

NOTAS SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES

Romina C. Lerussi

Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)

rclerussi@yahoo.com.ar

Resumen

Las presentes Notas pretenden ser un aporte al campo de la comunicación / salud, partiendo de entender que es necesario incorporar la mirada de género como una categoría analítica que arroja luz sobre zonas oscurecidas u ocultadas de la vida social, en donde se reproducen y legitiman sistemas de opresión, desigualdad y exclusión imbricados con otros (como los de clase, raza, etnia), donde son las mujeres las vulneradas sistemáticamente en sus derechos por el sólo hecho de ser mujeres. La pretensión entonces, es aportar desde este lugar a la reflexión y transformación social, con vistas a construir una sociedad libertaria, fraterna, equitativa y en igualdad de oportunidades para todos y todas.

Palabras clave: género – comunicación – salud.

Palabras iniciales (1)

¿Cómo llegamos a ser quienes somos las mujeres? Día tras día se nos ha enseñado que las mujeres debemos permanecer en nuestras casas; que nuestros roles y funciones fundamentales están dentro de esas cuatro paredes, cuidando niños/as, haciendo la comida, lavando platos y pisos. A los varones, en cambio, se les ha enseñado que deben salir a trabajar, a hacer actividades en la calle con otros varones, a participar en el centro vecinal y los espacios de decisión. A unos y otras se nos ha socializado, es decir enseñado a vivir en la sociedad, de diferente manera, y eso ha sido reforzado por instituciones como la familia, la escuela, los medios de comunicación, etcétera. Es decir, que el modo de socialización es sexista. Y ¿qué quiere decir sexismo? El sexismo se refiere al “conjunto de todos y cada uno de los métodos empleados en el seno del patriarcado para mantener en situación de inferioridad, subordinación y explotación al sexo dominado: el femenino. El sexismo abarca todos los ámbitos de la vida y las relaciones humanas” (2).

¿Y cómo se manifiesta y expresa el patriarcado? (3). La noción de (sociedad o modelo) patriarcal designa el universo simbólico asociado tradicionalmente a lo masculino (y en otro nivel, las inferencias de los atributos de lo masculino al varón y al varón padre –en uno de sus roles-), en donde están presentes una serie de características tales como la asociación del espacio de lo público como un territorio propio y exclusivo de los varones en donde se deliberan y deciden cuestiones que tienen que ver con la comunidad. Además, la sobrevaloración de la fuerza física masculina es extendida a otras dimensiones, como por ejemplo la afectiva (de allí que muchos/as infieren que el varón es menos sensible y más templado en sus emociones, lo cual posibilitaría que el mismo pueda desarrollar más sus facultades intelectuales sin dejarse “confundir” por las emociones). Por otra parte, se suman una serie de fuentes de prestigio o estatus cargadas de atributos viriles que van desde el control de los recursos materiales (entre los cuales se encuentra la fuerza humana), el poder político y el acceso a los espacios reales de poder; la autoridad en la palabra y la decisión, todos considerados atributos varoniles y extensivos por ejemplo, al interior de la familia.

Los roles sexuales en el patriarcado están definidos de acuerdo a las representaciones construidas en torno al varón y a la mujer, en donde la mujer ocupa un lugar secundario, poco prestigioso, subordinado al varón y ocultado en el interior del grupo familiar. “Las mujeres son básicamente esposas y madres, en consecuencia desempeñan las actividades domésticas como si fueran expresión de su naturaleza y no un trabajo socialmente asignado: limpian y mantienen la casa, crían y educan a los hijos. Su desempeño es intrahogarero. En cambio los varones trabajan en el mundo del afuera, ocupan los puestos de producción extradomésticos y las funciones públicas” (4).

La afirmación de dichos (entre otros) atributos de lo masculino, supone una serie de afirmaciones en el universo simbólico de lo femenino (y en otro nivel, la mujer). Las mujeres, dentro de esta cultura patriarcal, han sido destinadas al espacio privado haciendo de ellas objetos o sujetas pasivas, que se construyen con el deber –que no el patrimonio- de la vida del hogar, los/las hijos/as, la pureza, los valores (en algunos casos, religiosos) y su condición de ser asexual, es decir, reproductora, pero sin derecho a la búsqueda del placer sexual. “A las niñas, se las infravalora, infraestimula y sobreprotege; se las supone más frágiles por lo cual se les limita más la libertad; se espera poco de ellas, se las estimula poco al éxito (definido como público) en cualquier actividad

extrahogareña que sea considerada importante” (5). Propio de ello es la llamada mística de la feminidad, la cual “propone la realización de la mujer a través de su dedicación exclusiva al hogar y a los hijos” (6) la “guardiana del hogar” (bajo la trampa del sacrificio) (7). Vemos cómo a través del tiempo, se ha construido la idea de que el espacio propio de las mujeres es el privado y el espacio propio de los varones es el público.

