

Vida, significativo vacío, vaciado por el capitalismo y el patriarcado

¿Cuál es la vida que “merece ser vivida”? es la pregunta que motiva este escrito, en un intento por vislumbrar aquello que hay debajo de la aparente estabilidad y solidez del presente, que hacen al conjunto de representaciones y prácticas que llegan a consolidarse como naturales y eternas.

Padecimientos y malestares de la salud a causa de vivir en un mundo que genera sensación de fracaso, depresión, ansiedad, tendinitis, trastornos de la personalidad, hernias de disco, bipolaridad, síndrome de burnout, diabetes, adicciones, cáncer, suicidios, etc. Que combinados con la misoginia, la xenofobia, y la homofobia se vuelven un flagelo social que atraviesa la vida de la mayoría de los trabajadores, mujeres, inmigrantes y personas con identidades disidentes, deteriorando su salud biopsíquica.

Este entramado muestra las asimetrías sociales que determinan diferencialmente la salud y generan discriminación, inequidad y sesgos, a causa de la compleja interacción entre clase social, género, etnia y edad. Configurando al proceso salud-enfermedad-atención, y estableciendo particulares perfiles de morbimortalidad y modelos de gestión de la enfermedad diferencial. (D. Tajer, 2012, OPS 2007).

Desde las canciones infantiles (“El brujito de Gulubú” de María E. Walsh), pasando por las publicidades que nos venden seguros médicos o fármacos, series y películas, existe una reproducción de la supremacía de la medicina denominada *científica* y del rol destacado del médico.

Debido a que la medicina científica, desde fines del siglo XVIII, se transformó en una de las formas institucionalizadas de la atención y el cuidado de la salud. Generando discursos sociales que van más allá de las fronteras nacionales, legitimados tanto por criterios científicos, como por el Estado; replicados en gran parte de las sociedades, hasta lograr identificarse como la única forma, correcta y eficaz, de atender la enfermedad. (Menéndez, 1988)

Ahora bien, es necesario reafirmar que cuando se alude a la salud, lejos de pensarla de forma dicotómica y estática como “ausencia de enfermedad” (OMS, 1946), debe ser concebida desde una totalidad que es dialéctica.

Compartiendo la perspectiva del pensamiento médico social de Joan Benach (2016), adherimos a la interpretación de la misma como " un sistema de causas complejo que no se puede simplificar en factores de riesgo ni en causas biológicas o conductuales simplistas, sino que se generan por un entramado de factores estructurales históricos, como son los factores políticos, ecológicos e histórico-sociales” (p. 31).

Sin embargo, cuando los gobiernos y los sectores de salud hacen referencia a los avances mundiales en materia de salud, lo hacen reivindicando el triunfo de la bacteriología. Que a través de antibióticos, quimioterapias y vacunas (Higienismo), consolidó la eficacia simbólica y la legitimidad del modelo biomédico hegemónico.

Pero que actualmente y desde los años 60', luego de la emergencia de viejas y nuevas problemáticas de salud, dado los cambios económicos, políticos, sociales, culturales y ambientales, "termina por encontrar una serie de dificultades institucionales, políticas, históricas, y principalmente epistemológicas, alcanzando rápidamente los límites en su abordaje" (Filho y Paim, 1997, p.18).

La historia social de las luchas que se dieron al interior del campo de la salud da cuenta de los procesos de transformación operados, y puede observarse que se ha puesto en juego el monopolio político y económico de la medicina. Esto es, el control de su organización institucional, de la teoría y la práctica, de los beneficios y el prestigio que su ejercicio produce.

Lo que obliga, coincidiendo con Menéndez (2009), a aportar la dimensión histórica en la medicina y cuestionar la epistemología hegemónica no sólo para una mejor comprensión de los procesos de la salud-enfermedad-atención (s/e/a). Sino también para poder identificar los límites o aspectos negativos que son la medicalización o psiquiatrización de los comportamientos, efectos que las categorías dominantes de la biomedicina han aportado.

La dominación del modelo médico hegemónico (MMH), concepto construido por Eduardo Menéndez (1992), al que describe como un instrumento metodológico con determinados rasgos estructurales y de valor heurístico. Tiene para el autor un carácter positivista-evolucionista.

