La expoliación capitalista de los cuerpos: mujeres y medicina

Cecilia Canevari[1]
Universidad Nacional de Santiago del Estero, Argentina

EXTRACTO:

En este ensayo la autora comparte algunas reflexiones sobre el capitalismo y las nuevas fronteras sobre las que avanza para su enriquecimiento, poniendo la mirada en los cuerpos y la salud relacionándola a la biotecnomedicina. Pero también le interesa analizar cómo los cuerpos más expoliados son los de las mujeres, lo que le permite invitar a una reflexión sobre las estrechas relaciones históricas entre capitalismo y patriarcados, sus renacimientos o reinvenciones permanentes y distintos modos de potenciarse entre sí. La autora apunto a señalar algunos emergentes sobre las maneras en que opera la colonialidad del poder médico para la expansión territorial sobre los cuerpos, encubierto sobre apariencias de cuidado y atención.

Introducción

En este ensayo[2] me propongo compartir algunas reflexiones sobre el capitalismo y las nuevas fronteras sobre las que avanza para su enriquecimiento, poniendo la mirada en los cuerpos y la salud relacionándola a la biotecnomedicina. Pero también me interesa analizar cómo los cuerpos más expoliados son los de las mujeres y entonces poder invitar a una reflexión sobre las estrechas relaciones históricas entre capitalismo y patriarcados, sus renacimientos o reinvenciones permanentes y distintos modos de potenciarse entre sí. Apunto a señalar algunos emergentes sobre las maneras en que opera la colonialidad del poder médico para la expansión territorial sobre los cuerpos, encubierto sobre apariencias de cuidado y atención.

Para la comprensión de estos procesos complejos y de largo alcance con componentes histórico estructurales, el desafío que me propongo es un abordaje múltiple

---

[1] Doctora de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires con orientación en Género. Profesora e investigadora. Programa Géneros, política y derechos. INDES (Instituto de Estudios para el desarrollo social). Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud. Universidad Nacional de Santiago del Estero. Argentina. Correo electrónico: cecaneva@unse.edu.ar

[2] Este trabajo forma parte de mi tesis doctoral *Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres: derechos, autonomía y violencia* en la que me propuse acercarme a la comprensión de los vínculos entre los/as profesionales de la medicina y las mujeres que asisten a los servicios de salud para la atención a sus eventos obstétricos.

que intenta tejer algunas puntas de una trama de enormes dimensiones. Porque además, los mismos nos interpelan a nivel de nuestras subjetividades con una devolución de nuestras prácticas y emociones personales que están naturalizadas. Para esto describiré una lectura histórica del proceso de acumulación capitalista para luego indagar algunas estrategias para su expansión en el campo de la biotecnofarmacomedicina.

El capitalismo en el proceso de acumulación originaria ha avanzado sobre los territorios campesinos y sobre los recursos de la naturaleza para incrementar su capital, parece claro que en repetidas oportunidades ha ido mutando sus estrategias y en este momento su expansión depende de otros territorios, que en este caso son también los cuerpos y sus necesidades (reales o creadas) de acceso a la salud. Desde hace algunos años leo periódicamente los informes sobre el proceso de concentración de la riqueza elaborados por Oxfam.[3] Lo cierto es que su lectura causa un gran asombro, no solamente por el espanto de conocer el proceso de concentración de la riqueza en el mundo en unas pocas -y cada vez menos- personas, sino por los medios a través de los cuales estos grupos se enriquecen. Allí señalan que en los últimos años, quienes más han incrementado sus ganancias[4] son quienes han invertido en el sector de los laboratorios farmacológicos, tecnologías médicas, seguros y atención médica. Para los milmillonarios estos sectores de la economía son de los más rentables en estos tiempos, pero además invierten mucho dinero en hacer lobby en campañas electorales, o en detener por intermedio de juicios o sanciones comerciales, las transformaciones que impulsan los países para producir medicamentos genéricos más económicos y evitar los abusos. Así mantienen el control del mercado y su garantía de éxito. Una nueva investigación de Oxfam (2018) revela que cuatro grandes empresas farmacéuticas (Abbott, Johnson & Johnson, Merck y Pfizer) han ocultado sistemáticamente sus beneficios de alrededor de 100 millones de dólares al año, en paraísos fiscales, además de haber aplicado un enorme sobreprecio a sus productos. “La elusión fiscal, los precios elevados y este lobby feroz por parte de las empresas farmacéuticas, amplia la profunda

[3] Oxfam es una confederación internacional de 18 organizaciones que trabajan junto a organizaciones socias y comunidades locales en más de 90 países. Consideran que la pobreza no es inevitable sino que es producto de la injusticia. Publica periódicamente informes sobre la pobreza en el mundo. https://www.oxfam.org/es.
[4]Entre 2013 y 2014, la riqueza que experimentó un mayor incremento fue la conjunta de los milmillonarios que, según la lista, tienen intereses o desarrollan actividades en los sectores farmacéutico y de atención sanitaria. El conjunto de la riqueza de los milmillonarios con intereses en estos sectores pasó de 170.000 millones de dólares a 250.000 millones de dólares en el último año, un incremento del 47% y el mayor aumento porcentual de riqueza de todos los sectores incluidos en la lista de Forbes (Oxfam 2015).

brecha entre ricos y pobres, entre hombres y mujeres y entre las economías desarrolladas y las economías en desarrollo".

Se trata de un proceso de largo alcance de concentración de las riquezas, pero que ha crecido de un modo alarmante en las últimas décadas, tanto que Rita Segato lo analiza como un camino de refeudalización, señorío o dueñidad. Porque hablar de desigualdades frente a tamañas concentraciones de capital es insuficiente. Alcanzamos un punto en donde un mínimo puñado de personas (varones) son dueños de la vida y la muerte en el planeta, con un poder (sin rostro) que tiene una magnitud antes desconocida y que vuelve los ideales de las democracias en una ficción (Segato 2016).

La modernidad capitalista que comienza con el cercamiento de los campos, de los territorios campesinos, continúa con el cercamiento de los cuerpos, de las personas. Esto ha provocado un corte en las relaciones con la naturaleza, en las relaciones comunitarias pero también en la relación con el propio cuerpo. Así se genera un extrañamiento y distanciamiento con los/as otros/as además de consigo/a mismo/a con la imposición de una creciente individualización. Las personas aisladas, sin redes que las contengan, sin ser parte de un proceso histórico, están más vulnerables. Se acrecienta el miedo de los/as demás, pero también el miedo sobre sí mismas, el miedo a la muerte.

