y permite inferir que la violencia obstétrica es inherente a su institución como disciplina. En el contexto nacional, una referencia obligada no sólo por afinidad epistemológica sino por la trascendencia de su obra, pionera para la caracterización de la violencia obstétrica en la legislación, la constituyen los trabajos de Marbella Camacaro, quien dedica a este aspecto un interesante artículo (2008) para acentuar la importancia de su definición en la identificación de la violencia. Precisemos que al menos en Venezuela, ésta se ha presentado escindida como obstétrica y ginecológica para su abordaje legal, y que la primera figuró en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia desde el año 2007, mientras que la segunda se incorpora apenas en la reforma del 2021¹.

| 69

El trabajo de Camacaro (op. cit.), se propuso “demostrar cómo la obstetricia, en ese devenir socio-histórico, construyó una particular forma de mirar la condición reproductiva femenina, y conexamente a la mujer como persona humana; mirada que contiene representaciones construidas en la trama social.” (2008: 28). Aunque nuestra intención difiere de la suya, su recorrido aporta a la idea compartida de que la obstetricia responde a la lógica patriarcal, según la cual su historia debió ser objetivada; vale decir, convertida al lenguaje procedimental de la racionalidad masculina, junto a la propia representación de las mujeres, que hemos sido su objeto de interés por nuestra capacidad reproductiva.

Con base en una revisión exhaustiva, ya Camacaro afirmaba (2009, 2010) cómo a partir del siglo XVIII, el conocimiento médico justificó la exclusión de las matronas, doulas y parteras como conocedoras ancestrales de estos procesos, paso previo para dar lugar a la llamada obstetricia del varón (Juárez, María 2009, p. 20) que pautó la casi

1 No es tan diferente para la medicina que las mantiene paradójicamente unidas como separadas con el nombre de violencia gineco-obstétrica.

exclusividad del ejercicio para el personal médico. La realidad que esas transformaciones impusieron a la práctica obstétrica, es comentada por Camacaro (2008):

Médicos y cirujanos por múltiples razones, económicas, políticas, ideológicas, fueron aumentando su interés por la atención de los embarazos y partos, y la consolidación de esta especialidad, lo que le daba autoridad solo a los médicos para ejercerla, se dio bajo fuertes conflictos entre el cuerpo médico, los comadrones y las pocas parteras que quedaban, que aquellos mismos habían titulado. (:27)

Simultáneamente, la enajenación del propio cuerpo de las mujeres facilitó la comodidad y conveniencia del personal de salud, que con el argumento de que el dolor del parto nos impide pensar con claridad, justificó desde su autoridad, la pérdida de autonomía de las mujeres y la institucionalización de la tutoría médica para la toma de decisiones sin nuestro consentimiento y menos, como resultado de acuerdos o diálogos, que consecuentemente propiciaría un estado de vulnerabilidad, en el que es casi imposible exigir nuestros derechos y los de quien recién nace. Afirmaciones en las que coincide con Gabriela Arguedas (2014), Yésika Barrera y Luis Díaz (2018) y que no dudamos en catalogar como un entramado de liminalidad muy conveniente para el poder médico y para el Estado.

70 |

Condiciones necesarias para la violencia ginecobstétrica

Un recuento permite apreciar con claridad, que son los aspectos técnicos y literalmente, instrumentales, los promotores de la escisión de esta rama de la medicina dedicada al cuidado de la salud de las mujeres, y no su propósito. Sin ánimo de que esta sucinta revisión pretenda ser conclusiva, sí es notorio que en la disciplina permanecen imbricaciones de sentido, que pueden rastrearse en intentos más recientes por establecer las afinidades entre la ginecología y la obstetricia con el consecuente impacto en su práctica.

Desde luego, estas iniciativas han encontrado respuestas en las que han prevalecido como condiciones, la tradición de la superespecialización y la ceguera de género. Evidencia del mantenimiento de la primera como práctica instituida, puede hallarse en la indiferencia de la comunidad médica ante el contenido del Cuarto informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Higiene Materno-infantil² (1963); documento que, desde hace 60 años, encontraba un sentido más amplio a la ginecología, al afirmar que su relación con la obstetricia "...es tan estrecha que impide

2 Elaborado por el Expert Committee on Maternal and Child Health & World Health Organization

considerarlas como dos materias independientes” ; con la justificación de que muchos trastornos ginecológicos serían consecuencia de una inadecuada asistencia obstétrica. El hilo argumental que sustenta una clara simbiosis continúa, al exponer que:

A su vez, los trastornos ginecológicos y sus tratamientos pueden influir en el curso normal del embarazo y parto, así como en la capacidad reproductora de la mujer”. [Además se recomienda]...desechar la tendencia a considerar la ginecología como parte de la cirugía general. (:5).

Por otra parte, la coincidencia con nuestra intención se hace más nítida al expresar que: “sería conveniente designar con un solo nombre las dos ramas de esa especialidad, (...) sin restar importancia a ninguna de ellas” (:6) y refiere como ejemplo la adopción del término ginecotología, de origen uruguayo, aunque admite como limitación su falta de equivalencia en otros idiomas.

A nuestro juicio, esta breve reseña no sólo ofrece soporte a la necesidad de un abordaje integrado de las especialidades, expresado en su interdependencia, sino que además es muestra de que se las juzga como indivisibles y complementarias, en consideración a la salud de las mujeres como destinatarias de las mismas. Al final, abona a nuestro propósito central: el dar cuenta de la necesidad de nombrarla según su propia naturaleza.

En otro sentido, una respuesta más local que encarna la ceguera de género como tradición, puede identificarse en la dinámica de los servicios de salud sexual y reproductiva, reflejo cuando menos, de la apatía ante el avance de las políticas específicas expresadas en acuerdos, convenios o tratados de los que el Estado venezolano es signatario; aunque estén estrechamente relacionadas con su ejercicio profesional.

El avance mundial que se gestó por largos años durante el siglo pasado cristalizó, en materia de institucionalidad, a mediados de la década de los '90, con la celebración de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) en donde participó nuestro país en el pleno de Comunidad de Naciones³. Como puede leerse en la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (2013) este hito supuso concretamente, “la aceptación de los derechos sexuales y reproductivos... desde una perspectiva integral involucrando lo relativo a la toma de decisiones libres, responsables e informadas sobre la sexualidad y la reproducción” (:31), así como del derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados, “capaces de propiciar

3 Por esos años Venezuela también participó en la Conferencia Mundial de Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, con la garantía de las mejores condiciones posibles para recibir hijos e hijas saludables”⁴.

Si bien, a partir de esta conferencia se ratifica la superación de la mirada fragmentada de los procesos que nos interesan, “con su visión integradora de los diversos aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción”, su aporte central radica en “la conceptualización que ofrece de estas materias dentro del marco de los derechos humanos bajo un enfoque de género”, como precisan Roberto Castro y Joaquina Erviti (2013:38). Ello puso el foco en la desigualdad de género como una realidad estructural que determina las condiciones sociales que favorecen o no ese acceso, así como la obligación de la observancia de esta definición cuyas implicaciones prácticas son fundamentales para su garantía.

Sabemos que el reconocimiento del derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados es considerado en la actualidad como un eje central para el desarrollo; no obstante, su desestimación, omisión o violación se justifica frecuentemente en la práctica, con pretextos fundados en las carencias de recursos de los propios servicios de salud (de dotación e insumos, de personal, intermitencia de los servicios públicos, etc.), hechos innegables en la realidad venezolana como en la de muchos países con altos índices de desigualdad social. De allí, que la garantía del acceso, devenida en obligación para el Estado, se convierte en una elección discrecional para el personal de salud (Villegas América y otras, 2022), representando tanto al Estado como al poder médico, frente a la mujer usuaria-ciudadana que la requiere. Esta inercia en la dinámica de poder deja al descubierto otras aristas que encubren intereses contrapuestos, como son la mirada tecnocrática de los equipos de salud y la ciudadanía reproductiva de las usuarias de los servicios; aspectos que comportan discusiones que atenderemos a continuación.

72 |

Mirada gerencial vs. ciudadanía reproductiva

En el contexto de la violencia ginecobstétrica, es clave develar la tensión permanente entre quienes administran los servicios de salud y quienes efectivamente los reciben. Si bien la respuesta tecnocrática reduce las manifestaciones y consecuencias de esta violación de derechos a un asunto de calidad de atención (que bien podría resolverse con la reorganización de los servicios si ese fuese el origen), la ciudadanía reproductiva expone las tensiones inherentes al asumir a las mujeres –y que nosotras mismas nos asumamos– como sujetas y exigir al Estado como a los equipos de profesionales de la salud, el respeto y cumplimiento de nuestros derechos.

