

Por una sociología de la promoción de la salud. Reflexionando a propósito de los programas de educación maternal

ARANTXA GRAU I MUÑOZ
Universitat de València.
arantxa.grau@uv.es

Resumen

La Carta de Ottawa de 1986, sentó las bases para promover un cambio epistemológico en la concepción de la salud pública y de la promoción de la salud. Sin embargo, las estructuras y las lógicas que dan soporte al conocimiento biomédico, parecen demostrar su resistencia ante dicho cambio cultural. La contribución de las reflexiones a propósito de este supuesto cambio de paradigma, nos sirven en este artículo para presentar algunas conclusiones extraídas de una investigación crítica y feminista sobre el Programa de Educación Maternal de la Comunitat Valenciana, y que nos advierten de la contribución de estas estrategias sanitarias como productoras/reproductoras de un régimen androcéntrico de género, de un orden social que sigue subyugando a las mujeres y a lo femenino y colocando lo masculino en una posición dominante.

Palabras clave: Promoción de la Salud; Educación Maternal; género

Towards a sociology of health promotion. Thinking about antenatal education programs.

Abstract

The Ottawa Charter from 1986 established the basis for an epistemological change in the comprehension of public health and health promotion. However, the structure and logic that support the biomedical approach seem to show some resistance to this cultural change. The thoughts in relation to these supposed paradigm change contribute in these article to present some of the conclusions gained in a critic and feminist study about the Valencian Antenatal Education Program. This approach also highlights the contribution of these sanitary strategies as producers/reproducers of an androcentric gender regime, a social

order that still overpowers women and the feminine and places the masculine in a dominant position.

Keywords: Health Promotion; Antenatal Education; gender.

1. Introducción

El artículo que presento aquí se nutre de las conclusiones, reflexiones e interrogantes que me ha suscitado el proceso de elaboración de tesis doctoral, un trabajo de investigación en el que he pretendido someter al análisis crítico y feminista las relaciones pedagógicas que se dan en el contexto del Programa de Educación Maternal impulsado por la Agència Valenciana de Salut.

2. A propósito de los modelos de salud pública y los programas de promoción de la salud

La curación de los cuerpos insanos se proyecta como línea en el horizonte del sistema biomédico; la expresión máxima del restablecimiento del orden, del control de lo no normal (Kleinman, 2010). Ahora bien, en nuestras sociedades actuales ese restablecimiento del *status quo* se ve emplazado en una posición final del recorrido de atención a la salud. El dispositivo médico no aguarda a activar las alarmas hasta esta última oportunidad de redención, por el contrario, en etapas previas del *continuum* biomédico enfermedad/salud, los individuos son exhortados por las autoridades a reconducir sus comportamientos, a evaluar sus “riesgos” y a cambiar sus conductas acorde a modos saludables, racionales, en definitiva.

La epidemiología histórica, afirman Gómez-López y Rabaneque (2001), distingue tres grandes períodos en la historia de las enfermedades occidentales, o mejor dicho, en la historia del *conocimiento* de/para las enfermedades occidentales. El primer foco de atención de la epidemiología, apuntan Susser and Susser (1996), fueron los sistemas de aguas negras y residuales, los programas de saneamiento impulsados por esta área de conocimiento supusieron mejoras importantes en la reducción de la mortalidad de la población. La segunda época es considerada aquella de las enfermedades infecciosas que se produjeron entre el final del siglo XIX y mediados del siglo XX, los esfuerzos se destinaron, en este caso, a romper la cadena de transmisión entre agente patógeno y anfitrión. A la tercera fase se la considera como la etapa de la enfermedad crónica, propia de la última mitad del siglo XX. En esta etapa la epidemiología se centra en la identificación y control de los factores de riesgo que colocan a los sujetos en posiciones

vulnerables, lo que se traduce en recomendaciones orientadas a modificar los estilos de vida (ejercicio, dieta...), los agentes (comida...) o el medio ambiente (polución, humo...). En la actualidad estaríamos en los albores de una cuarta fase a la que se ha llamado ecoepidemiología (Susser and Susser, 1996).

Cinco son los presupuestos que distinguen la segunda y la tercera etapa según Holman (Holman, 1992 citado en Lupton, 1995), ejes que resultan determinantes en el cambio de rumbo de la salud pública, estos son: a) el incremento respecto a la etapa anterior de la protección de la salud; b) el enfoque de la medicina preventiva; c) la emergencia de la educación para la salud; d) la articulación de políticas públicas de salud; e) la focalización en la gobernanza (empowerment) comunitaria.

Lo que subyace a este cambio en la salud pública al que nos referimos es, por lo tanto, un cambio epistemológico sin precedentes que no puede pasar desapercibido. La ciencia médica y la epidemiología clásica no parecen tener respuestas adecuadas a los malestares actuales, apuntan Colomer y Álvarez-Dardet (2001), la Promoción de la Salud surge en este contexto como una nueva epistemología que pretende localizarse en la salud y no en la enfermedad. La Promoción de la Salud pretende superar el nivel individual para trabajar en la dimensión de la estructura socioeconómica, así como promover el diseño e implementación de “políticas públicas saludables”, su rasgo distintivo, apuntan Burrows, Nettleton y Bunton (1994), es la atención que presta a las condiciones que son necesarias para que puedan darse vidas saludables: “the idea that is no good just telling people that they should change their lifestyles without also altering their social, economic, and ecological environments” (Burrows, Nettleton y Bunton, 1994:2). Digamos que, mientras el motor de acción de la prevención era la enfermedad, posición de partida desde la que “se avanzaba” hacia la salud, el de la promoción se encuentra en el cruce de un abanico de condicionantes (biológicos, psicológicos, emocionales y sociales).

En octubre de 1986 se celebra, en Ottawa (Canadá), la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, un encuentro del que se extrajo el documento marco que hoy se conoce como la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud: “Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.”(WHO, 1986:1)

Los principios axiales de la Promoción de la Salud según determina la OMS (1986) son: a) La Promoción de la Salud implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas; b) Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud; c) Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario; d) Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades; e) Aunque la Promoción de la Salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

La columna vertebral de la Promoción de la Salud aboga por capacitar a la ciudadanía en su conjunto –y no sólo a grupos de riesgo– para que tenga un mayor control en la gestión de su propia salud, los colectivos de profesionales sanitarios pierden protagonismo a favor de la comunidad, dado se entiende éste como el camino para que la ciudadanía pueda devenir más autónoma (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001).