Y ¿de qué modo incide la manera en que hemos sido socializados unas y otros en una sociedad patriarcal a la hora de ejercer el derecho ciudadano a la salud?

Siguiendo la ya clásica definición de salud, de la Organización Mundial de la Salud, entendemos por ella el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad y dolencia. Entonces, estar sanas y sanos no significa solamente no estar enfermos/as, sino poder gozar de condiciones de vida que nos permitan sentirnos bien, saludables, íntegros/as. Significa poder acceder a la educación, a servicios de salud adecuados e integrales, contar con un trabajo digno, gozar de un medio ambiente saludable, tener un lugar donde vivir, alimentos ricos en nutrientes, tiempo libre y diversión, la posibilidad de decidir y participar, el acceder al mismo salario por el mismo trabajo realizado, etcétera. El derecho a la salud entonces, es una herramienta con la cual contamos para poder gozar de una salud plena y es a la vez un derecho humano: de todos y de todas en tanto personas.

Al mismo tiempo, el derecho a la salud debe ser entendido y respetado como un derecho de ciudadanía, pero ¿qué se entiende por ciudadanía? ¿somos las mujeres ciudadanas?, o mejor, ¿lo somos en igual medida que los varones? ¿qué implica el ejercicio de la ciudadanía en materia de salud? A grandes rasgos, la ciudadanía es la titularidad de los derechos ciudadanos, la capacidad para ejercerlos así como el efectivo ejercicio de los mismos. Esto supone que, tanto varones como mujeres, debemos ser capaces en igualdad de condiciones –y desde nuestra libertad y autonomía- de poder ejercer estos derechos que son nuestros.

Ahora bien, vemos, sin embargo, que las vidas de las mujeres progresivamente se deterioran, que la pobreza aumenta a pasos agigantados en toda la población, pero que es fundamentalmente la feminización de la pobreza la que crece día a día. Que la salud de las mujeres empeora como consecuencia de las condiciones de vida precarizadas, fruto de vivir en un sistema capitalista y patriarcal que además, nos coloca en el lugar de ciudadanas de segunda clase. Que nuestra sexualidad es objeto de discursos y prácticas que nos niegan el placer, nos condenan a ser madres a costa de todo y como única opción, nos restringen el acceso a métodos anticonceptivos, nos niegan la posibilidad de decidir sobre nuestros cuerpos. Vemos cómo somos atravesadas por miles de poderes que nos transforman en seres para otros y otras (cuidar de los/las hijos/as, cuidar del marido, cuidar de los/las ancianos, etcétera). Vemos cómo nuestros cuerpos son transformados en mercancías que se compran y se venden o que sirven para comprar y vender cualquier cosa. Vemos cómo se sanciona cualquier cosa que tenga que ver con conocer nuestros cuerpos, como cuerpos silenciados. Vemos cómo trabajamos en dobles y triples jornadas con salarios cada vez más bajos y en nuestras casas, trabajamos (sí, porque el trabajo doméstico es trabajo) sin que nadie lo reconozca. Vemos cómo miles de mujeres son violadas, abusadas, mutiladas, asesinadas. Experimentamos diariamente todas estas situaciones que no son aisladas ni de algunas pocas, sino de todas las mujeres y de una sociedad que a través de sus instituciones reproduce todas estas situaciones, las silencias, las oculta.

De este modo, nos arrimamos a la tesis central de estas Notas, a saber: el modo de socialización de las personas, incide en las posibilidades y en la manera de ejercer el derecho a la salud. Las mujeres (entre otras/as) (8) socializadas en un sistema de relaciones de género anclado en una sociedad patriarcal, tenemos más dificultades que los varones para ejercer nuestro derecho a la salud.

