

CLACSO  
#1

RED DE POSGRADOS  
DOCUMENTOS DE TRABAJO

Los riesgos de la  
producción de conocimiento  
con sesgo de género.  
Hacia una agenda política  
feminista

Raquel Irene Drovetta

2010

Drovetta, Raquel Irene

Los riesgos de la producción de conocimiento con sesgo de género. - 1a ed. - Buenos Aires : Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO, 2010.

Internet.

ISBN 978-987-1543-47-2

1. Sociología. 2. Género. 3. Feminismo. I. Título  
CDD 305.42

---

## CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Secretario Ejecutivo: Emir Sader

Red CLACSO de Posgrados en Ciencias Sociales

Av. Callao 875 | piso 4º "G" [recepción] | C1023AAB | Buenos Aires | Argentina

Tel [54 11] 4811 6588 | Fax [54 11] 4812 8459

clacso@clacso.edu.ar | www.clacso.org



### Coordinación:

Pablo Gentili  
Fernanda Saforcada

### Asistencia académica:

Victoria Mutti  
Denis Rojas

El presente artículo es resultado de la participación de la autora en la III Escuela regional de Verano MOST / UNESCO "Nexo entre Ciencias Sociales y Políticas. Políticas de Desarrollo Social en tiempos de crisis", realizada del 7 al 11 de diciembre del 2009, en Santo Domingo, República Dominicana. Tal participación fue posible gracias al Fondo de Apoyo brindado por CLACSO.

Las opiniones vertidas en este documento son exclusiva responsabilidad del autor y no necesariamente expresan la posición de CLACSO.

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales

*Red de Posgrados*

ISBN 978-987-1543-47-2

---

Patrocinado por



Agencia Sueca de Desarrollo Internacional



**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria d'Afers Socials,  
Promoció i Immigració  
Direcció General de Cooperació



## Resumen

A través de este trabajo pretendemos reflexionar en torno a una serie de interrogantes fundamentales que surgen como consecuencia de los debates entre planificadores de políticas públicas y académicos, rescatando aportes desde el punto de vista sociológico y que en esta instancia específicamente se vinculan con la salud sexual y la salud reproductiva femenina. De aquí nuestro interés por establecer en este ensayo, vinculaciones entre las ciencias sociales y las políticas orientadas a normar, regular y/o brindar acceso a salud reproductiva en Argentina, en el contexto actual.

A tal fin, inicialmente describiremos un hecho que parece haberse naturalizado en estos debates, centrado en el supuesto de que la generación de políticas públicas *debe ser* una meta del conocimiento científico. Acordando momentáneamente con esto, proponemos reflexionar acerca de aspectos vinculados a este imaginario, que entendemos que deben ser revisados y reflexionados, entre los que destacamos:

1. ¿Qué conocimiento sociológico se requiere construir previamente, a la planificación de una política pública? Evidenciaremos brevemente cómo es preciso la generación de una instancia de producción de conocimiento sociológico crítico, que evidencie lo indispensable de concebir a la salud reproductiva como una acción que supone el acceso a un *derecho*. Además, indicaremos la necesidad de una producción de conocimiento libre de sesgos de género.
2. ¿Qué obstáculos epistemológicos se presentan? Es preciso asumir que el primer obstáculo epistemológico lo supone uno mismo en su ámbito de producción de conocimiento, en tanto la salud reproductiva continúe constituyendo un tema asumido como correspondiente a una minoría, en términos de poder.
3. ¿Qué significa la intervención social desde el conocimiento construido? Finalmente reflexionaremos sobre la necesidad de remarcar que la potencialidad de la intervención social a partir de la evidencia, debe ser traducida en acciones estatales precisas para cada contexto, contemplando la heterogeneidad de beneficiarios y beneficiarias. El objetivo será mostrar que las políticas públicas en salud reproductiva deben ser superadoras de la simple enunciación de marcos normativos, y surgir en cambio como

*Raquel Irene Drovetta*: Centro de Estudios Avanzados, Unidad Ejecutora de CONICET. (CEA-CONICET). Universidad Nacional de Córdoba. La autora es candidata a Doctora en Antropología por la Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras. Agradezco los enriquecedores comentarios de la Dra. Alejandra Martínez sobre el borrador de este trabajo. Sin embargo el contenido de la versión final es exclusiva responsabilidad de la autora.

resultado de procesos de negociación en meses de diálogo conformadas por los actores interesados.

