

CONTENIDO

1. LA MUJER COMO OBJETO DE LAS CIENCIAS SOCIALES
 - 1.1 Discriminación, subordinación y opresión de la mujer
 - 1.2 La teoría de género y los estudios de la mujer
2. SISTEMA DE CONCEPTOS
 - 2.1 Diferencias entre sexo y género
 - 2.2 El sistema sexo-género
 - 2.3 La división sexual del trabajo y la institución social de la maternidad
 - 2.4 El triple rol de la mujer
 - 2.4.1 La mujer como productora
 - 2.4.2 La mujer como reproductora
 - 2.4.3 La mujer como organizadora y como gestora
3. LA MUJER COMO OBJETO DE POLITICAS: PERSPECTIVAS EN MUJER, SALUD Y DESARROLLO
 - 3.1 Situación actual: mujer y desarrollo
 - 3.2 Perspectivas en mujer, salud y desarrollo
 - 3.3 Perspectivas en investigación

LA CONSTRUCCION SOCIAL DEL GENERO Y SU ARTICULACION CON LOS
ELEMENTOS DE LA REALIDAD Y DE LA SOCIEDAD

Algunos antecedentes teóricos en
"Mujer, Salud y Desarrollo"

1. LA MUJER COMO OBJETO DE LA CIENCIAS SOCIALES

Según datos de las Naciones Unidas, a nivel mundial, las mujeres realizan, incluyendo el trabajo doméstico, los 2/3 de todas las horas trabajadas. Y, sin embargo, sólo reciben 1/10 de los ingresos mundiales, lo cual es equivalente a 1/100 de lo que se considera propiedad privada. Esto significa y es, quizá, la única explicación posible de que gran parte de esas horas de trabajo no son retribuidas del todo y que las restantes sólo lo son en forma mínima: ésta es fuerza de trabajo gastada pero que parece "no tener valor".

¿Qué significa esto? ¿Por qué esta "diferencia"? ¿Existe alguna explicación posible de "esto"?

La comprensión del fenómeno social mujer con rigor científico exige una teoría para aprehender una realidad empírica: su situación de desigualdad, discriminación y subordinación.

En general, el sexo de los actores sociales ha sido ignorado como una "variable" explicatoria presente en todos los hechos sociales. Y es, quizá, junto con la variable clase socioeconómica (a su vez, determinada por la inserción en el proceso productivo) la más significativa variable en la historia. Como bien señala la filósofa Sandra HARDING, "las construcciones sociales de la sexualidad y del género han sido las responsables de asignar a las mujeres y a los hombres diferentes roles en la vida social" (HARDING, Sandra: The Science Question In Feminism. 1986, p. 89).

Ahora bien, ¿qué se entiende por discriminación y subordinación? ¿Es el género una variable en la construcción de los conocimientos y en su aplicación? ¿Es un condicionante y un determinante social?

1.1 Discriminación, subordinación y opresión de la mujer

Los términos "subordinación" y "opresión" designan y especifican la posición de las mujeres en aquellos sistemas sociales (y otros) estructurados jerárquicamente y designan, también, los métodos que se utilizan para mantenerlos. No se utiliza el término "explotación" porque se lo reserva para designar la explotación económica del trabajador asalariado, mujeres y hombres. Aunque también se lo utiliza para referirse a las relaciones de opresión y de dependencia entre hombres y mujeres. Además, la subordinación de las mujeres posee la triple característica de ser normal, o sea que es parte esencial de su propia naturaleza; es justificada, puesto que las mujeres no se quejan, y es mantenida por el vínculo romántico y sexual del afecto entre hombres y mujeres. Aquí, el género es una de las "variables" más importantes, pero existen otras como la clase, la etnia, la religión, etc.

Las mujeres, como bien lo señala Simone de BEAUVOIR (1908-1986), en un ya clásico libro El Segundo Sexo (1947), siempre han sido socializadas para que tengan un sentido y una vivencia de sí mismas como "lo otro", jamás como "siéndose propias". Ellas sólo tienen una realidad "especular": su ser es el mirado por y para los hombres, como objeto de las concepciones masculinas, de sus experiencias, de sus deseos y fantasías, de sus articulaciones y discursos, de sus ciencias y tecnologías. Las mujeres son extrañas a sí mismas y han sido adaptadas a vivir en esa lejanía de sí, en ese "ser-otro", en ese extrañamiento. Recuérdese ese ser-otro en expresiones tan clásicas "la mujer de Lot", "la madre de los Macabeos", "Eva de la costilla de Adán", etc.

En cambio, el término "discriminación" hace referencia a la forma de exclusión de la mujer por parte de la sociedad y se reduce, en última instancia, a la separación y eliminación de la población femenina de los procesos sociales a nivel económico, socio-cultural y político. Indica una serie de fenómenos y actitudes que pueden tener solución por medio de decisiones y medidas correctivas, es decir, indica fenómenos de tipo coyuntural que pueden ser eliminados a corto plazo.

Junto a la discriminación de la mujer existe su "desigualdad social" cuyas causas están dadas por fenómenos estructurales, que no es posible modificar a corto plazo, puesto que son objeto de políticas sostenidas.

Estas situaciones y estas diferencias de género se dan en todas las clases sociales. El análisis y la elaboración teórica de estas situaciones de la mujer en nuestras sociedades forman parte de lo que se denomina la "Teoría de Género" y los "Estudios de la Mujer": con ellos se pretende abarcar los diferentes aspectos de la realidad de las mujeres.

1.2 La teoría de género y los estudios de la mujer

Esta teoría y los estudios centrados en la temática de la mujer fueron, inicialmente, objeto de una "práctica social": la de ciertas mujeres que comienzan a tener clara conciencia de sí mismas y de su situación en la sociedad y en el hogar, es decir, se dan cuenta de las condiciones reales de su existencia.

Valga el mencionar a Mary WOLLSTONECRAFT (1751-1820) quien publica un libro titulado Vindicación de los Derechos de la Mujer en 1792, y que es el primero en su género. Pero recordemos, también y antes que ella, a Abigail ADAMS (1744-1818), a Judith MURRAY (1751-1820) y, en los albores de la Revolución Francesa, a Olympia DE GOUGES. Esta lucha por los derechos de la mujer y el sufragio femenino cubre el final del siglo XIX y comienzos del XX. Y constituye la primera etapa de los movimientos de mujeres, el cual en los años 60 continúa su desarrollo hasta el punto de que hoy cuenta a su haber, no solo una segunda etapa, sino que se encuentra ya en la tercera. Se desarrolla no solo ni principalmente en Europa y los Estados Unidos, sino en América Latina y el Caribe también.

No es el objetivo aquí el desarrollar las diferentes etapas de esta historia; simplemente, hemos querido señalar que, en la evolución de este movimiento, la teoría siempre acompaña a la práctica y viceversa, cosa ésta, que parece ser característica no solo de su pasado, sino también del presente.

En síntesis, con ésto se ha querido señalar que el "fenómeno mujer" constituye no solo un movimiento y una práctica sociales, sino que, a partir de aquí, se ha desarrollado como teoría a fin de iluminar nuevas prácticas y nuevas formas de organización femenina.