4 V Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), Disponible en <https://www.unfpa.org/es/conferencia-internacional-sobre-la-poblacion-y-el-desarrollo>

Sobre ambos aspectos, Roberto Castro (2014) ha producido abundante literatura. Para la mirada tecnocrática enumera diversos estudios que sostienen la idea de que los supuestos argumentos de esta violencia responderían a las arduas condiciones de trabajo del personal, muy similares en toda la región latinoamericana, a la escasa formación ética –y a posibles problemas de orden psicológico- de los equipos profesionales, hasta la deshumanización de las propias prácticas como consecuencia del ejercicio rutinario. En sus palabras, esa violación de derechos durante la gestación, y especialmente durante el parto, se atribuyen a distintas causas, pero nunca es abordado “como un problema sociológico del sistema de salud y sus principales actores” (:170), lo que le ha permitido identificar el autoritarismo médico.

De este modo, muestra su interés por mantener en el centro de la investigación “las condiciones sociales y culturales que determinan las percepciones del personal de salud ante las mujeres” (2014: 182). Desde nuestra perspectiva, este abordaje por sí mismo impugnaría las asimetrías de poder existentes y apuntaría a la deslegitimación de la autoridad médica, tan preciada para esa disciplina en la lógica moderna de la que se enviste, y que Michell Foucault (2008) describió como tecnologías del yo, tan útiles para mantener la “costumbre de las sociedades occidentales contemporáneas donde (...) los médicos y sus presupuestos subjetivos son tomados como autoridades, lo cual genera que el discurso médico tenga poder institucional y legitimidad social” (:67)

| 73

Castro también refiere a Camacaro (2009), quien en el contexto venezolano se interesó en “rastrear en las mentalidades de obstetras, residentes y pasantes” (:38) en la búsqueda del imaginario compartido sobre las mujeres y su salud. Asunto en el que estriba una segunda coincidencia, pues afirmamos que los orígenes de esa violencia se hallan en la formación profesional, que enseña de manera vicaria a perpetrar las violencias con una metodología que objetualiza a los cuerpos de las mujeres, con el “noble fin” de garantizar la enseñanza de una especialidad.

Derechos, salud reproductiva y definición de la violencia ginecobstétrica

Como antes reseñamos, a lo largo de la historia el cuerpo de mujeres, adolescentes y niñas ha tenido diferentes representaciones y cargas simbólicas que, también desde el paradigma biomédico, se les ha asignado también valores y clasificaciones cargadas de representaciones y estereotipos que se materializan en el actual modelo de atención a la salud sexual y reproductiva.

La salud de mujeres, adolescentes y niñas abarca un amplio universo que trasciende ese concepto clásico de la ausencia de enfermedad en el que el contexto social y su

ejercicio de vida hacen parte tremendamente de su disfrute. Al enmarcar la salud sexual y reproductiva en el contexto de los derechos humanos, es imperioso considerar las relaciones de género que resultan en discriminación; por eso interesa revisar cómo la definición de la violencia ginecobstétrica (en adelante VGO), se ha orientado en tres grandes planos. El primero es la perspectiva de género que, en tanto concepto, posee ciertas especificidades respecto al contexto en el cual se inserte; de allí que para entender el fenómeno de esta violencia sea fundamental identificar las diferencias de poder, roles, recursos, normas, necesidades e intereses de y entre mujeres y hombres en el marco de la atención en salud.

El paradigma de la medicina occidental es patriarcal y ello determina no sólo la existencia de control sino también qué tipo de control se establecerá sobre los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres como una forma de dominación de lo masculino sobre lo femenino. La violencia de género se manifiesta en esos mecanismos (Gráfico 1) y se presenta en todos los estratos socio-económicos puesto que la institución médica establece protocolos, rutinas, parámetros y normas que se deben acatar una vez que se ingresa al centro de salud.

74 |



Gráfico 1. Formas de la VGO Elaboración de las autoras sobre el texto de M. Sadler Spencer (2004)

Se suele afirmar que la medicina es una ciencia neutral, objetiva y libre de prejuicios, pero como todas las demás, está atravesada por prejuicios, androcentrismo y creencias basadas en el género; de allí que todos los patrones culturales se han naturalizado de tal suerte, que aparezcan como algo legítimo. La perspectiva de género es fundamental en este contexto para entender el alcance de los estereotipos, la cosificación del cuerpo y sus procesos, así como los esquemas jerárquicos de relación, basados en el conocimiento y el poder, que han contribuido a la naturalización de prácticas de atención fácilmente reconocidas y calificadas como VGO.

Esto nos conduce al segundo plano para el abordaje de esta violencia que descansa en el propio papel de la medicina, más específicamente, en las especialidades ginecología y obstetricia, puesto que asientan su modelo de atención como de enseñanza, sobre el cuerpo de las mujeres. Ambas entendieron al cuerpo desde una visión de patología sobre la cual insertaron procesos como la gestación, el parto, nacimiento y el puerperio; además de otros procesos biológicos que tienen cabida en los cuerpos de las mujeres como la aparición o desaparición de la menstruación, entre otros. Estas ramas de la medicina han elaborado su discurso hegemónico en dos ejes: el biologicismo (las mujeres son seres que se definen por su organismo) y el reproductivismo (el cuerpo femenino se explica sólo desde sus funciones reproductivas).

La modernización de la medicina se hizo de tal criterio y rigor científico que tornó en patologías eventos como la gestación y el parto con la justificación de prever riesgos; así se crearon mecanismos de control que permitirían “optimizar” el nacimiento. Como evidencia histórica, hay que referir que el tránsito de la atención del parto domiciliario al hospitalario ocurrido en Venezuela a mediados del siglo XX, materializó un cambio de paradigma en la forma de atención, que de acuerdo a Robbie Davis (1993), se ha convertido en tecnocrática puesto que los instrumentos, máquinas y protocolos dictan las pautas de cómo evoluciona el proceso. Ese traslado del cálido ámbito familiar al espacio impersonal y aséptico pero institucional, supuso la medicalización del proceso e implicó que, aun cuando se presente sin contratiempos, la intervención hospitalaria impera de forma absoluta. De allí que la tecnología tomó el control para hacerlo “eficaz”.

Tales mecanismos fueron aplicados como rutinas de manera indiscriminada por lo que rápidamente devinieron en violencia; no es de extrañar, entonces, que la biomedicina sea -especialmente en Venezuela- única como ciencia o saber autorizado para ejercer legalmente sobre la salud, en clara expresión de un modelo único, monopolístico, con mucho poder, medicalizado, burocratizado y poco democrático. De acuerdo con Camacaro Cuevas (2013), la respuesta social ante este proceso es el protagonismo que encarnan los y las profesionales de la salud, quienes obtuvieron relevancia y cada

vez más control sobre un fenómeno eminentemente fisiológico, y en el que la emocionalidad y la corporalidad de la parturienta quedan subordinadas a sus instrucciones. No extraña que los padres sean obviados o excluidos de este proceso y que la familia sea relegada.

Las respuestas que ofrece la evidencia científica dan cuenta de la eficacia sobre el control absoluto de las mujeres y de la garantía de ejecución de los protocolos de atención aplicados de forma rutinaria. Estos a su vez estandarizan las intervenciones, muchas veces de manera innecesaria, inoportuna e inapropiada. La misma Dra. Camacaro lo expresa metafóricamente con su frase: “patologizando lo natural, naturalizando lo patológico”.

Finalmente, la tercera área de atención que permite definir la VGO es el Derecho, junto a las legislaciones que varios países latinoamericanos adoptaron como mecanismos de protección de la integridad de las personas. Dichas legislaciones, inscritas en el terreno del derecho a la salud, constituyen el marco ético que permite el ejercicio de una adecuada salud sexual y reproductiva. Nos referimos a los derechos fundamentales, tales como la no discriminación, el derecho a la vida, a la igual protección de la ley, a la libertad de expresión, a la seguridad social, a un nivel de vida adecuado que asegure -así como a la familia en general-, la salud y el bienestar, y en especial, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; y aquellos relacionados con la salud sexual y reproductiva contemplados en diferentes acuerdos internacionales, especialmente la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) y la Convención de Belén do Pará (1994).

También es importante mencionar los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que desde 1985 ha publicado recomendaciones y declaraciones en torno al parto respetado y las evidencias científicas que impulsan, desde hace más de cuatro décadas a lo largo del mundo, diversas organizaciones, instituciones y personas aliadas para promover el conocimiento, implementar programas que impulsen la desmedicalización del proceso reproductivo y disminuyan las intervenciones innecesarias.

Tipificada por primera vez en Venezuela, la LOSDMVLV publicada en marzo de 2007, incluye en su artículo 15 la primera descripción de la violencia obstétrica:

Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

El artículo 51 describe las conductas que señalan el delito:

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- La sanción para las personas responsables de violencia obstétrica consiste en multa de doscientas cincuenta unidades tributarias.

