



Nómadas (Col)

ISSN: 0121-7550

nomadas@ucentral.edu.co

Universidad Central

Colombia

Connell, Raewyn

GÉNERO , SALUD Y TEORÍA: CONCEPTUALIZANDO EL TEMA EN PERSPECTIVA
MUNDIAL Y LOCAL

Nómadas (Col), núm. 39, octubre, 2013, pp. 63-77

Universidad Central

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105129195005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



2. EL BIEN-ESTAR DE LA SUBJETIVIDAD CORPOREIZADA

*O BEM-ESTAR DA
SUBJETIVIDADE CORPOREIZADA*

*THE WELL-BEING OF
THE EMBODIED SUBJECTIVITY*



Yossi Emel| Israel Palestina, 2004

TOMADA DEL LIBRO *DISEÑO DE PROTESTA* | MIRKO ILIC, MILTON GLASER | EDITORIAL GUSTAVO GILI

GÉNERO, SALUD Y TEORÍA: CONCEPTUALIZANDO EL TEMA EN PERSPECTIVA MUNDIAL Y LOCAL*

GÊNERO, SAÚDE E TEORIA: CONCEITUALIZANDO O TEMA EM PERSPECTIVA MUNDIAL E LOCAL

GENDER, HEALTH AND THEORY: CONCEPTUALIZING THE ISSUE IN A GLOBAL AND LOCAL PERSPECTIVE

Raewyn Connell**

Traducción del inglés: José Fernando Serrano***

Se propone aquí un acercamiento relacional a la experiencia corporal del género y su conexión con la salud, vinculada con la violenta historia del colonialismo, la violencia estructural de la globalización y la creación de instituciones generizadas en una escala global. El género es visto como el proceso social activo que trae los cuerpos reproductivos a la historia, produciendo consecuencias en la salud, no como si fueran un efecto colateral de aquella, sino situándose en todo el centro de su creación. Se propone superar el pensamiento categórico para abordar los procesos actuales que afectan la salud.

Palabras clave: género, políticas públicas, salud, globalización, teoría relacional.

Aqui se propõe uma aproximação relacional com a experiência corporal do gênero e sua conexão com a saúde, vinculada com a violenta história do colonialismo, a violência estrutural da globalização e a criação de instituições generizadas em uma escala global. O gênero é visto como o processo social ativo que traz os corpos reprodutivos para a história, produzindo consequências na saúde, não como se fossem um efeito colateral daquela, senão se situando em todo o centro de sua criação. Propõe-se superar o pensamento categórico para abordar os processos atuais que afetam a saúde.

Palavras-chave: gênero, políticas públicas, saúde, globalização, teoria relacional.

It proposes a relational approach to the gender's corporal experience and its connection to health, related to the violent history of colonialism, the structural violence of globalization and the creation of gendered institutions on a global scale. Gender is seen as an active social process which brings reproductive bodies to the history, producing repercussions on health, not as a collateral effect, but placed right in the middle of its creation. The paper also proposes to overcome categorical thinking in the discussion of current processes affecting health.

Key words: gender, public policy, health care, globalization, relational theory.

* Una versión más extensa de este artículo fue publicada originalmente en inglés en la revista *Social Science and Medicine*, Vol. 74, pp. 1675-1683, con el título "Gender, Health and Theory: Conceptualizing the Issue, in Local and World Perspective" (2012). Agradecemos a la autora y a Elsevier, por habernos dado la autorización para su reproducción en español. El texto se editó con la venia de su autora, y el anexo "Sobre el ser traducida" es una pieza inédita traducida especialmente para este número de NÓMADAS.

** BA (Honours) de la Universidad de Melbourne (Estados Unidos), Ph.D. de la Universidad de Sidney y University Chair en la misma Universidad. Ha sido profesora en la Universidad de California, Santa Cruz (Estados Unidos), en la Universidad Macquarie, Sidney (Australia) y en la Universidad Flinders, Adelaida (Australia) y profesora invitada en las universidades de Toronto, Harvard y Ruhr-Universität Bochum. Actualmente es profesora de la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Sidney (Australia). E-mail: raewyn.connell@sydney.edu.au

*** Antropólogo de la Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Resolución de Conflictos de la Universidad de Bradford (Reino Unido) y candidato a Doctor en Sociología de Género y Estudios de Conflicto en la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Sidney (Australia). E-mail: josefernandoserrano@yahoo.com

En el 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una comisión internacional para explorar los efectos sociales en la salud. Entre las preocupaciones estaba el tema del género, entendido como uno de los “determinantes estructurales” que producen condiciones de vida inequitativas de las cuales, a su vez, se derivan desigualdades en la salud (CSHD, 2008). El género aparece en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la más prominente agenda de cambio social en una escala mundial (Harcourt, 2009). El tercer ODM es “promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer”¹, incluyendo la igualdad de género en la educación y mejoras en la salud perinatal.

El que los asuntos de género sean abordados por los gobiernos del mundo es una ganancia significativa. Pero, ¿es la comprensión del género que subyace a tales políticas, adecuada para sus objetivos? Bates, Hankivsky y Springer (2009), en una acertada crítica al documento de la OMS, argumentan que su comprensión del género es limitada. Kuhlmann (2002) señala que un compromiso explícito con la teoría de género es necesario en las ciencias de la salud.

Este artículo acepta el reto presentado por dichas autoras, explorando cómo la teoría de género puede dar luces a las relaciones entre género y salud. El texto examina acercamientos teóricos, argumentando que una teoría relacional que entienda el género como una estructura social presente en los cuerpos, provee el acercamiento más provechoso. Luego aborda la frontera conceptual relacionada con la globalización. Muchos de los dilemas en este tema son globales, pero el trabajo conceptual se ha hecho principalmente en el Norte global (Doyal, 1995). Este ensayo considera el análisis relacional y la experiencia social² del cuerpo en una escala mundial, como un acercamiento conceptual a la comprensión del género y la salud.

CONCEPTUALIZANDO EL GÉNERO: ABORDAJES CATEGÓRICOS, POSESTRUCTURALISTAS Y RELACIONALES

En los documentos de política mencionados, el interés se centra en las disparidades entre las mujeres y

hombres como grupos. Documentos de política sobre género usualmente toman a *mujeres y hombres* como categorías fijas y sin necesidad de cuestionamiento. La evidencia para sostener que hay un problema de género es una diferencia estadística entre categorías, por ejemplo, bajas tasas de consulta a médicos generales entre hombres, o altas tasas de victimización por violencia doméstica entre mujeres. Como Schofield (2004) sostiene, para el caso de la política de salud en Australia, el margen estadístico de diferencia entre las dos categorías se convierte en el sentido del género.