Conforme a Menéndez (1988) y a Laurell (1982) el MMH está marcado por una perspectiva ahistórica, asocial, biologicista e individual. Constituyendo, desde su biologismo reinante, la salud a partir de la enfermedad como entidad genérica natural, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad. Generando sus propios efectos ideológicos y orientando la búsqueda de sus causas por medio de un modelo – mono o multi- causal. Un ejemplo relativamente reciente es el concepto "estilo de vida".

En este modelo, basado a su vez en la eficacia pragmática y la mercantilización de la salud, el sistema de atención se asienta en una relación asimétrica de poder y de subordinación entre los actores involucrados (profesional-paciente; tecnócrata salubrista-población) y la profundización de los alcances del complejo médico industrial.

El complejo médico-industrial al que se hace mención, según Anderson (2014) estaría

integrado desde los años '70 por la poderosa industria farmacéutica junto a las aseguradoras y los sistemas de provisión de atención, volcados a la producción y el consumo de medicamentos y equipos. Configurando un gran emporio económico con influencia decisiva en aspectos tan trascendentales como la investigación, la formación y la asistencia médica.

Como consecuencia, en la medicina occidental, conjunto de prácticas, saberes, y teorías, los médicos detentan la posición estratégica del saber y el poder en la definición de lo normal y lo patológico, en la prestación y organización del proceso de salud-enfermedad-cuidado. Adoptando el criterio de racionalidad científica, y excluyendo a otras medicinas, en el caso de medicinas alternativas, con un objeto de conocimiento acotado que restringe la intervención de las disciplinas “ajenas” (principalmente de las ciencias sociales), así como privilegia la cuantificación sobre la calidad.

De esto se desprende - no casualmente- que poco y nada se hable de las violencias de la práctica médica profesional. Menos aún, en razón del objeto salud como un espacio histórico de control social e ideológico. Tanto a nivel macro como microsocioal, hecho objetivo revelado en los estudios de Canguilhem, al que le siguieron los de su discípulo, Foucault, en torno a la consolidación de los saberes y prácticas de la medicina moderna, con la instauración del sistema capitalista y patriarcal.

El antropólogo Menéndez (1988) sostiene que esto es posible gracias a las funciones de curación y prevención con las cuales exclusivamente se autoidentifica el personal de salud. Permitiendo de esta forma, que la práctica médica cumpla funciones de control, normalización, medicalización y legitimación. Dado que no aparecen manifiestamente como tales, sino como actos técnicos curativos. “Es esta opacidad y no conciencia la que facilita su reproducción ideológica a través de la práctica y saber médico”. (Menéndez, 1988, p.456)

No obstante, no escasean experiencias que describen “lo duro” que puede ser exponerse a un tratamiento para curarse de una enfermedad crónica, una patología psiquiátrica clásica o protagonizar un proceso de parto. Evidenciando que el paciente, aunque sea degradante el nombre, pero certero, se vuelve un extranjero de su propio cuerpo, como parte - restringida su voluntad- de una gran red burocrática y de la reproducción de una cadena infinita de violencias institucionales que abarcan desde el maltrato más sutil hasta la muerte por negligencia.

Así, el sistema inscribe una frontera que posiciona de un lado a los agentes de la salud “que saben” y del otro, a los sujetos que llegan al hospital, la clínica y/o el CAPS (Centros de Atención Primaria de Salud), devenidos en objetos de intervención de la medicina clínica, porque “no saben”.

Entonces, en algunos casos, el sistema de salud se erige depositando la aparatología sanitaria de forma invasiva, con un ejército de médicos principalmente especialistas. Que al controlar la medicina, tienen el poder potencial de decidir quién ha de vivir y quién debe morir, quién debe reproducirse sexualmente, quién será fértil, y quién está loco/a. En un proceso de curación basado en la alta tecnología y los farmacéuticos caros producidos por las corporaciones.

Lo descrito anteriormente conlleva a los usuarios a no ser sujetos de la salud ni de las acciones que hacen a las políticas del sector, sino objetos de estudio y de atención pasiva. Así pues, el profesional se establece en autoridad, con una escasa comunicación, despersonalizada y unidireccional.