## Introducción

El ámbito de la salud es resultado de la conjunción de realidades complejas, articulaciones que demandan de un abordaje integral que evite parcialización y homogenización de dichas realidades, bajo el riesgo de subsumirlas en un todo. En tanto un proceso de salud-enfermedad-atención es propio de cada cultura y contexto, desde la producción de conocimiento hasta la derivación en una política pública, si fuera pertinente, debe tenerse presente la diversidad de concepciones que al respecto existen en dicho transcurrir. Es que en tanto la política “constituye uno de los principales factores explicativos de la diversidad (...) el proceso de las políticas públicas puede verse como un proceso de producción política y como resultado de la competencia política, a través de una relación de poderes, que va cambiando al influjo de esta misma secuencia” (Franco et al., 2006:13) y se nutre de ideas y conocimientos producidos, porqué no, dentro del espacio académico.

Desde la esfera de los ejecutores de programas y políticas de salud, desde la década del ochenta y con más fuerza desde los años noventa, específicamente a través de diversos organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se impulsan propuestas vinculadas a la incorporación de una perspectiva de género en los servicios de salud, con el objeto de llegar a usuarios y usuarias con acciones de atención más equitativas. Esto es el resultado de la consolidación de políticas centradas en considerar que, si bien las desigualdades en materia de salud tienen como determinante macro a las clases, la inequidad de género es notoria al interior de éstas y es un factor que sólo ha recibido mayor atención en las últimas décadas. Por ejemplo, mientras que la inequidad en la atención de la salud de ricos y pobres es documentada desde inicios del siglo XIX e incluso plasmada en la Conferencia Internacional de Alma Ata en 1978,<sup>1</sup> la inequidad de género sólo comienza a ser tenida en cuenta en la agenda internacional posteriormente a esta fecha.

Sin pretender apostar por abordajes que constriñan la visión generando compartimientos estancos para cada categoría, apostamos aquí por una perspectiva *transversal*, que contemple al género como un factor articulado con otros como la pobreza, la etnia, la generación, entre otros, que combinados dan como resultado la exacerbación de las condiciones de inequidad en al menos tres ámbitos fundamentales: el acceso a la atención en los servicios de salud, en la investigación en salud y en las políticas públicas en salud.

Sobre las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, se fundan estructuras sociales que instituyen diferencias fundamentales entre los sexos, dando por resultado lo que conocemos por *género*, roles socialmente adjudicados y validados, que implicarán el ejercicio de comportamientos, creencias, valores, costumbres, etc. diferentes en el caso de hombres y mujeres.<sup>2</sup> El abordaje desde una perspectiva de género, se centra en analizar el impacto

---

1 El 12 de septiembre de 1978, en Alma-Ata (Almaty desde 1994, capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazajistán), los representantes de 134 naciones acordaron la Declaración llamada de *Alma Ata*, en la que se instó a todos los gobiernos, a los agentes de salud y de desarrollo, y a la comunidad mundial, a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo, a través de la firma del compromiso de alcanzar al meta de “Salud para todos en el año 2000”.

2 No abordaremos en este ensayo por falta de espacio, el promisorio debate relacionado con la estrechez de la identificación de roles “femenino” y “masculino”, dicotomía que deja fuera toda una serie de expresiones identitarias diversas.

que los nombrados factores tienen tanto en hombres como en mujeres, como grupos diferenciados, asumiéndose la inequidad como aspecto constitutivo de dicho proceso, insalvable hasta el momento. De acuerdo a esto, la teoría del género propone abordar las consecuencias del desconocimiento que esta desigualdad, traducida en términos socioculturales, ocasiona contribuyendo a agudizar la nombrada situación de inequidad en el acceso a la atención de la salud, sobre todo de las mujeres.