Éste es un ejemplo del pensamiento categórico sobre el género (Connell, 1987), el cual, en su forma más común, toma una clasificación dicotómica de los cuerpos como una definición completa del género. Esto es cercano a la mirada esencialista y de sentido común respecto al género, propia de las culturas de origen europeo, donde la masculinidad y la feminidad son vistas como los opuestos naturales que expresan el contraste entre cuerpos masculinos y femeninos, y al sentido común de la cultura médica moderna, con su énfasis en procesos y clasificaciones biológicas, y su gusto por métodos cuantitativos de investigación. El categorialismo del género es base para las políticas y las organiza, por ejemplo, formulando por separado políticas para mujeres y para hombres.

Dicho pensamiento no necesita basarse en el esencialismo biológico. El modelo del rol sexual usado para definir el género también sigue una lógica categorial. En este caso, la dicotomía se da en cuanto a normas y expectativas sociales en lugar de la anatomía. Tal abordaje se puede ver como una primera aproximación en la comprensión del género, y subyace a varias décadas de reformas en las relaciones de género en la educación, el empleo y la salud (Schools Commission, 1975).

El pensamiento categórico se puede hacer más sofisticado mediante el entrecruzamiento de las categorías de género con categorías como *raza, clase social, edad*, entre otras. Este acercamiento ha sido llamado *interseccionalidad* desde el trabajo de Crenshaw (1991). Infortunadamente, mucha de la literatura sobre “interseccionalidad” simplemente combina un acercamiento categorial a una dimensión de diferencia con un acercamiento categorial a otra. Esto poco contribuye a

una comprensión de las dinámicas sociales. Hay investigación en los estudios de género, por ejemplo, en relación con la educación, que trata género, raza y clase como mutuamente constituidos en un proceso activo a través del tiempo (Connell *et ál.*, 1982; Morrel, 2007).

La debilidad conceptual del pensamiento categorial ha sido evidenciada en los análisis de género desde los años ochenta. La biología no produce una simple dicotomía de cuerpos humanos (Fausto-Sterling, 2000). El pensamiento categórico constantemente minimiza la diversidad dentro de las categorías del género. En términos de políticas y programas, los acercamientos categóricos usualmente se enfocan en las mujeres no sólo como un grupo distinto de los hombres, sino además separado de éstos. Hombres adultos y jóvenes aparecen como norma estadística o categoría privilegiada. El pensamiento categórico subyace a un problema en la literatura sobre salud, en la cual se nombra el *género*, pero se está hablando de *mujeres*. Incluso las investigaciones sofisticadas caen en esta forma de pensar (Doyal, 2002; Sen, 2009). En estos estudios, y en muchos documentos de política, los hombres y los jóvenes no son vistos en relaciones activas con las mujeres y las jóvenes (excepto como perpetradores de violencia) ni como actores en el cambio de las relaciones de género. Ellos permanecen como un trasfondo en tinieblas (Connell, 2005). El pensamiento categórico no tiene una forma de conceptualizar las dinámicas del género; esto es, los procesos históricos que están en el género mismo, las formas en que los ordenamientos del género son creados y las inequidades de género producidos y confrontados.

Necesitamos un acercamiento más sofisticado. En las dos últimas décadas, la escuela que ha liderado el pensamiento feminista, especialmente en el mundo angloparlante, ha sido la posestructuralista (Alsop *et ál.*, 2002). Fuertemente influenciada por el trabajo de Foucault (1980) y en cierta medida por la filosofía deconstruccionista de Derrida (1976), esta perspectiva se ha enfocado en las formas en que los significados del género aparecen en el discurso. Esto puede llevar a pensar que el género es una ilusión. Pensadores posestructuralistas con frecuencia hablan de las identidades de género como cambiantes o fluidas, sin embargo, no quieren decir con ello que el género es insubstancial. Poderosas instituciones, como las familias, las escuelas, las iglesias

o los Estados, siguen lógicas basadas en el discurso, y disciplinan cuerpos reales de acuerdo con ello. La más famosa teórica del género de esta escuela, Butler (1990), ha enfatizado que el género no es expresivo sino “performativo”. Esto quiere decir que el género no es un nivel de realidad que subyace a la acción, sino que el género está constituido por las acciones a través de las cuales nos conducimos como sujetos generizados; somos entendidos como masculinos y femeninos.