Promoción de la salud de las mujeres y comunicación social: aportes de las teorías de género(s)

Entiendo al género siguiendo a Scott J. como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y (como una) forma primaria de relaciones significantes de poder” (9). Esta doble manera de conceptualizar al género supone por un lado, la necesidad de reconocer esta categoría como una mediación (10) constitutiva en las relaciones sociales, que definen modos particulares de vincularse los sujetos en la sociedad -desde sus particularidades genéricas y desde lo que ellas significan en el imaginario social en el cual están inscriptas (sentidos)-. El género como una categoría eminentemente relaciona, que supone necesariamente complejizar lecturas y miradas de las relaciones sociales vislumbrando sistemas desiguales no sólo del orden de lo material sino simbólico (en relación al discurso patriarcal). Por otro lado, como forma primaria de relaciones significantes de poder, los sistemas de género se constituyen en medios de conceptualización cultural y de organización social, en donde aparecen nuevos y complejos elementos de análisis necesarios de ser des-velados y problematizados.

Y, ¿cómo se vincula esta categoría con las de promoción de la salud y con la de comunicación? O, antes bien, cuál es la relación

entre la segunda (promoción de la salud) y tercer (comunicación) categoría y cómo éstas están atravesadas por la categoría de género?

En primer lugar, partimos de entender que promoción de la salud significa generación de acciones y desarrollo de procesos tales que progresivamente apunten al ejercicio del derecho a la salud desde una mirada integral; es decir, no como un hecho biológico solamente, sino sociocultural. Es decir, que promover la salud, tiene que ver con generar pautas saludables de vida individuales y colectivas, está vinculado con la participación; está atravesada por representaciones sociales y maneras culturales de ser, vivir, pensar, sentir. Problematizar aquello que no permite el pleno desarrollo de las capacidades de las personas y el ejercicio de sus derechos, es también una tarea de promoción de la salud. Por lo tanto, promover la salud es por un lado, un proceso socioeducativo (en donde se dan aprendizajes y se generan transformaciones) y supone, por otro lado, un modelo de comunicación.

Este modelo o idea de comunicación implica el cuestionamiento de formas tradicionales de entender la comunicación, ancladas en el paradigma informacional, en donde se supone que hay ciertos nodos que son polos de encuentro de flujos informacionales a través de los cuales se transmiten contenidos en forma clara y coherente, y en donde los roles del/la comunicador/a están circunscriptos a prácticas de tipo instrumental asociadas, en muchos casos, a los medios de comunicación.

La crítica tiene como punto de partida una manera distinta de comprender la comunicación como parte constitutiva de la cultura, la cual supone prácticas significantes, modos mediante los cuales la sociedad confiere sentido a sus experiencias comunes y reflexiona sobre ellas (11). En este sentido, las condiciones de posibilidad de la cultura, residen en el hecho de que existen sistemas de significantes compartidos que son, al mismo tiempo, inseparables del hacer cotidiano de los sujetos; dichos sistemas significantes sostienen y dan sentido al conjunto de valores, creencias, ideas, prácticas en los que el orden social se experimenta, se transforma, se multiplica, se comunica.

En esta última dimensión es en donde se inserta la comunicación como constitutiva de la cultura, como verdadero proceso de producción social de sentidos en donde queda expuesta la naturaleza comunicativa de toda cultura. Así, rescatar desde la comunicación como parte constitutiva de la cultura, la dimensión simbólica de la realidad lo cual está íntimamente vinculado con la tarea de la promoción de la salud.

La promoción de la salud de las mujeres desde este modo de entender la comunicación, supone necesariamente el trabajo de problematización de las representaciones sociales acerca de los significados de mujeres y en relación con las representaciones sociales acerca de los significados de varones así como de otras identidades de género. La problematización y análisis de esas representaciones desde una mirada de género, adquieren una complejidad y riqueza ineludibles. Ello, considerando que dentro de las construcciones simbólicas relativas al género existen sistemas de representaciones y de relaciones que a lo largo del tiempo se han ido naturalizando, otorgando ciertos atributos a lo masculino y lo femenino sobre la base de una relación de dominio, anulación y/o discriminación de los atributos femeninos. Mujer y varón refieren a dichos sistemas simbólicos, en donde en el terreno de las representaciones y las prácticas se hacen extensivas las relaciones y valoraciones de los géneros (12).