Modernidad capitalista y patriarcado en la trama médica

Aníbal Quijano (2000), entre otros como Dussel (1994), o Lander (2005) proponen que es a partir de la conquista de América que surge Europa tal como la conocemos y que este hecho ha resultado en un nuevo patrón de poder mundial y la conformación de la modernidad capitalista eurocentrada. Esta propuesta ha significado un cambio de paradigma en la interpretación de la historia, provocando diferentes rupturas epistemológicas. Una de ellas es el giro hacia una centralidad de América Latina como territorio a partir del cual emerge un nuevo orden geopolítico y económico. Como ya mencionamos Europa se transforma en Europa, gracias a la emergencia de América, no solamente por la usurpación de las riquezas sino por el proceso de *subalternización* de los territorios coloniales y sus habitantes.

Otra ruptura epistémica es el considerar que si bien este proceso comienza con la conquista y la instalación del poder colonial, ha demostrado una perduración histórica

sostenida en el tiempo, al que denomina con un neologismo: *colonialidad* (Quijano 2014) o *colonialidad del poder/saber/ser*. Este proceso de larga duración resulta en la imposición de un ordenamiento basado en patrones de poder que con clasificaciones sociales operan en diferentes planos, ámbitos y dimensiones materiales y subjetivas. De esta manera se aparta de las corrientes teóricas de los estudios postcoloniales para dejar planteada una línea de continuidad histórica.

Aníbal Quijano (2014, 290) conceptualiza al poder como:

> […] un espacio y una malla de relaciones sociales de explotación/ dominación/ conflicto articuladas, básicamente, en función y en torno de la disputa por el control de los siguientes ámbitos de existencia social: (1) el trabajo y sus productos; (2) en dependencia del anterior, la "naturaleza" y sus recursos de producción; (3) el sexo, sus productos y la reproducción de la especie; (4) la subjetividad y sus productos, materiales e intersubjetivos, incluido el conocimiento; (5) la autoridad y sus instrumentos, de coerción en particular, para asegurar la reproducción de ese patrón de relaciones sociales y regular sus cambios.

Este concepto de poder nos permite entrelazar las dimensiones de análisis del capitalismo y el patriarcado porque ofrece un amplio marco desde donde pensar el problema. Quizás donde se refiere al sexo y sus productos, debamos incluir la dimensión del cuerpo que puede estar implícita, pero es necesario hacer la aclaración porque "... el cuerpo de mujer es la primera colonia, la primera colonia en la historia de la humanidad fue el cuerpo de la mujer" (Segato 2016,155).

Estas relaciones de dominación y control que se ejercen sobre las mujeres, se entrecruzan con otras clasificaciones sociales y en particular es interesante analizar el concepto de raza/racismo en América Latina que surge a partir de estos nuevos ordenamientos geopolíticos. El ingreso a la modernidad trae consigo no solamente nuevas identidades sociales sino también su posicionamiento *subalternizado*. La descripción del tránsito hacia la modernidad, recibe renovados aportes de historiadoras feministas que traen nuevas luces a la "iluminación" y el "renacimiento" recuperando cómo surgen la modernidad, el colonialismo, el nacimiento de la ciencia moderna, y el nuevo orden económico capitalista. Pero también tenemos que hacer visible cómo en el plano de las subjetividades, emerge la individualidad y el individualismo tal como la conocemos. Todo parece indicar que las relaciones patriarcales que ya existían previamente, durante este

período vieron ampliadas las desigualdades entre los géneros y recrudecida la heteronormatividad.[5]

Estos diferentes registros referidos a los orígenes no impiden ver que desde el momento en que estos dos sistemas comienzan a convivir, se establece entre ellos un "feliz matrimonio"[6] que ha hecho que se potencien mutuamente y que las injusticias que son consecuencia de uno y otro (y de ambos entrelazados), se sostengan con una violencia dirigida especialmente hacia los grupos vulnerados y hacia la naturaleza. "De la misma manera que el mítico rey Midas todo lo transformaba en oro, el capitalismo todo lo transforma en mercancía" (Ciriza 2011, 31). El capitalismo se expande con la expropiación de los bienes comunes y esto es bien conocido. Para concentrar capital es necesario expropiar y para expropiar es necesaria la violencia. Pero también se expande con la mercantilización de aquellos aspectos de la vida cotidiana que durante siglos fueron considerados bienes comunes y sobre aquellos espacios y tiempos considerados como separados y que se asignan al proceso de reproducción de la vida humana desde el punto de vista biológico y social. Y en este proceso de transformar todo en mercancía, los cuerpos están incluidos (Ciriza 2011).

Alejandra Ciriza (2011) hace una crítica a una lectura binaria, basada en la teoría del doble sistema que ubica al capitalismo asociado a los aspectos productivos, a la explotación y como un sistema material. El patriarcado en cambio queda en esta lógica, asociado a los aspectos reproductivos y del cuidado, a la dominación a las mujeres y sería un sistema cultural. Esta mirada los presenta separados y relacionados entre sí de manera ocasional evitando analizar los múltiples vínculos que hacen que se retroalimenten mutuamente. Se sostiene de esta manera una escisión entre lo productivo y lo reproductivo, entre la economía y la política, entre la mente y el cuerpo. De esta manera se niegan por ejemplo, los modos en que los trabajos propios de las mujeres -asignados por la clásica división sexual-, sostienen con su trabajo gratuito a la economía formal. Así todo lo referido al cuidado de hijos/as, enfermos/as, ancianos/as, a los trabajos domésticos que permiten

[5] Se refiere a un orden social impuesto por el patriarcado donde las identidades y orientaciones sexuales son estructuradas en torno a la figura de un varón y una mujer heterosexuales. Y donde cualquier persona que escapa a esta heteronorma es subalternizada y discriminada. Los mecanismos para su sostenimiento y reproducción son políticos, jurídicos, médicos, psicológicos, religiosos, culturales.
[6] Heidi Hartmann escribió en 1985 un artículo que alcanzó una gran difusión que tuvo por título "El infeliz matrimonio entre marxismo y feminismo: hacia una unión más progresista". A partir de aquella controvertida metáfora, apelamos a ella para presentar una contracara.

que un niño/a asista a la escuela, o un/a trabajador/a cumpla con sus deberes, todo ello queda desvalorizado y ni siquiera es considerado en las cuentas nacionales como aporte a la economía de una nación. Como las mujeres se han ido incorporando progresivamente al mundo del trabajo, hoy asumen el trabajo productivo y reproductivo, porque los arreglos en el hogar se transforman muy lentamente en las sociedades más tradicionales.