Una propuesta desde este punto de vista, consiste en pensar que a través de políticas sanitarias y sociales específicas que diferencien entre factores biológicos y socioculturales, conjugados en un enfoque de género, permita revertir dicha inequidad, generando paralelamente respuestas apropiadas desde el sistema de atención a la salud y la política pública (Sen et al., 2005:6).

No podemos desconocer sin embargo, el abordaje de que la dicha problemática impulsa el feminismo desde hace décadas, corriente teórica que se focaliza específicamente en las inequidades en el acceso a la atención de la salud y el impacto de determinados factores sociales en las mujeres. Si bien se trata de abordajes que presentan diferencias, entendemos que ambos nos proveen de herramientas de análisis que buscan contrarrestar una visión homogeneizante que supone abordar la problemática de la salud en todas sus variantes, sin detenerse a analizar el impacto que tiene en hombres y mujeres de manera diferenciada. Intentaremos entonces –aunque sintéticamente- brindar elementos desde ambas perspectivas, por considerar que no son contrarios sino conducentes a la visibilización del grupo femenino en particular, más aún cuando en este trabajo abordamos la problemáticas de la salud reproductiva.

Antes de adentrarnos en las recomendaciones que a nuestro juicio la agenda pública debería atender, debemos retrotraernos a analizar el espacio de construcción de conocimiento, aquel constituido por quienes realizan investigación en salud. Este ámbito, entendido por nosotros como la etapa previa a la planificación de una política en salud, demanda de la realización de investigaciones libradas de sesgos de género, para aspirar a una posterior política coherente con esta línea. Esta necesidad nos conduce a analizar en primer lugar, las características del espacio donde se produce este conocimiento, abrazando la hipótesis de que una ciencia construida y monopolizada históricamente por hombres, debe en primera instancia, analizar sus obstáculos epistemológicos, sus limitaciones y los sesgos que congrega, si se pretende posteriormente trasladar los resultados obtenidos a la intervención en la realidad social. Históricamente, las necesidades de las mujeres han debido de ser satisfechas a través de la prestación de servicios cuyo funcionamiento se ha ordenado en función de una lógica masculina, dando lugar a una visión restringida a los aspectos reproductivos femeninos con el consecuente descuido de otras necesidades.

Otro punto que requiere atención, es el de la necesidad de vincular la producción de conocimiento para su posterior intervención social a través de políticas públicas, concibiendo que la salud sexual y la salud reproductiva, sean *elementos constitutivos del derecho*. Los derechos sexuales y reproductivos han progresado más lentamente en el proceso de inclusión dentro del conjunto de derechos sociales, culturales, económicos entre otros, a pesar de la lucha llevada adelante por los grupos feministas. Incluso, los derechos reproductivos han sido previamente considerados y llevan la delantera en términos de debate en la agenda internacional, que los derechos sexuales. Recién en 1994 con motivo de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo desarrollada en El Cairo, se incluyen y explicitan los derechos reproductivos<sup>3</sup> como categoría

---

3 “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema repro-

de Derechos Humanos, logrando incluir en el Programa de Acción, la letra que asume que los derechos reproductivos amparan e incluyen la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.

Los avances, aunque lentos y restringidos, son lo suficientemente evidentes como para no ser obviados por la agenda de políticas públicas, ni tampoco por quienes producen conocimiento destinado a influir en estas áreas. Asumir estos avances permite entender que si bien se trata de argumentos jurídicos, la producción académica y la reflexión teórica tienen un rol importante en la cristalización de los mismos dentro de las agendas de políticas públicas.

En otras palabras, las normas jurídicas requieren de una base teórica y reflexiva que provenga de la academia para lo cuál, los sesgos de género que puedan contener deben ser enunciados, reflexionados y eliminados si no se quiere promover una política social en salud limitada e impura. En síntesis, incorporar la perspectiva de género en la investigación de temas vinculados a la salud reproductiva y contrarrestar la generación de sesgos en investigadores e investigadoras, conduce a eliminar esencialismos en torno a temas de reproducción y evidenciar las relaciones de poder vinculadas a estas instancias. Incorporar el análisis de la equidad de género en salud implica reconocer que existen necesidades diferenciadas entre hombres y mujeres, con base biológica e histórica, sin por ellos naturalizar o justificar un diferencial acceso a derechos (Sen et. al. 2005).