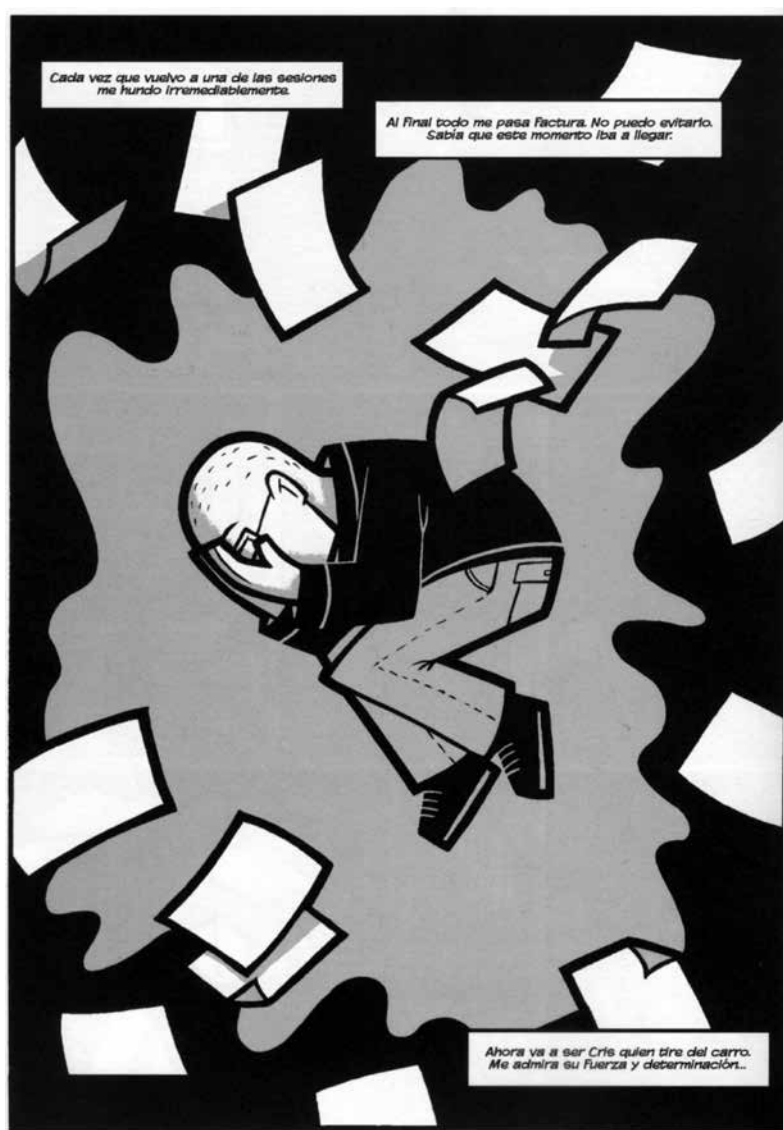
El pensamiento posestructuralista ha ofrecido nuevas formas de entender las políticas como construcciones discursivas que no simplemente reflejan intereses sino que los constituyen activamente (Bacchi, 2009). Además, ha jugado un importante papel en nuevas formas de activismo, especialmente en el activismo *queer* y transgenerista, que buscan subvertir las normas discursivas y trastocar las posiciones de sujeto. Sin embargo, la perspectiva posestructuralista del género no ha inspirado de manera amplia innovaciones en las políticas, ni en el campo de la salud ni en otros campos. Tratar las políticas del género como resistencias a las normas discursivas hace difícil producir nuevas agendas de política, pues las políticas son precisamente declaraciones normativas que autorizan o prescriben acciones. La teoría posestructuralista del género, al enfatizar en procesos culturales, dice poco de procesos económicos, vida organizacional, intereses materiales o formas del poder no discursivas. Por ello, no ofrece mucha luz sobre las dinámicas del género en la economía política de la salud (Doyal, 1995), la salud ocupacional (Messing y Stellman, 2006), las profesiones del cuidado de la salud (Wrede, 2010) o la guerra y la violencia social (Cockburn, 2010).

En estos campos es más adecuado usar un acercamiento relacional para teorizar el género. Género, como Hagemann-White lo dice claramente, es una relación (2001). Pero no es cualquier relación. Es un vínculo que implica múltiples personas y categorías, que conecta cuerpos e instituciones. La teoría relacional da lugar central a las relaciones de género establecidas entre hombres y mujeres (y entre hombres y entre mujeres), las cuales hacen del género una estructura social. Tal perspectiva explora las prácticas sociales conformadas, abordadas y modificadas por esa estructura (Schofield *et ál.*, 2002).

La teoría relacional entiende el género como algo que conecta al mismo tiempo las relaciones económicas, afectivas, simbólicas y de poder, y opera de manera simultánea en los niveles intrapersonales, interpersonales, institucionales y de la sociedad en general (Connell, 2009; Lorber, 1994). Cambios en una dimensión del género pueden suceder a una velocidad diferente, o incluso en dirección contraria a los cambios en otra. Así, se producen tensiones o turbulencias en los ordenamientos del género. Dicha teoría es más variada que el posestructuralismo. Algunos autores enfatizan la forma como el género es llevado a cabo en las interacciones personales, como se expresa en el conocido argumento del “hacer género” (Fenstermaker y West, 2002). Otros enfatizan las relaciones de género en un nivel macro, en la economía, el Estado o las comunicaciones de masas (Epstein, 2007; Walby, 1997).

La producción académica en esta corriente comparte una inquietud por las prácticas sociales cotidianas en las cuales se realiza el género: el trabajo doméstico, el trabajo asalariado, la crianza, la sexualidad, entre otros asuntos. Estas prácticas son creativas, pero no aleatorias. Ocurren en un tejido social denso y activo de instituciones y lugares como las familias, las empresas, los gobiernos o los vecindarios. El concepto de *estructura* se refiere a patrones de larga escala que pueden ser encontrados a través de tales instituciones y sitios —patrones como el contraste entre masculinidad y feminidad, la división por género del trabajo doméstico o la organización del deseo sexual siguiendo unas líneas heterosexuales u homosexuales—.

Estos patrones son generalmente conocidos por los actores sociales —son aprendidos de manera enfática desde la infancia (Thorne, 1993)—. Las estructuras del género no son sólo puntos de referencia cultural para la vida cotidiana, como se enfatiza en la teoría posestructuralista. También operan como restricciones emocionales y materiales —integradas en las relaciones interpersonales (por ejemplo, madres-padres-hijas-hijos) y en las



Cristian Durán, Miguel A. Giner Bou | TOMADA DE *UNA POSIBILIDAD ENTRE MIL*
NOVELA GRÁFICA | EDICIONES SINS SENTIDO

leyes, la economía, la violencia, el entorno construido y la tecnología—. Dada tal estructura multidimensional de relaciones, la posibilidad de tener complejos efectos de género en la salud es evidente.

La estructura de relaciones de género en una sociedad determinada en un momento determinado puede ser llamada su *ordenamiento de género*; la estructura de relaciones de género en cierta institución puede llamarse su *régimen de género*. El mapeo de los ordenamientos del género y de los regímenes del género es una de las tareas más grandes de la investigación social en género. Con base en la evidencia, sabemos que tales estructuras cambian en el tiempo y surgen en la

historia como resultado de las prácticas humanas. La teoría relacional del género resalta los procesos mediante los cuales los mundos sociales son traídos a la existencia a través del tiempo, la ontoformatividad del género, y no sólo su performatividad. Esto se aplica a los términos que el pensamiento categorial da por sentados, como *hombre* o *mujer*. El cambio en tales categorías es evidenciado hoy por las prácticas transsexuales y transgeneristas, pero también puede verse en la investigación histórica que traza los significados cambiantes de términos como *mujer*, *esposa* y *hombre* (Horlacher, 2010; Rose, 2010).