Históricamente, se ha considerado que el capitalismo avanza con la explotación de la naturaleza, de sus productos y de la fuerza de trabajo. En esta escisión a la que se refiere Ciriza los cuerpos quedan borrados, pero para nuestra mirada es necesario considerar además que los cuerpos se convierten también en mercancía y es sobre los cuerpos donde se expande el capitalismo de la medicina moderna. Los procesos de salud y enfermedad, además de la búsqueda de belleza, o de diferentes formas de bienestar se han mercantilizado y allí radica una importante ganancia monetaria. Y los cuerpos de las mujeres y sus subjetividades requieren ser domesticados /dominados para llevar adelante la empresa, lo que ocurre con los cuerpos de las mujeres como renovada conquista del permanentemente reinventado avance sobre la naturaleza por parte del capitalismo.

De igual modo es interesante el análisis que hace Silvia Federici (2010) sobre el período histórico de la génesis de la modernidad capitalista (siglos XVI-XVII). Hace una relectura de Karl Marx sobre el proceso de acumulación originaria como fundacional y que revela las condiciones estructurales que hicieron posible la instalación de la sociedad capitalista. La acumulación es posible por el despojo de una enorme cantidad de población y por la explotación de la fuerza de trabajo y de la reproducción. La acumulación es el proceso de construcción de desigualdades, es un sistema de jerarquías, que se crea entre los/as explotados/as y entre varones y mujeres.

La acumulación también provoca rupturas y separa la producción de la reproducción, lo público de lo privado, y la separación de las mujeres de su propio cuerpo con el fin de apropiación. Ella plantea la hipótesis de que para la instalación de ese nuevo orden (social, económico y mundial) la persecución a las mujeres durante la inquisición fue una estrategia funcional a sus objetivos. La quema fue un ataque al poder social de las mujeres, afirma que la persecución a las brujas fue tan importante como la apropiación de los territorios coloniales y sus riquezas, y como la expropiación de tierras al campesinado europeo.

La salud y el poder

En el análisis de la medicina desde una perspectiva feminista crítica me refiero específicamente al funcionamiento social de la misma y no a las personas que la ejercen que pueden ser o no, del todo conscientes de las estructuras que enmarcan sus prácticas. Busco indagar sobre algunos presupuestos básicos y conceptos para describir las ciencias médicas apuntando a la comprensión de las estrategias colonizadoras de la subjetividad de las personas para la generación de prácticas de consumo en salud. Desde la creación de necesidades que despiertan la dependencia, hasta la comprensión del concepto de autonomía analizado de modo relacional.

Las ciencias médicas o ciencias de la salud son un conjunto complejo de una gran variedad de disciplinas que incluyen desde la bioquímica a la antropología médica. Por lo general en la medicina moderna se plantea un debate respecto al necesario balance de conceptualizar el objeto de estudio de las *ciencias de la salud* (ya no solamente de la medicina) con componentes vinculados por un lado a la naturaleza o a lo biomédico; y por el otro, un enfoque socioantropológico que considera que los procesos de salud y enfermedades son hechos del campo de las relaciones sociales (Samaja 2009). Más allá de la complejidad disciplinar de las ciencias de la salud y particularmente de la medicina, hay sin duda una histórica inclinación hacia el biologismo y como afirma Donna Haraway (1991, 114) "la biología es la ciencia de la vida concebida y escrita con la palabra del padre", y agrega "la palabra era de Aristóteles, de Galileo, de Bacon, de Newton, de Linneo, de Darwin y la carne era de mujer". En esta relación del sujeto masculino de la ciencia y su objeto femenino, hay un particular interés en atender las cuestiones de la biología de las mujeres que se presenta misteriosa, incomprensible, voluble. Virginia Woolf en este sentido se pregunta “¿Tienen idea de cuántos libros se escriben sobre la mujer en un solo año?; ¿Tienen idea de cuantos son escritos por hombres?; ¿Saben que somos quizás el animal más estudiado del mundo?” (Ehrenreich y English 1990).

Hay otro aspecto relevante y que habitualmente no entra en estas caracterizaciones y es el rasgo moralizador de las medicinas que se imprimen con fuerza en la subjetividad de las personas y de la sociedad. Las prácticas médicas apuntan a cuestiones valorativas del ser y el deber ser, de lo normal y lo patológico. Este enfoque moralizador impulsa el discurso y las prácticas de los/as profesionales de la medicina, colonizando mentes y

cuerpos. Entonces el carácter moralizador también se relaciona con las definiciones de las fronteras entre lo normal y lo patológico; para la normalidad el control y un énfasis puesto en lo patológico. Y esta moral solo es posible plantearla desde una posición de autoridad y superioridad, que también se expresa en prácticas de tutelaje (Nugent, 2005) sobre todo hacia las mujeres que se considera que no disponen de las capacidades para tomar decisiones sobre sus cuerpos.

La mercantilización y medicalización de sus prácticas y la idea de que los procesos que asisten son biológicos exclusivamente, fragmenta los cuerpos desatendiendo a la integralidad de las personas y responde a intereses de lucro. El modelo médico hegemónico amplía progresivamente su injerencia en los procesos de salud/ enfermedad/ atención de las personas, con una creciente mercantilización de las prácticas médicas. En este proceso intervienen diferentes intereses y actores, tales como las corporaciones médicas y los laboratorios farmacéuticos. Eduardo Menéndez (2002) enumera algunas características de este modelo, al que denomina hegemónico:

> […] biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica.

Este modelo ha sido y es cuestionado desde diferentes enfoques y disciplinas (Illich 1978, Passos Nogueira 2008, Foucault 2008, Castro 2014; entre otros).

Daniel Chávez (2017) agrega que otra característica de este modelo es la inducción al consumo, el mercantilismo, el individualismo y la falta de solidaridad. Señala un deterioro de la escucha y la palabra, que están transformando los vínculos, y esto es especialmente notorio en la medicina. Los/as médicos/as ven resonancias manégticas pero no dialogan con las personas que atienden. Pero además, hay una colonización de estas personas que llegan al consultorio pidiendo que le realicen estudios o le indiquen fármacos. El prestigio de un profesional que no interviene con tecnologías o medicamentos es dudoso.