Haciendo extensiva esta hegemonía al proceso de salud del conjunto, al estar colmada de contenido sociocultural e ideológico, con valores e interpretaciones estructuradas de forma unilateral y producidas por el saber médico; las relaciones entre los cuidadores (sean estos agentes de la medicina hegemónica o curadores populares de la medicina alternativa); los sujetos enfermos y su comunidad. (Menéndez, 1994)

En conclusión “en todos los contextos, las instituciones asistenciales, de cura, de protección o de control estructuran una racionalidad que no es exclusivamente técnica ni científica”. (Menéndez, 1994, p.75)

En este mismo sentido, para Gómez (2007) la idea cultural que ha penetrado en la conciencia colectiva desde la antigüedad hasta nuestros días, es la del médico varón, porque sólo estos han tenido el poder de construir el saber médico, desde la perspectiva y cultura masculina.

Por lo tanto, como sujetos reproductores de un sistema social ancestral, han mantenido la subordinación de la mujer y la supremacía del hombre, al imponer estas construcciones ideológicas como legítimas y naturales. Con argumentos hipocráticos, aristotélicos, galénicos de origen “científico” que fueron históricamente construyendo prejuicios y estereotipos dominantes, que atribuyen al cuerpo de la mujer debilidades, males y locuras.

Uno de los ejemplos icónicos presente en el libro “Calibán y la bruja” tiene lugar durante la transición del feudalismo al capitalismo industrial, con la construcción de un nuevo modelo de feminidad. En el que Silvia Federici (2010) especifica algunos aspectos correspondientes al cambio en el modo de producción y en las relaciones sociales: la mecanización del cuerpo proletario y la visión del útero de las mujeres, como una máquina defectuosa (sometida al control de los Estados), porque el cuerpo del varón representaba la máquina prototipo.

Siguiendo a la autora feminista, una serie de políticas y prácticas impuestas por las capas dominantes como la persecución y caza de brujas, tan importante como la colonización o la expropiación del campesinado europeo de sus tierras. Acabó con muchos de los saberes ancestrales que les permitían a las mujeres autónomamente decidir la no reproducción de los/las hijos/hijas. Abortar con yerbas que las sanadoras, comadronas y curanderas conocían o tener sus partos en sus comunidades, sin intervención de la ciencia médica. Con la finalidad de orientar las tasas de natalidad al aumento de la población, generando masas disponibles para las guerras y las nacientes industrias.

Hasta ese momento, la ciencia médica carecía de conocimientos de anatomía femenina y no existía la obstetricia, porque opinaban que ocuparse de esas cuestiones era algo “sucio”. Después ya no serán las mujeres las conocedoras y responsables de estos saberes y prácticas, sino que con la imposición de la división sexual del trabajo, sus ejecutores serán hombres aptos y detentores de ese saber.

Esta breve reseña histórica permite comprender la fundación de un discurso médico colmado por los valores patriarcales y la visión androcéntrica. Provocando que los médicos en su formación de grado y postgrado incorporen conocimiento a través de los paradigmas biológicos, pero sin contemplar el carácter histórico y social de las identidades y valores diferenciales por género.

Vulneradas en el derecho a la salud: cuando a las mujeres vivir nos cuesta la vida

Hace ya unos años, el tuit de una periodista se propagó como reguero de pólvora: “Mujeres todas, ¿no vamos a alzar la voz? NOS ESTÁN MATANDO”, en mención al caso de la joven santafesina de 14 años, brutalmente asesinada por su novio. Detonante que hizo temblar la tierra, al grito de “Ni Una Menos, vivas nos queremos”, implantando una denuncia masiva que se instaló en la agenda política y en los medios de comunicación.

Se trataba de un grito, de un reclamo por el derecho a la vida, defensivo sí, pero igualmente imprescindible. Demanda que desde entonces no paró de multiplicar las voces en las calles, y que no sólo busca terminar con estos crímenes de odio, que arrojan estadísticas innegables y escalofriantes: una mujer muere cada 30hs (Infobae, 2018). Sino también ir más allá, haciendo exigencias al Estado, desnudando el carácter de la justicia, apuntando al accionar de las fuerzas represivas, impugnando la cobertura misógina de los medios de comunicación y cuestionado todo tipo de abusos.