En el campo que nos ocupa, "Mujer, Salud y Desarrollo", los actuales sistemas de salud exigen no solo una revisión en cuanto a sus prácticas y formas de organización concretas, sino que los problemas y las características específicas de los grupos de mujeres hacen indispensable una reconceptualización. Un análisis que pretende ser científico debe hacerse en el marco más general de una teoría de las relaciones de género y de su construcción social, a partir del contexto más amplio de las clases sociales.

Conviene recalcar que las teorías y los estudios de la mujer han alcanzado tanta importancia y validez que constituyen uno de los ejes fundamentales de los nuevos programas desarrollados por muchas y muy distintas instituciones de educación superior, y en el quehacer de la salud también.

Pero, no solo eso, sino que quiénes trabajan en esta producción--una buena cantidad de mujeres--nunca piensan en abstracto, sino que lo hacen a partir de una conciencia y un compromiso histórico bien definido.

Estamos, pues, ante una teoría sólidamente construida que abarca, no solo un sistema de conceptos y categorías de análisis, sino también una metodología propia. En ella se genera toda una nueva "lógica" de conocimiento de la realidad, que además, por sí misma constituye un nuevo paradigma, una revolución epistemológica, tal como establece Thomas KUHN (1922) en su obra "La Estructura de las Revoluciones Científicas" (publicada en 1962).

Esta noción de paradigma es especialmente importante porque permite incluir a la teoría de género y los estudios de la mujer dentro de la historia de las ciencias. Es decir, el estado actual de su desarrollo hace que ella cumpla las condiciones de un nuevo modelo o conjunto, más o menos estructurado y homogéneo, de presupuestos teóricos, de prácticas experimentales y de modos de transmitir los contenidos de las ciencias que, justamente, es lo que constituye y define a un paradigma. El paradigma es una explicación científica, una nueva sistematización teórica y conceptual, que, gracias a su metodología propia explícita, desarrolla el hecho de que "mujer se hace, no se nace" (Simone de BEAUVOIR). Su nivel operativo no es solo el discurso o la especulación, sino que, al ser una nueva práctica social, hace emerger, desde el fondo de la historia y de la vida, a un nuevo sujeto social: las mujeres, quiénes como "grupo" social organizado, son capaces de transformar su

propia historia y la de su entorno. La democratización de la vida pública y privada, el ejercicio de la ciudadanía y un nuevo orden de relaciones sociales, menos jerarquizadas y más igualitarias, son algunos de los factores que hacen indispensable el desarrollo teórico y práctico de una nueva ciencia: la de pensar y forjar una nueva calidad de vida, un mundo nuevo y más justo en donde "la otra mitad del cielo" (BROYELLE)--las mujeres: el 50% de la humanidad--nos muestre su rostro.

2. SISTEMA DE CONCEPTOS

2.1 Diferencias entre "sexo" y "género"

El paradigma de una mujer, cuyo estado natural es el matrimonio, el tener y criar hijos--aún cuando a veces muera por parto--es la imagen de las madres y esposas amantes, siempre bien dispuestas cuando el marido llega a casa. Tal paradigma, centrado en el género, es el cuestionado y analizado en esta teoría. Para ello, Ann OAKLEY elaboró en 1972 la distinción entre sexo y género dentro de la corriente del así llamado "feminismo cultural" norteamericano.

La más elemental y básica distinción entre sexo y género consiste en decir que el sexo es el dato biológico según el cual se nace "macho" o "hembra", y ésto a nivel de una gran mayoría de especies. Dentro de los sistemas de creencias que los seres humanos elaboran, dentro de las ideologías que ellos se construyen o aceptan, encontramos aquella según la cual ciertas características innatas o genéticas de los individuos tiene una enorme importancia y relevancia en la formación de los comportamientos de género. Como si del dato biológico, de la división entre macho y hembra, se pudiese saltar a la división socialmente desigual entre "femenino" y "masculino", entre "hombres" y "mujeres": esto es el género.

El género está constituido por todas las características atribuidas y construidas, social e históricamente, como definiciones de la esencia, de la naturaleza de lo que es ser mujer o ser hombre. Esto comporta la negación, el desconocimiento de que tales caracteres y propiedades no le son innatos a ninguno de los dos géneros--hombre y mujer--sino que han sido construidos, según las culturas y sociedades en los distintos períodos de la historia humana. Una situación concreta, como la sexualidad de mujeres y hombres, es enseñada y concebida de forma muy distinta. Así, para los varones es normal y necesario que, una vez alcanzada su madurez biológica, tengan una vida sexual activa y no limitada a una compañera, a una sola mujer. Para las mujeres, en cambio, la situación es precisamente la contraria.

Desde el punto de vista de lo que la naturaleza hace--Aristóteles sostiene que la naturaleza sólo hace mujeres cuando no puede hacer hombres--no hay nada que sea inherente o esencial a la sexualidad de hombres y mujeres: éste es un comportamiento aprendido, resultado de la diversa y desigual forma

en que son socializados las mujeres y los hombres. Es más: una "mujer pública" es una prostituta, mientras que un "hombre público" es un hombre de bien y socialmente importante. Todas estas construcciones son producto de condiciones sociales cambiantes, son papeles asignados por las culturas y las sociedades a mujeres y hombres. Sin embargo, se pretende hacer creer que corresponden a características esenciales, inmutables, eternas de mujeres y hombres. Igualmente, a partir del dato socioeconómico de no poseer medios de producción, a partir del dato biológico de ser de la raza negra, se han elaborado sistemas de creencias acerca del comportamiento de los miembros de la raza negra y se extrapola a una división socialmente desigual como, por ejemplo, sucede en el "apartheid".

Hemos, pues, establecido la distinción básica entre sexo y género que se convierte en una importante categoría de análisis cuando se la elabora como el "sistema sexo-género".

2.2 El sistema sexo-género

La elaboración de esta categoría de análisis se debe a la antropóloga Gayle RUBIN.¹

Rubin parte, por un lado, de una crítica al marxismo, especialmente a Engels, pues considera que dicho marco conceptual es insuficiente para dar cuenta de la opresión de las mujeres, ya que ésta queda indeterminada dentro de la estructura de clases de la sociedad capitalista. Sin embargo, Rubin también considera que es importante tomar como punto de partida el análisis del modo de producción, sólo que, esta vez, ella lo hace a partir de las teorías antropológicas de Claude LEVI-STRAUSS (1908) y del psicoanálisis de Sigmund FREUD (1856-1939). A partir de Levi-Strauss, Rubin destaca la importancia que dentro de ciertas sociedades ha tenido el tráfico de mujeres, debido a la forma en cómo se establecen las relaciones de parentesco para que las mujeres sean convertidas en objeto; produce, así, el sistema social de seres con género.

Esta teoría de Rubin es mucho más amplia y ha sido muy discutida. Pero su importancia radica en que la opresión y subordinación de las mujeres se ubica en la sociedad y en los sistemas de intercambio y no en la biología, en las condicionantes sociales y no en los determinantes biológicos. Es decir, es un intento de superar, por lo menos a nivel del discurso científico, las afirmaciones y creencias de que la inferioridad de las mujeres se basa en su inferioridad biológica.