> La medicina se mercantilizó. La sociedad se medicalizó. Las emociones se medican; el duelo se medica. Se crearon nuevas enfermedades que favorecieron la indebida farmacologización. Al mismo tiempo, sucede que los destinos de la medicina ya no los manejan los médicos sino aquellos administradores, gerentes, que dirigen las empresas médicas y las instituciones. Es claro que la tecnología arrasó con la relación médico-paciente. Sin embargo, los métodos complementarios de diagnóstico son eso: métodos

> complementarios. La conversación, la escucha, el examen, son irremplazables". (Chávez, entrevista en *Página 12*).

Se considera al cuerpo como un objeto material, centrándose en los procesos biológicos de manera primordial, ignorando las necesidades subjetivas de las personas y su entorno. Esto las expone a permanentes situaciones de ejercicio de violencia, cita Sen (2005, 6) a Larme: "El poder es una dimensión clave en la construcción cultural del conocimiento médico. Los sistemas médicos suelen reproducir las desigualdades y las jerarquías de una sociedad al naturalizar y normalizar las desigualdades mediante hechos e imágenes acerca del cuerpo".

Almudena Hernando (2015, 16) plantea que

> [...] la principal trampa del orden social para legitimar las desigualdades consiste en enseñar a todos sus miembros a mirar el mundo a través de la mirada particular de quienes tienen el poder. Este particular punto de vista se inviste de universalidad a través de las instituciones de enseñanza, información y publicidad se convierten en la *verdad* que toda la sociedad reproduce, aunque no se ajuste a la experiencia de quienes no ocupan esa posición de poder.

Pero lo que ocurre es que hay una permanente expansión de la colonialidad del poder y también recae sobre las subjetividades. De modo tal que en ocasiones una subjetividad colonizada desea lo que desea el poder, el dominador sin necesidad de imposiciones. En el mismo sentido Aníbal Quijano (1991, 439) plantea que "el instrumento principal de todo poder es su capacidad de seducción". La colonialidad para extenderse precisa del ejercicio del poder seductor que opera sobre los cuerpos y sobre las subjetividades. Hay un tránsito del poder disciplinar a un poder libidinal (Castro Gómez 2005).

Para Donna Haraway (1991) la ciencia se ocupa del conocimiento y el poder, y en esta trayectoria busca la dominación del cuerpo. Un cuerpo que para la medicina se presenta fragmentado, mecanizado, protocolizado. Es posible que la medicina opere con la idea de una criatura híbrida compuesta de organismo y de máquina, al modo de un cyborg.

El objeto de estudio de la medicina son los cuerpos en tanto materialidad, y esta centralidad define sus representaciones y sus prácticas.

> El control de la sociedad sobre los individuos no sólo se efectúa mediante la conciencia o por la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista es lo bio-político lo que importa ante todo, lo biológico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una entidad biopolítica, la medicina es una estrategia biopolítica (Foucault 2001).

Michel Foucault (2008a) explica también que el proceso de conformación de la medicina moderna y la consolidación de esta estrategia biopolítica fue posible no por el éxito del ejercicio profesional personal sino que sostiene que la medicina moderna es social y que la prolongación de la vida se logra gracias a que han habido estrategias que se aplicaron de forma masiva, como por ejemplo el acceso a los servicios de agua potable, mejoramiento de las viviendas, alimentación. Lo que Michel Foucault no explora es cómo esta estrategia biopolítica que lleva adelante la medicina, la hace sobre los cuerpos de las mujeres. Porque si el capitalismo precisaba fuerza de trabajo, el único modo de obtenerla era a través del control de la reproducción, que ocurre necesariamente en un cuerpo femenino.

Necesidades y riesgo, responsabilidad y autonomía

Presentamos el negocio de la salud como un poder que no reconoce fronteras y que se enriquece de un modo vertiginoso, en donde el discurso de derechos queda en enunciación con una debatida expresión práctica. Aquí me propongo trabajar sobre una relación que es funcional al modelo médico, entre la producción de necesidades en salud ahora asociadas al riesgo (a su vez asociado al miedo), la responsabilidad (asociada a la culpa) y la autonomía (asociada a la dependencia).

Una estrategia de la economía capitalista es la creación de necesidades que luego se trasladen al consumo, personas necesitadas que se presupone que nunca podrán estar enteramente satisfechas porque siempre es posible consumir un poco más, siempre hay una nueva necesidad y las insatisfacciones se renuevan. Así se instalan una marca de zapatillas, una cerveza, modos de vestir o modelos de belleza. Cuando esta lógica es aplicada a la salud, nos confronta con una llamada de atención que señaló oportunamente Iván Illich en 1978: "La medicina institucionalizada se transformó en una gran amenaza para la salud". "La empresa médica amenaza la salud. La colonización médica de la vida aliena los medios de tratamiento y su monopolio profesional impide que el conocimiento científico sea compartido" (Passos Nogueira cita a Illich 2008, 25). El consumo en la búsqueda de mayor y mejor salud puede ser inagotable. Salimos de un consultorio médico con una infinidad de estudios y recetas de medicamentos que son el inicio de un camino de diversos consumos que obviamente contienen un costo variable pero siempre significativo.

Entonces la creación de las necesidades, la conciencia del riego o la colonización de las subjetividades para la siembra de necesidades, provocan un aumento de la dependencia, dando una mayor valoración al poder del dinero. "La obsesión por la producción y el consumo por vía del mercado y por los profesionales de toda índole (incluso los de la salud) presupone que jamás puedan ser íntegramente satisfechas" (Passos Nogueira 2008, 61). El consumo intensivo de la medicina es una forma de dependencia (en el sentido de la drogodependencia) y está monopolizado por el ejercicio profesional de los/as médicos/as. Además estas necesidades van mutando periódicamente y para el caso de la medicina se instalan como resultado de estudios científicos que sustentan las prácticas asociadas a la prevención, los estudios periódicos necesarios, o los mejores medicamentos para resolver tal o cual malestar. Así se pone de moda el control estricto del colesterol (modifican los valores normales de modo tal que lo patológico tenga mayor frecuencia), o los estudios de rutina para diagnosticar patologías (como la colonoscopía en las mujeres de más de 50 años) o el uso de psicofármacos para el síndrome de atención dispersa en la infancia. Y en este sentido, también se crean necesidades estéticas, siendo esta una especialidad con un crecimiento importante, y en este campo las mujeres y las personas trans son las que en mayor número sienten la necesidad de intervenir sobre sus cuerpos por la búsqueda de autogratificación, belleza y juventud.