La teoría relacional, a la vez que reconoce el peso de la historia, permite un cierto optimismo acerca de las inequidades de género. Las estructuras de género sí cambian. La teoría relacional habla directamente al terreno en el cual deben actuar las políticas de salud y la innovación profesional: la práctica social creativa y los regímenes del género de las instituciones. Acercamientos relacionales al género han sido productivos en otras áreas de las políticas. El informe de la Unesco *Gender and Education for All* (2003) es un ejemplo impresionante, desarrollado posteriormente en el “enfoque interactivo” de Unterhalter (2007). Así, la teoría relacional parece ser el más promisorio marco para un entendimiento efectivo de los asuntos de género y salud.

CONCEPTUALIZANDO LA RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y SALUD

A la luz de este argumento, no podemos tratar al género como una variable independiente y al estado de salud como una variable dependiente. De hecho, podemos dar total reconocimiento a la experiencia social del cuerpo sin necesidad de retroceder a la idea categórica de que los efectos del género en la salud son sólo sobre las diferencias biológicas entre cuerpos.

La idea categórica del *género* ha funcionado en la definición de saberes médicos como los de la ginecología-obstetricia o la andrología. Sin embargo, el carácter productivo de las relaciones sociales se hace visible incluso dentro de campos de conocimiento no definidos de esta forma. Por ejemplo, se hace eviden-

te al entrecruzar información sobre salud perinatal y observar graduaciones en el tratamiento y resultado obtenido entre ricos y pobres o entre mujeres en diferentes regiones. Patel (2010a) reporta cómo mujeres en el más alto quintil de riqueza y educación en un grupo de países surasiáticos, tienen partos en instituciones con mayor frecuencia que las mujeres pobres, y no en una diferencia relativamente marginal, sino a razón de 15 o 20 veces más.

La “salud de los hombres” y la “salud de las mujeres” son reconocidas como áreas problemáticas que se extienden más allá de la reproducción biológica. Raymond, Greenberg y Leeder (2005) señalan cómo entre las mujeres en la mayoría de los países en desarrollo, teniendo en cuenta la edad, las muertes por enfermedades crónicas sobrepasan ampliamente las muertes asociadas con el embarazo, el parto y el VIH combinados. Igual sucede en la criminología. Si bien muchos crímenes, incluidos gran parte de los asaltos y los homicidios, son cometidos por hombres, tales actos no son tanto una expresión de características propias del género, como medios para la construcción de las masculinidades (Messerschmidt, 1997).

En estos casos, las masculinidades son patrones colectivos, aunque sean ejecutados por hombres individuales. En otros casos, el carácter interpersonal y colectivo de los procesos de género es más evidente, como sucede en la salud ocupacional, en donde las consecuencias en el cuerpo están claramente producidas por la organización social del trabajo. Incluso hay paradojas, pues las dinámicas de poder que organizan las categorías del género y las fronteras demarcadas alrededor de éstas, significan que un patrón marginal de las prácticas de género puede en sí mismo ser considerado un problema de salud. Así, la elección “inadecuada” del objeto del deseo o la identidad de género “equivocada” fueron vistas durante mucho tiempo por la psiquiatría como patológicas.

La fuerza de trabajo del sector salud está también generizada. El antiguo contraste entre la medicina masculinizada y la enfermería feminizada ha sido parcialmente erosionado, debido a nuevos patrones en las relaciones de género. Aun así, los hombres en enfermería tienden a estar concentrados en especialidades

altamente tecnologizadas. A la vez, la dimensión íntima y corporal de la enfermería requiere de los hombres particulares estrategias para negociar el campo minado de su presencia como enfermeros, especialmente cuando tratan con pacientes mujeres (Fisher, 2009).

Las instituciones a través de las cuales la atención en salud es impartida, como los hospitales, las clínicas y los consultorios privados, tienen también regímenes de género bien definidos. Las dinámicas de los regímenes de género influyen la planeación del cuidado de la salud que se da a través de tales instituciones (Schofield, 2009). Las inequidades de género en cuanto a voz y autoridad que están en la estructura de tales instituciones han marginado constante los intereses de las mujeres, y, por ello, han desencadenado reacciones. Ésta fue la dinámica política del género que llevó al surgimiento del movimiento por la salud de las mujeres, y que está aún presente en los debates actuales sobre las políticas sobre género y salud (Kuhlmann y Annandale, 2010).

Los efectos generizados en la salud son producidos en procesos mediante los cuales los cuerpos reproductivos son historizados, procesos en los que se hace el género. Complejas estructuras sociales de relaciones de género entran en interacción, incluyendo grupos y poblaciones de cuerpos, para producir y sufrir efectos que están encarnados. El trabajo en la salud de los hombres y el trabajo en la salud de las mujeres pueden tener diferentes prioridades en diferentes momentos, pero no son campos separados de manera radical. Más bien, están interconectados a través de las instituciones encargadas del cuidado de la salud y a través de las más amplias dinámicas de género de la sociedad.

Un ejemplo puede ayudar a hacer más clara la perspectiva que se expone. Cuando la pandemia del VIH/SIDA fue identificada en los comienzos de los años ochenta, se la estructuró dentro una lógica de género que involucraba redes de hombres. Las prácticas sexuales de hombres gay en países ricos estaban particularmente marcadas por las dinámicas del género. Se requirió un gran esfuerzo educativo, principalmente diseñado y llevado a cabo por las propias organizaciones de hombres gay, para diseminar las estrategias de

“sexo seguro” (Kippax *et al.*, 1993) —una de las iniciativas de salud sexual de los hombres más exitosas en la historia reciente—.

Para la década de los años noventa, el VIH/SIDA era reconocido como un asunto global y sus patrones de género eran más complejos. En África Central y del Sur, donde se ha cargado con el peso más fuerte de la pandemia, la transmisión es principalmente por medio de prácticas sexuales heterosexuales, y las mujeres tienen ahora una tasa de infección más alta que la de los hombres. Las circunstancias sociales incluyen la pobreza y la rápida urbanización, pero también ordenamientos del género que privilegian a los hombres y subordinan a las mujeres, especialmente a las jóvenes (Epstein *et al.*, 2004). Como Mane y Aggleton (2001) argumentan, las dinámicas de género en este caso no son sólo una cuestión de vulnerabilidad de las mujeres o de empoderamiento. Ellas también, y principalmente, involucran las masculinidades y la agencia de los hombres.