En la actualidad, diversos países en el continente han incorporado la “violencia obstétrica” en sus legislaciones como una forma de protección integral a las mujeres. Argentina en 2009, Panamá 2013, México 2014, Ecuador 2018. Bolivia, la conceptualiza como “violencia en los servicios de salud”, Uruguay y Colombia incluyeron normas y regulaciones en torno al “parto humanizado” y la violencia en el marco de la asistencia al parto”.

| 77

En Argentina en el año 2009, la Ley 25.929 De derechos de padres e hijos durante el proceso de parto y nacimiento”, conocida como “Ley de parto respetado”, en su artículo 6, conceptualizó a la VO como:

aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

En Ecuador en el año 2018, la Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género contra las Mujeres, en su Capítulo III titulado Tipos y ámbitos de violencia contra las mujeres, especifica que:

Se considera a la violencia gineco-obstétrica como toda acción u omisión que impide el derecho de las mujeres a la salud, que se exprese en maltrato, imposición de prácticas culturales no consentidas o violación del secreto profesional, abuso de medicalización o acciones que consideren a los procesos naturales de

embarazo, parto y post parto como patología, pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres a lo largo de su vida, independientemente de su orientación sexual e identidad de género. Las mujeres no embarazadas pueden sufrir violencia durante su atención ginecológica u obstétrica cuando ésta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico.

Estas definiciones legales hacen referencia explícita a la violencia de género, la cual reproduce y naturaliza la subordinación de las mujeres en un sistema patriarcal de organización y relaciones. Es muy importante destacar que, en ese sentido, se intenta reconocer al fenómeno y se distancia de los términos “abuso” y “malos tratos” con los que se pretende minimizar esta violencia. Aun así, estas definiciones sólo permiten esbozar una parte de su complejidad, por lo cual se requiere indagar en los orígenes estructurales con profundas raíces históricas, culturales, sociales, políticas y económicas que producen, reproducen y legitiman este tipo de violencia.

La Organización Panamericana de la Salud propuso la siguiente definición de violencia en su Informe mundial sobre la violencia y la salud:

78 |

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo de comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (2033: 5).

Según este mismo informe, la prevención de la violencia resulta fundamental para la erradicación de ésta, lo que se llevaría a cabo actuando simultáneamente en distintos niveles; entre ellos: el nivel sociocultural, que hace alusión a los factores sociales, culturales y económicos, que fomentan la desigualdad y producen situaciones de violencia, obstaculizando un acceso real a la educación e igualdad de oportunidades. Ya en el año 2014, esta institución (OPS) por primera vez catalogó la VO, al declarar que:

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación (2014: 1).

Inclusive, presentó cinco tipos de niveles, que permiten operacionalizar la definición legal: intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina (sobre la madre o el bebé); maltrato, humillaciones y agresión verbal o física; falta de insumos,

instalaciones inadecuadas; ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre ni información completa, verdadera y suficiente; discriminación por razones culturales, económicas, religiosas, étnicas.

Síntesis conclusiva

Ha sido evidente que desde disciplinas como la Antropología y la Sociología, y en general en las Ciencias Sociales, se han producido la mayor cantidad de textos que permiten entender la VO como un entramado cuyo origen se encuentra en la cultura patriarcal y se ha intentado estructurar como un fenómeno de gran complejidad.

Con un marco común, se puede entender entonces cómo la VO representa una violencia estructural de género que reproduce la desigualdad, la inequidad y la injusticia. Al respecto, los estudios, análisis y conceptualizaciones que las teorías feministas realizan desde los años '70, han permitido visibilizar estos fenómenos, generando espacios de acción y reflexión que evidencian el reconocimiento de lo que se convierte en una problemática que afecta la vida de mujeres alrededor del mundo.

Estos ofrecen aproximaciones a la materia que determinan cómo la VO expresa relaciones de poder, jerarquías y formas de violencias asimétricas que subordinan a las mujeres en tanto cuerpos que experimentan procesos patológicos que deben ser intervenidos. La revisión de la literatura al respecto, coincide en que se trata de un fenómeno multicausal cuyos orígenes radican en la cultura patriarcal y la visión que sobre el cuerpo de las mujeres ha determinado la biomedicina. En la actualidad, investigadoras la catalogan, además, como una forma de violencia de carácter sexual y como una forma más de maltrato aberrante a las mujeres y de desempoderamiento absoluto. Es física, emocional y simbólica, y afecta los derechos humanos, especialmente los sexuales y reproductivos de las personas sobre quienes se ejerce.

Definir la VO ha supuesto, en primera instancia, un cuestionamiento al sistema de atención imperante que, en todos los países de la región, ha mermado debido a crisis económicas, sociales y profesionales. En segunda, la visibilización de las relaciones de poder ejercidas bajo el paradigma patriarcal que legitiman múltiples formas de violencia.

La biomedicina estableció el control de los conocimientos sobre el cuerpo humano al homogenizar los procesos que en él se producen. En el caso del cuerpo de las mujeres y sus procesos fisiológicos, para la obstetricia, la gestación, el parto o nacimiento y el puerperio son procesos en los que esta ciencia sitúa su acción. Y en cuanto a la ginecología, la atención recae sobre los órganos sexuales y reproductivos, en tanto se producen enfermedades, síndromes, irregularidades, abortos y otras dolencias a lo



largo del ciclo vital de las mujeres. Al entender el fenómeno como un continuo en la atención, se evidencia como todo este proceso, implica un sometimiento simbólico y estructural de las mujeres a la autoridad hegemónica del personal de salud.

Gráfico 2. Intersecciones de la VGO Elaboración de las autoras sobre el texto de P. Quattrocchi (2020)

Referencias

- Arguedas Ramírez, Gabriela (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, vol. 11, núm. 1, enero-junio, pp. 145-169. Disponible en: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=La+violencia+obst%C3%A9trica%253A+propuesta+concep>
- Barrera Gutiérrez, Yésika y Díaz Gamboa, Luis (2018). Violencia obstétrica, historia olvidada de prácticas invisibilizadas. Derecho y Realidad, 16(32). <https://doi.org/10.19053/16923936.v16.n32.2018.9848>

- Castro, Roberto. (2014). Génesis y práctica del hábitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197. Recuperado: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001&lng=es&tlng=es.
- Camacaro, Marbella (2008). La obstetricia desde el Cro-Magnon hasta la cama ginecológica: una lectura de la historia en sintonía con el género. *Comunidad y Salud*, 6(1), 23-34. (Recuperado en 12 de septiembre de 2023), de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv6n1/art4.pdf>
- Camacaro, Marbella (2009). "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* 14 (32): 147-162.
- Camacaro, Marbella (2010). *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Valencia: Universidad de Carabobo.
- Camacaro Cuevas, Marbella (2013). "La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres" En *Revista venezolana de estudios de la mujer*. Enero- junio. Vol. 18/N°40. pp. 185-192. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/5343
- Castro Roberto y Joaquina Erviti (2013): 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México *Revista CONAMED*, vol. 19, núm 1, enero-marzo 2014, pags. 37-42 (Consultado septiembre 2023) <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistaCONAMED/2014/vol19/no1/6.pdf>
- Davis Floyd, Robbie (1993). "El modelo tecnocrático del parto" En *Feminist Theory in the Study of Folklore*. Illinois, University of Illinois Press, pp. 297-326. Expert Committee on Maternal and Child Health & World Health Organization(1963). Aspectos sociales de la enseñanza de la obstetricia y la ginecología: cuarto informe del Comité de Expertos de la OMS en Higiene Materno-infantil. <https://iris.who.int/handle/10665/37522>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2013) *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva* (2013) <https://venezuela.unfpa.org/es/publicaciones/norma-oficial-para-la-atenci%C3%B3n-integral-en-salud-sexual-y-reproductiva-2013>
- Foucault, Michel. (2008). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad del saber*. 2da. Edición. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. 152 p.
- Hurtado, Tomás y Pacheco, Diego (2005). *Los instrumentos teco-ginecológicos en el siglo XIX* (Doctoral dissertation, Universidad de Extremadura). https://www.dip-badajoz.es/cultura/ceex/reex_digital/reex_LXIII/2007/T.%20LXIII,%20

numero%20extraordinario%202007/RV001257.pdf

Juárez, María (2009). Maternidades Libres. Tesis de Maestría en Estudios de la Diferencia Sexual. Universidad de Barcelona, España, <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/16302/1/Maternidades%20Libres.%20Mar%C3%ADa%20Ju%C3%A1rez%20Escario.pdf>

OMS (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración WHO/RHR/14.23.

Rodríguez Armas, Otto (2006). Distinciones en Obstetricia y Ginecología. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 66(4), 211-212. Recuperado en 04 de septiembre de 2023, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000400001&lng=es&tlng=es.