Agrega Mónica Müller (2014, 157) que "el poder persuasivo de la industria médica se afirma sobre dos bases: la amenaza y el soborno. La primera se construye mediante la magnificación, difusión o eventual creación de síntomas, cuadros clínicos y enfermedades; el segundo con la oferta de prevención o tratamiento para cada una de esas amenazas". Se trata de patologizar, creando enfermedades en procesos naturales, o induciendo el miedo, o sensaciones de alarma, para luego poder medicalizar, estudiar, medicamentalizar y acrecentar negocios. Y la medicina se fortalece luego de cada epidemia que generan pánico y un estado de shock que logra que posteriormente ella resurja empoderada (Armus 2002). La *creación* del riesgo, apunta a la generación del miedo como antesala para la búsqueda heterónoma de protección. De esta manera el riesgo contiene una normativa dirigida a la conducta personal y social y, volviendo sobre el carácter moralizador de la medicina, este concepto apunta en el mismo sentido. De modo tal que la conciencia de riesgo futuro -en sus aspectos positivos- puede modificar conductas de cuidado personal y comunitario que

se anticipen. No se puede vender seguridad o protección si no se ha sembrado el miedo, la conciencia de riesgo.

Luis David Castiel y Carlos Alvarez Dardet Díaz dicen al respecto:

> Existe algo de persecutorio en la idea de conocer el futuro para prevenirse de las muchas amenazas que parecen acecharnos. Esta preocupación aparece cada vez más en las ciencias que tienen el apremio en relación con la predictibilidad que caracteriza otras disciplinas científicas, como la economía o la epidemiologia (incluso, ambas operan con la noción virtual del riesgo). Además, hay sectores de las ciencias de la salud que empezaron a colaborar con más fuerza con estrategias corporativas de la industria farmacéutica para hacer la ocurrencia de la enfermedad como un espacio ampliable tanto en el presente al crear nuevas enfermedades y mediante la noción del riesgo, medicalizando también el futuro. La noción del riesgo acompaña al encogimiento de sentimiento de la capacidad de gestionar los muchos elementos y variables que componen el tiempo presente y se manifiesta en las sensaciones de desasosiego que rondan a las sociedades modernas. Esta sensación de gran inseguridad de nuestra época parece generar una búsqueda de previsibilidad en relación a los escenarios y hechos que puedan ocurrirnos. Hay muchos dispositivos predictivos desarrollados por las tecnociencias, bajo sus cánones de racionalidad. Paradójicamente, somos testigos de que la racionalidad no trae obligatoriamente certidumbre, confianza, tranquilidad (2007, 462).

Si se crea una conciencia del riesgo individualizada como un mal que ronda nuestros estilos de vida, simultáneamente hay un traslado a la responsabilidad por la falta de previsiones. Aunque no podemos hablar de responsabilidad sin autonomía y sin conocimiento previo de los efectos que provoca una acción determinada. Solo así se podría tomar decisiones responsables. El concepto de riesgo adquiere una significación particular en los sistemas de salud y se considera a las mujeres embarazadas como cuerpos "en riesgo" y desde allí se suscitan numerosos controles e intervenciones que son desencadenantes de diferentes violencias (Erviti 2010). Y es de sentido común señalar que las mujeres tienen más precauciones frente a los riesgos, y esto es posible verlo en las conductas masculinas de los jóvenes que desafían la velocidad o el vértigo. En este sentido estaríamos las mujeres más sensibles al momento de asumir una conciencia de riesgo -genuina o impuesta- y los temores que despierta.

También cabe retomar el hecho de que este énfasis puesto en la responsabilización individual y la culpabilización por las acciones individuales presenta una contracara que es la invisibilización de las acciones y responsabilidades de los gobiernos y las empresas (Castiel y Alvarez 2007).

Se presentan dilemas de difícil resolución frente a los beneficios y los perjuicios de los progresos científicos y tecnológicos, porque de alguna manera tienen efectos positivos y negativos. Por un lado, se pueden identificar como importantes avances la obtención rápida de un diagnóstico que habilita una intervención terapéutica temprana, con un posible mejoramiento del pronóstico y la calidad de vida de las personas. Pero también hay una contracara que está dada por la tiranía de numerosas pruebas complementarias, la segmentación excesiva de órganos, el intervencionismo excesivo, la falta de atención a los aspectos psicosociales de la enfermedad y su consecuencia iatrogénica. Desde este punto de vista se puede plantear que hay una "crisis de confianza" hacia la medicina tras la observación de estas limitaciones, refiriéndose al hecho de que el paroxismo del progreso tecnológico de la medicina trajo incertidumbre sobre la capacidad práctica del mismo. En este sentido, se destacan entre otros problemas, una incapacidad progresiva en la atención para demostrar racionalidad, como así también para mostrar la sensibilidad frente a las necesidades de las personas y tomar conciencia de sus propios límites (de Carvalho Mesquita 2005).

La autonomía profesional

En tanto concepto relacional, siendo que lo que se juega es nuevamente el poder, el aporte de Lilia Blima Schraiber (2010) es significativo porque reflexiona sobre la medicina como una profesión que respecto de su ejercicio tiene una historia en la que se sustenta la autonomía como una característica propia y que tiende permanentemente a mantenerla.

> Se trata de la *autonomía profesional* en el campo de la atención a la salud, autonomía que se origina como característica central del trabajo de los médicos con la reconstrucción de la práctica médica en la Modernidad (Ribeiro y Schraiber 199, Schraiber 1995a) y que constituye hoy día uno de los focos principales de tensión y conflicto de la práctica médica contemporánea (Schraiber 2008). Con base en esa raíz de la medicina en la Modernidad, en la que se da tanto la formulación del saber médico de base biomédica (Foucault 1977, 1984) como el surgimiento del enorme poder adquirido por los médicos como agentes del Estado moderno (Freidson 1970a), como representantes legítimos de la ciencia y como portadores/ guardianes de la autoridad cultural de su uso social (Starr 1982), la autonomía de los médicos fue, en mi opinión, el enlace construido históricamente entre dos cualidades de su práctica: la de un saber técnico-científico y la de un poder político y cultural-moral del ejercicio de ese saber con una regulación externa al corpus profesional (la organización corporativa de los médicos) casi nula. O como lo menciona Freidson (1970ª, 1970b), un poder de disciplinar y evaluar a los otros y simultáneamente de permitir regularse o evaluarse únicamente por sus mismos pares (Schraiber 2010, 15).