Este año, el movimiento feminista y de mujeres de nuestro país, que continúa organizándose y ampliándose cada vez más desde el 2015, se transformó en marea y se tiñó de verde por el derecho a decidir.

En 2012 el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, durante el Examen Periódico Universal (EPU), señaló la dificultad en el acceso de las mujeres a la salud sexual y reproductiva como uno de los principales problemas de la situación de los derechos humanos en la Argentina. Destacando el tema de la mortalidad materna, cuya causa principal son los abortos realizados en condiciones inseguras y clandestinas. Es decir, haciendo público un secreto a voces, una deuda de la democracia, que vulnera el derecho a la salud de las mujeres y cuerpos gestantes.

Por primera vez, este año, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito, incluyó la realidad de una minoría oprimida, los abortos en tipos trans. Así, durante meses, este problema de salud pública, fue centro de polarización, y el paisaje en todo el territorio nacional se vio contrastado por pañuelos verdes y celestes, al que se le sumaron, más tarde, pañuelos naranjas por la separación de la Iglesia y el Estado.

Con numerosas y variopintas exposiciones en el Congreso Nacional, legisladores/as, artistas, profesionales de la salud, estudiantes, abogados/as, se pronunciaron a favor o en contra del proyecto de ley. Entre estas ponencias, se vio y escuchó a la “mujer del bebito”, hija del abogado de Rafael Videla, con sus morbosas fotografías; el curso de no anticoncepción del “médico” Albino; y la descripción de la trabajadora, Kathy Balaguer (2018): “La vida de las mujeres de la clase obrera, la de nuestras jóvenes hijas, no es igual a la vida de las gerentas como la CEO de Pepsico, no es igual a la de los empresarios”. Quien argumentó por qué la violencia machista es social, institucional, económica y cultural, denunciando a los responsables.

Una vez finalizado el debate, la Cámara de Diputados dictaminó media sanción, una antesala que nos dotaba de moral. Pero que a pocos días de que llegase el 8A, fecha resolutive, comenzábamos a ver truncadas las expectativas de acabar con este -ya no-silencioso femicidio colectivo.

Finalmente, cientos de mujeres continuarían muriendo por año en nuestro país porque así lo disponía una minoría de la sociedad -casta de privilegiados- con mayoría de votos en el Senado. De este modo, la sudestada que (no) nos acompañó ese día en Buenos Aires, corrió el viento a favor de “los del otro lado” de la plaza vallada, donde los pro aborto clandestino, curas y obispos festejaron; entretanto, y por si quedaban dudas, del lado opuesto a la plaza, comentábamos sarcásticamente: “Encima el día que nos tocó, se nota que dios no es feminista”. Y el Estado, tampoco.

Lo que no nos quitaron, a pesar de la sensación de bronca e impotencia, fue la experiencia acelerada que alcanzaron en tiempo récord las generaciones jóvenes, por la que el

proceso recibió el nombre de “la revolución de las hijas”. Que nos mostró una vez más, quiénes eran aliados, y quiénes nos iban a seguir negando por sus creencias personales o intereses electorales, el derecho a ser sujetas, conquistando una mayor autonomía y autodeterminación sobre nuestros cuerpos.

Una vez más, se expuso la desidia del Estado, la doble moral y la condena social, que nutren de ganancias millonarias a los laboratorios (venta de misoprostol) y a las clínicas privadas, mientras empujan a la práctica del perejil y las agujas de tejer a las mujeres pobres. Porque el aborto es un privilegio de clase. Decidir nuestro proyecto de vida. Ser madre, sí. Ser madre, no, y no morir en el intento. Eso reclamamos: el derecho a la vida, mientras la cruzada de la Iglesia no se hizo esperar para referirse a nosotras como asesinas en cada oportunidad que tuvo (y tiene).