No podemos estar más de acuerdo con estos propósitos que están en la base de la promoción de la salud. Sin embargo, la solidez con la que se presenta todavía hoy la medicina alopática en las sociedades occidentales, nos llevan a sospechar de dicha transformación radical, a sembrar la duda sociológica ante las afirmaciones rotundas de un cambio de rumbo tan drástico en la socialización secundaria en salud de la población. Como veremos a continuación, algunas autoras y autores ponen encima de la mesa algunos interrogantes que pueden ayudarnos en nuestro proceso de deconstrucción.

Kelly y Charlton (1995) han puesto el foco de atención en lo que entienden como una contradicción fundamental de la práctica de la promoción de la salud. Esta es, argumentan los autores, mientras que la filosofía de la Promoción de la Salud está instalada en una noción de salud positiva que acepta definiciones holísticas y subjetivas, o por decirlo de otro modo, una epistemología que intenta descartarse del modelo biomédico, el diseño, implementación y dinamización de una parte importante de sus programas sigue cimentándose en el conocimiento médico y en los colectivos tradicionales de expertos legitimados por racionalidades médicas y técnicas.

Para otros autores y autoras, entre quienes se encuentran Hannah-Moffat y O'Malley (2007), el enfoque del riesgo parece seguir articulando una parte importante de estas iniciativas y programas que acaban orientándose a la modificación de conductas. Lo que se pretende es conducir a las personas a situaciones

en las que tengan un menor riesgo de enfermar; detectar precozmente las enfermedades; formular y administrar políticas sanitarias –no de salud— dirigidas a conseguir la mayor eficiencia posible de los servicios sanitarios que se ocupan de las enfermedades (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001). De lo que hablan Colomer y Álvarez-Dardet, es de una tendencia que observamos en las últimas décadas de poner la atención en la promoción de la vida saludable.

En tercer lugar, y como efecto de la encrucijada de estas dos inercias propias del modelo biomédico, se sugiere que a pesar de que el modelo de Promoción de la Salud quiere focalizarse hacia la población general y no hacia sectores de población concretos, lo cierto es que muchos programas siguen perfilando grupos de especial interés, lo que, una vez más, nos lleva a sospechar de una supuesta transformación en esta esfera. Esto es, el hecho de que los programas, las acciones vayan todavía orientados a sectores de población de *especial atención*, nos indica que persisten los ejercicios de valoración moral que creíamos desterrados. Las categorías con las que muchos programas identifican su población destinataria (población diana, grupos de riesgo...) funcionan como categorías políticas en la medida que actúan distinguiendo quién obra *racionalmente*, de quién no lo hace, en definitiva, quién *se porta bien*, frente quién *se porta mal*.

Por último, desde otras posturas críticas se advierte que a menudo se tiende a confundir la educación sanitaria –una estrategia de innegable valía en la promoción de la salud— con el área de la promoción en sí misma. La OMS define la Educación para la Salud como: “any combination of learning experiences designed to help individuals and communities improve their health, by increasing their knowledge or influencing their attitudes”(WHO, 2012).

Thones ha sometido esta definición a la crítica en diversas ocasiones, convirtiendo su propuesta en una referencia obligada para la sociología de la promoción de la salud. Para Tones y Tilford la definición de la OMS comporta “any activity which promotes health-related learning, i.e. some relatively permanent change in an individual’s capabilities or dispositions. Effective Health Education may, thus, produce changes in knowledge and understanding or ways of thinking; it may bring changes in belief or attitude and facilitate the acquisition of skills; or it may generate changes in behaviour and lifestyle” (Thones and Tilford, 2001 citado en Thones, 2002).

Lo que argumenta Thones (2002), es que una vez superada la aparente neutralidad que nos ofrece esta definición técnica, debemos ser capaces de someter al debate y el cuestionamiento los propósitos de la Educación para la Salud, dicho de otro modo, cuando pretendemos delimitar qué clases de aprendizajes son apropiados para ser transmitidos por ésta, la definición deja de ser aporoblemática. Es todo este marco de fondo el que lleva al autor a considerar que, tanto la definición como la finalidad que se le concedió a la educación para la salud en la Declaración de Jakarta, debe ser re-contextualizada y su contribución a la Promoción de

la Salud re-evaluada y re-vitalizada. Bajo el paraguas del nuevo paradigma, el propósito axial de la Educación para la Salud, asevera Thones, no puede quedar limitado, una vez más, a un cambio de comportamiento en los sujetos, sino que la Educación para la Salud debe orientarse a fraguar el entendimiento, al tiempo que a promover la autonomía de los individuos en la toma de decisiones respecto su propia salud.

Las obras de Michel Foucault, entre otros, nos han aportado marcos teóricos con los que comprender la biomedicina no como conocimiento neutral, sino como un sistema simbólico de creencias, un lugar de (re)producción de relaciones de poder; provistas de las coordenadas analíticas que acabamos de explorar, nos vemos aquí en la posición de considerar si la Promoción de la Salud —o más bien lo que su práctica malentendida está haciendo de ella— no contribuye también a fomentar la relación dialéctica entre procesos de racionalización, normalización y orden social. Ahora bien, a pesar de nuestra pretensión y empeño por poner en tela de juicio esta realidad, nuestra situación no deja de ser incómoda; si el cuestionamiento del saber médico nos ponía en una tesitura difícil, no lo es menos aquella empresa de interrogar los programas de promoción de la salud. Las bondades de la promoción y la educación no parecen fácilmente cuestionables, sobre todo cuando son presentadas como estrategias destinadas a mejorar la salud, a favorecer el bienestar de la población.