Sedano, Manuel (2014) Reseña histórica e hitos de la obstetricia. [Rev. Med. Clin. Condes - 2014; 25(6) 866-873]

Villegas, América y otras (2022) Informe ejecutivo Atención de la Ginecobstétrica durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en el sistema de salud venezolano. Caso: Gran Caracas. pág: 62 <https://ovgove.org/2023/01/17/los-hallazgos/>

Zayas Emmanuel y Tome Penélope (2021) Albores y evolución de la Obstetricia. [9 de septiembre 2023) 60 (280): e918. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/918

Poner el cuerpo: Mujer, publicidad y salud en Guayaquil

Natalia Tamayo

TamayoN@gmail.com

Docente de la Universidad de las Artes, Guayaquil-Ecuador. Doctora y Máster en Historia por la Universidad Pablo de Olavide, España. Especialista en Historia por la Universidad Andina Simón Bolívar.

Carolina Pepper

Docente Universidad de las Artes. Cursa la Maestría de Estudios en Danza por la Universidad de la Rioja, España y la Especialidad en Tendencias Contemporáneas de la Danza por la UNA de Argentina.

Rubén Riera

Rubenrie@gmail.com

Profesor Titular de la Universidad de las Artes. Guayaquil (Ecuador), guitarrista, tiorbista y compositor. Ph.D (Universidad Central de Venezuela)

Resumen

Este trabajo aborda la representación femenina en la publicidad impresa en Guayaquil (Ecuador) en las primeras décadas del siglo XX. Las preguntas que guían este ensayo son las siguientes: ¿cómo se representó a la mujer en la prensa en la etapa comprendida entre 1918-1923? ¿cuáles podrían ser los elementos que justifican el uso de imágenes femeninas en la publicidad de principios de siglo? Para ello se analizaron las ilustraciones publicadas en el Diario El Telégrafo y se ensayaron como respuestas posibles, que el desarrollo del mercado de la salud utilizó el cuerpo de la mujer para promocionar medicamentos, representándola en condiciones de debilidad, fragilidad y enfermedad.

El ensayo concluye con que la publicidad impresa objetualizó a la mujer y puso su cuerpo a disposición del mercado, a la vez que reforzó el imaginario de subordinación e inferioridad que sirvió para perpetuar las condiciones de dominación sobre ella.

PALABRAS CLAVE: Historia, mujer, prensa, publicidad, salud

Abstract

This paper addresses the representation of women in printed advertising in Guayaquil (Ecuador) during the early decades of the 20th century. The guiding questions for this essay are: How were women represented in the press during the period from 1918-1923? What elements might justify the use of female images in early 20th-century advertising? To explore these questions, the illustrations published in the newspaper El Telégrafo were analyzed, with potential responses suggesting that the development of the health market used women's bodies to promote medicines, portraying them in conditions of weakness, fragility, and illness.

The essay concludes that printed advertising objectified women and made their bodies available to the market while reinforcing the imagery of subordination and inferiority, which served to perpetuate the conditions of domination over them.

KEYWORDS: History, women, press, advertising, health

Introducción

Este texto es un avance del Proyecto de Investigación “*Poner el cuerpo. Arte, activismo y lucha social en Guayaquil, 1918-1923*” desarrollado en la Universidad de las Artes, con la participación de Carolina Pepper, Rubén Riera y Natalia Tamayo; tiene como objetivo visibilizar la historia de la mujer en Guayaquil y resignificar su memoria a través de la creación de productos artísticos.

Este primer ensayo indaga en el Diario El Telégrafo¹, el periódico con mayor historia en Ecuador, como un dispositivo que permite reconstruir hechos y acontecimientos pasados, así como indagar en las mentalidades de la época; busca respuestas a la forma en que la mujer fue representada en la publicidad, para lo cual analiza las ilustraciones publicitarias de ese matutino en el quinquenio 1918-1923.

Como hipótesis se plantea que el desarrollo del mercado de la salud utilizó el cuerpo de la mujer para representarlo en condiciones de debilidad y enfermedad y así comercializar medicamentos, al mismo tiempo que se reforzaba el imaginario de subordinación e inferioridad que ha servido para mantener las condiciones de dominación que pesan sobre las mujeres.

La existencia de publicaciones realizadas por mujeres organizadas evidencia que mientras el cuerpo de las mujeres fue colocado sin facultad de elegir, otras decidieron situarse para hacerse escuchar.

Poner el cuerpo, implica habitar un lugar donde la razón y el intelecto se convierten en protesta ante lo tradicionalmente establecido para las mujeres y donde la práctica requiere el enfrentamiento de poderes; el desafío es humanizar las respuestas. *Poner el cuerpo* implica descubrirnos en el límite que nos obliga a resolver físicamente, incluso desde nuestra vulnerabilidad, lo que de manera hegemónicamente teórica no nos respalda, pues acentúa el imaginario impuesto para las mujeres, aquel que representa la sumisión de unos seres enfermos, objetualizados e incapaces de conducir su destino.

Guayaquil, 1918-1923, el contexto de la época

Entre 1890 y 1920 ocurrió el segundo boom cacaotero del país (Paz y Miño, 2011; Maignashca, 2012; Chiriboga, 2013; Abad, 2020) que consolidó la conformación de sectores oligárquicos, comerciales y financieros.

1 *El Telégrafo*, diario digital propiedad del estado ecuatoriano. Fundado en 1884 en la ciudad de Guayaquil, circuló como periódico impreso hasta 2020; es el diario activo más antiguo del Ecuador.

La Revolución Liberal consideró a la mujer objeto de preocupación estatal (Goetschel, 2009). La separación del Estado con la Iglesia, la educación laica y la instauración de relaciones laborales asalariadas permitió la emergencia de nuevos actores sociales y políticos, así como la incorporación de la mujer en la esfera pública.

Las revistas femeninas que se publicaron desde finales del siglo XIX² permitieron la creación de espacios alternos para la circulación de las ideas de las mujeres y la demanda de sus derechos (Goetschel, 2011). Ese ejercicio periodístico contribuyó a formar el nuevo sujeto feminista (Campana, 1996), a través de diversas “otras” representaciones de sí mismas, que exigían ser reconocidas como poseedoras de conocimiento y sujetos de derechos.

Los datos estadísticos señalan que las mujeres eran el 54.09%³ de la población (Miño, 2019) y a quienes se les reconocía como principal actividad, las tareas domésticas, tal como da cuenta la sección semanal de *El Telégrafo*, *La Mujer* y *el Hogar* espacio en el que también se hablaba de poesía y moda, temas considerados como femeninos.

El incendio de 1896 obligó a reconstruir la ciudad. Las élites porteñas tomaron como modelo las ciudades europeas. Guayaquil, como principal puerto de exportación y centro comercial y bancario, se articuló al sistema mundial. Fue puerta de entrada al capital transnacional y vínculo de la oligarquía al mercado internacional (Coronel, 2022). La demanda de trabajadores agrícolas hizo que se convirtiera en polo de atracción para la migración interna, al mismo tiempo que expandió la frontera agrícola y contribuyó al vertiginoso crecimiento de la urbe⁴.

Ron Pineo (1994) afirma que el puerto principal de Guayaquil mantuvo la reputación de convertir la ciudad en una de las más insalubres del mundo, tanto por la fiebre amarilla que apareció en 1842 (Miranda, 1955) y se mantuvo durante décadas, así como por la peste bubónica y otras enfermedades tropicales. Esas condiciones

2 La Revista Literaria (1889), La palabra de Guayaquil (1890), Sociedad de Fígaro (1986), La Mujer (1905) La Ondina del Guayas (1907).

3 Manuel Miño Grijalva (2019) analizando el Censo de 1899, advierte la composición demográfica de la ciudad: de 60.483 habitantes, el 45.91% eran hombres y el 54.09% eran mujeres, de las cuales, el 28.86% estaba dedicada a actividades productivas, aunque suponemos que no todas eran remuneradas como los quehaceres domésticos. Consideramos que la tendencia demográfica, así como la distribución laboral se mantuvo en los años siguientes en medio del vertiginoso crecimiento que experimentó la ciudad.

4 Según Ron Pineo (1994) la población de Guayaquil pasó de 20.000 habitantes en 1849 a 120.000 en 1925. La de la provincia del Guayas pasó de 94.411 habitantes en 1877 a 483.508 en 1925.

sanitarias deficientes fueron preocupantes para Estados Unidos, país que a partir de la Primera Guerra Mundial se convirtió en principal comprador del cacao ecuatoriano y requería que las exportaciones de materia prima se realizaran en condiciones sanitarias e higiénicas.

César Hermida (2017) relata que, en 1918, año de la fiebre española, entraron en disputa dos modelos de gestión sanitaria: el soviético, implementado tras la revolución bolchevique que planteaba una medicina preventiva, y, el occidental que basaba su eficacia en la clínica, la cirugía, las medicinas y la higienización de la ciudad. La muerte de la esposa del cónsul estadounidense habría acelerado la firma de un Convenio con la Fundación Rockefeller que permitió el arribo del doctor Hideyo Noguchi para luchar en contra de la fiebre amarilla y para instaurar casas de Beneficencia que atendieran el servicio de salud público.