Entonces, el posicionarse desde este enfoque crítico de género en relación con la promoción de la salud de las mujeres tiene como potencialidad el componer un campo de análisis y acción favorable al desarrollo de opciones de vida y de construcción de espacios sobre la base de la autonomía, en donde las mujeres puedan ser protagonistas de sus decisiones de vida, su sexualidad, su cuerpo y ser ciudadanas con derechos a ejercerlos en la vida pública y privada (13), en igualdad de condiciones respecto del varón y de otras identidades de género (14).

La promoción de la salud de las mujeres: desafiando lo público y lo privado

En estas épocas, y en nuestras sociedades, la idea de ciudadanía se nos presenta a menudo enmarañada, confusa y contradictoria. Hablar tan simplemente de las “desigualdades sociales”, estructurales o coyunturales no alcanza para explicarnos el acrecentamiento de las grandes diferencias entre ricos y pobres, la exclusión de un número cada vez mayor de varones, mujeres y niño/as, las necesidades básicas siempre insatisfechas y los números de la pobreza extrema. Sin embargo, encontramos que en Latinoamérica las políticas públicas actuales remarcan la feminización de la pobreza, porque (15):

- Aún con los planes funcionando, el 70 % de los/las pobres son mujeres.
- Se “recarga” sobre las mujeres, porque además del trabajo rentado fuera de la casa, se deposita en ellas el trabajo doméstico (la educación, la salud) y el trabajo comunitario. Lo que constituye para muchas la triple y diversificada jornada de trabajo.
- Se desvalorizan las tareas consideradas domésticas y se entienden como empleos marginales, que a su vez generan derechos marginales e ingresos desiguales y precarios (se los entienden como una “extensión” del trabajo de ama de casa).

- Se refuerzan las prácticas pro-natalistas, ya que se hace necesario tener hijos/as para poder acceder a un plan, y cuántos más hijos/as se tiene, más se paga.
- Se refuerza la lógica patriarcal de la relación entre los géneros, distribuyendo para las mujeres las actividades de servicio, relacionadas con su capacidad reproductiva, basado en la supremacía de la maternidad, colocando la idea de mujer = madre (ya que cuando las mujeres pasan la edad reproductiva, no son atendidas por este tipo de planes y/o programas).

En este contexto, promover la salud de las mujeres significa trabajar para el desarrollo de la ciudadanía y “para el desarrollo de (sus) capacidades a través de acciones que les permitan identificarse como productoras de saberes, alternativas y recursos” (16). Es decir, para que progresivamente las mujeres sean capaces de decidir lo que quieren y lo que no quieren, decidir sobre sus vidas y sus cuerpos.

Una de las actividades centrales de la promoción de la salud de las mujeres, tiene que ver con promover la participación activa. Ahora, para poder participar es importante, progresivamente, que las mujeres se animen a habitar el espacio público, sentirlo propio. Pues como decíamos antes, históricamente a las mujeres no se nos ha permitido intervenir activamente en el espacio público. De esta manera, entra en juego una discusión central sobre los modos de participación política en la sociedad en términos de posibilidades, potencialidades, expectativas, inclusiones y exclusiones.

Partiendo de la idea de que la ciudadanía depende de las capacidades de consentimiento y habla, y de la capacidad de participar a la par con otro/a en el diálogo (17): ¿De qué capacidades de diálogo y habla podemos pensar si la violencia doméstica es hoy una de las prácticas que atraviesan la vida de muchas mujeres y que está invisibilizada?; ¿si por igual trabajo, la mayoría de mujeres recibimos menos salario?; ¿si en la escuela a las niñas se les enseña a ser buenas señoritas, calladas, sumisas y obedientes?; ¿si en los espacios parlamentarios son marcadamente menos la cantidad de mujeres que de varones?; ¿si existen altos índices de mortalidad de mujeres que no pueden decidir sobre sus propios cuerpos y que abortan en condiciones de alto riesgo para sus vidas?; ¿si los cuerpos y sexualidades de las mujeres son vendidos/as y comprados/as en los medios de comunicación y en el mercado?; ¿si las dobles y triples jornadas de trabajo de las mujeres organizan y ocupan la totalidad de su vida cotidiana, aun más cuando se trata de mujeres pobres?

Podemos observar, entonces, cómo las condiciones de vida de las mujeres limitan la participación ciudadana y el desarrollo de capacidades para la deliberación política y para el ejercicio de derechos en general, y de la salud en este caso. Vemos cómo lo privado se hace público y lo público se hace privado: la ciudadanía ya no sólo tiene que ver con ejercer derechos ciudadanos en la calle, en las organizaciones, en los centros vecinales; sino también con la visibilización de las desigualdades, exclusiones y violencias que ocurren en los espacios domésticos, que hacen a nuestra condición de personas y permiten u obstaculizan el libre ejercicio de los derechos de ciudadanía.