Hay aquí varias claves, pero me interesa particularmente resaltar la centralidad de la autonomía en el ejercicio de la profesión médica y esa capacidad de autorregulación propia. Lilia Schraiber señala además que la autonomía médica opera en cuatro planos: la autonomía mercantil que se refiere a la inserción en los mercados de trabajo; aquella otra ligada al orden organizacional/ administrativo o también jerárquica; la autonomía de la producción de su propio trabajo asistencial (la autonomía del consultorio privado) y finalmente la autonomía técnica como acción concreta del trabajo. En el ámbito de un consultorio cuando se cierra la puerta se crea un espacio en donde la persona que consulta queda a merced del juicio clínico del/a profesional y sus criterios, que utilizará para tomar las decisiones para hacer una intervención clínica. La autonomía del/a profesional médico/a queda distante del control del ejercicio profesional de sus pares, puede decidir cobrar honorarios o actuar fuera del orden jerárquico de las instituciones u organizaciones a las que pertenece. De esta manera hay una subjetividad que se sustenta en estas autonomías y el poder que de ellas se desprenden, que crea posiciones de certezas discursivas y técnicas que difícilmente acepten controles externos o sugerencias respecto a sus prácticas. Retomando la idea del carácter moralizador de la medicina, sus discursos se revisten de significado profesional

> cubriéndolas de valor y autoridad técnico-científica, apreciaciones de orden ideológico, político, religioso y hasta económico y social de las mujeres y de los problemas de salud que conllevan sus demandas a los servicios. Tales apreciaciones están revestidas de, y en la práctica profesional funcionan con la calidad de *juicio moral*, que se mezcla con el propio juicio clínico en la toma de decisiones asistenciales que hará cada profesional (Schraiber 2010, 16).

Es así que estas autonomías profesionales se ponen en tensión obviamente con las autonomías de las mujeres a quienes asisten, pero también hay otras tensiones que operan en las autonomías -dependencias de los/as profesionales de la medicina que están vinculadas al acceso y uso de tecnologías o fármacos, y las dependencias con las corporaciones que responden con frecuencia a intereses particulares o transnacionales que mencionáramos anteriormente.

Otro aspecto que destaca Lilia Schraiber (2010) es un modo de resistencia de los/as profesionales que se expresa en una actitud que llama "la excusa tecnológica" porque se asienta en una incompetencia técnica para tratar con las demandas y necesidades de las mujeres. Muchos/as profesionales quedan sin capacidad de respuesta ante problemas como

el embarazo no deseado, el aborto o la violencia íntima. Y entonces cuando intervienen alegan que lo hicieron en carácter personal y no profesional, amparados en sus propios criterios para hacer frente a tales situaciones. Esto se traduce en desconocimiento de los marcos legales vigentes, de los contextos sociales, de las desigualdades de género y también en los modos en que ponen en juego sus creencias personales y religiosas que se traducen en prejuicios.

A modo de cierre

Asistimos a una confluencia de procesos y particularmente a la tecnocratización brutal de la medicina que conlleva a que además de la persecución de las ganancias que arrasa con los valores éticos, resulta también en una mayor objetualización de las personas, y en una ruptura de las relaciones vinculares. El fenómeno de la violencia de la medicina biotecnofármacocrática no está necesariamente ligado al hecho de que los servicios sean públicos o privados. Por cierto que hay menos cesáreas injustificadas en el público. Tampoco está claro que la violencia sea siempre visible y como ya dijimos el poder patriarcal opera con estrategias libidinales para la conquista y domesticación.

Ha quedado claro que afirmar que la medicina es patriarcal -solamente- sesga la mirada. La medicina es un negocio que mueve intereses transnacionales y opera con un poder que juega sobre aspectos sensibles de la vida y la muerte de las personas, que especula con el miedo a la enfermedad, y que hace de cada evento temible un ingreso monetario mayúsculo. Y su plusvalía tiene una base femenina siendo éste (el trabajo y sus productos) uno de los elementos definidos por Aníbal Quijano en la conceptualización del poder.

El conocimiento racional - moderno de la medicina se impuso de manera universal en el mundo occidental subalternizando todos los otros modos de acercarse al conocimiento, negando los aspectos emocionales y marcando una superioridad arrogante que coloniza los territorios y las subjetividades a partir de una geopolítica con intenciones de supremacía. Esta colonialidad del poder se imprime de la mano de discursos, prácticas o miradas sobre el mundo que son patriarcapitalistas dando cuenta de la multiplicidad de intereses que se mueven dentro de la industria médica (biotecnofármaco).

El proceso de acumulación originaria no se ha detenido y cada vez que el capitalismo enfrenta una nueva crisis, la respuesta se traduce en nuevas violencias, nuevos despojos hacia los recursos naturales, las tierras campesinas/ indígenas y los cuerpos. Transitamos nuevas formas de bioexplotación, ya no sustentadas solamente en el trabajo sino en los modos en que nos vinculamos con nuestros cuerpos y en cómo resolvemos los procesos de salud. Las farmacias se asemejan cada vez más a un supermercado, con góndolas donde se eligen diferentes productos, y en Argentina en el mostrador podemos pedir casi todos los medicamentos aún sin contar con una receta. Las mujeres van también a la consulta de un/a médico/a y eligen el talle para una mama, la succión de un rollito y la cesárea para tal o cual fecha (y hora). Una curiosa forma de un fenómeno que podríamos denominar *medicina a la carta*.

La medicina se ha sumado al proyecto capitalista y a la colonialidad del poder, ejercido sobre los cuerpos, las prácticas cotidianas y las subjetividades. Caben aquí abrir interrogantes sobre la colonización del deseo, de la libido que ya mencionamos (Castro Gómez 2005). Las mujeres en ocasiones desean lo que desea la medicina. Este sería por ejemplo, el caso de la cesárea como un fenómeno que en el sector privado (también en muchos hospitales públicos) ha crecido de modo exponencial y los/as profesionales se escudan en que son las propias mujeres quienes piden la cirugía. Ellas ya no son necesariamente víctimas de la autoridad, sino que comparten el deseo con el poder. La cirugía se les presenta como una práctica sencilla y sin complicaciones encubriendo los numerosos riesgos a los que se exponen. Asistimos a un complejo proceso de medicalización de la vida cotidiana y de patologización de procesos normales, con delicadas tareas que requieren trazar límites, correr el velo a nuevas expresiones de la dominación.

Y la violencia se ha encarnado en gran parte de la relación médica, está subjetivada, está naturalizada de modo que su erradicación requiere una tarea enorme. Lo bárbaro se presenta como una amenaza por parte de ciertas lógicas de mercado y económicas que se instalan conquistando modos de ver, sentir, consumir y hacer. Pero sobre todo, modos de establecer vínculos desapegados, distantes, indiferentes.