La crisis cacaotera, que arrancó con la Primera Guerra Mundial (1914-1918), se profundizó con las plagas que afectaron la producción agrícola aunada a que la sobreoferta internacional redujo el precio de la fruta (Maignashca: 2012)⁵. El peso de la crisis económica recayó en los sectores populares a través del incremento del precio de los alimentos de subsistencia. Sindicatos y asociaciones de artesanos, operarios, trabajadores de servicios y centros feministas fueron los protagonistas de las demandas sociales⁶. La matanza del 15 de noviembre de 1922 marcó un hito en la historia del movimiento obrero ecuatoriano.

En los aspectos socioculturales, la ciudad vivía la primera modernidad ecuatoriana (Hidalgo, 2014) cuyo ideal civilizatorio fue el progreso planteado por las élites latinoamericanas en el marco del desarrollo capitalista que posibilitó el boom del cacao. El puerto era un hervidero de ideas, tal como lo señala Granda:

Vientos libertarios de Chicago que pugnan por la jornada de ocho horas de trabajo; la revolución mexicana, con Zapata y Pancho Villa; proletarios de Moscú; conferencias anarco-sindicalistas con periódicos impresos en el Cono Sur; hojas volantes de anarquistas y masones nacionales; revistas y periódicos impresos para un proletariado casi inexistente; la disímil expresión de artistas comprometidos que, igual componen un pasillo, optan por temas de indios en el cine nacional; declaman poemas cursis o emprenden campañas de civilidad dirigidas a

5 Según Abad, Acuña & Naranjo (2020) tomando como referencia los datos de Juan Maignashca (2012) la reducción de quintales de cacao exportados fue evidente desde 1921 en que se redujo un 11.64% de quintales exportados versus lo exportado en 1920.

6 Sólo en 1920 se contabilizaron 19 huelgas laborales (Pazmiño, 2011).

policías y chauffers –choferes– que maltratan al pueblo; vislumbran hasta la caída del imperialismo yanqui cuando se levante la denominada revolución marxista-indoamericana (sic). (Granda, 2006)

La actividad cultural estaba volcada al teatro. Visto como un espacio de articulación colectiva y festiva fue el lugar propicio dónde se expresaban las relaciones simbólicas de poder. Con una arquitectura propia de las urbes europeas, se constituían en entornos de lucimiento y pavoneo para la economía, la política y el tiempo libre. Si bien la prensa no registra compañías o grupos teatrales o coreográficos estables, da cuenta de la buena salud de sus teatros, así como de la visita constante de artistas.

El *Teatro Olmedo*, fundado en 1857, tenía una capacidad para 1.500 personas. Tras el incendio que sufrió en 1899 se reinauguró en 1903 y se convirtió en el principal centro de espectáculo por el que transitaban compañías de teatro europeas, de ballet y ópera. El Teatro Edén, inaugurado en 1907, con 4.000 butacas, fue un proyecto de la empresa cinematográfica Ambos Mundos, pionera en contar con una sala de cine. Esta empresa junto a Ocaña Films, Olmedo Films y Guayaquil Films Co. escribieron las primeras páginas de la historia del cine nacional. Otros teatros como El Parisiana con 1.600 sillas, el Ideal con 1.700 asientos, fueron parte de los escenarios que mantenían una activa agenda cultural en el puerto.

| 87

Construcciones impresas sobre el imaginario femenino

Benedic Anderson (1993) al analizar el papel de la prensa en la construcción de imaginarios sociales sobre nación, nacionalismo e identidad acuñó los conceptos de comunidad imaginada y de capitalismo impreso para referirse al aporte de los periódicos en el desarrollo del sistema.

Sobre esta base Craig Calhoun (2016) pone de relieve que el capitalismo impreso contribuyó a crear unidades nacionales que han sido fundamentales históricamente para la organización y protección del negocio capitalista y afirma que “las novelas y los periódicos fueron los primeros ejemplares de una “infraestructura” de imaginarios nacionales.” (Calhoun, 2016: p.).

Paula Alonso (2004), sostiene que al analizar diarios, panfletos y periódicos es posible evidenciar las construcciones impresas que se dieron en América Latina en medio del complejo proceso de conformación de los estados nacionales de finales del siglo XIX e inicios del XX.

Por su parte, Anderson (1993) puntualiza que la prensa busca no sólo ser rentable, sino también contralar el poder y los imaginarios sociales. De este modo, al construir

realidades, proyecta imágenes del mundo que configuran el pensamiento colectivo y genera discursos que son socialmente aceptados y dan sentido a sus relatos.

El historiador Peter Burkler (2004), señala que releer las imágenes a través del tiempo permite develar las estructuras de pensamiento de diferentes épocas, y añadimos, también acercarnos a los imaginarios generados, en este caso, por la prensa.

Revisar la forma en que han sido representados los cuerpos femeninos es importante para comprender la forma desde donde la prensa construyó un imaginario sobre la mujer o apuntaló discursos que sustentaron relaciones de dominación y subordinación.

Para ver cómo fue esa construcción impresa analizamos la publicidad que contiene imágenes o textos que refieren al cuerpo de la mujer. Entendemos, como señala Hans Belting (2007), que cada vez que aparecen personas en una imagen, se están representando cuerpos

“Por lo tanto, también las imágenes de esta naturaleza poseen un sentido metafórico: muestran cuerpos, pero significan personas” (...) La historia de la representación humana ha sido la de la representación del cuerpo, y al cuerpo se le ha asignado un juego de roles, en tanto portador de un ser social. Aquí radica también la contradicción entre esencia y apariencia, que no sólo se puede encontrar nuevamente entre cuerpo y rol, sino también en el mismo cuerpo (Belting, 2007: 111).

88 |

Dado que estas representaciones de cuerpos llevaban en sí mismas un discurso, y que este discurso contaba con el respaldo de la circunspección y halo hegemónico que le otorgaba el ser publicado en un diario, cualquier aseveración frente al o los cuerpos publicada aquí, sería tomada siempre como verdadera.

El principio del cuerpo-escultura promovido por el neoclasicismo francés del siglo XVIII, había ya delineado un único enfoque para todas las representaciones corporales hasta mediados del siglo XX. Por tanto, las representaciones gráficas y fotográficas mantenían esta significación idealizada como una forma de mantener la coherencia con el discurso eurocéntrico generalizado.

Para el análisis hemos tomado como referencia las páginas del diario El Telégrafo⁷. Fundado en 1884, fue la más próspera empresa editorial de la época, en los años 20

7 Además de El Telégrafo, en la época circulaban La Nación, El Guante y varias publicaciones periódicas. Sin embargo, tomamos como referencia el medio de mayor inserción en la sociedad guayaquileña.

impulsó la construcción de los edificios El Telégrafo y La Previsora e incursionó en el sector financiero. (Tamayo, 2023).

Publicidad con rostro de mujer

Según Berger (1975), la publicidad es una poderosa herramienta de comunicación que impacta en la sociedad porque modela nuestras expectativas, anhelos y principios. El discurso que genera la publicidad no sólo construye realidades, trabaja directamente en nuestras emociones, fabrica fascinación, no promete placer, sino felicidad. Y la felicidad está en el consumo, la máxima del sistema capitalista.

La publicidad impresa precisamente contribuyó a impulsar el mercado y el consumo. Los primeros productos que se promocionaron en la prensa fueron cerveza e indumentaria femenina. Si bien con esos consumos no se alcanzaba la felicidad, se conseguía el estatus que la élite dominante promovía: el estilo de vida de las ciudades europeas (El Telégrafo, 1899).



Imagen 1. La Ópera. Diario El Telégrafo, 15 de octubre de 1885, Pág. 1 Imagen 2. Sombreros, El Telégrafo, 1 de abril de 1899, Pág. 3. Imagen 3. La Ópera. El Telégrafo, 10 de febrero de 1899, Pág. 3.

La incorporación de textos en las ilustraciones publicitarias de inicios del siglo XX evidencia el valor simbólico de la palabra como fuente de credibilidad, así como la orientación de la publicidad hacia los sectores alfabetizados.

La debilidad, como objetivo a ser derrotado por las píldoras rosadas del Dr. William y las pastillas del Dr. Richard (1903) responderían al debate que se instauró en la década. Si “los seres débiles son la causa de la decadencia de las naciones” (Sánchez, 1923, citado por Klark) había que lograr personas fuertes y capaces para incorporarse al sistema productivo y lograr el progreso nacional.

Así mismo, Klark señala que la alta tasa de mortalidad infantil motivó extensas discusiones sobre el rol de la mujer como madre y educadora familiar. El consenso de diversos sectores habría llegado en torno a que la identidad primaria de la mujer sea la maternidad y su papel en el hogar.



Imagen 4. Píldoras rosadas. El Telégrafo, 14 de julio de 1903, pág. 4

Imagen 5. Pastillas Richards. El Telégrafo, 20 de julio de 1903. Pág. 4.