### **¿Qué conocimiento sociológico se requiere construir previamente a la constitución de una política pública en salud reproductiva?**

Evidenciaremos brevemente cómo es preciso resaltar la necesidad de una instancia de producción de conocimiento sociológico crítico, que manifieste como indispensable el concebir a la salud reproductiva, como una acción que posibilite el acceso a un *derecho*. Pero es necesario determinar primero cómo se produce ese conocimiento, en una ciencia social caracterizada por la monopolización del discurso masculino, que subsume en sí mismo las voces disonantes de quienes, como los grupos feministas, proponen una producción científica sin sesgo de género.

Primeramente es preciso remarcar que la producción de conocimiento, incluso en el área de la salud reproductiva que nos ocupa, emana de una práctica en investigación que conlleva ciertas particularidades. De esto se desprende la necesidad insalvable de analizar cuáles son los espacios de generación y posterior enunciación de conocimiento desde los cuales se formulará una vez producido. Desde este punto de vista, la producción de conocimiento con sesgo de género, se plantea como uno de los mayores obstáculos epistemológicos que puede suponer la producción de un conocimiento “genuino” que derive en la formulación de políticas destinadas, aunque no exclusivamente, a mujeres. Las pretensiones de neutralidad de la ciencia hecha por varones, es puesta en

---

ductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”. Capítulo II, Inciso A, Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.



cuestionamiento en tanto no se incluyen en ella intereses y puntos de vista de las mujeres, de lo que resultan enfoques incompletos, mal orientados o parciales (Sen et al., 2005). También se cuestiona que en tanto sean hombres quienes seleccionen el modo de producir conocimiento destinado a la formulación de políticas públicas que tienen como beneficiarias a mujeres y no sólo a varones, se corre el riesgo de desconocer el impacto diferenciado que las mismas tienen en cada género.

Es conocida ya la tesis que indaga que la producción de conocimiento científico en manos masculinas se ha constituido como un dique de contención a la manifestación de otras posturas que evidencien puntos de vista diversos a los considerados como hegemónicos (Lerner 1990). Desde este espacio, el *significado* que oportunamente emerge, es producto de una visión parcializada de la realidad, que desde el inicio orientará el destino de ese conocimiento, arrastrando consigo dicho sesgo.

Desde el feminismo se plantea que no existiendo términos neutrales en el conocimiento y los escritos científicos, la fuerza de la ideología patriarcal perdura en base a la naturalización que se hace de estos, por lo que en su deconstrucción y reflexión radica la potencialidad del cambio. Junto a la crítica patriarcal de la producción de conocimiento con sesgo de género, se alienta desde el feminismo la propuesta de una producción alternativa de pensamiento e investigación de los procesos de salud, enfermedad y atención. Así, este desafío radica en primera instancia, en la potencialidad que encierra la composición de una metodología desde un abordaje feminista (Castro et al., 1998:7) o con perspectiva de género (Sen et al., 2005).

Desde este punto de vista, el paradigma feminista critica no solo la ausencia de las mujeres en la ciencia sino también los resultados de una producción de conocimientos que prescinde de ellas y que además está sesgado por análisis androcéntricos, tanto en la manera de recolectar los datos y la metodología, los análisis de los resultados como en la teoría que produce. La propuesta de esta línea aboga en el sentido de proponer la incorporación de una nueva forma de ver y pensar la realidad desde el ámbito científico.

Específicamente en relación a la salud femenina, el conocimiento sociológico tiene un fuerte soporte en el anclaje metodológico con que se recaban los datos empíricos que servirán de sustento a la interpretación. El modelo de ciencia social impulsado por feministas en cambio, se basa en la promoción del abordaje cualitativo, como contrapartida a “la rigidez de paradigmas “objetivos” (Castro et al., 1998: 9). Desde este punto de vista, dicho abordaje permite el rescate del discurso del Sujeto desde su lugar de enunciación, describiéndolo y visibilizándolo, lo que aporta a la corriente feminista -que exige la producción de ciencia libre de sesgo de género- la oportunidad de hacer emerger “la cara oculta de la luna”. Sin embargo debemos hacer la salvedad de que la búsqueda de un conocimiento con perspectiva feminista no es equivalente a plantear que debe emerger “la experiencia femenina del mundo”, a nuestro entender, enunciación no libre de los esencialismos característicos en los que se cae en estos debates, cuando se vincula a las mujeres con su cercanía a la naturaleza.