Y si el proceso de concentración de la riqueza se presenta con tal nivel de aceleración, y si el *despiadado apetito* se ha trasladado a los negocios vinculados a la salud, estamos frente a un contrincante de enorme poder que nos desafía a la inteligencia y el

desarrollo de creativas herramientas políticas para la transformación.[7] Y sabemos que este contrincante no tiene ética ni rostro, trabaja en las sombras moviendo hilos para sus intereses. Y además, este proceso se ha recrudecido con la reinstalación de las ya conocidas recetas del neoliberalismo que profundizan aún más las existentes desigualdades, reducen el Estado y sus servicios, alientan la privatización de los mismos y la precarización de los/as trabajadores, profesionales o no. Aunque el achicamiento del Estado para los servicios de salud no implica una disminución del gasto en salud sino un cambio en la composición del gasto y estableciendo una alianza entre el capital privado y el Estado.

En este escenario tan complejo como desalentador, se le suma una embestida reciente contra la ideología de género[8] que se asoma como discurso que pretende disciplinar y redomesticar a las mujeres. Juan Marco Vaggione plantea que esta moral religiosa conservadora es funcional al despliegue neoliberal y apunta a contrarrestar los avances en el terreno de los derechos sexuales y reproductivos. Y recupera Vaggione a Wendy Brown que afirma que

> […] el neoliberalismo en tanto racionalidad del mercado precisa del neoconservadurismo en tanto racionalidad moral. Mientras el Estado fragiliza el sostenimiento de los principales servicios públicos fortalece, según la autora, su rol de guardián moral. A ello se agrega que un Estado que busca desprenderse de la educación o la salud se vuelve cada vez más dependiente de las instituciones religiosas como prestatarias de estos servicios (Vaggione, 2017).

Quieren mujeres disciplinadas para que sean funcionales a la economía que se retira una vez más de las necesidades de los grupos reiteradamente vulnerados.

Rita Segato (2016) afirma que estamos en un momento de la historia en donde se está aplicando una pedagogía de la crueldad que progresivamente nos va desensibizando. Los medios nos exponen a escenas de violencia que muestran un crecimiento de la misma.[9]

---

[7] Estos avances se dan también en el mundo del trabajo y las mujeres son víctimas de estos avances con las maquilas, la trata, y otras expresiones sutiles (o no).

[8] Hay un discurso que se ha instalado en Argentina con una velocidad inusitada y que viene de grupos que podríamos llamar de fundamentalismos patriarcales moralistas previsiblemente vinculados a sectores religiosos de derecha conservadora (evangélicos y católicos). Se escucharon en Brasil cuando fue el golpe de Temer o en persecuciones al interior de universidades católicas de ese país, en Colombia para la campaña por el no en el plebiscito por la paz, y ya inunda las escuelas, las calles de nuestro país. En contra de la Educación sexual, de la legalización del aborto y de la ideología de género.

[9] Ella comenta en una conferencia en Tilcara en mayo del 2016 que cuando se presenta la película La Naranja mecánica de Stanley Kubrick en 1971, fue prohibida tanto en Argentina como en numerosos países por las escenas de violencia que contiene. Hoy esa misma película no causa la misma impresión.

A su vez hay un aislamiento e individualización de las personas y cita a Hannah Arendt cuando se refiere a que, un sujeto aislado es más fácilmente controlable por el autoritarismo. Las personas aisladas y con menos capacidad de vincularse, tienen menos empatía y sufren un acostumbramiento de vivir con el sufrimiento de quien tenemos a nuestro lado sin que eso nos afecte. Quedamos de alguna manera anestesiados/as frente al dolor.

La marea verde de mujeres ha inundado las calles de nuestras ciudades, entremezclándose las generaciones, las orientaciones sexuales, las identidades, los partidos políticos, las clases sociales. Estamos asistiendo a una revolución que ha comenzado su gestación hace décadas y -como ha sucedido una y otra vez en la historia- se ha encontrado con reacciones viscerales. Cada vez que las mujeres quieren avanzar un paso por sus derechos la respuesta es desmedida, y así fue para acceder a la educación superior, a los derechos laborales, al sufragio, a la patria potestad sobre nuestros/as hijos e hijas.

Parece evidente que se juega algo importante y significativo para el orden social en la subordinación femenina. Cuando las mujeres buscamos libertad algo tiembla, pero si se trata de la sexualidad el temblor viene acompañado de temor y se acrecienta. Toca los cimientos del patriarcado, porque sin dudas el sexo es su tesoro más preciado. ¿Qué es lo que se juega allí? ¿Por qué el (los) patriarcado(s) ponen tanto esfuerzo (podría decir libido) en el control de la sexualidad femenina?

Y si bien el debate (o combate) que ha transcurrido estos meses en las cámaras legislativas y en la sociedad, se dirime alrededor de argumentos que se repiten por parte de los grupos antiderechos, y que apuntan al derecho a la vida del embrión, feto/a, niño/a, se intenta soslayar el interés en torno al control de la sexualidad femenina. La libertad sexual, el placer y la autonomía de las personas con capacidad de gestar -aún sin ser recurrentemente nombradas- son en verdad claves en esta disputa.

También es un desafío fortalecer las articulaciones entre los feminismos latinoamericanos, y los feminismos del sur, de modo de establecer agendas comunes contra los avances del patriarcapitalismo. En este sentido recupero la declaración del feminismo comunitario en la Conferencia de los Pueblos sobre cambio climático en donde afirman:

> La comunidad es un cuerpo que se pertenece a sí mismo y que tiene una dinámica propia en la cual cada integrante es único y necesario, a la vez que autónomo o

autónoma, pues la autonomía será el principio que garantizará a cada persona, igualdad en dignidad y derechos, y que probará la coherencia ética de una comunidad que no oprime a sus integrantes obligándoles a ser idénticos o a llevar a cabo usos y costumbres patriarcales, transgresores y de coerción. El cuerpo es el instrumento con que los seres tocamos la vida, ese cuerpo merece espacio y tiempo concreto y simbólico solo por estar en el mundo, así la comunidad respeta ese espacio y ese tiempo y es más, lo sustenta con afecto por su propio ser. Cada cuerpo en la comunidad, en el sentido general y dinámico, es una parte del ser comunitario.

Es posible pensar que la construcción colectiva de sentidos dentro del feminismo sea un camino de libertad de los poderes colonizadores.

Bibliografía

Armus, Diego (ed.) 2002. *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna.* Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.