1/ RUBIN, Gayle: "The Traffic of Women: Notes on the "Political Economy of Sex," en REITER, Rayna: Toward an Anthropology of Women. Londres: 1975. Monthly Review Press. pp. 157-209.

Freud, por su parte, también elabora toda una teoría, el psicoanálisis, que establece que las diferencias entre mujeres y hombres no son exclusivamente biológicas, sino que tiene una muy profunda y larga historia secreta que se gesta a partir de las relaciones del niño y la niña con sus padres y que el "inconsciente" y el "ello" (el "id") guardan muy celosamente.

De manera que, a partir de Rubin, las relaciones sexo-género constituyen un sistema en donde las determinantes son de carácter social y cultural, y según el cual, además, no pueden reducirse a las solas relaciones de clase o del modo de producción, puesto que en la constitución de dicho sistema intervienen "variables múltiples".

Anticipando quizá, podemos decir que algunos fenómenos que se dan, que se presentan en el proceso salud-enfermedad, no son de orden puramente biológico, sino más bien social. Por ejemplo, la relación existente entre los ciclos vitales y los tipos de enfermedades prevaletentes en uno u otro género. De manera que las implicaciones de elaborar esta aplicación del enfoque teórico de Gayle RUBIN para el campo de la salud estriba en que, pone de manifiesto y permite comprender la causalidad múltiple, general y particular, teórica y práctica, a partir de la cual debe enfocarse la relación mujer-salud en los sistemas de salud; pues estos núcleos cerrados en sí mismos, ni están aislados del contexto económico, socio-cultural, político, etc.

Una fuente generadora de problemas en el campo de la salud en Latinoamérica y el Caribe lo ha sido, precisamente, la que las políticas y los programas de salud han sido "manejados", por una parte, como un "hecho" aislado del contexto global y "macro", como si lo importante fuese concentrarse en el "renglón", "área salud". Es decir, en los pacientes en tanto que "seres enfermos" sin, por otra parte, darse cuenta de que están "inmersos" en condiciones y sociedades específicas. En ellos se refleja, por lo tanto, el conjunto de relaciones y elementos de la sociedad, de la vida familiar y doméstica de las "pacientes mujeres" que son las principales usuarias de los sistemas de la salud. De modo que, muchas de las dificultades se deben a las determinantes de género.

Asimismo, si bien en otro sentido, a la salud se la ha visto sólo como una especialidad médica--las carreras de medicina social y de salud pública son relativamente recientes--o sea, como una institución social de control, como un particular ejercicio del poder en manos de profesionales médicos hombres.² Los médicos sustituyen al sacerdote, su poder es milagroso, son "expertos" en muchas cosas, de ellos se esperan orientaciones fundamentales, no solo para la salud sino para el vivir. Su centro de atención es la

^{2/} La "feminización" de la profesión médica es, por el momento, sólo una tendencia y no una situación consolidada y mayoritaria.

"enfermedad" y no tanto la salud; el énfasis está puesto, menos en la prevención que en la curación. Pero, cuando esto "hace crisis" por factores económicos, sociales y políticos, entonces, las normas y concepciones en que esos sistemas de salud se asentaban, producen resultados inesperados y comportamientos "clínicamente" desviados. Y el sistema de salud invierte recursos humanos y económicos sin que eso se refleje e impacte efectivamente la calidad de los servicios prestados. Tales situaciones hacen que los sistemas de salud sean inadecuados por ser demasiado "puntuales" (vacunación, prevención de enfermedades infecto-contagiosas, diagnósticos, etc.). Es decir, no toman en cuenta que existen una serie de factores no-médicos, que producen variaciones significativas. Por ejemplo, la incidencia del entorno social más amplio, en donde se coaligan los determinantes del género, como las condiciones de la vida y del trabajo doméstico de las mujeres, las condiciones concretas de sus maternidades, su nivel de educación y de autoestima, la calidad de vida, los efectos de la división sexual del trabajo en sus niveles de estrés, su salud mental, etc. De manera que, muchas de las enfermedades de las mujeres y las posibilidades de desarrollar programas de salud cualitativamente diferentes deben de tomar en cuenta los aspectos a través de los cuales se construyen socialmente los géneros, centrarse menos en la enfermedad y las especialidades médicas, generar y aplicar un nuevo concepto y una nueva estrategia de salud vivencial.

Hemos procurado, así, señalar algunos aspectos que permiten relacionar el sistema sexo-género con los sistemas de salud.

Los desarrollos teóricos en este campo son mucho más extensos, amplio y elaborados. Sin embargo, no creemos que ésta sea la ocasión para exponer en toda su rigurosidad y conjunto tal problemática.

Pero tal teoría sería muy deficiente y sus categorías de análisis muy poco rigurosas si no hiciésemos referencia a la condición de "super-explotadas" en que viven la mayoría de las mujeres en América Latina y el Caribe.

Precisamente, esto forma parte de lo que en la teoría de género se define como la "división sexual del trabajo".

2.3 La división sexual del trabajo y la institución social de la maternidad

Esta categoría debe permitirnos comprender el hecho de la super-explotación de las mujeres en prácticamente todas las sociedades y culturas actuales. Fundamentalmente, porque las mujeres no solo tienen que asumir el trabajo doméstico, sino también el extra-doméstico, gracias a los siguientes factores, entre otros:

- i) una nueva división internacional del trabajo y del capital;
- ii) un desarrollo económico desigual;
- iii) la disminución del trabajo asalariado;
- iv) el surgimiento del "sector informal de la economía";
- v) la urbanización creciente;
- vi) la disminución creciente de la agricultura de subsistencia;
- vii) la "internacionalización" de la "realización del capital" y de su acumulación;
- viii) las migraciones internas, etc.

Valga el mencionar, apenas, que antes de que se elaborara la categoría de la "división sexual del trabajo", se hablaba únicamente de la "división social del trabajo".

En general, las mujeres ocupan trabajos que son menos pagados que los "masculinos", son más inseguros, de difícil promoción o ascenso y menos calificados. En el mercado de trabajo, ésto se segmenta por profesiones, ocupaciones, industrias, etc. Las mujeres, por ejemplo, constituyen una parte elevada de la fuerza de trabajo a nivel del sector terciario de la economía o de servicios.

La división sexual del trabajo se construye sobre los supuestos de una ideología de género, de una economía patriarcal, en donde el trabajo femenino se centra en el renglón "servicios" y en el renglón "cuidados", puesto que son eminentemente femeninos: son una extensión de las funciones típicas de ser madres y amas de casa.

Para los fines de este trabajo de reconceptualización, reviste especial importancia el análisis de la maternidad, no solo por la división sexual del trabajo, sino porque buena parte del proceso salud-enfermedad tiene a las madres como proveedoras y como usuarias de sus servicios.