En todo caso, se pretende una revisión de los criterios de *verdad* con que se asume tradicionalmente el momento de la producción de conocimiento, articulando visiones compartidas del mundo sin una forzada e infértil identificación acerca de la pertenencia sexual o genérica del investigador e investigadora.

No es tan lejana la postura del abordaje con perspectiva de género que también propone la revisión de las metodologías convencionales, alentando la promoción de formas de relevar los datos que sean sensibles al género (Sen et al., 2005) en desmedro de aquellas herramientas que no logran desagregar, ni son lo suficientemente refinadas, como para medir el impacto y los significados diferenciados que determinados hechos sociales -como la ocupación

y la carga laboral, la discriminación social e incluso el matrimonio- tienen en hombres y en mujeres.

Al respecto, acertadamente Bachelard sostiene que “el conocimiento de lo real es una luz que siempre proyecta alguna sombra” (2004:15) dando pie a la propuesta de que el sesgo de género en la producción de conocimiento puede ser subsanado a partir de una vigilancia epistemológica -en el sentido de Bourdieu<sup>4</sup>- que posibilite que emerja la necesidad de romper con las prenociones del sentido común. De este modo, la problematización de un conocimiento producido exclusivamente por varones es el primer paso hacia la activación de la vigilancia epistemológica y la ruptura con la naturalización, como condición *sine qua non* para producir conocimiento científico. Como bien describen Castro y Bronfman (1998:19) la producción científica con sesgo de género proveniente del ámbito de la salud, se traduce en “una epistemología que asocia los conceptos de naturaleza, cuerpo, subjetividad, dominio privado, sentimientos, emociones y reproducción bajo la identidad genérica femenina, y los conceptos de cultura, mente, objetividad, dominio público, pensamiento, racionalidad y producción, bajo la identidad genérica masculina”.

Es así como enunciamos lo que a nuestro entender es el primero de los requerimientos para quienes se posicionan en el lugar de producción de conocimiento, sobre todo en el área de investigación de la salud reproductiva. Una ciencia monitoreada por hombres y destinada a generar conocimientos sobre mujeres, aún cuando no deba ser invalidada, debe ser revisitada profundamente con el objeto de evitar los obstáculos y el sesgo antes mencionados. Entendemos que en este punto, el aporte de la visión del feminismo es de fundamental importancia ya que como desde sus inicios lo manifestaran los movimientos de mujeres, se trata de evitar encubrimientos, omisiones o inferencias en el mejor de los casos incompletas, para en cambio evidenciar las opresiones incluso discursivas a las que las mujeres históricamente se encuentran constreñidas.

En el terreno práctico podemos ejemplificar acerca de resultados evidentes que pueden observarse por ejemplo, en la menor financiación económica a investigaciones científicas destinadas a resolver necesidades particularmente femeninas, en tanto no se observan avances igualitarios en el logro de métodos anticonceptivos masculinos como en la inversión que desde hace décadas se inscribe en el logro de métodos de uso femeninos. Incluso, la extensión masiva del método de esterilización femenina no encuentra reflejo alguno en las estadísticas que señalan acerca de la cantidad de hombres que se someten a esta aplicación, notoriamente inferiores en números, mientras se minimizan los estudios sobre los efectos que los métodos de barrera como el DIU tienen sobre la salud femenina (Sen et al., 2005). Enfermedades como el virus del papiloma humano (HPV) reciben mayor atención desde hace poco tiempo y las acciones de la ciencia se centran en la generación de vacunas para mujeres, aún en periodo de prueba y sin acuerdos sobre las consecuencias que puede deparar para la salud femenina una acción que se supone preventiva (Laurell 2009). El cáncer de mamas continúa, junto al cáncer de útero, encabezando las causas de mortalidad femenina a nivel mundial sin que se asuman otras políticas más que las de prevención, delegando en la auto responsabilidad de las mujeres su detección temprana. Finalmente, el HIV es un indicador más de inequidad en tanto es cada vez mayor el número de niñas y mujeres infectadas a nivel mundial una situación claramente asociada a las relaciones de poder y dominación por razón de género (Sen et al., 2005). Dejamos planteada esta reflexión, con una pregunta de Sen que puede darnos una pista acerca de cómo evaluar el accionar científico en el área de salud: la sinergia entre los factores arriba expuestos ¿se deben a la interacción de la pobreza y el sexo