La promoción de la salud de las mujeres, desde la perspectiva de género, visibiliza la situación de vida de las mujeres en la esfera privada y la hace política, la hace pública. Ejemplos como los de la violencia doméstica, el abuso sexual, el trabajo doméstico, entre tantos otros, problematizan al extremo la clásica distinción entre los asuntos privados y públicos, y transversalizan problemáticas y situaciones que están íntimamente vinculadas y que no favorecen el pleno desarrollo de las personas ni el ejercicio libre y autónomo de derechos ciudadanos (18).

Palabras de cierre: estrategias de género en la promoción de la salud de las mujeres

Una estrategia de género en las políticas de salud parte de reconocer las desigualdades que afectan a las mujeres como consecuencia de los patrones culturales patriarcales. Parte de valorizar la participación tanto de los varones como de las mujeres en la comprensión de los problemas y la búsqueda de soluciones. “Este enfoque nos permite entender cómo la manera de vivir, enfermar y morir de los seres humanos está socialmente condicionada por elementos fundamentales de la división sexual del trabajo y de la manera diferencial en que mujeres y varones se desenvuelven en los espacios que la cultura les permite o define previamente” (19).

Toda estrategia de género que tenga como objetivo la visibilización de las desigualdades de género, clase, raza, generación, entre otras dimensiones, y la búsqueda de soluciones a través de acciones que promuevan la participación de todos y todas, debe partir de promover la autonomía. ¿Qué quiere decir autonomía? Autonomía tiene que ver con “la capacidad de una persona de generar poder sobre sí misma, de controlar y modificar las relaciones de poder que la afectan” (20). Está relacionada con la idea de autorrealización y autoestima y con el deseo de tener más poder y control sobre la vida propia. En el caso de las mujeres, esto supondría el asumirse ciudadanas con derechos y deberes y reconocerse creadoras y dueñas de espacios de desarrollo propios y colectivos con y de mujeres.

Podríamos reconocer cuatro esferas o espacios importantes para la consolidación y afianzamiento de la autonomía de las mujeres”

(21), veamos:

- Autonomía física: implica el disfrute y autocontrol de nuestros cuerpos, nuestras sexualidades (22) y fertilidad.
- Autonomía económica: se sustenta en el acceso y control equitativo de los recursos materiales.
- Autonomía política: hace alusión a los derechos políticos que permiten crear y participar en grupos con propuestas propias, escogidas libremente.
- Autonomía sociocultural: es el derecho a tener una identidad independiente, propia, definida desde nuestras necesidades, gustos, pasiones, deseos, cuerpos.

Por otra parte, otra categoría importante a tener en cuenta es la de empoderamiento, es decir, la capacidad de las mujeres de actuar en la comunidad, de tener voz propia, de tomar decisiones y plantear alternativas no sólo relacionadas con los asuntos de mujeres sino con todos aquellos espacios o asuntos en donde lo que esté en juego sean los intereses de la comunidad. La promoción del derecho a la salud tiene que ver con la construcción de ciudadanía, partiendo de la idea de empoderamiento de las mujeres como actrices sociales autónomas y con conciencia de género. Apunta al desarrollo de la conciencia de género en las mujeres de la comunidad, desde sus particularidades, a fin de lograr que éstas reconozcan y asuman el poder de transformación que, como personas y ciudadanas tienen de las condiciones de injusticia en que se desarrolla su vida en los espacios concretos en que se desenvuelven, incluyendo el espacio doméstico (23).

Finalmente, la promoción de la salud de las mujeres se constituye en una tarea clave para poder problematizar la realidad en la que vivimos y transformar nuestras vidas. Para poder ser mujeres plenas, vivir nuestras sexualidades con placer y libertad, tener tiempo para nosotras, trabajar en igualdad de condiciones, ser reconocidas por nuestras capacidades y no por la formas de nuestros cuerpos, gozar de una educación no sexista, decidir si queremos o no tener hijos/as y cuándo, visibilizar el trabajo doméstico y poder hacerlo más equitativo, vivir en una sociedad que no nos discrimine por nuestra edad, nuestra clase, nuestro género, nuestra etnia, la manera de vestir, nuestra forma de hablar. Poder disfrutar de nuestros cuerpos si tener que maltratarlos para “lucir bien para otros”. Poder amar en libertad según nuestros deseos y opciones.