En este sentido, los imaginarios sobre la salud y la vida de las mujeres debe ser resignificado. La falta de equidad en recursos diagnósticos y terapéuticos inadecuados a las necesidades diferenciales de varones y mujeres en la atención médica, provoca las desigualdades en la salud-enfermedad, plasmadas en el informe de la Organización Mundial de la Salud (2013). Al evidenciar que las mujeres están en desventaja en lo concerniente al componente prestación de servicios en mujeres embarazadas y parto. Y que según estudios realizados en Argentina el 60% de las muertes maternas fueron por una inadecuada atención obstétrica directa, en las que los factores de riesgo evitables son superiores al 80%. (ONU, 2013)

La concepción patriarcal del cuerpo de la mujer se cristaliza en las permanentes situaciones de violencia a las cuales son sometidas las mujeres en relación a su cuerpo y al manejo de él. Mendoza ha dado cuenta de esto, cuando el 9 de noviembre se conoció el accionar en los principales diarios y portales de internet del OAL, el Hospital Lagomaggiore y el Ministerio de Seguridad contra una mujer haitiana en clara situación de vulnerabilidad. Filmada por una de las usuarias que estaba presente en el momento, quién observó (ante otros tantos) como la fuerza pública la separó de su bebé de forma degradante.

Pobre, negra, madre y portadora de VIH, una paria que merece ser “sacada de los pelos” hasta ser depositada en un monovalente, el Hospital Pereyra. Porque nadie del personal que trabaja allí, parece haber comprendido el lenguaje histórico de “la loca, mala madre” que minutos después, ante la prohibición de ejercer su legítimo rol de madre, terminó mordiendo a la profesional responsable.

Visibilizando la grave violencia institucional, la policía médica dijo “se hacía la que no entendía”, haciendo aun más manifiesto el desconocimiento o atropello a la

interculturalidad, ya que la mujer hablaba francés, lengua que heredó del imperialismo colonial que sometió a su pueblo.

Los sesgos de género, sin lugar a dudas, determinan la toma de decisión diagnóstica y terapéutica de los/as profesionales especialistas en obstetricia, impactando, como en esta oportunidad, de forma negativa en la calidad de atención de embarazo y parto.

Asimismo, las declaraciones de la Ministra de Salud, Elizabeth Crescitelli, en los medios de comunicación fueron lamentables, justificó todos los procedimientos e hizo una revictimización pública de esta mujer. ¿Acaso sólo se trató de límites idiomáticos?, ¿de un obstáculo epistemológico que dificultó la comunicación y conllevó a denotar, cruelmente, la asimétrica y subordinada relación médico-paciente? Esto es, quizás, lo que puede justificar un sistema de salud -situado dentro de un sistema capitalista objetivante- que va perdiendo cada vez más humanidad.

Sin embargo, los/ las que violentaron a esta mujer haitiana no estuvieron a la altura de una perspectiva reflexiva y empática con la desolación que atravesó desde que emprendió la retirada de esa "naturaleza sin espíritu" donde nació, recorriendo miles de kilómetros para arribar a un país en crisis -como todo el resto de la región- destinada a habitar las calles (no es metafórico) de una provincia gobernada por funcionarios "sin códigos". Y a ser nuevamente violentada, como si se tratase de un loop del sacrificio, por una "campaña mediática estigmatizante y falaz" como enfatizaron la ex Senadora, Noelia Barbeito y el Dip. Lautaro Jiménez (2018) al presentar una denuncia penal en la Fiscalía de Violencia Institucional.

A modo ilustrativo esto expresa que los límites son múltiples y complejos: clasismo, xenofobia y misoginia, elementos de una tríada explosiva para el modelo biomédico hegemónico y patriarcal, y un Estado que la discrimina por ser una mujer inmigrante y pobre.

Cabe agregar que la situación de violencia institucional contra las mujeres se profundiza día a día ante la no aprobación de la IVE en el país y la no adhesión en provincias como la nuestra a la Guía de Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, protocolo que permite el aborto en los casos de violación, riesgo de la salud o de vida.

Convirtiendo a las mujeres, niñas y cuerpos gestantes, en víctimas del atropello de derechos elementales, ya sea en el caso cercano de la nena que fue violada por su padrastro y va ser mamá. O en casos como el de la nena del Chaco, en el que la muerte se transforma en la consecuencia cotidiana.