Pero las masculinidades, como configuraciones de la práctica dentro de un ordenamiento del género dinámico e histórico, también están abiertas al cambio. Esto es enfatizado por la investigación de Silberschmidt (2004) sobre la violencia de género y las relaciones de poder involucradas en la epidemia del VIH/SIDA en África del Este. Dicho autor hace evidente que los comportamientos de los hombres que ponen a las mujeres en riesgo de infección no sólo resultan de la masculinidad tradicional. Éstos resultan también de la ruptura parcial del ordenamiento anterior del género, por efecto de las presiones del colonialismo, la pobreza resultado de los procesos poscoloniales y el cambio económico. Tales comportamientos incluyen intentos de los hombres por recuperar el poder que tenían y reclamar cierto estatus ante nuevas y precarias condiciones.

Como este ejemplo muestra, no hay una fórmula estándar para aplicar el análisis relacional del género a las cuestiones de salud, pero sí hay ciertas preocupaciones comunes. El análisis necesita considerar a la vez la forma del ordenamiento del género y sus transformaciones históricas, los patrones de relaciones interpersonales e institucionales y el conjunto de prácticas reflexivas so-

bre el cuerpo en las cuales las consecuencias en la salud son producidas.

LA EXPERIENCIA SOCIAL Y GENERIZADA DEL CUERPO EN UNA ESCALA MUNDIAL

Las investigaciones sobre las cuales se basan las discusiones de género y salud y los conceptos derivados han sido hechos en una escala local o nacional, y principalmente en sociedades del Norte global. Sin embargo, los asuntos de salud y las cuestiones de género también son globales. La “la transnacionalización del género” (Radcliffe *et ál.*, 2004) o la “la construcción global del género” (Prügl, 1999) son un hecho de la vida contemporánea, así como las cuestiones de salud y género en relación con la globalización (Doyal, 2002). Teorizar el género de manera global implica problemas tanto epistemológicos como metodológicos.

En las dos últimas décadas, pensar la sociedad en una escala global ha significado hablar de *globalización*. Este término, originado en el periodismo económico y de los negocios, sugiere una reducción de las distancias y los tiempos, la mezcla de culturas y la creación de mercados de escala mundial. El mundo que se retrata en esta lógica, es el de Frankfurt, Londres, Dallas, y, tal vez, Shinjuku, por extensión. Los análisis desde las ciencias sociales de la globalización generalmente proyectan sobre el resto del mundo las teorías de la modernidad ya inventadas para pensar la sociedad de la metrópoli global (Connell, 2007).

Necesitamos un mejor lenguaje conceptual, y uno que está ahora emergiendo viene de la producción académica del Sur global. Es importante para los investigadores y creadores de política en el Norte tener en cuenta tal trabajo, y esto es algo que está sucediendo gradualmente en las ciencias sociales (Patel, 2010b).

La sociedad mundial no es un sistema homogéneo, ni se está volviendo así. La sociedad mundial ha sido creada a lo largo de los últimos quinientos años por la conquista colonial y la subordinación económica. Lo que Quijano (2000) llama la *colonialidad del poder* se mantiene en el mundo poscolonial. Las desigualdades son producidas sistemáticamente por la operación de la

economía global y el orden político en largos periodos de tiempo. La conquista colonial fragmentó las culturas indígenas, y las discontinuidades dentro de la vida cultural de la periferia persisten (Mignolo, 2005). Los mercados del capital global son vehículos a través de los cuales el desarrollo económico en los países pobres es empeñado a prestamistas de los países ricos, mientras organizaciones supervisoras como el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional usan el endeudamiento para controlar las políticas locales y, en especial, para limitar la inversión en servicios como la salud pública (Kay, 1998). Una comprensión de la modernidad debe, como lo argumenta Domingues (2008), abarcar la experiencia histórica tanto de la metrópoli como de la periferia global.

Los procesos económicos y sociales creados por la sociedad mundial han estado generizados desde el inicio. La fuerza de trabajo de la conquista fue casi exclusivamente masculina y la colonización en todas partes del mundo implicó la explotación sexual de las mujeres colonizadas. Las sociedades coloniales y poscoloniales han producido nuevos ordenamientos del género, incluyendo nuevas formas de generizar la división del trabajo, que continúan actuando en las actuales economías neoliberales (Hairong, 2008). Peterson (2003) habla de una *economía reproductiva* global en la cual se ubica mucho del trabajo de las mujeres, con grandes niveles de informalización y riesgos para la salud.

Incluso el trabajo en las fábricas está comúnmente generizado, siendo ejemplos frecuentes la masculinización del trabajo siderúrgico y la feminización de la industria de la confección. La demanda por trabajo de las mujeres a bajo costo en la confección para exportación ha quebrado los ordenamientos locales del género y ha creado tensiones y vulnerabilidades, como sucede en el caso de las maquiladoras del norte de México. En ciudad Juárez, los activistas hablan de *femicidio*, dado el alto nivel de violencia contra las mujeres por parte de hombres involucrados en una cultura local de violencia masculina (Anderson *et ál.*, 2010; Staudt, 2008).

Las relaciones de poder en las relaciones de género, así como las relaciones económicas de género, han sido perturbadas y reconfiguradas. El colonialismo frecuentemente implica el enfrentamiento entre dos

clases de patriarcado (el poder masculino institucionalizado): el propio del contexto y el del colonizador. Como Morrell (2001) encuentra para Suráfrica, las confrontaciones entre grupos rivales de hombres poderosos continuaron en la situación poscolonial. En las culturas musulmanas se da una lucha alrededor de los cambios en los modelos de feminidad, como sucede en Indonesia (Robinson, 2009). Laurie (2005), en un estudio de las masculinidades implicadas en las “guerras por el agua” en Bolivia, señala que la investigación sobre masculinidades en el Norte global ha asumido una epistemología social consolidada sobre la cual se basa un ordenamiento coherente del género. Esta suposición no puede hacerse para el Sur global, donde las discontinuidades culturales y las fracturas son la condición de la vida. El concepto mismo de *género* ha sido puesto en discusión, al preguntarse si el género existía en la sociedad yoruba antes de la colonización (Bakare-Yusuf, 2003; Oyèwùmí, 1997).