Es justo en este punto, nos dirán Nettleton y Bunton (1995), que debemos asumir una posición situada en el tema que nos preocupe, visibilizar nuestro posicionamiento, decidir si nuestra perspectiva se alinea en una sociología *para* (for) la promoción de la salud, o en una sociología *de* (of) la promoción de la salud. Una sociología para la promoción de la salud, dicen las autoras citando a Thorogood, contribuye a desarrollar y fortalecer los conocimientos, las técnicas y las prácticas acordes con los postulados de la salud pública; por su parte, a la sociología de la promoción de la salud, le compete el análisis crítico sobre los presupuestos tácitos que se esconden en aquella. Las implicaciones de nuestra decisión no son un tema baladí. La razón de ser de la salud pública, su voluntad de promover y mejorar la salud de los y las ciudadanas, le confiere una áurea benefactora que problematiza, de antemano, los posicionamientos críticos a propósito de sus objetivos y estrategias. Sin embargo, cuando nos proponemos abordar los programas de Promoción de la Salud desde una perspectiva sociológica crítica, se hace necesaria una posición de interrogación, porque solamente la asunción de una postura de duda ante el *status quo* nos permitirá tejer los puentes entre el entramado social de prácticas, conocimientos y valoraciones sobre la salud, y los órdenes sociales que los enmarcan, entre lo microsociedad y lo macrosociedad. En última instancia, como sugieren Burrows, Nettleton y Bunton (1994) lo que debe guiar a la sociología de la promoción de la salud, es el análisis de ésta

como resultado de procesos socioeconómicos y culturales macro, inherentes a la Segunda Modernidad.

Las ciencias sociales en general, y la sociología y la antropología de la salud en particular, dice Annandale (2009) han aportado una mirada crítica con la que abordar la atención sanitaria como práctica. La Promoción de la Salud parecía estar exenta de este cuestionamiento, al ser revestida de ese singular embalaje comunitario al que ya hemos hecho referencia, que la desmarcaba de las concepciones de la salud basadas en el paradigma biomédico. Sin embargo, desde nuestro modo de ver, es precisamente esta construcción social de la Promoción de la Salud como disciplina ideológicamente neutral la que debe despertar la sospecha de la sociología de la salud.

Para la sociología de la Promoción de la Salud siguen despertando interés los enfoques individualizadores de la educación para la salud y de algunos de los programas de promoción de la salud. Los discursos y prácticas en salud pública no son neutrales, ni libres de valores, sino constituyentes y políticos, esto es, constitutivos y constituyentes de la realidad social en la que actúan. La voluntad, la intención de cambiar *algo* en alguien (comportamientos, creencias, usos de los servicios sanitarios...), va precedida de una determinación, y por lo tanto de un juicio de valor, a propósito de la dirección que tomará ese cambio. Los propósitos se orientan, entonces, a que ese alguien o esos “alguienes” se aproximen a una forma de obrar, de hacer, de pensar y de creer que, desde los poderes públicos, es considerada como la forma *correcta*. Lo que se halla en la base de este proceso es una valoración de las acciones *adecuadas* a propósito de la salud, pero también una categorización de la población. Como muy bien apuntan Nettleton y Bunton (1994), resulta cuanto menos sospechoso el hecho de que las ideas sobre la “vida saludable” sean promovidas por aquellos grupos sociales blancos, de clase media, unas concepciones que trabajan, muy a menudo, con paradigmas sexistas, racistas y homófobos que contribuyen a marginar, en última instancia, “otras” vidas.

Para Hannah-Moffat y O’Malley (2007), el énfasis que pone el discurso de la Promoción de la Salud en los beneficios de proveer a la población de conocimiento e información con los que puedan hacer sus elecciones “saludables”, debe ser escrutado desde una mirada crítica estructural. Una perspectiva que nos ayude a comprender que la noción de la elección individual no es más que una falacia con repercusiones muy significativas. Estas son, las de que la gente se sienta finalmente responsable y culpable de su estado de salud. Ante esto, dicen Nettleton y Bunton (1994) sólo queda cultivar una mirada crítica sobre la vigilancia (*surveillance critiques*), que engloba aquellas aproximaciones que, focalizadas en los programas y tecnologías de la promoción de la salud, analizan cómo han contribuido éstas, por un lado, a monitorizar y regular a la población, y por el otro, a construir nuevas identidades: “Health promotion techniques therefore

involve more than the creation of healthy lifestyles and healthy bodies but also healthy minds and healthy subjectivities” (Nettleton y Bunton, 1994:45).

La visión que nos sugieren Nettleton y Bunton (1994) resulta, a mi parecer, muy interesante para la investigación feminista de la gestión occidental contemporánea de la salud. Un posicionamiento éste que he pretendido asumir en mi trabajo de tesis, y que entiendo fundamental para escrutar críticamente los programas de Promoción de la Salud destinados a las mujeres y a lo femenino. Efectivamente, tal y como mantienen Obach y Sadler (2009), bajo el pretexto del mantenimiento del orden social y moral de las sociedades, las mujeres, categorizadas por la medicina alopática como grupo social homogéneo, han sido meritorias de diversos programas y acciones de promoción de la salud. Con el paso marcado por estas sociólogas de la salud, me he visto interpelada a interrogarme sobre cuáles son las directrices que sigue el programa de Promoción de la Salud que promueve la Educación Maternal desde los servicios de Atención Primaria.

3. Convertir el programa de educación maternal en objeto de investigación sociológica, abordarlo desde una postura feminista

Los programas de promoción de la Educación Maternal tienen, en nuestro país, un marco normativo dibujado por la Ley General de Sanidad Española (Ley 14/1986 de 25 de abril), que en su artículo seis reconoce, entre las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias, la de la promoción de la salud; por la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) de 2011, que tiene como objetivo general el de ofrecer una atención de calidad a la salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional de Salud; por último, el de los marcos y estrategias autonómicas que le confieren especificidad a cada programa concreto. En el caso de mi investigación el objeto de estudio lo constituyó el Programa de Educación Maternal de la Comunitat Valenciana.

“El programa para la Promoción de la Salud de la madre y el niño” está regulado en el Decreto 147/1986, de 24 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, (DOGV Num 492). La implantación de este programa se contempla como “el primer resultado de la introducción del concepto de riesgo en el desarrollo de nuestros servicios de salud”. A partir de esta asunción se propone como objetivo para este programa “cuidar y mejorar la salud de toda mujer gestante, de la madre y del niño, en el ámbito de la Comunitat Valenciana, corrigiendo las desigualdades existentes en el cuidado de su salud”. Se generalizan de esta manera procedimientos de Promoción de la Salud y de prevención de la enfermedad enmarcándose así las funciones que se le reconocen a la asistencia primaria.