Para las mujeres, la maternidad ha sido no solo un determinante de tipo biológico, el dar a luz y el reproducir la especie, sino que ella se ha convertido en una institución social; es decir, ella ha pasado a ser el determinante fundamental del papel y la ubicación de las mujeres en la sociedad. Es un determinante de género, también construido y mantenido socialmente. Como institución social que es, la maternidad es una de las formas en que se manifiesta y organiza el trabajo femenino. Las mujeres realizan, por un lado, el trabajo doméstico y, por otro, el trabajo reproductivo, pero, en ambos casos ésto está definido, por la institución social de la maternidad. Paralelamente, el trabajo reproductivo, biológico y social y el doméstico definen las posibilidades de las mujeres para participar en la fuerza de trabajo.

Ahora bien, en la división sexual del trabajo, la mujer cumple un triple rol o papel: ella es productora, es reproductora y es organizadora o gestora.³

3/ Cf. MOSER: 1985.

2.4 El triple rol de la mujer

2.4.1 La mujer como productora

Las mujeres participan en el trabajo productivo tanto en la producción de salarios como en la producción de bienes; tanto en el sector formal de la economía como en el informal; ellas, al igual que los hombres, venden su fuerza de trabajo y producen bienes y plusvalía. En el hogar producen valores de uso. Pero, a diferencia de los hombres, las mujeres pasan a ser definidas institucionalmente por la producción de valores de uso en el hogar, gracias al estar condicionadas por el trabajo reproductivo. Su función principal es la de producir subsistencia. La mujer es la que realiza el trabajo indispensable para la producción y la reproducción de la vida humana, lo cual incluye el parir y criar a los niños, la nutrición, el vestido, la vivienda, pero también la pequeña producción agrícola destinada al auto-consumo y al auto-abastecimiento. Ella produce valores de uso que son consumidos directamente por los propios productores y demás miembros del hogar. Su principal motivo es mantener la vida humana. La mujer es también proveedora secundaria de ingresos para el hogar, pero todas estas manifestaciones económicas de su función permanecen invisibles. Esto no obstante, la contribución de las mujeres en la producción de subsistencia representa sólo una parte de su trabajo, a pesar de ser el eje en torno al cual gira su vida cotidiana, su existencia toda, al que le dedica todo su tiempo y en el que emplea toda su fuerza de trabajo, sin remuneración alguna, sin siquiera ser tenida en cuenta en la economía de nuestras sociedades. Inversamente, la vida de los hombres está centrada en el intercambio de bienes y productos en las economías de mercado, y este "ámbito" de lo económico es de su competencia exclusiva. Ya hemos visto como, contrariamente, el trabajo doméstico no tiene ningún valor económico, a pesar de que si se lo contabilizara, sería equivalente a 1/3 del producto económico mundial bruto.

2.4.2 La mujer como reproductora

A pesar de que muchas mujeres han ingresado en la fuerza de trabajo asalariado, no obstante las fluctuaciones que se han dado en las tasas de nupcialidad y de fertilidad, las mujeres siguen siendo quienes se ocupan de la crianza y educación de los niños y las niñas. Ellas gastan la mayor parte de su tiempo y energías en estas labores. Buena parte de su trabajo asalariado no es sino extensión de su papel de madre: como maestra, encargada de centros infantiles o de programas de nutrición y, aún, su papel como enfermera o encargada del "cuidado de ...". Este hecho es especialmente significativo en América Latina y el Caribe--como en general para los países del "Tercer Mundo"--en donde las mujeres tienen más hijos e hijas y en donde dedican la mayor parte de sus vidas a la crianza de los niños. Así como para los hombres el papel del trabajo es determinante, para las mujeres lo es su papel de madres y reproductoras de la especie. Sin embargo, este hecho

llega a tener un significado de tipo económico por cuanto garantiza también el mantenimiento y la reproducción de la fuerza de trabajo. Reproduce también el conjunto de creencias y hábitos; es decir, toda la super-estructura que incluye al mismo sistema sexo-género. De allí, la importancia de las mujeres que son pioneras en la penetración de campos reservados a los hombres y de todo lo que se entiende por el "rol modelo".

Dentro de la reproducción social del sistema, es necesario prestar su debida atención a la reproducción, no solo de personas o de la especie, sino al hecho de que las mujeres son las productoras de subsistencia. El concepto de producción de subsistencia significa "todo tipo de trabajo directo necesario para la producción y reproducción de la vida humana misma, o sea, ella incluye desde parir y criar las nuevas generaciones, preocuparse de la comida, la vestimenta y la vivienda--en general, trabajo de mujeres--hasta la producción de los pequeños agricultores (hombres y mujeres), destinada al consumo propio".⁴ Ella es la base general de la existencia social; su objetivo es la producción de valores de uso y su motivación es el mantener la vida humana.

Ahora bien, "como categoría analítica, la producción de subsistencia no es una forma específica histórica de producción, sino una forma de producción que está sincronizada con otras en un modo de producción y sin la cual las otras formas de producción no pueden existir".⁵

2.4.3 La mujer como organizadora o gestora

El creciente fenómeno de migración del campo a la ciudad y la urbanización creciente ha hecho que las mujeres se incorporen e involucren, especialmente en las áreas urbanas, en actividades de gestión comunal. Cada vez más, es menor el suministro de servicios básicos y de vivienda por parte del Estado y más difícil el satisfacer las necesidades de una población creciente. En este sentido, no solo es la mujer la que se ve afectada más negativamente, sino que es ella quien, además, debe asumir toda una amplia gama de responsabilidades en la administración de los cada vez más limitados recursos básicos.

4/ Harms, Hans y Zschaebitz, Ulrike (eds.): Renovación urbana y vivienda popular en áreas metropolitanas de América Latina, 1987. p. 421.

5/ Ibid.

A menudo, cuando surgen problemas comunales--por ejemplo, falta de agua--y se dan enfrentamientos con las autoridades, son las mujeres las que cargan y asumen la mayor responsabilidad en la organización y conducción de las protestas.

Una vez establecido lo anterior, lo importante es notar que esta responsabilidad la asumen las mujeres como una extensión de su rol--de su papel de madres y esposas--, todo ello determinado e impuesto por su género. Como tales, ellas deben luchar por la gestión de los servicios para su comunidad y su barrio, como promotoras de salud y como madres comunitarias, aceptando y cumpliendo así--implícitamente--con la división sexual del trabajo y con el carácter de subordinación propio de su género. Sin embargo, todas estas tareas y trabajos que las mujeres asumen y realizan nunca son reconocidos como tales y mucho menos se reconoce su papel de organizadora y de dirigente.

Es muy importante destacar, que aún cuando el hombre no sea el jefe de familia, aún cuando ni siquiera exista como tal en el núcleo familiar, cuando es desempleado y es la mujer la que aporta la mayor parte del ingreso del hogar, persiste el estereotipo de que el hombre es el proveedor económico. Esto es notable hasta en los libros de texto utilizados en escuelas y colegios en América Latina y el Caribe, en los cuales, a nivel de Centro América, por ejemplo, las figuras masculinas representan el 93% y las femeninas el 7%.

Sucede también muy a menudo que la mujer es la activista y el hombre es el dirigente.

En síntesis, conviene igualmente señalar que este triple papel de la mujer, no solo no es reconocido, sino que, a diferencia de los hombres, las mujeres deben de combinar y balancear sus labores productiva, reproductiva y de gestión comunal.