Azeredo, Yuri Nishijima y Schraiber, Lilia Blima. 2016. "El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea". *Salud colectiva.* 12 (1) 9-21. UNL. Buenos Aires: Lanús.

Canevari, Cecilia (2017) *Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres: derechos, autonomía y violencia*. Tesis doctoral de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Orientación Género. http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4340/uba_ffyl_t_2017_se_canevari.pd f?sequence=1

———. 2011. *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública.* Santiago del Estero: Barco edita, FHCSyS y UNSE..

Castiel, Luis David y Alvarez- Dardet Díaz, Carlos. 2010. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad.* Buenos Aires: Lugar

———. 2007. "La salud persecutoria". *Rev Saúde Pública*, 41(3):461-6.

Castro Gómez, Santiago. 2005. *Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la "invención del otro"*. En libro Lander, Edgardo [comp.] *Colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas.* Buenos Aires: UNESCO y CLACSO.

Castro, Roberto. 2014. "Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica". *Salud colectiva.* 10(3):339-351. La Plata: Universidad Nacional de La Plata

Chávez, Daniel. 2017. *La tecnología arrasó con la relación médico-paciente.* Buenos Aires: Entrevista en Página 12, 13 de marzo de 2017.

Ciriza, Alejandra. 2011. "Mujeres y transnacionales. A propósito de las relaciones entre capitalismo y patriarcado en tiempos de crisis". *Solidaridad Global*, 29 – 34.; Villa María: Universidad de Villa María

Davis-Floyd, Robbie and Sargent, Carolyn. 1997. *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. California: California Press, 1-51.

de Carvalho Mesquita Ayres, José Ricardo. 2005. *Cuidado e reconstrução das práticas de saúde*. En de Souza Minayo, Maria Cecília e Coimbra, Carlos E. A. Jr. (Orgs.) *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.* Río de Janeiro: Editora Fiocruz. Scielo books.

Dussel, Enrique. 1994. *1492 El encubrimiento del otro. Hacia el origen del "mito de la Modernidad".* Plural y Facultad de Humanidades y ciencias de la educación, La Paz: Universidad Mayor de San Andrés.

Erviti, Joaquina. 2010. "Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos- usuarias de servicios ginecológicos". En López Gómez, Alejandra y Castro, Roberto [ed.] *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional.* Montevideo: Universidad de la República y Universidad Nacional Autónoma de México.

Fausto- Sterling, Anne. 2006. *Cuerpos sexuados.* Barcelona: Melusina.

Federici, Silvia. 2010. *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria.* Buenos Aires: Tinta Limón.

Foucault, Michel. 2008ª. *La vida de los hombres infames.* La Plata: Altamira.

Fraser, Nancy. 2009. "El feminismo, el capitalismo y la astucia de la historia" *New Left Review* Nº 56, Mayo/Junio.

Haraway, Donna. 1991. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza.* Madrid: Cátedra,

Hernando, Almudena [ed.] 2015. *Mujeres, hombres, poder.* Madrid: Traficantes de sueños.

Hirigoyen, Marie- France [1998] 2014. *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós Contextos.

Illich, Iván. 1978. *Némesis Médica.* México D.F.: Ed. Joaquín Mortiz, S.A.

Lander, Edgardo [comp.] 2005. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas.* Buenos Aires: UNESCO y CLACSO.

López Gómez, Alejandra y Castro, Roberto [ed.] 2010. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional.* Montevideo: Universidad de la República y Universidad Nacional Autónoma de México.

Menéndez, Eduardo. 2003. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 8- N°1-

Müller, Mónica. 2014. *Sana sana. La industria de la enfermedad.* Buenos Aires: Sudamericana.

Nugent, Guillermo. 2005. "El orden tutelar". En: *La trampa de la moral única*. Lima: Publicación de la Campaña por los derechos sexuales y reproductivos.

Oxfam. 2018. *Receta para la pobreza.* Accedido octubre de 2018 https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620548/cr-prescription-for-poverty-pharma-180918-summ-es.pdf.

Oxfam. 2017. *Una economía para el 99%*. Accedido enero de 2017

www.oxfam.org/file_attachments/bp-economy-for-99-percent-160117-es.pdf.

Oxfam. 2016. *Una economía al servicio del 1%*. Accedido enero de 2016

https://www.oxfam.org/es/informes/una-economia-al-servicio-del-1

Oxfam. 2015. *Informe tématico. Riqueza. Tenerlo todo y querer más.* Accedido enero de https://www.oxfam.org/es/informes/riqueza-tenerlo-todo-y-querer-mas

Passos Nogueira, Roberto. 2008. *La salud que hace mal. Un estudio alrededor del pensamiento de Ivan Illich*. Buenos Aires: Lugar.

Pronunciamiento del feminismo comunitario latinoamericano en la Conferencia de los Pueblos sobre cambio climático. Accedido febrero de 2016. http://perspectives.apps01.yorku.ca/2010/05/08/pronunciamiento- del-feminismo-comunitario-latinoamericano-en-la-conferencia-de-los-pueblos-sobre- cambio-climatico/

Quijano, Aníbal. 2000. *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. *En libro:* Lander, Edgardo [comp.] *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. Buenos Aires: UNESCO y CLACSO.

Quijano, Aníbal. 2014. *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/ descolonialidad del poder*. Selección a cargo de Danilo Assis

Clímaco. CABA: CLACSO. Schraiber, Lilia Blima y D'Oliveira, Ana. 2014. "La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña". Buenos Aires: *Salud colectiva.* 2014;10 (3):301-312.

Schraiber, Lilia Blima. 2010. "Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate". En: López Gómez, Alejandra y Castro, Roberto (editores) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional.* Montevideo: Universidad de la República y Universidad Nacional Autónoma de México.

Schraiber, Lilia B. 2008. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec.

Segato, Rita Laura. 2016. *La guerra contra las mujeres.* Madrid: Traficante de sueños.

Segato, Rita Laura. 2014. "El sexo y la norma: frente estatal, patriarcado, desposesión, colonialidad". *Estudos Feministas*, Santa Catarina: Universidad de Santa Catarina Accedido s.f.

http://www.redalyc.org/pdf/381/38131661012.pdf

Segato, Rita Laura. 2003. *Las estructuras elementales de la violencia.* Argentina: Universidad Nacional de Quilmes, Editorial Prometeo.

Sen Gita, George Asha y Östlin Piroska. 2005. *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. OPS/ OMS/ Harvard Center for Population and Development Studies.

Vaggione, Juan Marco. 201. *La moral que necesita el neoliberalismo*. Página 12: 27 de abril.