---

4 El concepto de “vigilancia epistemológica” es retomado por Pierre Bourdieu (et. al. 1983).

o a la pobreza y el género? Esperamos a lo largo de este trabajo poder dejar enunciada nuestra respuesta a tal interrogante.

### **¿Qué obstáculos epistemológicos se presentan para la producción de conocimiento en el área de la salud reproductiva? ¿Es posible un nuevo paradigma?**

Para Bachelard “es en el acto mismo de conocer, íntimamente, donde aparecen, por una especie de necesidad funcional, los entorpecimientos y las confusiones. (...) causas de estancamiento y hasta de retroceso, causas de inercia que llamaremos obstáculos epistemológicos” (2004: 15). En este sentido, es preciso asumir que el primer obstáculo epistemológico lo supone uno mismo en su ámbito de producción de conocimiento. Específicamente y en tanto la salud reproductiva femenina continúe asumiéndose como tema correspondiente a una minoría en términos de poder y sean abordados desde la parcialidad de los prejuicios o se recomiende su tratamiento a través de la normatividad con tintes extracientíficos como las recomendaciones morales, la posibilidad de evitar los obstáculos epistemológicos se aleja rápidamente. A nuestro entender, la autorreflexión en instancias de la producción de conocimiento es uno de los requerimientos que consideramos básicos para avanzar en la confección de políticas públicas.

Si pensamos específicamente en la necesidad de producir conocimiento acerca de la salud sexual y reproductiva femenina, el tema cobra un particular sentido, en tanto históricamente el cuerpo y la sexualidad de las mujeres se constituyeron como espacios de disputa por el control masculinos. Específicamente en el área de la medicina, el control de la sexualidad se tradujo en la imposición de prácticas totalizantes y controladoras en pos del logro de una dominación traducida entre otras formas, en medicalización. No son desconocidas las ansias de la ciencia médica por controlar los efectos de un cuerpo capaz de engendrar vida, no sólo desde el punto de vista estrictamente fisiológico, sino extendiendo sus redes hasta lograr el control moral y normativo de la vida y conducta de las mujeres. El resultado se plasmó históricamente en la construcción de una visión médica que las percibe como biológicamente más débiles (Sen et al., 2005) e incapacitadas para asumir determinados roles, convalidando la existencia de reductos puramente masculinos.

La propuesta con la que acordamos, en realidad pretende evidenciar que la salud y enfermedad femenina requieren de particular atención, ya que se asume que son las mujeres quienes están más expuestas a atravesar por procesos de morbilidad y mortalidad, con diferencial exposición a riesgos que los hombres. En el caso de producir conocimiento acerca de la salud sexual y la salud reproductiva, el desafío radica en primer lugar, en concebir que el ámbito sexual sea diverso del reproductivo, y aunque están en íntima vinculación, no puede aunárselos indiferenciadamente. El riesgo de esta práctica se evidencia cotidianamente para quienes analizamos las relaciones entre usuarias y prestadores de salud, donde la concepción básica de la mujer, se reduce a la de su capacidad de reproducción. Como consecuencia, desde el inicio se genera una categoría de conocimiento donde la mujer no-madre (fuera de edad reproductiva) no constituye una prioridad. El resultado es, entre otros, el desconocimiento de las necesidades particulares en términos de la sexualidad que los grupos de mujeres tienen, más allá de su edad o condición de madre, así como la imposición de la heteronormatividad, en descrédito de otro tipo de opción sexual.