90 |

En la misma línea, las píldoras de Foster (1906) y el jarabe Ner-vita (1907) prometían eliminar el sufrimiento de la mujer, curar su debilidad, la anemia y el nerviosismo. El discurso publicitario aportaba con las necesidades nacionales de contar con mujeres fuertes, al mismo tiempo que las colocaba en el ámbito doméstico.

Se hace difícil el atender a los quehaceres domésticos con un perenne dolor en las regiones dorsales. No es de extrañarse la desanimación que aflige a millares de mujeres. (El Telégrafo, 4 de agosto de 1906).



Imagen 6. Las mujeres sufren. El Telégrafo, 4 de agosto de 1906, pág. 7

Imagen 7 Jarabe Ner-vita. El Telégrafo, 13 de diciembre de 1907. Pág. 2.

Estos son ejemplos de cómo, desde la prensa, se construyó la identidad femenina como madre, en condiciones de debilidad e inferioridad, y relegada a la esfera privada. Eso contrasta con la política liberal de principios de siglo que impulsaba su inserción en el aparato productivo, contrario al discurso de médicos como Carlos Andrade Marín (1929) que promovían la necesidad de fortalecer los derechos legales de las mujeres.

En el mundo, la participación de la mujer en la Primera Guerra Mundial la colocó en otra situación. La prensa evidenció su presencia en el frente de batalla, en el campo como agricultoras, o en las fábricas de armas. Las conquistas se trasladaron a lo político: el movimiento sufragista conquistó el derecho al voto en 1918.

Las mujeres empezaron a poblar las páginas de los diarios. El Telégrafo las visibilizó como protagonistas singulares: el viaje aéreo de la guayaquileña Martha Coello de Salinas en la ruta Buenos Aires a Montevideo (El Telégrafo, 16 de julio de 1920); o, el grado de doctora en medicina de la lojana Matilde Hidalgo (El Telégrafo, 24 de julio de 1921). Es notoria la creación de la página semanal "La Mujer y el Hogar" que vinculaba la literatura y la moda, al considerarlos temas femeninos.

Afín al discurso hegemónico del desarrollo del capitalismo, la publicidad recurrió al cuerpo femenino para legitimar el mercado de la salud, pero también para hacer pedagogía sobre la diferenciación social de clase. Mujeres estilizadas sirvieron para promocionar productos de belleza que garantizaba la blanquitud, el canon de belleza de la época. Valores como lealtad, fidelidad y simpatía se utilizaban para graficar la promoción de la aspirina, el producto de Bayer que iniciaba sus operaciones en el país.

| 91



Imagen. 8. Fidelidad. El Telégrafo, 1918. Imagen. 9. Ozomulsion. El Telégrafo, 1918. Imagen 10. Blanca Nieves. Telégrafo, 1919.



Imagen 15: Archivo Diario El Telégrafo, 1920, Publicidad Sal Hepática. Imagen 16: Archivo Diario El Telégrafo, 1920, Publicidad Píldoras Rosadas del Dr. Williams. Imagen 17: Archivo Diario El Telégrafo, 1920, Publicidad LAVOL. Imagen 18: Archivo Diario El Telégrafo, 1920, Publicidad Emulsión de Scott.

¡QUÉ PÁLIDA! ¡Pobrecita! Se mira al espejo y se ve pálida que da miedo; las mejillas como cera. Los labios sin sangre, no tiene ánimos de nada, no tiene ganas de comer ni de andar, todo le molesta, sus brazos son flacos y todo su cuerpo languidece (...) Píldoras Rosadas del Dr. Williams

SALUD, VIVACIDAD, BUENOS COLORES forman el atractivo que encierra la felicidad de la mujer. Consígalos tomando la legítima Emulsión de Scott.

El cuerpo erguido es de la mujer burguesa, el referente de aspiración social, que debe eliminar las imperfecciones sobre su cuerpo y piel para convertirse en atractiva. Es el ideal aspiracional de la élite que mira el feminismo y su indumentaria como modelo. Vestimenta suelta que no remarque la cintura, brazos y espalda al descubierto, falda que permite mirar la parte baja de las piernas, con pies y calzado para movilizarse y a la que le falta como atributo adicional la belleza de la blanquitud.

En cambio, mujeres desgarradas, adoloridas y sufrientes, aparecen en el contexto doméstico, “sin ambición para emprender las rutinas del día”, o “con la manía que no han de curarse nunca”. (El Telégrafo, publicidad píldoras Foster, 1920), con lo cual se establece una sospecha sobre sus reales condiciones de salud.

La composición de las ilustraciones muestra imágenes femeninas en ángulos de picada, en plano de inferioridad. Se evitan los pies, la parte del cuerpo que sirve para avanzar o moverse. El cuerpo continúa “puesto” a disposición del mercado en actitud doliente, ceño fruncido, cuerpo incansable, con una mano en la espalda para reafirmar dolor, pero sin soltar los objetos entendidos como pertenecientes a las labores

domésticas. Se habla de sus cuerpos enfermos, y, en ocasiones las “revictimiza” acusándolas de culpables de necesidad y descuido; en otros, se caracteriza la enfermedad como algo propio del sexo femenino, tal como lo plantea la promoción del compuesto Vegetal de Lydia E. Pinkham.



Imagen 11. Las faenas domésticas. Diario El Telégrafo, 1920. Imagen 12. “Yo sufrí durante siete años” El Telégrafo, 1920. Imagen 13. No pierda la esperanza. El Telégrafo, 1920.

Para señalar las diferencias de género, los hombres no son graficados de la misma forma, por lo cual es de suponer que son seres fuertes, que no se enferman, que son superiores. Cuando aparecen, sus cuerpos están erguidos, en condiciones de superioridad y, nótese, de buena salud.

En este caso, y en evidente antagonismo con las imágenes femeninas, el gráfico realizado para publicitar Sales Kruschen contiene un hombre cuyo rostro sonríe, sus pasos son decididos, veloces, en ascenso y amplios. Se moviliza por el espacio público y a él sí se le ven los pies calzados. Su traje es elegante. El título habla de felicidad y utiliza un vocativo amigable y respetuoso para referirse a él. Por su parte, el cuerpo de la mujer no sólo está enfermo sino que la enfermedad lo afea y produce miedo, pero para los hombres éste no es el caso. Es entonces cuando el mercado sale en auxilio de las mujeres y les promete: sonrisas (pues no las tienen), color para las mejillas

(carecen de), les permitirán mostrarse (no pueden), les otorgará felicidad (les falta).

Imagen 14. Sales Kruschen.
Archivo El Telégrafo. 9 de mayo de 1923.

Como señala Pontón (2014), la mirada sobre la anatomía y la fisiología femenina oculta las dimensiones relacionales, culturales, ambientales y sociales. La representación del cuerpo de la mujer en la publicidad tiene un impacto significativo en la sociedad porque es utilizado como herramienta de promoción para el consumo de productos o servicios sin guardar relación con sus cuerpos verdaderos y sus vidas reales.

La forma de representar mujeres, en contraste con los hombres, revela la forma social en que se

entendía el rol de cada uno, de cada una, y cómo la prensa los reproduce y a su vez los instituye bajo la credibilidad que adquirió la palabra. A decir de Guido (2014), se instituyó una normativa moral, económica y jurídica sobre la base de un cuerpo objetivado y sujeto a los valores de la sociedad con fines de orden político y económico, compatible con las clases dominantes y en función del sistema hegemónico imperante.

Conclusiones

Esta investigación es un aporte a los estudios que se han realizado sobre la representación de la mujer en la prensa, cuyos análisis arrancan desde los años 50 del siglo XX. Este ensayo hace un alcance revisando los años en los que el engranaje social y político del país se volvió campo fértil para el descontento y despertar de la lucha obrera y la lucha femenina a inicios de los años 20.

Tras la cerveza, primer producto es ser promocionado, la publicidad impresa tomó



como punto de atención la corporalidad femenina. La utilización del cuerpo de la mujer evolucionó de la promoción de indumentaria -propia para otras latitudes- a ponerlo a disposición del mercado de la salud representándolo como un cuerpo débil y enfermo que encontraba vitalidad y felicidad gracias a la ingesta de medicinas.

En paralelo al debate nacional sobre las causas de la alta tasa de mortalidad en el país, la idea de debilidad permeó en la sociedad como el objetivo a ser derrotado, de forma tal que la mujer no sólo sea madre sino logre criar los hijos que el país necesitaba para conseguir progreso. Así se incorporó el discurso socialmente aceptado de que el primer rol de la mujer sea ser madre y que su actividad se constriña a lo doméstico.

La inserción del país en el mercado internacional y las solicitudes por parte de Estados Unidos para que se garantice la exportación cacaotera en condiciones sanitarias impulsó la aplicación del modelo de salud basado en la clínica y las medicinas. El cuerpo de la mujer sirvió como dispositivo comercial para legitimar el mercado de la salud y como instrumento pedagógico para señalar diferencias sociales y de género.