Producto esto, de la disociación entre los objetivos que se promulgan en las leyes (Ley 26485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, Ley 25929), de la aplicación sesgada de los programas (Salud Sexual y Procreación

Responsable Ley 25673) y de las intervenciones deficientes del aparato estatal de salud. Que impactan en las experiencias concretas de vida de las mujeres, niñas y cuerpos gestantes en situación de embarazo y parto. Provocando inequidades en el acceso, la insatisfacción de la calidad y atención médica, infligiendo daños no sólo de índole física sino también psíquica. (Tejer 2004, 2012)

De este modo, se hace pertinente mejorar los modelos actuales de atención en los servicios de salud e incluir la perspectiva de género en el campo de las políticas públicas de este sector. Ya que evidentemente, siguiendo a la especialista Tajer (2004), los/as médicos y médicas tienen dificultad para pensar y actuar clínicamente según el modo de enfermar de cada género, motivo por el cual la diferencia tiende a transformarse en inequidad en la calidad de atención.

A lo que contribuye también la Iglesia y los sectores conservadores, que en complicidad junto a algunos de los/las trabajadores de la salud, son objetores de conciencia en “defensa de las dos vidas”, opositores al Protocolo de Aborto No punible, a la IVE y a la ESI.

A menudo, estos y los/las dominantes, se refieren a la vida como un concepto abstracto; “el ser humano nace libre e igual a los otros”, aislando a los/las sujetos/as del entramado de relaciones sociales de producción capitalista, orden histórico anclado en la propiedad privada. Que determinan para Benach (2016) “dónde vivimos, cómo producimos, qué medioambiente tenemos, quién tiene socialmente poder, etc. factores estos que marcan los procesos y mecanismos fundamentales que generan enfermedad y mala salud”(p. 31).

Así lo evidencian los ejemplos de zona Norte (BS. As) de jóvenes que no pueden alzar a sus hijos/as, porque están “rotos o rotas” por los ritmos extenuantes de producción (la analogía máquina es intencional). O lo revelado por la leona de Pepsico respecto a compañeras que tienen que ocultar su embarazo y fajarse, si quieren mantener un lugar en las filas del movimiento obrero ocupado.

Qué derecho del niño por nacer se arrogan, cuál maternidad y paternidad es la que se figuran, a qué infancias aluden y qué vidas dicen defender si los fetos no llegan a ser ingenieros, y son Facundo Ferreyra, un niño pobre de Tucumán asesinado por la policía.

Entonces es un verdadero compromiso ético la militancia contra el oscurantismo y los sectores conservadores antiderechos. Pero sin dudas, no es posible hablar de garantía y respeto por el derecho a la vida y a la salud, sin que esta última, conciba, a su vez, todos los demás derechos por los que está condicionada.

“Vivir, sólo cuesta vida” dice la célebre frase del rock argentino, aunque a veces defender y amar la vida, en un sistema de explotación y opresión, encarna abusos y muertes.

Dejando víctimas que tienen un rostro y un nombre: los/ las chicos/as del Próvolo, Johana Chacón y Soledad Olivera, Lucía Pérez. Las mujeres y cuerpos gestantes que murieron por la clandestinidad del aborto y/o la violencia obstétrica. Las víctimas de femicidios y travesticidios. Y los/las trabajadores como la docente mendocina, Cinthya Olañeta, enferma de cáncer a la que se le aplicaba el Item Aula; el telefónico que cayó de un piso 15 en BSAS; o el joven trabajador que se suicidó en la Secretaría de Agroindustria (Bs.As).

Ante los hechos, se hace imperante transformar el dolor y la bronca en organización para pelear por una vida que merezca ser vivida. En el cual “la vida” lejos de ser un concepto vacío, disponible de ser ocupado y utilizado al servicio de las ideologías dominantes -que llevan al ser humano a convertirse en el lobo de sus congéneres- anteponga una lucha real por una vida plena y sana. Donde las ganancias no valgan más que nuestras vidas, el trabajo sea social y vaya en disminución (sin que implique “vivir para trabajar”) y las personas podamos dedicar nuestras energías al ocio creativo de la ciencia, el arte, y la cultura, y desplegar así todas las capacidades humanas.