En cambio, es desde la perspectiva feminista e incluso desde una perspectiva de género, que el abordaje de la salud y la enfermedad femenina pretende descentralizar la mirada exclusivamente de su trayectoria reproductiva, en tanto

se considera a ésta como un *momento* en la vida femenina en general. Observando fuera de esta instancia, se logra iluminar aspectos vinculados con otros *momentos no reproductivos*, permitiendo que emerjan un conjunto de riesgos por los que las mujeres atraviesan. Entre ellos destacan la necesidad de evidenciar que las mujeres pueden enfermar como resultado de verse sometidas a violencia de género, violencia sexual, desigualdad en acceso a oportunidades laborales y educativas. Además, están expuestas a las consecuencias de tener que asumir roles tradicionales en la división sexual del trabajo que se traducen en la doble jornada distribuida entre el trabajo doméstico y extradoméstico, con consecuencias tanto a nivel fisiológico como de la salud mental. En otras palabras, desconocer factores como la opresión a la que están expuestas las mujeres en una sociedad patriarcal y su socialización “para el cuidado de otros” oculta el origen de muchos de los trastornos a la salud específicos de su género y contribuye a la reproducción de una visión parcializada de la salud.

En otras palabras, producir conocimiento acerca de la salud y enfermedad de las mujeres desconociendo los ordenamientos jerárquicos inequitativos de la sociedad, es desde un inicio, un callejón sin salida.

### **¿Qué significa la intervención social desde el conocimiento construido? Construcción de una agenda política ¿feminista?**

En este último apartado, pretendemos reflexionar sobre la necesidad de remarcar que la potencialidad de la intervención social a partir de la evidencia científica, debe ser traducida en acciones estatales precisas para cada contexto, contemplando la heterogeneidad de beneficiarios y beneficiarias. El objetivo será lograr que las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva sean superadoras de la simple enunciación de marcos normativos.

Durante el proceso que se inicia en la investigación académica y tras la identificación del “problema”,<sup>5</sup> se aspira a la inclusión de dichas cuestiones en la agenda política para evidenciarlas frente a quien o quienes tienen a su cargo la toma de decisiones (Franco et al., 2006). Es en esta etapa donde la posibilidad de generar intervención social a través de políticas públicas, se delega en actores políticos específicos de cada coyuntura.

En esta instancia y dada la apertura de una “ventana política” (Kingdon 1984 en Franco et al., 2006:28) que permita priorizar determinados problemas y aplicar opciones políticas para resolverlos, radica la potencialidad de generar una “agenda política feminista” (Castro et al., 1998: 9) que se ocupe de dar sentido al recorrido del conocimiento producido, sin el nombrado sesgo de género. En tal sentido, dicha agenda no sólo debe ser producida mancomunadamente por hombres y mujeres, sino que además debe ser concebida como desprovista del contenido ideologizante que reproduce las estructuras de dominación hacia las mujeres, de lo que resulta prioritario sensibilizar a los responsables de las políticas públicas en salud, acerca de la inequidad de género, resaltando paralelamente, la necesidad de voluntad política para eliminar dicha desigualdad.

Para el cumplimiento de esta meta es de primordial importancia promover el diálogo entre quienes planifican las políticas y los grupos de mujeres, como forma de lograr que estos tomen contacto con las necesidades expresadas por las potenciales beneficiarias de los programas de salud. Este acercamiento no invalida sin embargo la demanda que muchos grupos de mujeres organizadas

5 “Refiere a las formas o condiciones a través de las cuales una cuestión determinada accede a la agenda, sea por la magnitud del problema, el impacto que genera y las repercusiones o el aprendizaje “positivo” o “negativo”, derivado de la observación de otras experiencias similares” (Franco et. al. 2006:27).

realizan, para que el gobierno cumpla con su suscripción a tratados internacionales y programas de acción, recomendados en su momento inclusive por los mismos gestores de las políticas públicas locales. El rol gubernamental es central en este proceso porque constituye el instrumento a través del cuál la sociedad puede llevar a la práctica las políticas públicas y se constituye en el actor que posibilita o impide el avance de dichas demandas.