La corporalidad, como proceso social y cultural, sigue siendo fundamental en la comprensión del género en el mundo poscolonial (Harcourt, 2009). La creación y la administración de los imperios implica masivos movimientos de cuerpos, y también nuevas formas de control sobre éstos, como ejércitos coloniales, trata de esclavos, trabajo forzado y exclusión racial. El trabajo en la arena reproductiva, en asuntos como el nacimiento, el cuidado de la infancia o el desarrollo de niñas/os, está profundamente afectado por las dinámicas de la sociedad mundial. Los oficios domésticos y el trabajo del cuidado son ahora una parte significativa de los mercados internacionales del trabajo, que en algunos casos implica migraciones desde largas distancias (Ehrenreich y Hochschild, 2003).

Nuevas dimensiones globales emergen en la corporalidad social. La aparición de las “economías de los tejidos” implican la recolección y venta de sangre, órganos y genoma humano —por lo común, colectados en la periferia global para ser vendidos en la metrópoli (Walby y Mitchell, 2006)—. Los cuerpos de las mujeres son lugares para la recolección y venta de tejidos reproductivos, así como para la mercantilización *in situ* de sus capacidades reproductivas, a través de la subrogación. Los cuerpos de las mujeres son centrales para el “turismo de las cirugías” que hace de países

como Tailandia centros de la cirugía plástica privada (Aizura, 2009).

La experiencia generizada del cuerpo en una escala mundial, si bien ha estado presente a todo lo largo de la historia del colonialismo, hasta hace poco se ha vuelto objeto de conceptualización (Harcourt, 2009; Morrell y Swart, 2005). La teoría del género debe desarrollarse incluyendo paradigmas que emergen del Sur global (Bulbeck, 1998; Mohanty, 2003) y dar cuenta de problemas que interesan a los movimientos sociales en el Sur (Naples y Desai, 2002). El trabajo de académicos en el Norte que abordan las cuestiones de género y globalización (Acker, 2004; Peterson, 2003) no puede desecharse. La investigación hecha hasta el momento en género y globalización suministra pistas para pensar asuntos de salud.

GÉNERO Y SALUD A ESCALA MUNDIAL

Comprender el género y la salud en una sociedad mundial tiene parecidos y diferencias con su comprensión a escala local. El problema se ejemplifica en el documento de la OMS *Closing the Gap in a Generation* (CSDH, 2008), mencionado antes. El capítulo acerca de la “igualdad de género” empieza con un énfasis en las relaciones de género, pero sólo reconoce una dimensión de tales relaciones: el poder de los hombres sobre las mujeres, y no conecta tal poder con las escenas transnacionales. El documento vuelve a caer en un modelo categórico del género, en categóricas estadísticas sobre diferencias, una tácita identificación del género con las mujeres y una concepción abstracta de los derechos.

Al movernos más allá del pensamiento categórico, podemos reconocer que los ordenamientos del género están siempre en movimiento y se encuentran entrelazados con las dinámicas de la sociedad mundial. Por ello mismo, podemos esperar asimetrías globales en las estructuras del género, por ejemplo, diferencias entre un ordenamiento consolidado en la metrópoli y un ordenamiento del género resquebrajado o dividido en la periferia (Laurie, 2005). El poder desintegrador del colonialismo y la economía global ha sido documentado en abundancia (Anderson *et ál.*, 2010). Sus consecuencias en la atención a la infancia,

el alcoholismo, la vivienda y la violencia son razones suficientes para la devastadora mortalidad entre las poblaciones indígenas.

Meekosha (2011) replantea los estudios sobre discapacidad a la luz de las inequidades globales y la teoría sureña, llamando la atención sobre la continua discapacidad de los cuerpos colonizados, producida tanto por la conquista como por las instituciones del orden mundial neoliberal. Mucha de esta discapacidad de los cuerpos es intencional. Teóricos sociales de la periferia, como Fanon (1968), han enfatizado sobre la violencia deliberada de la colonización y la descolonización. Los ataques aéreos, inventados por potencias coloniales y ensayados en sus colonias, han sido llevados a cabo por fuerzas militares masculinas y de élite, con un objetivo preciso y que concluye en una alta proporción de bajas entre la población no combatiente, por lo común, compuesta de mujeres y niñas/os (Lindqvist, 2001).

Las corporaciones internacionales son los actores dominantes en la economía mundial contemporánea y mantienen una compleja división del trabajo por género en sus fuerzas laborales, con los respectivos efectos en cuanto a salud ocupacional que ha identificado Doyal

(2002). Prácticamente todas las corporaciones transnacionales están controladas por hombres (en 2007, de manera impresionante, un 98 % de las 500 corporaciones globales de más alto nivel tenían a un hombre como director ejecutivo) y cuentan con una cultura organizacional masculinizada (Wajeman, 1999). El giro neoliberal de los servicios de salud públicos hacia los privados y la creciente importancia del aseguramiento privado en salud hacen de la salud un sector cada vez más manejado por una élite orientada a la ganancia, la competencia y la administración ejecutiva.

Hay dinámicas del género en el actual sistema internacional que asignan cincuenta billones de dólares al año para la compra de armas (SIPRI, 2008) en lugar hacerlo en el cuidado de la salud perinatal a la cual los gobiernos del mundo se han comprometido en los ODM. Tales prioridades reflejan la exclusión de las mujeres del poder político así como la hegemonía de masculinidades orientadas al poder dentro de los Estados, las fuerzas militares y las corporaciones de élite (Cockburn, 2010).

La fuerza laboral en el sector de la salud está también siendo constantemente internacionalizada. Un título médico da acceso a una clase media emergente, lo cual

Serie *En la calle 5* | FOTOGRAFÍA | DANIEL FAJARDO B.



lo hace punto de atención en las estrategias familiares de regiones en desarrollo como el oeste de Bengala (Donner, 2006). Por ello, la migración de doctores desde países pobres hacia países ricos, muchos de ellos hombres, quienes tienen más posibilidades de acceder a la educación superior y quienes en muchos ordenamientos del género tienen mayor libertad de movimiento. Ha emergido también un mercado internacional para la enfermería, el cual crea flujos de recursos pero también reducción de recurso calificado en países en desarrollo como Filipinas (Wrede, 2010).