Las atenciones en promoción de la salud, se contemplan en el Artículo Segundo del Capítulo Segundo “Salud de la madre”. En éste se especifica que la

promoción “comprende los cuidados sanitarios y educativos que se derivan de su estado de mujer embarazada, de su protagonismo en el parto y de sus necesidades específicas de recuperación en el puerperio”. El decreto contempla, en el Capítulo Segundo, los programas mínimos destinados a las mujeres a los que se debe atender: a) vigilancia de la salud de la mujer gestante; b) educación para la maternidad y c) cuidados de la puérpera y recuperación física de la madre.

El subprograma que constituyó objeto de mi análisis fue el de “educación para la maternidad”, concretamente a lo que se atendió fue a las relaciones pedagógicas —entendidas en términos bernstenianos (Bernstein 1998; 2001)— que se dan entre matronas y hombres/mujeres participantes en las sesiones grupales de dicho programa de promoción de la salud, con la pretensión de perfilar los regímenes de género que son transmitidos en dichos contextos. En síntesis, y siguiendo con el razonamiento que ya se ha expuesto en la introducción, mi intención fue la de deconstruir los pilares que afianzan dicho programa; en definitiva, la de hacer una sociología de la Promoción de la Salud maternal, y de hacerla desde una postura feminista.

Que el feminismo tiene mucho que aportar a la sociología de la medicina y de la salud es una evidencia destacada por muchas autoras (Annandale, 2009). El feminismo/los feminismos, nos han provisto de las herramientas para evidenciar no sólo las cosmovisiones, sino también las estructuras androcéntricas en las que se abaten el paradigma biomédico y el sistema de atención sanitaria. Ahora bien, parece ser que la propuesta analítica de estos potentes corpus conceptuales y teóricos se ha visto descapitalizada al ser absorbida, aseveran Annandale y Clark (1996), por el mainstreaming. El ímpetu crítico se ha reconvertido, apuntan las autoras, en un compromiso tácito por parte de la sociología de la salud y la enfermedad con los análisis de género.

La asunción no reflexiva del género como coordinada, sugiere Ortiz (2006), no sólo reduce el feminismo a uno de sus instrumentos de análisis —cuya potencialidad es indiscutible, pero que no puede considerarse absoluta— sino que además se convierte al género en un presupuesto implícito (tratado muchas veces como variable y no como constructo), al que se dedican escasos espacios de reflexión. Es así como, según Ortiz (2006) el concepto género resulta simplificado en la literatura científica médica, así como en la literatura científica feminista, apunta Esteban (2010).

Si declaro aquí que mi estudio pretende ser reconocido como un análisis feminista sobre el régimen de género transmitido en los programas de educación maternal (concretamente el de la Comunitat Valenciana), no es debido a que en mi investigación “se aluda al género”, sino es porque, en respuesta de Linda McDowell (2000), me posiciono, como científica social, en el descubrimiento y el análisis de las estructuras y los procesos mediante los cuales se crean las dis-

tinciones y se sitúa a los seres humanos en grupos sociales cuyas relaciones son desiguales.

La perspectiva relacional de género así como la perspectiva postestructuralista, nos confieren de un marco teórico y analítico que desdice los tan prolíferos estudios que utilizan el género como determinante social (Maquieira, 2002). Escrutando las diferencias en salud según hombres y mujeres, o lo que es lo mismo, caer en la trampa de aceptar el género como variable independiente y la salud como constructo dependiente es, como dice Connell (2012), nutrir de contenido las posiciones categóricas que redundan en que los efectos de la salud generalizados se explican por las diferencias sexuales de los cuerpos.

Los cuerpos femeninos no son unos cuerpos más entre otros, sino que son aprehendidos por la ciencia biomédica como cuerpos de especial atención, como cuerpos que necesitan ser vigilados: los cuerpos de las mujeres son obstinadamente medicalizados. Esta reflexión merece redundar en una cuestión fundamental. No es que la medicina alopática insista en darle una atención especial a las mujeres, sino que es la construcción de lo femenino embebida en un orden de género androcentrista la que convierte el cuerpo rotulado como femenino en “el otro” cuerpo, y esto, a su vez, se traduce en ciertas implicaciones para la salud de las mujeres.

Las aportaciones de epistemólogas feministas como Haraway y Harding nos llevan a comprender que la ciencia y, por tanto, la ciencia médica, lejos de resultar de una solidez impenetrable, es permeable a los valores dominantes de las sociedades en las que se enmarca. Los varones de los estratos sociales medio-altos de los países de Occidente, han detentado las posiciones de sujetos productores del conocimiento médico. A ello ha contribuido un entramado de mecanismos que, hasta finales del sXIX, estableció unos recorridos masculinizados para el acceso a un sistema científico-profesional que excluía a las mujeres o las segregaba en actividades sanitarias “secundarias” o no científicas (Ortiz, 2001; Ortiz, 2006). El androcentrismo en la ciencia se proyecta también a través de dos estrategias, prosigue Ortiz (2006), en primer lugar en la identificación de lo masculino con lo humano en general y, a su vez, la equiparación de todo lo humano con lo masculino, esto es, hacer de lo masculino la norma; en segundo lugar, adoptando una perspectiva científica que responde a la experiencia real y a los intereses dominantes de los varones en una sociedad patriarcal.

Lo que podemos considerar común a todos los feminismos, dicen Annandale y Clark (1996), es el entender que el orden patriarcal privilegia el cuerpo masculino como estándar, posicionando en una estratificación corporal sus características al tiempo que caracteriza el cuerpo femenino como deficiente, asociado con la enfermedad o como cuerpo incontrolable. De ello es fácil colegir que el cuerpo femenino es construido como inferior, un cuerpo que debe ser controlado, dominado. El reclamo fundamental de las teorías feministas, continúan las

autoras, es el de hacer comprender que la experiencia de salud de las mujeres —y la de los hombres— está socialmente construida y no se apoya directamente en la materialidad biológica del cuerpo. A esta reflexión Esteban (2003) añade un matiz que nos parece fundamental para comprender el alcance de las posiciones feministas, este es, estos postulados que les son propios tanto a las definiciones expertas de la salud como a la organización de su atención, no pueden ser abordados como meros sesgos o incorrecciones sino que, en palabras propias de Esteban: “es una cuestión estructural al propio sistema, que hay que recontextualizar y repensar en su totalidad” (Esteban, 2003:27).