La promoción de la salud de las mujeres con perspectiva de género, aporta un campo de reflexión y acción con alto valor emancipatorio y de transformación social a los estudios de comunicación y salud, desde una mirada crítica y comprometida con la defensa de los derechos de todos y de todas.

Notas

(1) Por decisiones de estilo, la autora del presente trabajo, combinará el uso de la primera persona del singular (“yo”) con la primera persona del plural (“nosotras mujeres”). A su vez, el estilo de estas Notas es coloquial, ya que tiene la intención de poder ser un material de uso para estudiantes y estudiantas, así como para otros/as que estén iniciando procesos de reflexión y acción en estos territorios.

(2) BELLUCCI, M. (1992:21). “El androcentrismo hace referencia a la adopción de un punto de vista central, que se afirma hegemónicamente relegando a los márgenes de lo no significativo o insignificante, de lo negado, cuanto se considera impertinente para valorar como superior la perspectiva obtenida” (BELLUCCI, M. Ob Cit Pág. 42); “el sexismo es, pues, una precondition del antropocentrismo, y el androcentrismo es una forma específica de sexismo” (BELLUCCI, M. Ob Cit Pág. 42). “La crítica feminista se une a otras críticas procedentes de movimientos de contestación étnicos, sexuales, religiosos, ecológicos, para cuestionar aquellas construcciones de sentido que excluyen la diferencia y la otredad” (BELLUCCI, M. Ob Cit Pág. 42).

(3) Cabe destacar que entendemos que la categoría de patriarcado es una categoría sociocultural dinámica, que da cuenta de una realidad que está permanentemente transformándose, en movimiento; atravesada por el conflicto y relaciones sociales complejas; de este modo, nos corremos de ciertas posturas estructuralistas ortodoxas.

(4) LOMBARDI, A. 1988: 29.

(5) HUGGINS CASTAÑEDA, M. 1997: 55.

(6) LOMBARDI, A. O 1988:21.

(7) Este esquema binario varón - mujer, es criticado, discutido y problematizado por las teorías feministas, estudios queer, los estudios desde el lesbianismo y estudios gay, entre otras líneas de producción teórica y práctica. En estas Notas, sólo presentamos el estado de situación actual que ordena el imaginario colectivo hegemónico que excluye e invisibiliza además de las mujeres a otras identidades de género (no desconociendo la complejidad y riqueza de las discusiones y estudios actuales).

(8) Con otros nos referimos a otras identidades de género, sean intersex, travestis, transexuales, etcétera. A su vez, también hacemos referencia a otras opciones sexuales, que no sean la heterosexual, como pueden ser las lesbianas y los gays, quienes también tienen dificultades para ejercer su derecho ciudadano a la salud por no estar dentro de la “heterosexualidad obligatoria o normativa”. Para profundizar acerca de la categoría “heterosexualidad obligatoria”, se sugiere: RICH, Adrienne: “La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana”. En: NAVARRO, Marysa y STIMPSON, Catharine R. (comp.) *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica (1ra edición en español). 1999. Pág. 159 – 211.

(9) SCOTT, J. W. 1999:61.

(10) Mediaciones como espacios y lugares – que tiene que ver menos con un lugar concreto y físico y más con esquemas de percepción, prácticas ritualizadas, representaciones sociales – en donde los procesos históricos constitutivos de los sentidos sociales que se actualizan y recrean en diversos momentos, se cristalizan y sedimentan (Para profundizar la idea de mediación sugerida, se recomienda consultar: MARTÍN BARBERO, J.: *De los medios a*

las mediaciones. Bogotá. Convenio Andrés Bello. 1998. 5ta edición.

(11) Para profundizar en esta lectura de la comunicación, se sugiere: MARTIN BARBERO, J. *De los medios a las mediaciones*. México. G. Gili. 1987. Quinta edición, 1998. Del mismo autor, "Campo cultural y proyecto mediador". *Revista Alternativa Latinoamericana*. Mendoza. Acción Popular Ecueménica. Nº 11.1990.

(12) Con esto queremos despejar el prejuicio que existe en relación a la idea de que género es igual a mujeres; se trata de una categoría relacional.