Esta situación es visualizada y mantenida como algo natural e inherente a la condición de la mujer, sin que se la vea o analice como una manifestación de la construcción social del género.

3. LA MUJER COMO OBJETO DE POLITICAS: PERSPECTIVAS EN MUJER, SALUD Y DESARROLLO

3.1 Situación actual: mujer y desarrollo

Los países de América Latina y el Caribe han sido objeto de múltiples políticas de desarrollo y planificación sociales. En casi todos esos programas de desarrollo o de ayuda al desarrollo, se han planteado políticas específicas para las mujeres.

Según Moser y Levi⁶, en algunos países, tanto histórica como actualmente, se pueden identificar cuatro enfoques de políticas orientadas hacia las mujeres: el enfoque asistencial o de "welfare", el enfoque anti-pobreza, el de igualdad o autonomía, y el de eficiencia.

El enfoque asistencial o de "welfare" está orientado a satisfacer las necesidades prácticas y básicas de género. Impulsa programas de bienestar que tienen a la mujer como centro del problema y como principal beneficiaria por su carácter de esposa y madre. Están dirigidos fundamentalmente al bienestar familiar y se basan en la premisa de que la mujer es responsable del crecimiento de la población. Esto, a su vez, es considerado como uno de los factores determinantes del "subdesarrollo".

Este enfoque y los programas a que dio origen—ambos surgidos poco después de la Segunda Guerra Mundial—parte de dos supuestos: en primer lugar, la maternidad determina el papel social de la mujer y, en segundo lugar, su papel como madre es el más importante en todos los aspectos del desarrollo económico. Tales programas se centran en la familia, el cuidado de las nuevas generaciones, los programas de nutrición y los programas de planificación familiar. La mujer, como principal beneficiaria de esos programas, recibe gratuitamente, complementos para la alimentación. Cuando se iniciaron, experimentalmente, los programas de control de la natalidad y de la distribución gratuita de anticonceptivos, eran también de tipo "asistencial". Actualmente lo son la planificación familiar y la educación sexual. En todos estos casos, siempre se le da a la mujer "información" educativa para que sea una "buena beneficiaria", sea mejor "madre" y esposa. Ella es receptora pasiva del desarrollo reiterándose así una "característica" de su género: la pasividad y la dependencia en aras del crecimiento económico.

El enfoque anti-pobreza surge a mediados de los años 60 y comienzos de los años 70 y, en lugar del crecimiento económico, se elaboran estrategias dirigidas a la redistribución del empleo. Según este enfoque, se hace necesario combatir su pobreza, balancear el crecimiento económico, pues el énfasis está puesto en superar la desigualdad económica entre hombres y mujeres. Para ello, es necesario, entonces, aumentar la productividad de la mujer de bajos ingresos. Se trata de ofrecer a las mujeres la posibilidad de generar ingresos y de aumentar su productividad por medio del acceso a los recursos productivos.

Ahora bien, estos programas fomentan las actividades típicamente femeninas, por ejemplo, la confección de ropa, de tejidos, etc.

6/ Cf. MOSER y LEVI: (citar).

En épocas más recientes, los programas de vivienda y de acceso a los servicios públicos son programas anti-pobreza dirigidos a mejorar la calidad de vida de las mujeres. En este renglón, son especialmente importantes los programas de auto-construcción de vivienda. Tal es el caso de Costa Rica, por ejemplo, en donde el actual gobierno se propuso construir 80.000 viviendas en cuatro años, y, según datos recientes, ya ha sido superada esta meta. Pero también, conviene mencionar los programas de desarrollo de micro-cooperativas de mujeres en países como Honduras y Perú y en Africa.

El enfoque de igualdad o autonomía surge como consecuencia del "Decenio de la Mujer" y se plantea como respuesta a las necesidades estratégicas de género. Se centran en la desigualdad entre hombres y mujeres de todos los grupos socioeconómicos y en la división sexual del trabajo. Reconoce el papel reproductivo de la mujer en el hogar e igualmente la importancia de su papel productivo en la sociedad, y pretende que haya una participación productiva igualitaria en el crecimiento y desarrollo económico.

El enfoque de eficiencia, así llamado por Moser, es el resultado de las políticas de ajuste ante los problemas del pago de la deuda externa. Ha sido impuesto y mantenido por organismos como el Fondo Monetario Internacional. Se busca la eficiencia económica. Se reconoce que las mujeres tienen una participación primordial en el bienestar del hogar, pues ellas son las usuarias principales de la vivienda y de los servicios. De manera que, al asegurarse la participación de las mujeres en tales programas y proyectos, se reducen los costos, se garantizan resultados eficientes y un mayor rendimiento. La presencia de las mujeres garantiza "residualmente" una mayor eficiencia, pues su trabajo busca la satisfacción de necesidades reales.

Esta es sólo una exposición sintética de los cuatro tipos fundamentales del enfoque del desarrollo en relación con las mujeres.

Sin embargo, es importante señalar que cada uno de estos enfoques puede tener como supuestos teóricos diversas concepciones de las relaciones entre mujer y desarrollo, y que, por ende, tienen implicaciones teóricas y prácticas diferentes. Se las puede agrupar en tres visiones:

- a) Mujeres en el Desarrollo (MED en español, WID en inglés: Women in Development).
- b) Mujeres y Desarrollo (MYD en español, WAD en inglés: Women and Development).
- c) Género y Desarrollo (GYD en español, GAD en inglés: Gender and Development).⁷

^{7/} En un importante trabajo, Eva M. RATHGEBER analiza ampliamente estos marcos conceptuales. Los trabajos de BOSERUP, SEN, ROGERS son especialmente importantes en este campo.

3.2 Perspectivas en mujer, salud y desarrollo

Hasta aquí hemos hecho o elaborado, fundamentalmente, dos cosas:

En primer lugar, elaborar la Teoría de Género y su sistema de conceptos como conjunto de categorías de análisis que se constituye en un nuevo paradigma científico, a fin de reconceptualizar el fenómeno social mujer con la rigurosidad propia de una ciencia. No como una ciencia que se opone a cualquier otro tipo de ciencia, sino como una nueva teoría y una nueva práctica social que señala los rasgos sexistas, patriarcales o de género en la construcción y comprensión de la realidad social. Un paradigma de este tipo no puede ser iconoclasta, no puede ser anti-nada: uno de sus supuestos básicos es el de que ninguna realidad social puede ser aprehendida si se la aísla de la totalidad en que está inscrita, a la cual pertenece, a la cual modifica y por la cual es también modificada en este movimiento incesante que parece ser el rasgo fundamental de la vida. Por ello, esta primera parte. Precisamente, éste es un trabajo de reconceptualización y de elaboración de un marco conceptual: es un esfuerzo de reconceptualizar la construcción social "mujer" como género y su articulación con los elementos de la realidad y de la sociedad, esfuerzo que, como tal, no tiene antecedentes.