La perspectiva presentada observa el género como una estructura social que surge en la historia y está siempre abierta al cambio histórico, aunque no progrese en el mismo sentido. Hay muchos caminos hacia el futuro, como Moghadam (1999) ha argumentado para el norte de África y el Medio Este islámico. Algunos países en esa región han seguido un modelo emancipatorio,

del cual ha sido pionero Turquía, donde los avances de las mujeres son parte del desarrollo nacional. Otros países, como Arabia Saudita y los estados del golfo, han seguido un modelo patriarcal en el cual la independencia nacional ha significado el empoderamiento de los hombres y la domesticación de las mujeres.

La investigación de las masculinidades ha abierto también muchas posibilidades de cambio, mostrando, por ejemplo, la rica diversidad de las experiencias y prácticas entre hombres homosexuales en Australia (Dowsett, 1996) o la presencia simultánea de masculinidades orientadas hacia la violencia y la dominación y otras hacia las relaciones personales más equitativas en escuelas de población negra de clase trabajadora en Suráfrica (Morrell, 2007).

Históricamente, los movimientos feministas han conducido las reformas de género. El activismo feminista ha existido en el mundo colonizado por más de un siglo (Kartini, 2005). El activismo feminista también sigue

ocurriendo ahora, en variadas formas, a lo largo de las sociedades mundiales (Bulbeck, 1998; Harcourt, 2009; Naples y Desai, 2002). La solidaridad transnacional es importante en el activismo de género en el mundo en desarrollo, y quienes han investigado en el tema han encontrado diversas clases de redes de feminismos transnacionales (Moghadam, 2005). Existe actualmente también una red internacional de grupos de hombres que apoyan la justicia de género, coordinados a través de organizaciones no gubernamentales y de las agencias de las Naciones Unidas³. Los temas de salud están entre las preocupaciones tanto de estas redes internacionales de mujeres como de hombres, en especial los asuntos de violencia, pero también temas de crianza, salud sexual y servicios de atención en salud.

CONCLUSIÓN

El acercamiento al análisis de género que se ha querido promover en este



Ryan Kelly y Brian Wood | TOMADA DE *LOCAL*, NOVELA GRÁFICA
PUBLICACIONES DIBBUKS

texto puede parecer complejo, comparado con las dicotomías comunes en los estudios sobre “diferencia sexual”. Sin embargo, no podemos seguir dependiendo del pensamiento categórico si queremos dar cuenta de los actuales procesos que afectan la salud, los complejos terrenos sociales en los cuales surgen y la urgente necesidad de atender tales asuntos en una escala mundial.

Los patrones de la corporalidad generizada, incluyendo los patrones de la salud y la enfermedad, sí cambian en la historia. Esto es a la vez una fuente de esperanza y una amenaza, pues el cambio histórico no es todo progreso. Sólo basta pensar en la catástrofe causada por el SIDA en África Central y del Sur, el colapso de las expectativas de vida, especialmente para los hombres en Rusia en los años noventa, la horrorosa situación de salud en la Franja de Gaza bajo el bloqueo Israelí en el 2010 o la profunda crisis ambiental y las crecientes inequidades en salud en el Norte global.

Es mucho lo que está en juego en esta discusión. Adecuar nuestros conceptos al problema es un paso necesario, con miras a hacer nuestra práctica adecuada al problema. Espero que este acercamiento teórico, siendo aún provisional, contribuya a clarificar tanto la teoría como la práctica.

AGRADECIMIENTOS

Mis cordiales agradecimientos a John Fisher, Toni Schonfield, Helen Meekosha; a los participantes y organizadores de Grupo de Trabajo en Género y Salud del Programa Académico en Salud y Sociedad de la Fundación Robert Wood Johnson, en la Universidad de Columbia; y al editor y evaluadores de *Social Science and Medicine*.

ANEXO

SOBRE EL SER TRADUCIDA

Ser traducida es muy halagador. Alguien ha debido pensar muy bien de mi texto para dedicar tiempo, esfuerzos y hasta dinero a ello. Me hace sentir acogida,

en especial cuando el resultado es en una escritura y un lenguaje que me resultan misteriosos.

Por ejemplo, la edición japonesa de *Gender and Power* es una preciosa pieza de edición, diseño y encuadernación que me fascina, pero apenas puedo imaginar lo que es como texto. Más aún me cuesta pensar lo que puede ser leer *Gender and Power* en Japón, con su particular ordenamiento del género y su particular historia de debates sobre lo que éste significa.

El sentimiento es diferente si se trata de un idioma que puedo seguir frase por frase. Me conecto de inmediato con el texto, aun así, no es el mismo texto que me costó tanto producir. Es como ser una abuela más que una madre, digamos. O para decirlo de otro modo, es como mirar el reflejo propio en un lago movido por un viento ligero.

Cuando quien traduce se me acerca con preguntas —y eso es algo que animo con entusiasmo— aprendo cosas que no esperaba de mi propia escritura. Una es lo mucho que tiene de referencias indirectas. Antes, imaginaba que el estilo de mi prosa era plano, un inglés transparente como el cristal, una combinación de George Orwell y Jane Austin con un toque de Dashiell Hammett. Por mis traductores descubrí que mi escritura está tejida con alusiones y suposiciones venidas de conocimientos previos —como la oración anterior—.

Debido a que frecuentemente escribo textos sociológicos con base en entrevistas a personas australianas, asumo que el traductor va a necesitar explicación de alguna expresión local. Sin embargo, si escribo una frase, digamos, acerca de alguien que va en camino de la hoguera imperecedera, apenas se me ocurre que estoy citando a Shakespeare —hasta que algún traductor me pregunta por el sentido de una frase tan extraña—. Como esto muestra, soy de una generación que creció con Shakespeare, la Biblia y el Devocionario.

Las alusiones y los chistes son riesgos especiales para los traductores. El pasaje final de *Gender and Power* se titula “Concluding Notes on the World to which a Social Theory of Gender Might Lead”. Ésta es una alusión un poco jocosa a *General Theory* de John Maynard Keynes, la cual según parece nadie notó. A mi propia costa, me estaba pasando de inteligente.

También me he dado cuenta de lo mucho que dependiendo del ritmo del inglés para armar un argumento, conectar las piezas de evidencia y generar matices. Cuando escribo, pronuncio las frases en mi cabeza, y las corrijo constantemente de acuerdo con el sonido. Teniendo en cuenta que la puntuación es la principal herramienta para producir ritmo en el inglés escrito, soy muy precisa en ello. Una vez tuve una gran pelea, por casi la mitad de la noche, con un editor que había borrado todos mis punto y coma...