(13) En este sentido, son muy interesantes los aportes de ZALDÚA, G., FABI, G. y DI MARCO, G. "La prevención desde una perspectiva de género: análisis y problemas relevantes en la salud de las mujeres". Pág. 121. En: FINDING, L. y MENDEZ DIZ, A. M. (compiladoras) *La Salud en debate: una mirada desde las ciencias sociales*. Buenos Aires. Oficina de Publicaciones del Ciclo Básico Común. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires (UBA). 1996. Pág. 111 a 125.

(14) Sin entrar en el debate teórico sobre las identidades de género, incluimos dentro de las mismas otras tales como las travestis, los intersex, los transexuales, entre otros. Consideramos importante aclarar que, cuando hablamos de sexualidades aludimos a toda la diversidad de modos de vivirla, y en el plano de las relaciones eróticas consideramos todas sus manifestaciones, sea a través de prácticas heterosexuales, homosexuales, lésbicas, bisexuales, etcétera.

(15) Fuente: Documento "Políticas públicas con perspectiva de género". Mesa Confluencia (mesa de articulación de Organizaciones no Gubernamentales - ONGs- de la Argentina que trabajan desde la perspectiva de género). Córdoba, año 2005.

(16) HUGGINS CASTAÑEDA, M. 1997: 55.

(17) Esta tesis puede verse brillantemente desarrollada en el artículo: FRASER, Nancy: "¿Qué tiene de crítica la teoría crítica? Habermas y la cuestión del género". En: BENHABIB, Seyla y CORNELL, Drucilla (edit.). *Teoría feminista y teoría crítica. Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío*. Valencia. España. Ediciones Alfons El Magnanim. Institució Valenciana D'Estudis I Investigació. 1990. Pág. 49 - 88.

(18) Puede verse este problema desarrollado analíticamente en: LERUSSI, Romina: "¿Lo público y lo privado?: una mirada desde la teoría crítica feminista". Córdoba. Cátedra de Epistemología de las Ciencias Sociales. Escuela de Ciencias de la Información. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba (UNC) www.eci.unc.edu.ar/epistemologia 2005.

(19) HUGGINS CASTAÑEDA, M. 1997: 56

(20) DIPLOMADO. "Género, Desarrollo y Planificación" 2001:80.

(21) DIPLOMADO. "Género, Desarrollo y Planificación" 2001.

(22) Decimos "sexualidades" en plural, partiendo de la idea de que hay diferentes modos de vivir y experimentar nuestras sexualidades de mujeres (y todas las sexualidades en general).

(23) HUGGINS CASTAÑEDA, M. 1997.

Bibliografía

AMOROS, Celia et al: *Diez palabras clave sobre mujer*. Pamplona. España. Editorial Verbo Divino. 3º edición. 1995. 369 páginas.
BELLUCCI, Mabel: "De los estudios de la mujer a los estudios de género: has recorrido un largo camino mujer". En: FERNÁNDEZ, Ana María (comp.): *Las mujeres en la imaginación colectiva*. Buenos Aires. Paidós. 1992. Pág. 27 – 50.

CHECA, Susana y ERBARO, Cristina: "La salud reproductiva en las representaciones y prácticas de los servicios públicos de salud". En: MÉNDES DIZ, Ana María, FINDLING, Liliana, PETRACCI, Mónica y FEDERICO, Andrea (compiladoras): *Salud y población: cuestiones sociales pendientes*. Buenos Aires. Espacio Editorial. 1998. Pág. 265–287.

DE BARBIERI, Teresita: "Derechos Reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos". En: *Revista Mexicana de Sociología*. México. Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Año LXII. Nº 1. Enero-marzo. 2000. Pág. 45-59.

DE BEAUVOIR, Simone: *El segundo sexo*. Buenos Aires. Editorial Sudamericana. 2da edición. 2005. Original: 1949.

DE ZARASQUETA, Pedro: "Políticas de Salud". En: FINDING, Liliana y MÉNDES DIZ, Ana María (compiladoras): *La Salud en debate: una mirada desde las ciencias sociales*. Buenos Aires. Oficina de Publicaciones del Ciclo Básico Común. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires (UBA). 1996. Pág. 21-24.

DIPLOMADO. Género, Desarrollo y Planificación: *Módulo II: Género y Desarrollo; Módulo III: Planificación de Género y Desarrollo*. Santiago de Chile. Universidad Nacional de Chile. Facultad de Ciencias Sociales, Centro Interdisciplinario de Estudios de Género. 2001.