Desde este posicionamiento, la crítica feminista aplicada al estudio de la salud focaliza su atención, dice Esteban (2003), en dos cuestiones centrales, estas son: la denuncia del androcentrismo a todos los niveles (investigación, docencia y asistencia) y la puesta en evidencia de la medicalización de las mujeres.

Con todo lo expuesto hasta el momento, lo que considero que compete a la investigación feminista que se fija en la atención a la salud —y a lo que he intentado dar respuesta en mi propio proceso de investigación— es la deconstrucción del androcentrismo que organiza los regímenes de género de los servicios sanitarios, un desafío que he emprendido dentro de los márgenes de la teoría sobre poder y género de Raewyn Connell (1986; 1995; 2009).

4. Recuerde, el embarazo, el parto y la primera crianza constituyen estados de salud¹

A pesar de que gestar, parir y criar a un niño o niña no son estados que supongan por sí mismos enfermedad, lo cierto es que son construidos total o parcialmente como eventos médicos, monitorizados por profesionales de la medicina. El embarazo y el parto en nuestra sociedad —occidental, capitalista, de clase media— son reelaborados culturalmente como acontecimientos médicos y despojados de toda envoltura social y biográfica. Se pare en un hospital y se controla el proceso de embarazo a través de un itinerario asistencial donde participan ginecólogos/as, obstetras y matronas, incluso la primera etapa de la crianza es medicalizada y renombrada bajo el epíteto sanitario de puerperio, resignificaciones todas ellas que apuntalan la legitimidad de la existencia de un Programa de Educación Maternal impulsado por una agencia pública.

¹ El título de este apartado lo hemos tomado prestado de Ann Oakley (1979) “Remember, pregnancy is a state of health.” Un capítulo que encontramos en su libro *Becoming a Mother*. Nos parece muy ilustrativo en la medida que implica un mandato de normalización en voz de un/a profesional de la salud, y que esconde, al mismo tiempo, la problematización de un evento como el embarazo, el parto y la crianza.

Las reflexiones feministas que desde la antropología y la sociología abordan la salud y su atención desde el género, insisten en problematizar la apropiación que la biomedicina se ha hecho de los cuerpos femeninos. Una tutela que ha derivado en la dependencia de éstos respecto los servicios de atención sanitaria y en un control de sus procesos por parte de la biomedicina, especialmente en lo que se refiere a aquel proceso denominado *ciclo reproductivo*. Y lo que está en la base de dicha tutela es la biologización de la diferenciación sexual y lo es también la incardinación entre sexo y género. Las implicaciones de ello no son pocas.

Lo que se expone a continuación son algunas de las conclusiones que he extraído en mi trabajo de tesis y que, a mi modo de ver, contribuyen a problematizar ese cambio de rumbo teórico, epistemológico e incluso metodológico que subsumiría al nuevo paradigma de la Promoción de la Salud a partir de la Carta de Ottawa, en última instancia mi propósito es el de ejercitar la sociología *de* la promoción de la salud.

4.1 Las mujeres, todavía, sujetos de especial atención para la Promoción de la Salud.

Si afirmase que una de las conclusiones fundamentales de mi trabajo de investigación, es la de que los programas de educación maternal son enfocados primordialmente a las mujeres, parecería estar justificando mi estudio con una tautología obvia. Sin embargo, lo que se esconde tras esta aseveración no resulta tan incontestable –no lo es al menos desde un posicionamiento feminista– de lo que debiera ser *promovido* por las agencias del Estado. Esto es, lo que se halla en el centro neurálgico de esta atención a la salud de las mujeres, es una construcción biologicista del, denominado por la medicina alopática, ciclo reproductivo.

Son muchas las analistas sociales que han puesto en tela de juicio la apropiación y gestión del ciclo vital de las mujeres que ha hecho la biomedicina, una apropiación que se aferra a una lectura fertilista y reproductivista de lo femenino. Ann Oakley (1984) exploraba ya en su obra *Captured Womb*, el proceso de descapitalización del embarazo y el parto como áreas de dominio de las mujeres, de las que pasa a apropiarse y dotar de significado la ciencia médica masculina. Ello ha supuesto, dice la autora, implicaciones en la manera en la que las mujeres de hoy expresan y viven estos procesos, así como en la reafirmación del poder y el control del dominio médico en este campo.

El sistema médico-científico articula el ciclo vital de las mujeres en torno a un constructo médico, el de su ciclo fértil. Estas etapas, dice Yolanda Bodoque, definen algo más que períodos relacionados con procesos de salud y enfermedad: “se han dotado de contenido social y cultural haciendo que las mujeres identifiquen cada una de las etapas con determinadas pautas de comportamiento (...) se tiende a dejar definidas estas etapas de tal forma que las mujeres hagan lo que se

espera de ellas en cada uno de los procesos ya predefinidos” (Bodoque, 2001:4). Reducir a las mujeres a su ciclo fértil implica la obstétrico-ginecologización de su salud (Esteban, 2001). De este ejercicio de sinécdoque se deriva que el sistema sanitario confunda la asistencia a las mujeres, en su totalidad, con la atención a sus funciones reproductoras, equivocando la parte con el todo y extendiendo el control por parte del personal médico y asistencial no solamente al cuerpo de las mujeres, sino también a las mujeres como individuos, al tiempo que se las despoja de sus propios criterios de autogestión y decisión (Esteban, 2001). Este proceso confluye necesariamente en su infantilización, como dice Raquel Osborne (2004).

La medicina ha construido el cuerpo, rotulado socialmente como femenino, como “el otro”. Esta premisa que se enuncia aquí, merece ser explicada para no generar malentendidos. Cuando pensamos en esta capacidad enunciativa y clasificatoria de la ciencia médica, debemos proyectar un escenario social donde “lo femenino” resulta subyugado, y en el que, por lo tanto, la curiosidad científica se ve orientada hacia lo dominante, lo subyugante, lo masculino (Ortiz, 2006). Esto revierte en un interés escaso por un organismo que se convierte en metáfora de lo diferente, lo extraño, y que resultará definido como una versión incompleta de la norma: el cuerpo es el cuerpo masculino. Podemos decir que el conocimiento médico juega aquí un papel coadyuvante del status quo, dado que legitima, mediante saberes científicos, la discriminación social existente. Dicho con otras palabras, el sistema bio-médico, como institución integrante de un orden de género androcéntrico (Connell, 1986; 2009) se fundamenta, se sostiene, en relaciones de género jerarquizadas, colocando el cuerpo masculino como centro de las interpretaciones y, al² varón, como núcleo de las preocupaciones, ello no sólo genera desigualdad en su práctica asistencial, sino también discrimina “otros” intereses científicos que no se superponen con las preocupaciones de la ciencia médica androcéntrica.