Para conquistar una nueva sociedad sin explotación ni opresión, sobre la que se erijan nuevas relaciones de amor, cooperación y compañerismo, lejos del derrotero del amor romántico y sus consecuencias, incluso, fatales. En la que la represión del deseo y del goce de las mujeres y las identidades disidentes, deje de “romper alitas” -como escribió el autor chileno, Pedro Lemebel- para que por fin, “¡Bang! ¡Bang!...” el único liquidado sea el sistema.

Bibliografía:

- Balaguer, K. (2018, 22 de mayo). Porque amamos profundamente la vida, luchamos también por cambiar todo desde la raíz. *La Izquierda Diario*. Extraído el 5 de Noviembre de 2018 desde: <https://www.laizquierdadiario.com/Katy-Balaguer-Porque-amamos-profundamente-la-vida-luchamos-tambien-por-cambiar-todo-desde-la-raiz>
- Benach, J. (2016). “Toda salud es política”. [versión electrónica]. Buenos Aires: *Ideas de Izquierda*, 17: 30-32. Disponible en: http://www.laizquierdadiario.com/ideasdeizquierda/wp-content/uploads/2015/04/30_32_Benach.pdf
- Carmarco, D. (2007). Cuerpo de Mujer: Territorio Delimitado por el Discurso Médico. [versión electrónica]. *Revista Comunidad y Salud de Venezuela* 5 (1) . Extraído el 3 de Diciembre de 2018 desde: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000100005
- CEDAW (1981) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres. Extraído el 20 de Noviembre de 2018 desde http://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género. Extraído el 6 de Diciembre de 2018 desde http://www.ops.org.bo/textocompleto/neq2_4_602.pdf
- Crespo, B. (2015, 2 de Junio) ¿Cómo y por qué surgió la marcha #NiUnaMenos? . Extraído el 7 de Noviembre de 2018 desde: <https://www.minutouno.com/notas/365722-como-y-que-surgio-la-marcha-niunamenos>
- Federici, S. (2010). “Calibán y la Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria”. Madrid: Traficantes de sueños.
- Filho, N. et Paim, J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en América Latina. [versión electrónica]. *Cuadernos médicos sociales*, 75: 5-30. Recuperado el 4 de Noviembre de 2018: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf>
- Infobae (2018, 4 de Junio). Según el registro de femicidios de la Corte Suprema, en el país matan a una mujer cada 35 horas. *Infobae*. Extraído el 7 de Noviembre de 2018 desde: <https://www.infobae.com/tendencias/2018/06/04/segun-el-registro-de-femicidios-de-la-corte-suprema-en-el-pais-matan-a-una-mujer-cada-35-horas/>

- Laurell, A.C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. [Versión electrónica]. *Cuadernos Médico Sociales*, 19:1-11.
- OMS (2013) ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? Extraído el 28 de Noviembre de 2018 desde <http://www.who.int/features/qa/12/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2007) La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género. Extraído el 20 de noviembre de 2018 desde http://www.ops.org.bo/textocompleto/neq2_4_602.pdf
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ley 25673 (2009) Extraído el 20 de Noviembre de 2018 desde <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En M.E (Ed.), *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. (pp.451-464) [versión electrónica]. Buenos Aires, Argentina http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Páez, A. (2018, 9 de Noviembre). La Izquierda denunció penalmente a funcionarios por el maltrato a una mujer haitiana en un hospital público de Mendoza. *La Izquierda Diario*. Extraído el 11 de Noviembre de 2018 de: <https://www.laizquierdadiario.com/La-Izquierda-denuncio-penalmente-a-funcionarios-por-el-maltrato-a-una-mujer-haitiana-en-un-hospital>
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?. [versión electrónica]. *Revista Alteridades de México*, 7 (4): 71-83. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. (1a. ed). Buenos Aires: Lugar Editorial
- Tajer, D. (2004) Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC (Ed.), *Políticas Públicas, Mujer y Salud* (1a.ed., pp.27-39). Popayán, Colombia.
- Tajer, D., Attardo, C., Ceneri, E., Cuadra, M.E., Cunningham, M.V., Fontenla, M., Gaba, M., Jeifetz, V., Lo Russo, A., Reid, G., Straschnoy, M., Zamar, A. (2012). *Género y Salud. Las políticas en acción*. (1a. ed). Buenos Aires. Lugar Editorial