Las "crisis", las "desviaciones" que se dan a nivel de lo económico, a nivel de la salud, entre otras cosas, ponen en cuestión los programas y las políticas que se han puesto en práctica en América Latina y el Caribe. Cada uno de estos programas y de estas políticas revelan, en ocasiones dramáticamente, la carencia de enfoques y planteamientos específicos para las mujeres, las cuales, sin embargo, parecen constituir el eje central de los mismos.

Así y por ello, en segundo lugar, señalamos, brevemente, algunos de los "enfoques" y la manera en cómo cada uno de ellos pretende centrarse en la mujer y el desarrollo.

A título prospectivo y de conclusión, elaboramos ahora algunas articulaciones posibles sobre el enfoque de género en salud.

La necesidad de elaborar un marco conceptual pareciera surgir de que uno de los "objetos" fundamentales de los programas de salud y de la atención médica, las mujeres, no solo son determinantes en cuanto a los programas de salud como usuarias y proveedoras de salud, sino que, además comienzan a ser significativas las "variaciones", los comportamientos "clínicamente desviados" o erráticos que tienen manifestaciones específicas según el sexo, especialmente en relación a las mujeres.

Es más, surgen enfermedades que afectan de manera diferente a uno u otro sexo, enfermedades que se consideran como típicas de cada sexo y de los grupos étnicos. Es más, cada país, cada región geográfica tiene sus características propias de morbi-mortalidad.

Esto pone en evidencia que el generar políticas y estrategias prácticas alternativas en relación a la mujer, no es solo un mandato del "Decenio de la Mujer" o de los Organismos y Agencias Internacionales, sino que la realidad social misma ha hecho inadecuada la hegemonía del paradigma médico dominante, especialmente en relación a las mujeres.

En el campo de la salud esto ha dado origen al enfrentamiento entre dos concepciones y dos prácticas médicas contrapuestas. Por una parte, el "paradigma dominante de la enfermedad que lo conceptualiza como un fenómeno biológico individual"⁹ o "paradigma médico biologista". Por otra parte, el cuestionamiento que de ese paradigma se hace desde la medicina social que cuestiona a la medicina clínica y biologista como incapaz de responder satisfactoriamente a las necesidades en salud de amplias colectividades en Latinoamérica y el Caribe. Valga el señalar, no más que cada uno de estos enfoques tiene como contexto teórico-conceptual al estructuralismo funcionalista el primero y mientras que el segundo es de inspiración histórico-social.

Ahora bien, el paradigma de género, que hemos abordado aquí, considera que en relación a la mujer ambos paradigmas mencionados son insuficientes.

Es más, el paradigma de género se presenta como surgido de un movimiento de superación de ambos. Es decir, que si el paradigma médico-biologista se centra en la enfermedad como un proceso fundamentalmente biológico el cual, a su vez da origen, por una parte, al concepto médico clínico según el cual la enfermedad es un proceso biológico del individuo y, por otra parte, al concepto ecológico según el cual la enfermedad es la resultante de un desequilibrio entre el huésped y su ambiente.

Si, por otra parte, el paradigma médico-social considera que la enfermedad es un proceso social llamado proceso-salud-enfermedad, que posee un carácter histórico, es decir que, su objeto de estudio es un objeto construido socialmente en la múltiple interacción dinámica entre la colectividad, el grupo, la clase social y el individuo. Si, además, el individuo y la colectividad dejan de ser vistos como meros entes biológicos aislados o yuxtapuestos para ser vistos, analizados y construidos en función de sus características sociales, y solo secundariamente las biológicas, entonces, es indispensable contar con una teoría de lo social y no solo de lo biológico. En este paradigma de la medicina social, las condiciones de salud de un grupo de seres humanos se articulan con sus características sociales e históricas concretas.

Tenemos pues dos paradigmas, el de la medicina clínica y el de la epidemiología: el uno, está centrado en la enfermedad individual; el otro en los procesos colectivos.

Pero, y para nuestro objetivo esto es lo determinante, ambos solo establecen distinciones entre el hombre y la mujer en la forma y en la incidencia en que las diferentes enfermedades o patologías clínicas se manifiestan en ellos y en sus diferentes causas (biológicas o sociales respectivamente). Ninguno de dichos paradigmas considera el que, no es solo la enfermedad la que tiene un proceso de construcción biológica (medicina clínica) o social (medicina social), sino que el "factor" género permea dotando, de forma propia al proceso salud-enfermedad. De manera que, en relación a las mujeres, el proceso salud enfermedad posee un carácter histórico y social propio y específico.

Veamos esto en un ejemplo bastante ilustrativo.

La alta tasa de tabaquismo de la mujer joven, no solo está ya establecida, sino que, en algunos países, tiende a aumentar. La explicación de este aumento se debe, tal como parece insinuarse con bastante certeza, a factores sociales cuyo análisis detallado hace ver que dichos factores son fundamentalmente de género. Veamos cuáles son algunos de esos factores. Entre otros, son los siguientes:

⁹ Lauraell, A.C.

- a) La mujer joven crea una relación de dependencia y de adicción al cigarrillo puesto que eso lo hace sentirse más segura y atractiva frente y dentro de los grupos sociales que frecuenta. En ellos, un componente importante lo es su "deber", personal y social, de agradar al hombre.
- b) A su vez, esto es manifestación de su bajo nivel de autoestima.
- c) Su propia forma, como género, de estar ubicada en la estructura y las relaciones sociales que la definen, básicamente, como objeto sexual, haciéndole perder el sentido de su propia identidad según valores y estereotipos que han sido construidos socialmente.
- c) Quienes hacen la publicidad saben muy bien que, en general, las mujeres son las principales compradoras en las sociedades de consumo y, no solo eso, sino que tienen muy estudiadas las "características de su personalidad, en realidad, características de género." Agreguese a esto el desarrollo y aplicación de nuevas tecnologías en los medios masivos de comunicación, por ejemplo la propaganda subliminal.

El estudio del tabaquismo en la mujer joven es importante, no sólo por las enfermedades que causa, sino por los efectos que pueda tener en las funciones reproductivas cuando, además, el índice de madres adolescentes va en aumento.

Todo lo anterior, hace ver la necesidad del paradigma de género para una más adecuada y científica comprensión del proceso salud enfermedad en su relación con los programas de desarrollo y la mujer.

Hemos visto como tanto la medicina clínica como la epidemiología social requiere del paradigma de género. Puesto que ni las solas categorías o concepto clínicos de la enfermedad, ni las solas categorías sociales e históricas son capaces de captar, aprehender la singularidad de este nuevo sujeto social y científico que son las mujeres.

Antes de finalizar, es importante establecer una nueva relación que haga ver otra de las articulaciones posibles del área de trabajo y de las estrategias en "Mujer, Salud y Desarrollo" con la medicina y la epidemiología.

Se trata de lo siguiente.

Señalábamos anteriormente que la medicina clínica biológica o, llamémosla, simplemente epidemiología es superada¹⁰ por la medicina social o epidemiología social.

Ahora bien, también indicábamos que la Teoría de Género significa un aporte teórico-metodológico indispensable para las nuevas prácticas en los Programas de Salud.