El sistema médico construye una categoría de “mujer” que prioriza la dimensión biológica. Esta perspectiva reduccionista es resultado de determinados procesos que, como dice Esteban (2001), podría dibujarse a través de la tríada que nos confiere el biologismo, la mujer como ser esencialmente definida por su organismo³; el reproductivismo, el cuerpo femenino definido y explicado desde sus funciones reproductivas; y la uniformización, la indiferenciación y omisión

² Utilizo el singular de forma intencionada. La masculinidad que la ciencia médica utiliza como referente es la Masculinidad Hegemónica (Connell, 1995), el resto de versiones de masculinidad quedan deslegitimadas del campo de estudio de esta disciplina, de no ser, para ser redefinidas en aquella primera.

³ El uso del singular “mujer” y no “mujeres” y del adverbio “esencialmente” es totalmente intencionado aquí, y quiere mostrar el ejercicio de homogenización y naturalización que hace la disciplina médica sobre las mujeres.

de la diversidad existente entre las mujeres. El resultado de ese ejercicio de poder y control sobre los cuerpos es que las mujeres resultan cosificadas (Mc Dowell, 2000), pierden identidad como sujetos. Dado que devienen objetos de conocimiento científico y no sujetos, adolecen de voz.

Las mujeres, a través de este proceso de resignificación son despojadas de toda opción de individualización. La maternidad, la gestación son ensalzadas entonces como nichos identitarios compactos sin fisuras ni modulaciones. “The attitude –dice Oakley– is that there are no attitudes” (Oakley, 1993:20). El único elemento que imprime variabilidad en ese total amorfo que es “la embarazada”, lo constituye, para el sistema bio-médico, el riesgo cuantificado con el que es etiquetada.

En este ejercicio de sinécdoque la elaboración simbólica que se hace del sujeto asistible es aquella que remite, por un lado, al cuerpo, la mujer es el cuerpo para la reproducción; y por el otro a la función social, la mujer es el ser para el cuidado. En ambos casos los anclajes a un orden de género androcéntrico son claros en el sentido de que la categoría de mujer se ve recluida a una posición subyugada en la jerarquización social.

El androcentrismo sigue operando como eje axial alrededor del cual se organiza el régimen de género de la institución sanitaria. En mi investigación he podido concluir que el programa de Educación Maternal genera, distribuye, reproduce y actualiza posicionamientos de género que sitúan de forma diferenciada a los sujetos en sus relaciones de género. Dicho en otras palabras, el programa de Educación Maternal (re)produce unas relaciones de género que se abaten todavía, en una construcción naturalizada de correspondencia entre sexo y género. Donde lo que se entiende como sexo se ve despojado de toda construcción cultural para ser recubierto por el biologicismo; y lo que se comprende como género, se deduce de aquél desde un posicionamiento acrítico (Grau, 2013).

4.2. Enseñar a gestar, a parir y a criar

El proceso de medicalización de la vida de las mujeres que quieren ser madres comienza, a menudo, desde mucho antes de la concepción⁴ y termina mucho después del nacimiento de la criatura. Durante ese transcurso, dice Imaz (2007), los contactos con las y los profesionales del sistema biomédico son continuos y heterogéneos, lo que en parte explica que el lenguaje y las representacio-

⁴ Muchas mujeres asisten a revisiones ginecológicas desde que tienen su primera menstruación, o desde que tienen sus primeras relaciones sexuales (si éstas son heterosexuales), estos contactos con el sistema sanitario responden a una cultura de prevención que tiene como sujeto de atención a las mujeres, pero no a los hombres. En una etapa posterior, si la mujer decide quedarse embarazada y debe/quiere recurrir a las técnicas de reproducción asistida volverá a entrar en contacto con dicho sistema y su medicalización se verá intensificada.

nes propias del sistema médico-científico nutran las expresiones de las mujeres en relación a sus cuerpos y sus maternidades (Imaz, 2007): “El prolongado tiempo en el que tienen lugar estas relaciones es ideal para su adoctrinamiento en el cumplimiento de lo que de ellas se espera y el lugar que socialmente les corresponde como mujeres y madres. Los encuentros asistenciales, además de tener funciones preventivas, están cargados de ideologías normativas y morales dirigidas a mantener el orden social en que las mujeres, se supone, deben ser receptoras pasivas de los dictados hegemónicos” (Montes, 2010:192).

Las mujeres no sólo son despojadas de la toma de decisiones sobre sus cuerpos sino incluso de la potestad para identificar y definir los problemas de salud que les atañen, y en estos mecanismos no podemos sino identificar la huella de la cultura androcéntrica aplicada a la salud: “Todo ese control sobre los cuerpos femeninos y la construcción de éstos en tanto objetos patológicos, implica un ejercicio de violencia sobre las mujeres, toda vez que por ellas decide un aparato de poder (en este caso el sistema médico oficial) el cual, a través del ejercicio médico, reproduce un sistema de dominación y ejerce una violencia que es tanto material como simbólica” (Obach y Sadler, 2003:89). La medicalización de las mujeres es el facto que resume la estrategia de control, poder y dominación que ha ejercido el sistema biomédico sobre la población, pero también constituye el reflejo más claro de un orden de género desigual que cuenta con el sistema biomédico como cómplice.