Es de esperarse sin embargo, que en la agenda política no entren *todas* las demandas, anulándose la posibilidad de que algunas de ellas se transformen en programas de intervención. En este resultado está involucrado el poder y el manejo que se haga de este, dependiendo entre otras cosas, del tipo de gobierno con quien los grupos de demanda deban negociar. Aquí entra en juego un tercer actor de fundamental importancia para el caso que nos ocupa, que es la sociedad civil en general que acompaña (o no) una demanda en particular. La búsqueda de legitimidad y apoyo social será de fundamental importancia como proceso previo a la mesa de diálogo.

El caso paradigmático es la lucha por la legalización del aborto, ejemplo a través del cuál se evidencia cómo los grupos de mujeres y feministas que impulsan tal demanda, vienen desarrollando procesos de promoción del debate en la sociedad, buscando constituir una plataforma fuerte desde la cual arribar al diálogo con el gobierno y otros actores sumados por él, como la iglesia. Sin resultados observables en una política pública nacional que permita a las mujeres el acceso a lo que en otros países constituye un derecho, la demanda por garantizar la práctica del aborto legalizado lleva años en la agenda de los grupos feministas sin poder establecerse de forma sostenible en la agenda gubernamental de nuestro país.

Aquí debemos retomar el proceso de análisis con que iniciamos este ensayo, para recordar que la producción de conocimiento científico con sesgos de género, retrasa la producción de una teoría que conciba como primordial la autonomía que sobre su cuerpo reclaman las mujeres. En segundo lugar, se anula la posibilidad de entender dicha demanda como un *derecho* que debe ser garantizado. Finalmente, los grupos de poder como la iglesia y sectores conservadores del gobierno anulan la posibilidad de encauzar esta demanda hacia la consecución de una política pública.

## Consideraciones finales

Aún a riesgo de simplificar exageradamente, el proceso que describimos ha acontecido de forma similar con otras demandas específicamente femeninas, aún cuando entendemos que los procesos no son lineales sino dinámicos y presentan en su recorrido avances y retrocesos. Sin embargo la simplificación cumple con el objetivo de mostrar el rol desempeñado por quienes desde un ámbito particular producen conocimiento científico y la incidencia que este tiene en ámbitos diversos de la sociedad.

Retomando el postulado con que iniciamos estas líneas, acerca de que la generación de políticas públicas *debe ser* una meta del conocimiento científico, estamos ahora en condiciones de afirmar que es esta una opción certera, siempre y cuándo podamos discernir qué tipo de conocimiento se produce. Si no existe autorreflexión en la producción científica para la posterior eliminación de sesgos de género, dicho conocimiento deriva en una política pública que aún cuando se enarbola como representativa de la sociedad, es en realidad una postura limitada y en ocasiones errada de las demandas de realmente existen en las bases sociales. Esto es indicativo de la importancia que el ámbito de la producción científica tiene como espacio potencial donde se inaugura un proceso que puede derivar en una intervención social innovadora.

## Bibliografía

- BACHELARD, Gastón 2004. *La formación del espíritu científico*, (México: Siglo XXI Editores).
- BOURDIEU, Pierre, Chamboredon Jean-Claude y Passeron, Jean-Claude 1983. *El oficio del sociólogo*, (México: Siglo XXI Editores).
- FRANCO Rolando y Jorge Lanzaro 2006. "Política y políticas públicas: determinación y autonomía en "Franco Rolando y Jorge Lanzaro (Coord.) *Política y políticas públicas en los procesos de reforma en America Latina* (Buenos Aires: Miño y Dávila Editores).
- GITA SEN, Pirooska Östlin, Asha George 2005. "Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas" en *Working Paper* N° 14, OPS, OMS, (Washington), Harvard Center for Population and Development Studies.
- LAURELL ASA Cristina 2009. "La vacuna contra VPH: el conflicto de interés", en *Salud Colectiva* (Buenos Aires), Vol. V, N° 1, enero / abril 2009.
- LERNER, Gerda 1990. *La Creación del Patriarcado* (Barcelona: Editorial Crítica).
- MOLYNEUX Maxine 2001. "Género y ciudadanía en América Latina: cuestiones históricas y contemporáneas", en *Debate Feminista* (México), Año 12, Vol. 23.
- NACIONES UNIDAS "Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo" (1994) en <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Alma Ata, Kazajstán, OMS 1978