Se trata, ahora, de señalar, más bien, que este aporte puede traducirse y articularse muy bien con los dos "enfoques" anteriores si hablamos de EPIDEMIOLOGIA SOCIAL DE GENERO. Los tres "enfoques" se superan (10) e integran así en un nivel cualitativamente más desarrollado y avanzado, dando origen a una nueva concepción y a una renovada práctica de la medicina gracias a este nuevo paradigma científico desarrollado en la Teoría de Género.

La expresión "epidemiología de género" ha sido esbozada por Rebecca de los Rios, de quien la tomamos. Sin embargo, acuñamos, aquí, la expresión EPIDEMIOLOGIA SOCIAL DE GENERO. Téngase presente que hablamos de epidemiología social de género y con ello queremos decir que la medicina biológica y la medicina social sólo podrán tener mejores resultados y los Programas de Salud ser aplicados adecuadamente a las mujeres -el 50% de la población y las mayores usuarias y proveedoras de salud- si incorporan en todos sus niveles las categorías analíticas de la Teoría de Género en función de su contenido específico en este campo, sin excluir de los condicionantes propios del proceso salud-enfermedad y según las características específicas o particulares de cada región, cada país, cada persona en un momento histórico-social también determinado.

3.3 PROSPECTIVAS EN INVESTIGACION

Nos atrevemos a plantear, en forma de enunciados, algunas prospectivas en investigación en relación al Programa "Mujer, Salud y Desarrollo". Los enunciados son los siguientes:

1. Elaboración de un perfil de los principales estereotipos vigentes en los Programas de Salud y, en general, en el campo más amplio de la medicina, en torno a la mujer, no solo como tal, sino tal como se la ve y se percibe ella misma en la interrelación mujer-salud-sociedad. Este sería una especie de "test proyectivo" de quienes intervienen en el proceso salud-enfermedad y de sus mutuas interrelaciones.

2. Con lo anterior, se tendrá un perfil de género de la mujer y la salud, -"perfil de la epidemiología social de género" que puede ser el punto de partida para detectar y establecer, posteriormente, las condiciones y las necesidades reales de las usuarias y proveedoras de salud. La planificación en salud se hará tomando en cuenta lo anterior.

3. Desarrollar investigaciones específicas que muestren cómo ha sido afectado, cada país y región o subregión, por las políticas de ajuste estructural y por las condiciones particulares de la crisis en América Latina y el Caribe, en el campo específico de la salud.

¹⁰ Cuando hablamos de "superación" no estamos queriendo significar que todo lo anterior sea eliminado o negado.

4. Desagregar los resultados de dichas investigaciones incluyendo el género y sus variables específicas.

5. Desarrollar investigaciones que permitan generar una metodología específica para definir las variables de género en las estadísticas e indicadores sociales de la situación de la mujer en el campo de la salud.

6. Analizar la distribución y los rubros de los presupuestos de los ministerios de salud, de las mismas OPS y OMS, a fin de elaborar un perfil de la inversión, nacional e internacional, en mujer y salud. Con ello puede establecerse un cuadro comparativo y analítico de las necesidades reales de las mujeres en salud, su perfil (ver 1 y 2) la planificación y así mostrar cuáles son las tasas y porcentajes que cada uno de los aspectos que acabamos de mencionar ocupa en dichos presupuestos y su posibilidad de crear sistemas y programas de salud realmente "eficientes" (sentido amplio: es decir, su posibilidad de ser ejecutados).

8. Proponer investigaciones que analicen los actuales programas de información y de educación para la mujer a fin de eliminar de ellos los estereotipos del perfil (ver 1) y los rasgos sexistas de los mismos.

9. Proponer y financiar la elaboración de programas de información y educación en salud para las mujeres en América latina y el Caribe que apliquen la Teoría y la Metodología de Género.

10. Crear y aplicar programas con "enfoque de género" para los principales actores del proceso salud-enfermedad.

11. Para todo lo anterior, y otros aspectos que aún podrían detallarse, es importante generar una dinámica de participación y de educación permanente de todos y todas los y las que intervienen en el proceso salud-enfermedad, nacional e internacionalmente, gubernamental y no gubernamentalmente, por medio de talleres, seminarios, materiales didácticos y audiovisuales, textos y "readers", cuadernos de educación popular en salud y mujer, etc.

12. Promover la participación de las mujeres en la elaboración de los proyectos de salud por medio de la educación participativa, previa elaboración de las investigaciones y materiales didácticos que conduzcan a ello.

13. Investigar las horas de apertura y atención de los Centros de Salud y de las Clínicas puesto que, según la división sexual del trabajo, no todas las horas de apertura y atención son igualmente beneficiosas para las mujeres. Por ejemplo, el atender fundamentalmente en las mañanas significa que sólo se le reconoce a la mujer su trabajo reproductivo y no su trabajo productivo.

14. Completar el perfil a que se hace referencia en el 1, con visitas a las viviendas de las mujeres pertenecientes a los diferentes centros de salud y clínicas a fin de determinar cuáles son las condiciones socio-económicas reales de las mujeres y de la infancia. Este tipo de investigación no puede

estar en manos, ni exclusiva ni básicamente, de trabajadores sociales o de encuestadores .

15. Posibilitar y promover la creación de equipos interdisciplinarios adscritos a los diferentes programas y proyectos de salud a fin de que no se desnaturalice el enfoque de género, la epidemiología social de género, la cual, de suyo y en sí misma, requiere del trabajo teórico y práctico pluri y multidisciplinario. Darles la formación metodológica adecuada para su trabajo en equipo.

16. Desarrollar investigaciones que determinen que otros programas y proyectos, de qué tipo y carácter, deben desarrollarse paralelamente para que la planificación y organización de la salud en relación a la mujer tenga la estructura necesaria para dar un tratamiento y propiciar una salud integral y vivencial, popular y comunitaria, además de individual. Por ejemplo, necesidades de guarderías o centros infantiles, necesidades en cuanto a hábitos y preparación de alimentos, necesidades de esparcimiento, de tiempo libre y su organización, etc., etc.

17. Desarrollar investigaciones que prueben una educación de la sexualidad femenina y adolescente a partir de la percepción y sensibilización de su propio cuerpo como suyo y como "algo positivo", ni sucio ni pecaminoso. Idem para los programas de planificación familiar, posibilitar que sean ambos sexos quienes se eduquen en la planificación familiar.

Obvia y necesariamente, todo lo anterior puede ser desarrollado e implementado, sólo y sólo si se parte de un marco conceptual de género y a partir del "desglose" teórico-práctico de dicho marco en todos y hacia todos y cada uno de los actores y elementos del proceso salud-enfermedad. Importancia de una interdisciplinaria amplia y completa. Importancia de la teoría.