En la Sociedad del Riesgo (Beck, 1998), de inseguridades contingentes y “definibles”, la atención al embarazo, parto y puerperio, sigue tamizándose por la lente del riesgo biomédico. La idea de riesgo, nos dice Oakley (1990), es central a la consideración del parto como evento peligroso que debe ser médicamente controlado. Una narrativa impregnada en los encuentros asistenciales con los que se gestionan estos procesos en nuestros contextos –occidentales, capitalistas, con sistema sanitario público— (Blázquez, 2009). Ann Oakley (1990) elaboró una matriz de ítems sobre los problemas que supone el enfoque de riesgo de la atención hospitalaria al parto. Blázquez (2010), también desde una mirada feminista, concluye que la necesidad de vigilancia que se le imprime al proceso de embarazo, parto y puerperio tiene una serie de consecuencias capitales, éstas son: una visión patológica y negativa del cuerpo de las mujeres y del embarazo, parto y puerperio; una vivencia de miedo por parte de las mujeres ante dichos procesos; la invalidación del conocimiento de las mujeres; y la necesidad de control médico.

Pero el riesgo no sólo permea en la dimensión asistencial del embarazo, parto y puerperio, sino también en el escenario formativo, ello debido a que el riesgo como asevera Paris Spink (2004), no ha dejado de ser un discurso presente en la promoción de la salud. Es esa lectura contemporánea del riesgo que remite a inseguridades, la que explica que una parte importante de las y los profesio-

nales de la salud, entre ellas las matronas de atención primaria promotoras del Programa de Educación Maternal, demuestren verdaderos problemas a la hora de distanciarse de aquella cosmología biomédica que traduce los eventos de la vida cotidiana en asuntos de salud, y todavía más, en asuntos sanitarios.

Tal y como anuncia Esteban (2001), el biologicismo –las mujeres como seres que se definen por su organismo— y el reproductivismo –el cuerpo femenino explicado desde sus funciones reproductivas— son dos de las bases sobre las que se construye el cuerpo y la salud de las mujeres. Los procesos de embarazo, parto y primera crianza cuando son velados por la lectura sanitaria, sufren también esa transformación. Esto ha llevado a que su atención haya sido muy criticada, dice Marchant (2004), en la medida que se ve convertida en una serie de tareas rutinarias que se sujetan a lo médico, pero que transcurren al margen de las necesidades de las mujeres –y los hombres— que participan en las sesiones grupales de estos programas de promoción de la salud.

La referencia a los problemas, a los riesgos, es constante en los discursos de una gran parte de las profesionales que he estudiado, sin embargo, la gestión de estas dificultades e inseguridades no pasa por la reflexividad, por la participación en la toma de decisiones a la que aludía Giddens (1991) cuando retrataba la sociedad contemporánea, de lo contrario se trata de una perspectiva sobre dichos procesos que refuerza necesariamente la dependencia a los servicios sanitarios. La Sociedad del Riesgo, tal y como la conceptualiza Beck, propone una estructura de clases mediada por los conocimientos sobre las incertidumbres que, a mi entender, resulta fundamental para explorar las relaciones de poder entre el personal sanitario y las/los usuarias/os de los servicios de atención materno-infantil.

La apropiación de estos saberes por parte del sistema biomédico responde a esa estrategia, a la que se refería Foucault, de ampliación cualitativa a propósito del objeto de interés médico. Como resultado de un ejercicio de poder, la lectura del proceso de embarazo, parto y crianza desde el riesgo, desde lo patológico, reconvierte estos en asuntos médicos y, por tanto, científicos, que nada tienen que ver con los saberes y las prácticas legas (Oakley, 1984). Las relaciones de poder que se dan entre estos tipos de conocimiento juegan en beneficio del conocimiento científico.

Cuando el embarazo, el parto y la crianza caen en las redes de la patología, de los problemas de salud, en definitiva, cuando son embebidos por el riesgo, la intervención sanitaria resulta inminentemente justificada.

La profesional a quien se encarga la labor de promover la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, es la matrona de atención primaria que asume el legado de enseñar a las mujeres cómo gestar, parir y criar como se espera que gesten, paran y críen, lo que se identifica aquí es una vuelta a aquella concepción de la educación para la salud orientada al cambio de conductas que era criticada por Thorne, una educación focalizada en la transmisión que

atiende a las y los participantes en el programa como objetos de asistencia, Lo que se deriva de esta postura, es el fomento de la dependencia de la ciudadanía a esas agencias y agentes que gozan del conocimiento legítimo para descodificarlos. En última instancia, como asevera Paris Spink (2007), cabe reflexionar a propósito de si la resignificación socioconceptual que propone la Carta de Ottawa (1986) sobre la promoción de la salud, se ha plasmado verdaderamente en una transformación radical de las lógicas o si todavía no se han abandonado del todo los marcos de referencia de la prevención.

5. Conclusiones

La Carta de Ottawa de 1986, sentó las bases para promover un cambio epistemológico en la concepción de la salud pública y de la promoción de la salud. Sin embargo, las estructuras y las lógicas que dan soporte al conocimiento biomédico parecen demostrar su resistencia ante dicho cambio cultural. En este artículo se han presentado algunas conclusiones extraídas de la tesis doctoral de la autora en la que se analizó críticamente el Programa de Educación Maternal de la Comunitat Valenciana. Siguiendo la estela de algunas/os analistas críticos de la Promoción de la Salud, hemos podido retratar el Programa de Educación Maternal como una estrategia de Promoción de la Salud destinada fundamentalmente a las mujeres y a lo femenino, lo que contribuye a solidificar los nexos entre mujeres/femenino y asistencia sanitaria; una estrategia, al mismo tiempo, que no consigue descartarse de los discursos del riesgo, un riesgo que, aún en el contexto social de la incertidumbre, resulta descodificado por las expertas del riesgo, por las matronas de atención primaria, y que justifica la reconversión del programa de Promoción de la Salud en una mera acción formativa.

Más allá de la crítica a un cambio de paradigma en la Promoción de la Salud no resuelto, mi investigación ayuda a visibilizar la participación de estas estrategias sanitarias como productoras/reproductoras de un régimen androcéntrico de género, y productoras/reproductoras de un orden social que sigue subyugando a las mujeres y a lo femenino y colocando lo masculino en una posición dominante. Un régimen que, a razón del poder que le ha sido conferido a la medicina alopática, no sólo se convierte en matriz de lo estrictamente médico, sino que incumbe a otras esferas de la realidad social.