El cuerpo sufriente es el de la mujer subordinada en lo social y en lo económico, confinada al hogar, a las tareas domésticas y a quien las medicinas le devuelven vitalidad para que cumpla con el rol de madre y reproductora de fuerza de trabajo; en consecuencia, para que continúe en el rol que la estructura comercial, social y política requería.

El cuerpo estilizado, con vestimenta acorde a la tendencia de los años 20, retrataba a la mujer burguesa. Ahí, la promoción de medicinas y cosméticos instauraba un discurso donde la belleza era sinónimo de valores como fidelidad y simpatía, y los estándares a conseguir era blanquitud y mejillas rosadas, sinónimo de felicidad. La publicidad no estaba destinada para la mujer sino para que la mujer fuera vista y admirada por otros.

Por otra parte, concluimos también que la ausencia de hombres en este tipo de ilustraciones evidencia la búsqueda de la publicidad por hablar a hombres, alfabetizados, productores y proveedores, que requerían de un padre Estado con mujeres reproductoras que, encerradas en el hogar, se encargaran exclusivamente de los cuidados y salud de los hijos, de la casa y de los mayores.

Queremos evidenciar que, al contrario de la representación de la mujer en las ilustraciones publicitarias, en este período 1918-1923 fue una etapa de cambios en el que tanto el feminismo como el movimiento obrero se gestaba, en el cual las mujeres optaron por posicionarse como sujetos sociales, por auto representarse a través de sus publicaciones y ejercieron ese "*Poner el cuerpo*" que no refiere al sometimiento y la utilización de su corporalidad para servicio del mercado, sino al entendimiento de

sus necesidades y sus demandas políticas, económicas y sociales.

Este ensayo es apenas un primer avance de la investigación planteada por el grupo de docentes de la Universidad de las Artes. Nuestro afán es visibilizar a las mujeres que pusieron su cuerpo de manera radical en los procesos sociales que se gestaron -de los 10 a los 20 del siglo XX- en las trincheras femeninas guayaquileñas y mundiales, a pesar de la representación que se hizo de ellas desde un imaginario impuesto de debilidad e incapacidad, pero en búsqueda de la eterna belleza.

Creemos en la necesidad de entender al propio cuerpo como protagonista de esta experiencia, ojalá libertadora y contrastante, sobre cuyo proceso de indagación trabajamos como sustento artístico para una propuesta final.

Propuesta artística que, desde este cuerpo cuestionador, reflexiona y advierte la reinención y el redescubrimiento de sus propios gestos y expresiones, pues es aquí donde se materializa la experiencia del movimiento. Un cuerpo en acción que se observa además en evolución, y reclama un refinamiento que resulte a la vez versátil en la aceptación de nuevas formas para adaptar a la escena.

Para el caso de la comunicación y puesta en escena, como uno de los fines a los que conducirá esta investigación, y colocándonos sobre la danza contemporánea como línea central del trabajo corporal, esperamos edificar discursos cinéticos más actuales y situados, esto es, en exploración constante del propio lenguaje, de la comunicación con el espectador, y de la poética crítica y creadora.

96 |

Bibliografía

- Abad, Andrés, Acuña, Cristina, & Naranjo, Efraín. (2020). El cacao en la Costa ecuatoriana: estudio de su dimensión cultural y económica. *Estudios de la Gestión: revista internacional de administración*, (7), p.p.59-83. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10644/7494>
- Anderson, Benedict (1993) *Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo*. México: Fondo de Cultura Económica, p. 59.
- Belting, Hans (2012). *Antropología de la imagen* (Vol. 3032). Katz Editores. Traducción de Gonzalo María Vélez.
- Berger, John, Sven Bloomberg, Chris Fox, Michael Dibb y Richard Hollis (2000-1974). *Modos de ver*. Versión castellana de Justo G. Baramandi. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, S.A
- Bock, Marie S. (1992) 2. Estudio macro-espacial de la arquitectura y de la sociedad

- guayaquileñas (1900-1940). En Guayaquil: Arquitectura, espacio y sociedad, 1900-1940. Institut français d'études andines. Travaux de L'ifea. doi:10.4000/books.ifea.2013
- Burke, Peter (2001). Visto y no visto: el uso de la imagen como documento histórico. Barcelona: Ed. Crítica, 2001. También en: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Centro de Investigaciones sobre América del Norte. Link: <https://ru.micisan.unam.mx/handle/123456789/2133>
- Campana Altuna, Florencia (1996). Las revistas escritas por mujeres: espacio donde se procesó el sujeto feminista 1905-1937 (Master's thesis, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador). Link: <http://hdl.handle.net/10644/2771>
- Clark, Kim (2001). Género, raza y nación: La protección a la infancia en el Ecuador (1910-1945). Antología género, 183. Link: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/54966.pdf>
- Craig J. Calhoun (2016), La importancia de Comunidades imaginadas y de Benedict Anderson, en Debats 130, 2016, 14. Link: <https://museoetnografico.com/pdf/puntodefuga/171011calhoum.pdf>
- Chiriboga Vega, Manuel (2013). Jornaleros, grandes propietarios y exportación cacao-tera, 1790-1925. Corporación Editora Nacional. Biblioteca de Ciencias Sociales
- De Miranda, Francisco Mariano (1844-1955). Memoria sobre la epidemia de fiebre amarilla en Guayaquil. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito), 6(1-2), 88-121. Disponible en: https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/328
- Granda Noboa, Wilma (2006). La cinematografía de Augusto San Miguel: lo popular y lo masivo en los primeros argumentales del cine ecuatoriano. Guayaquil 1924-1925 (Master's thesis, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador) Maestría en Estudios de la Cultura. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/906>
- Goetschel, Ana María & Moscoso, Martha (1996). Educación e imágenes de mujer. Antología. Género, editado por Gioconda Herrera, 9. Disponible en: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/44914.pdf>
- Goetschel, Ana María (2006). Orígenes del feminismo en el Ecuador. Consejo Nacional de las Mujeres, 2006. Disponible en: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/102853-opac>

Guido, Raquel (2014). Teorías de la corporeidad: distintas representaciones del cuerpo en occidente. Cuaderno de Cátedra N.1 Colección Cuaderno de Cátedra. Buenos Aires: Instituto Universitario Nacional del Arte. Departamento de Artes en movimiento. Disponible en: https://assets.una.edu.ar/files/publicaciones/1639091944_2021-una-am-publicaciones-cuadernocatn1web.p

Hermida, César (1987). Salud - Enfermedad en Guayaquil (1918 - 1930) y la Presencia de Noguchi. Revista Ecuatoriana De Medicina Y Ciencias Biológicas, 23(1). <https://doi.org/10.26807/remcb.v23i1.402>

Hidalgo, Ángel Emilio (2010). El apareamiento del saber histórico en Guayaquil: el Centro de Investigaciones Históricas (1930-1962). Procesos. Revista Ecuatoriana de historia, 31, I Semestre, 2010. 45-77. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ElApareamientoDelSaberHistoricoEnGuayaquil-8758933.pdf>

Hidalgo Ortiz, Ángel Emilio (2014). Sociabilidad letrada y modernidad en Guayaquil (1895-1920). Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, Corporación Editora Nacional. Serie Magister, N. 162. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/4036>

98 |

Maguashca, Juan (2012) "La incorporación del cacao ecuatoriano al mercado mundial entre 1840 y 1925, según los informes consulares (Estudios)." Universidad Andina Simón Bolívar . Corporación Editora Nacional. Taller de Estudios Históricos. Procesos: revista ecuatoriana de historia N. 35 (2012): 67-97. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10644/3152>

Miño Grijalva, Manuel (2019). Guayaquil: Crecimiento de la población y estructura demográfica 1780-1920. Boletín Academia Nacional de Historia, 96(201), 13-52. Disponible en: <https://academiahistoria.org.ec/index.php/boletinesANHE/article/view/59/121>

Rivas, Fernando (2009), "La prensa escrita como documento histórico: cuidado, prevenciones y consideraciones." Analizando los medios y la comunicación: teoría y métodos (2009), 51-65. Disponible en: https://issuu.com/observatorio_de_comunicacion/docs/120801213147-d20d0b56f875436e8bb8af7a30dcc

Paz y Miño, Juan José (2011). La época cacaotera en el Ecuador. Historia economía, 3, 5-15. "Guayaquil: crecimiento de la población y estructura demográfica, 1780-1920", Boletín de la Academia Nacional de Historia, vol. XCVIII, N°. 201, enero - junio 2019, Academia Nacional de Historia, Quito, 2019, pp.13-52. Disponible en: https://www.academia.edu/34423562/HISTORIA_Y_ECONOMIA_LA_POCA_CACAOTERA_EN_ECUDOR_1

Instrucciones

Instrucciones para la presentación de originales

Para ser considerada la publicación de originales en la [Revista Venezolana de Estudios de La Mujer](#) éstos serán sometidos a una evaluación que consta de varias fases, tales como: una consideración preliminar por parte del Comité Editorial, la Editora y la Responsable de Edición, con el fin de seleccionar los artículos que cumplen con los parámetros de forma y contenido establecidos en la convocatoria y en estas instrucciones. Posteriormente, los originales seleccionados serán enviados a las /los lectores externos, como pares académicos, quienes evaluarán bajo el sistema «doble ciego» los diferentes textos. Dicha evaluación consta de los siguientes aspectos: 1) Pertinencia e importancia del tema; 2) Originalidad del planteamiento; 3) Organización del artículo; 4) Contenido y validez; 5) Actualidad de la bibliografía; 6) Metodología de la investigación; y 7) Calidad de la redacción, modo de presentación y cumplimiento de las normas de referencias y citas bibliográficas.