BIBLIOGRAFIA

- 1- AKEN, Sheila - WOLKOWITZ, Carol: Homeworking, Myths and Realities. Londres, 1987. Macmillan Education Ltda. 225 pp.
- 2- ASTELARRA, Judith: Las mujeres podemos: otra visión política, Barcelona 1986. Icaria editorial. 78 pp.
- 3- BARRET, Michele: Women's Oppression Today. Londres: 1988 (1980). Ed. Verso. 269 pp.
- 4- BEECHEY, Verónica: Unequal Work. Londres 1987. Ed. Verso. 239 pp.
- 5- BENERIA, Lourdes - STIMPSON, Catharine R. (editors): Women, Households, and the Economy. New Brunswick: 1987, Rutgers, The State University. 339 pp.
- 6- BERGMANN, Barbara R.: The Economic Emergence of Women. New York: 1986. Basic Books, Inc. 372 pp.
- 7- BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE (ed.): The New Our Bodies, Ourselves. A Book By and for Women. New York: 1984. Simon and Schuster, Inc. 647 pp.
- 8- BUMIN, Mabel (ed.): Mujeres y salud mental. Buenos Aires: 1987. Colección Controversia. Grupo Editor Latinoamericano. 412 pp.
- 9- CAPLAN, Pat (ed): The Cultural Construction of Sexuality, New York: 1987. Tavistock Publications, Ltd. 304 pp.
- 10- CHORODOW, Nancy: The Reproduction of Mothering. Psychoanalysis and the Sociology of Gender. Berkeley: 1978. University of California Press. 263 pp.
- 11- DURAN, Angeles et al.: Liberación y utopía. Madrid: 1981. Akal, editor, 230 pp.
- 12- EISENSTEIN, Zillah R. (comp.): Patriarcado Capitalista y Feminismo Socialista. México: 1980 (1978). Siglo XXI, editores. 313 pp.
- 13- FOX KELLER, Evelyn: Reflections on Gender and Science. New Haven: 1985. Yale University Press. 193 pp.
- 14- FREEMAN, Jo: Women, A Feminist Perspective. Palo Alto: 1984 (1975). Mayfield Publishing Company. 615 pp.
- 15- GELB, Joyce and LIEF PALLEY, Marian: Women and Public Policies. Princeton: 1987 (1982). Princeton University Press. 241 pp.

- 16- GORNICK, Vivian and MORAN, Barbara K.: Woman in Sexist Society. Studies in Power and Powerlessness. New York: 1972. A Mentor Book, New American Library. 704 pp.
- 17- GOULD, Carol C. (ed): Beyond Domination, New Perspectives on Women and Philosophy. New Jersey: 1984. Rowman & Allan Held Publishers. 321 pp.
- 18- HARDING, Sandra: The Science Question in Feminism. Ithaca: 1987 (1986). Cornell University Press. 271 pp.
- 19- HARMS, Hans - ZSCHAEBITZ, Ulrike (eds.): Renovación urbana y vivienda popular en Areas Metropolitanas de América Latina. Informe de las Jornadas Internacionales. Universidad Técnica de Hamburgo/RFA, (12 al 17 de febrero de 1985). FSP 6 - TUHH, Vol 3 (Teoría), Toma 24/III, Mayo 1987. pp. 407-439.
- 20- HARTSOCK, Nancy C.M.: Money, Sex, and Power. Toward a Feminist Historical Materialism. Boston: 1985 (1983). Northeastern University Press. 310 pp.
- 21- JOEKES, Susan P.: La mujer y la economía mundial. México: 1987. Siglo XXI, editores. 205 pp.
- 22- KLEIN, Ethel: Gender Politics. Massachusetts: 1984. Harvard University Press. 209 pp.
- 23- LAPOINTE, Jeanne - EICHLER, Margrit: On the Treatment of the Sexes in Research. Ottawa: 1985. Social Sciences and Humanities Research Council of Canada. 27 pp.
- 24- LEACOCK, Eleanor - SAFA, Helen I. et al.: Women's Work, Development and the Division of Labor by Gender. Massachusetts: 1986. Bergin & Garvey Publishers, Inc. 300 pp.
- 25- LEAHY, Margaret E.: Development Strategies and the Status of Women. A Comparative Study of United States, Mexico, Soviet Union, Cuba. Boulder: 1986. Lynne Alenner Publishers, Inc. 167 pp.
- 26- LEON, Magdalena - DEERE, Carmen Diana (edit.): La mujer y la política agraria en América Latina. Bogotá: 1986. Siglo XXI, editores. 290 pp.
- 27- LEON, Magdalena (ed.): I La realidad colombiana. Debate sobre la mujer en América Latina y el Caribe. Bogotá: 1982. Asociación Colombiana para el Estudio de la Población (ACEP). 207 pp.
- 28- LEON, Magdalena (ed.): III Sociedad, subordinación y feminismo. Debate sobre la mujer en América Latina y el Caribe. Bogotá: 1982. Asociación Colombiana para el Estudio de la Población (ACEP), 267 pp.

- 29- MENDELSON, M. D., Robert S.: Male Practice. How Doctors Manipulate Women. Chicago: 1982. Contemporary Books, Inc. 219 pp.
- 30- MIES, María: Patriarchy and Accumulation on a World Scale. Women in the International Division of Labour. Londres: 1986. Zed Books, Ltd. 251 pp.
- 31- MIES, María et al.: Women: The Last Colony. Londres: 1988. Zed Books Ltd. 185 pp.
- 32- MOSER, C. - LEVI, C.A.: A Theory and Methodology of Gender Planning: Meeting Practical and Strategic Gender Needs, Gender and Planning Working Papers, No. 11, Development Planning Unit, University College London, 1986.
- 33- NELSON, Cynthia (ed.): Women, Health and Development. New York: 1987 (1977). Cairo Papers in Social Science. 135 pp.
- 34- Nueva Sociedad (Revista): Las mujeres: la mayoría marginada. Caracas: Julio/Agosto 1985. No. 78. 170 pp.
- 35- Nueva Sociedad (Revista): Ser mujer en América Latina. Caracas: Enero/Febrero 1988. No. 93. 186 pp.
- 36- Nueva Sociedad - UNESCO: La mujer en la planificación y el desarrollo. Caracas: 1988. Editorial Nueva Sociedad. 193 pp.
- 37- OCAMPO, Silvia Vera: Los roles femenino y masculino. Condicionamiento o biología? Buenos Aires: 1987. Grupo Editor Latinoamericano. 249 pp.
- 38- Organización Panamericana de la Salud: La mujer en la salud y el desarrollo, Washington, D.C.: 1983. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 448. 102 pp.
- 39- RATHGEBER, Eva M.: WID, WAD, GAD: Trends in Research and Practice. Ottawa: Marzo 1989. International Development Research Centre.
- 40- ROGERS, Barbara: The Domestication of Women; Discrimination in Developing Societies. New York: 1983 (1980). Tavistock Publications. 200 pp.
- 41- SAU, Victoria: Un diccionario ideológico feminista. Barcelona: 1981. Icaria, editorial. 277 pp.
- 42- SERGER, Joni - OLSON, Ann: Women in the World. An International Atlas. New York: 1986. Simon & Schuster/Touchstone Books. 128 p.

- 43- SEN, Gita - GROWN, Caren: Development, Crises, and Alternative Visions. Third World Women's Perspectives. New York: 1987. Monthly Review Press. 116 pp.
- 44- WARING, Marilyn: If Women Counted. A New Feminist Economics. New York: 1986. Harper & Row. 386 pp.