FINDLING, Liliana y MASSERONI, Susana: "Significaciones socioculturales acerca de la salud reproductiva". En: FINDING, Liliana y MÉNDES DIZ, Ana María (compiladoras). *La Salud en debate: una mirada desde las ciencias sociales*. Buenos Aires. Oficina de Publicaciones del Ciclo Básico Común. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires (UBA). 1996. Pág. 233-246.

FRASER, Nancy: "¿Qué tiene de crítica la teoría crítica? Habermas y la cuestión del género". En: BENHABIB, Seyla y CORNELL, Drucilla (edit.). *Teoría feminista y teoría crítica. Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío*. Valencia. España. Ediciones Alfons El Magnanim. Institució Valenciana D'Estudis I Investigació. 1999. Pág. 49 - 88.

HUGGINS CASTAÑEDA, Magali: "Promoción de las mujeres a través del derecho a la salud. Problemas en torno al Derecho a la

- Salud desde la perspectiva de género". En: *Relatoría de la Oficina de Trabajo: Género y Salud Colectiva*. VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social (17 al 21 de marzo). Centro Cultural San Martín. Buenos Aires. Organizadores: Asociación Latinoamericana de Medicina Social, con colaboración del Centro Internacional de Investigación para el desarrollo (OTAWA, Canadá). 1997.
- LAMAS, Marta: "Género: los conflictos y desafíos del nuevo paradigma". En: PORTUGAL, Ana María y TORRES, Carmen (editoras). *El siglo de las mujeres*. Santiago de Chile. Ediciones de las Mujeres. N° 28 (volumen doble). ISIS, Internacional. 1999. Pág. 87-99.
- LERUSSI, Romina: *La salud reproductiva y las representaciones de la mujer en torno a las políticas de desarrollo. Los casos del Hospital Misericordia y de la Biblioteca Popular Bella Vista*. Córdoba. Tesis de grado. Escuela de Ciencias de la Información. Universidad Nacional de Córdoba. Inédito. 2002.
- LERUSSI, Romina: *¿Lo público y lo privado?: una mirada desde la teoría crítica feminista*. Córdoba. Cátedra de Epistemología de las Ciencias Sociales. Escuela de Ciencias de la Información. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba (UNC) www.eci.unc.edu.ar/epistemologia 2005.
- LO VUOLO, Rubén: "Prospectivas sobre políticas sociales". En: FINDING, Liliana y MÉNDEZ DIZ, Ana María (compiladoras). *La Salud en debate: una mirada desde las ciencias sociales*. Buenos Aires. Oficina de Publicaciones del Ciclo Básico Común. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires (UBA). 1996. Pág. 25-35.
- LOMBARDI, Alicia: *Entre madres e hijas. Acerca de la opresión psicológica*. Buenos Aires. Piados. Capítulo: Un mensaje de madres a hijas. 1988. Pág. 15 - 49.
- MARTIN BARBERO, Jesús: *De los medios a las mediaciones*. México. G. Gili. Quinta edición, 1998 (original de 1987).
- MARTIN BARBERO, Jesús: "Campo cultural y proyecto mediador". En: *Revista Alternativa Latinoamericana*. Mendoza: Acción Popular Ecuménica. N° 11. 1990.
- MOREY, Patricia y RAINERO, Liliana: *Paradigmas de género: un panorama de las polémicas actuales*. Córdoba. CISCOSA. 1998.
- NASH, Mary: *Mujeres en el mundo*. Madrid. Ed. Alianza. 2004.
- RESTREPO, Helena E. "Promoción de la salud y equidad: un nuevo concepto para la acción en salud pública". En: *Revista de Educación Médica y Salud*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Volumen 29, N° 1, enero/marzo 1995. Págs. 76-91.
- SCOTT, Joan W.: "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En: LAMAS, Marta (compiladora). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México PUEG, Universidad Autónoma de México. 1996. Pág. 265-301.
- VALDÉS E., Teresa y GOMÁRIZ M., Enrique (coordinadores): *Mujeres Latinoamericanas en cifras. Tomo comparativo*. Santiago de Chile. Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales de España y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - FLACSO. 1995.
- WILLIAMS, Raymond: *Cultura: Sociología de la comunicación y del arte*. Buenos Aires: Paidós. 1981. 231 pág.