Bibliografía

- ANNANDALE, E. y CLARK, J. (1996) "What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction" en *Sociology of Health & Illness*, 18 (1), pp. 17-44
- ANNANDALE, E. (2009) *Women's health and social change*. London and New York:Routledge.
- BECK, U. (1998) *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona, Paidós.
- BERNSTEIN, B. (2001) (4 ed) *La estructura del discurso pedagógico*. Madrid, Morata.
- BERNSTEIN, B. (1998) *Pedagogía, control simbólico e identidad*. Madrid, Morata.
- BLÁZQUEZ, M. I. (2009) Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la comunidad de Madrid. (Tesis Doctoral) .Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.
- BLÁZQUEZ, M. I. (2010) "Del enfoque de riesgo al enfoque fisiológico en la atención al embarazo, parto y puerperio. Aportaciones desde una etnografía feminista." en Esteban, Mari Luz; Comelles, JM y Díez Mintegui, C. (eds.) *Antropología, género, salud y atención*." Barcelona, Edicions.
- BODOQUE, Y. (2001) "Tiempo biológico y tiempo social. Aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres" *Gazeta de Antropologia*:18 (supl.1)
- BURROWS, R. et al (1995) "Sociology and health promotion: health, risk and consumption under late modernism" En Bunton et al. *The sociology of health promotion. Critical Analyses of consumption, lifestyle and risk*. London and New York, Routledge.
- COLOMER, C. y ALVAREZ-DARDET C. (2001) "Promoción de la salud: conceptos, estrategias y métodos" en C. Colomer y C. Álvarez-Dardet (comp). *Promoción de la Salud y Cambio Social*. Barcelona, Masson.
- CONNELL, R.W (1987) *Gender and Power*. Standford, University Press.
- CONNELL, R. (1995) *Masculinities*. Cambridge, Polity Press.
- CONNELL, R. (2009) *Gender. Short introductions*. Cambridge, Polity Press.
- CONNELL, R. (2012) "Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective" en *Social Science & Medicine*, 74, pp. 1675-1683.
- ESTEBAN, M.L. (2001) *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia, Gakoa Tercera Prensa.
- ESTEBAN, M. L. (2006) "El estudio de la salud y el género. Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista" en *Salud Colectiva*, 2 (1) pp. 9-20.
- GIDDENS, A. (1991) *Modernity and Self-Identity: Self and society in the Late Modernity Age*. Cambridge, Polity Press.

- GÓMEZ, L. I. y RABANAQUE, M^a J. (2001). Concepto de salud en C. Colomer y C. Álvarez-Dardet (comp). *Promoción de la Salud y Cambio Social*. Barcelona, Masson.
- GOOD J (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona, Edicions Bellaterra.
- GRAU, A. (2013) Relación pedagógica y configuraciones de la crianza en la Sociedad del Riesgo. La transmisión del cuidado en el Programa de Educación Maternal. (Tesis doctoral) Universitat de València.
- HANNAH-MOFFAT, K. y O'MALLEY, P. (2007) "Gendered risks. An introduction." in Hannah-Moffat, K and O'Malley, P (ed) *Gendered Risks*. New York, Routledge-Cavendish.
- IMAZ, E. (2007) Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito en el tránsito de la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas. (tesis doctoral) Universidad del País Vasco.
- KELLY, M, P y CHARLTON, B. (1995) "The modern and the potmodern in health promotion." En Bunton et al. *The sociology of health promotion. Critical Analyses of consumption, lifestyle and risk*. London and New York, Routledge.
- KLEINMAN, A. M. (2010) "Medicine's Symbolic Reality. On a Central Problem in the Philosophy of Medicine" en Good, B.J; Fischer, MMJ; Willen, SS and DelVecchio Good, MJ (ed) *A reader in medical anthropology. Theoretical trajectories, emergent realities*. Chichester, Wiley-Blackwell.
- LUPTON, D. (1995) *The imperative of health. Public health and the regulated body*. London/Thousand Oaks/New Delhi, Sage Publications.
- MACDOWELL, L. (2000) *Género, identidad y lugar. Un estudio de las geografías feministas*. Madrid, Cátedra.
- MAQUIEIRA, V. (2001) "Género, diferencias y desigualdad" en Elena Beltrán et al., *Feminismos: debates teóricos contemporáneos*. Madrid, Alianza.
- MONTES, M. J. (2010) "Mujeres, reproducción y género. Encuentros asistenciales en el embarazo y parto" en Esteban, Mari Luz; Comelles, JM y Díez Mintegui, C. (eds.) *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona, Edicions Bellaterra.
- NETTLETON, S. y BUNTON, R. (1995) "Sociological critiques of health promotion" En Bunton et al. *The sociology of health promotion. Critical Analyses of consumption, lifestyle and risk*. London and New York, Routledge.
- OAKLEY, A. (1984) *The captured Womb: a history of the medical Care of Pregnant Women*. Oxford, Basil Bernstein.
- OAKLEY, A. y Hould, S. (1990) *Midwifery Today. Helpers in childbirth*. New York, Hemisphere Publishing Corporation.

- OAKLEY, A. (1993) *Essays on women, medicine and health*. Oxford, Edinburgh University Press.
- OBACH, A. y SADLER M. (2009). “Cuerpo femenino, medicina y poder: reflexiones en torno a las disrupciones en la atención de salud reproductiva”. En, *NaciónGolpeadora; Manifestaciones y Latencias de la Violencia Machista*. Santiago, Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual, pp. 80-90.
- ORTIZ, T. (2002) “El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer” en Elvira Ramos (ed.). *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer, pp. 29-42.
- ORTIZ, T. (2006) *Medicina, historia y género, 130 años de investigación feminista*. Oviedo, KKK.
- OSBORNE, R. (2004) “Del padre simbólico al padre real: la función paterna desde la modernidad” en De la Concha, Ángeles y Osborne, Raquel (coords.) *Las mujeres y los niños primero. Discursos de la maternidad*. Barcelona, Icaria.
- PARISH R. (1995) “Health promotion: rhetoric and reality” En Bunton et al. *The sociology of health promotion. Critical Analyses of consumption, lifestyle and risk*. London and New York. Routledge.
- SUSSER M y SUSSER, E (1996) “Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology” en *Am J Public Health*. 1996 May; 86(5): 674–677.
- THONES, K. (2002) “Reveille for Radicals! The Paramount purpose of health education?” en *Health Educ. Res.* 17 (1) pp. 1-5.