100 |

De ser necesario y de considerarse precisa la publicación de un original, los comentarios de arbitraje serán remitidos a las /os autoras/es con determinadas sugerencias para optimizar la calidad del artículo. En caso de discrepancia entre ambas evaluaciones, se realizará un consenso entre el Comité Editorial y las /los árbitras/os para determinar la pertinencia definitiva de supublicación. Los resultados del proceso de dictamen académico serán inapelables en todos los casos.

Los artículos deben ser originales y no haber sido publicados previamente o estar postulados a otras publicaciones, por lo que se debe enviar adjunto al mismo, una Carta de Compromiso de Originalidad. la Carta de Cesión de Derechos de Autor/a para la difusión de los artículos bajo licencia Creative Commons, sera exigida cuando el artículo sea aceptado para supublicación.

La presentación de los originales para su consideración se realizará exclusivamente en versión digital, con las siguientes especificaciones: en Word, letra tipo Arial, tamaño 12, a 1 ½ espacio. los trabajos serán recibidos en la dirección electronica

revistadestudiosdelamujer@gmail.com. Las autoras o autores deben enviar, junto al artículo, un resumen del mismo en castellano y en inglés, con una extensión no mayor de 100 palabras y cuatro (4) palabras clave, con objetivo de indización. Junto con el texto las y los autores deben enviar un curriculum resumido y breve lista de trabajos publicados.

El Comité Editorial se reserva el derecho de aceptar o rechazar los artículos presentados o a condicionar su aceptación a la introducción de modificaciones.

La [Revista Venezolana de Estudios de La Mujer](#) recibe colaboraciones para ser incluidas en las siguientes secciones:

- Artículos Académicos: Artículos de investigación teórica o de campo y ensayos con base bibliográfica, y con una extensión 10 a 20 páginas.
- Informes y Experiencias: Informes breves sobre experiencias relacionadas con la temática de la convocatoria, y con una extensión 5 a 10 páginas.
- Femiteca Latinoamericana: Reseñas de libros, películas y otras publicaciones con visión feminista latinoamericana, y con una extensión 1 a 2 páginas.

Las notas que pueden acompañar a los textos deben aparecer debidamente numeradas al final de cada página. Las referencias bibliográficas deben incorporarse en el mismo texto según las norma 258 del sistema Harvard, colocando entre paréntesis el nombre y apellido de la autora o autor, año de publicación y página(s), ejemplo: (Agnes Heller, 1990: 34-56).

De acuerdo al mismo sistema, las referencias bibliográficas al final del artículo se ordenarán alfabéticamente, según el apellido de las autoras o autores. En caso de registrarse varias publicaciones de una mismo autora o autor, éstas se ordenarán cronológicamente según el año en que fueron publicadas. Cuando una misma autora o autor

tenga varias publicaciones en un mismo año, se mantendrá el orden cronológico, diferenciándose las referencias de este mismo año utilizando letras (ej: 1996b). Todas las referencias deben aparecer en la bibliografía de acuerdo a los modelos siguientes:

- Libro: Apellidos, Nombres, (año de publicación). *Título*. Lugar de publicación: editorial.

Ejemplo: Randall Lopis, Andrea (1996). *el amor en el medioevo francés*. Buenos Aires: Ed. Losada.

- Artículos: Apellidos, nombres, (año de publicación). "Título del artículo" En *Título de la Revista*, volumen, número, Lugar de publicación: editorial, p. páginas.
- Ejemplo: Girondo, Luis (1994). "Estudios afroamericanos en el siglo XIX" En *Actas del Folklore*, Vol. 4, N° 2, Madrid: Universidad Autónoma, p. 54-55
- Internet: Autor, Nombre (fecha mostrada en la publicación). Título [tipo de soporte], volumen, números de páginas o localización del artículo. Disponible en : dirección electronic [fecha de acceso].
- Ejemplo 1: López, J. R. (2002). Tecnologías de comunicación e identidad: Interfaz, metáfora y virtualidad. En *Razón y Palabra* [Revista electrónica], Vol. 2, Nro 7. Disponible en : <http://www.razónypalabra.org.mx> [2003, 3 de junio].

Ejemplo 2: Worldwatch Institute (2003, octubre). Disponible en : <http://www.world-watch.org/live/>[2004, 3 de febrero]

Sólo se considerarán los originales que cumplan de manera estricta con estas instrucciones.

Instructions for submission of manuscripts

To be considered for publication in the journal [Revista Venezolana de Estudios de La Mujer](#), the manuscript will be subjected to an evaluation that includes several phases, such as: a preliminary consideration by the Editorial Board, the Editor and the Editorial Manager, to select the texts that meet the parameters of form and content established in the call and in these instructions. Subsequently, the selected originals will be sent to external readers, as academic peers, who will evaluate with double-blind system. This evaluation comprises the following: 1) Relevance and importance of the issue; 2) Originality of approach; 3) Organization of the article; 4) Content and validity; 5) Updated bibliography; 6) Research Methodology; and 7) Drafting quality, presentation and compliance of references and citations.

| 103

If it seems necessary to publish an original, arbitration and comments will be forwarded to the authors with some suggestions to optimize the quality of the article. In case of discrepancy between the two assessments, there will be a consensus among the Editorial Board and/or referees to determine the relevance of publication. The results of the academic opinion will be final in all cases. The articles must be original and not previously published or be nominated to other publications, so you must attach a Letter of Commitment of Originality. a letter for transfer of Copyright will be required when the article is accepted for publication.

The presentation of originals will be made exclusively in digital format, with the following specifications: Word, Arial size 12, 1 ½ space. Entries will be received at the electronic address revistadestudiosdelamujer@gmail.com. The authors must submit, along with the article, a Summary in Spanish and English, no longer than 100 words, and four (4) keywords, target indexing. Along with the text the authors should send a short curriculum and a brief summary list of published works.

The Editorial Board reserves the right to accept or reject the submitted articles or to condition the acceptance to the introduction of changes.

The [Revista Venezolana de Estudios de La Mujer](#) receives contribution for inclusion in the following sections:

- Academic Articles: Theoretical or field research papers or bibliographical based essays, and with extension 10 to 20 pages.
- Reports And Experiences: Brief reports: reports on experiences related to the topic of the call, and with extension 5 to 10 pages.
- Latin Femiteca: Reviews of books, movies, and other publications with Latin American feminist vision, and with extension 1 to 2 pages.

104 |

The notes that accompany the text should be displayed properly numbered at the end of each page. References should be incorporated into the same text according to the 258 standard system "Harvard", placing in brackets the name and surname of the author, year of publication and page(s), eg: (Agnes Heller, 1990: 34-56).

According to the same system, the references at the end of the article will be sorted alphabetically by the last name of the authors. If registering several publications of the same author, they will be chronologically ordered according to the year of publication. Where the same author has several publications in the same year, the chronological order will be maintained, and references of the same year will be differentiated using letters (eg 1996b). All references should appear in the literature according to the following models:

- Book: Surnames, first name (year of publication). Title. Place of publication: Publisher.
- Example: Randall Llopis, Andrea (1996). Love in french medieval. Buenos Aires. Publisher: Losada.

- Articles: Surnames, first name (year of publication). "Title of article". In: "Title of the Journal", Volume number, place of publication: Publisher, pages.
- Example: Girondo, Luis (1994). "African-American Studies in the nineteenth century", in: "Proceedings of Folklore", Vol 4, No. 2, London University.
- Internet: Author, Name (shown on the publication date). Title [type of médium], volumen, page numbers or location of the article. Available in: electronic address [access date].
- Example 1: Lopez, J.R. (2002). Communication technologies and identity: Interface metaphor and virtuality. In: Reason and Word [Journal], Vol 2, Issue 7. Available at: <http://www.razónypalabra.org, mx> [2003, June 3].

Example 2: Worldwatch Institute (2003, October). Available at: <http://www.world-watch.org/live/> [2004, February 3].

Only originals that strictly comply with these instruction will be considered.



CEM
Centro de
Estudios
de la Mujer