Pero, ¿cómo hace quien traduce para darle ritmo a esta prosa, en un idioma con un patrón de sonido diferente? La verdad, no sé. No soy lo suficientemente fluida en otra lengua para decirlo. Algunos traductores han trabajado duro en el texto, han discutido conmigo muchas de las dificultades y no se han apurado en llevarlo a la imprenta. La traducción alemana de *Masculinities*, por ejemplo, es el producto de un riguroso ejercicio académico y de trabajo en equipo. Sé que esa traducción cuenta con una gran reputación (y amplia circulación) en Alemania. Se siente bien como autora estar asociada con tal texto, ¡aunque haya sido otra gente la que haya hecho el trabajo!

Hay siempre un sentimiento de desplazamiento. Una traducción aparece luego, a veces muchos años después del original. Usualmente yo ya me he movido a otros temas, y me toca volver a pensar en los asuntos del libro o artículo en cuestión. Aún siento que hay algo mágico al ser traducida, al ver mis palabras ir al mundo en formas nuevas.

No sé por anticipado qué pieza de trabajo va a ser escogida ni por quién. Muy poco de mi trabajo ha sido traducido al francés y nada al árabe. Algunos de mis mejores escritos no han sido en nada traducidos. Pero cualquiera que sea la traducción, quedo agradecida. Cada traducción significa una audiencia inesperada, una oportunidad para nuevas conexiones e intercambios de ideas. Creo que tal conexión en el trabajo intelectual es cultural y políticamente importante, considerando el azote del nacionalismo y la xenofobia alrededor del mundo actual.

Sin embargo, también deja dilemas. Escribir la mejor obra que pueda hacer —la que más compense su traducción— es escribir en toda la capacidad del inglés, usando los magníficos recursos con que cuenta el idioma. Pero eso significa también escribir de la forma más difícil para traducir.



NOTAS

¹ N. del T.: en la redacción en inglés de los ODM, el número tres se redacta como “*Promote gender equality and empower women*”. En español se lo redacta como sigue: “Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de las mujeres”. Igual sucede con el informe titulado en inglés *Gender Education for All. A Leap to Equality*, el cual es traducido al español como *Educación para todos. Hacia la igualdad entre los sexos*. Es importante para posteriores análisis considerar las razones por las cuales se traduce “*gender equality*” por “igualdad entre los sexos”, y no como “equidad de género”, por ejemplo.

² N. del T.: el término *embodiment* es definido de manera general como la forma visible o tangible de una idea, una cualidad o un sentimiento (información disponible en: <<http://oxforddictionaries.com/definition/english/embodiment>>). En el contexto de las ciencias sociales anglófonas, dicho término sugiere los procesos mediante los cuales los cuerpos resultan

de una experiencia social y cultural. Ha sido traducido al español, por ejemplo, como *acuerpamiento* o *encarnación*. Una traducción literal sugeriría el uso de *incorporación*. *Encarnación* enfatiza la dimensión sustancial del cuerpo, pero puede focalizarse principalmente en ésta, como carnalidad. *Incorporación* sugiere sobre todo el ingreso a una institución. En este caso se prefiere el término *corporalidad* o *experiencia social del cuerpo* para *embodiment*, aclarando que se trata del proceso histórico mediante el cual la sociedad se encarna en los cuerpos y los cuerpos son socializados. Por ello, se habla de *corporalidad social*. “*Gendered embodiment*” se traduce como “experiencia generizada del cuerpo” o “corporalidad generizada”. Este uso de *corporalidad* fue discutido con la autora. Agradezco a Salvador Vidal-Ortiz su colaboración en la discusión de estos términos y su referencia a los usos de *acuerpamiento* en algunas traducciones al español.

³ Información disponible en: <<http://www.menengage.org/>>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACKER, Joan, 2004, Gender, capitalism and globalization, en: *Critical Sociology*, No. 30, pp. 17-41.
2. AIZURA, Aren, 2009, "Where Health and Beauty Meet: Femininity and Racialization in Thai Cosmetic Surgery Clinics", en: *Asian Studies Review*, No. 33, pp. 303-317.
3. ALSOP, Rachel, Annette Fitzsimons y Kathleen Lennon, 2002, *Theorizing Gender*, Cambridge, Polity.
4. ANDERSON, Brenda, Wendee Kubik y Mary Hampton, (eds.), 2010, *Torn From Our Midst: Voices of Grief, Healing and Action from the Missing Indigenous Women Conference, 2008*, Regina, Canadian Plains Research Centre/University of Regina.
5. BACCHI, Carol, 2009, *Analysing Policy: What's the Problem Represented to Be?*, Sydney, Pearson Education.
6. BAKARE-YUSUF, Bibi, 2003, "'Yorubas don't do gender': a Critical Review of Oyeronke Oyewumi's The Invention of Women: Making an African Sense of Western Gender Discourses", en: *African Identities*, No. 1, pp. 121-143.
7. BATES, Lisa, Olena Hankivsky y Kristen Springer, 2009, "Gender and Health in Equities: a Comment on the Final Report of the WHO Commission on the Social Determinants of Health", en: *Social Science & Medicine*, No. 69, pp. 1002-1004.
8. BULBECK, Chilla, 1998, *Re-orienting Western Feminisms: Women's Diversity in a Postcolonial World*, Cambridge, Cambridge University Press.
9. BUTLER, Judith, 1990, *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, Nueva York, Routledge.
10. COCKBURN, Cynthia, 2010, "Gender Relations as Causal in Militarization and War: A Feminist Standpoint", en: *International Feminist Journal of Politics*, No. 12, pp. 139-157.
11. CONNELL, Raewyn, Dean Ashenden, Sandra Kessler y Gary Dowsett, 1982, *Making the difference: Schools, families, and social division*, Sydney, Allen & Unwin.
12. _____, 1987, *Gender and Power*, Cambridge, Polity Press.
13. _____, 2005, "Change among the Gatekeepers: Men, Masculinities, and Gender Equality in the Global Arena", en: *Signs*, No. 30, pp. 1801-1825.
14. _____, 2007, *Southern Theory: The Global Dynamics of Knowledge in Social Science*, Sydney, Allen & Unwin Australia.
15. _____, 2009, *Gender: In World Perspective*, Cambridge, Polity.
16. COMMISSION on Social Determinants of Health (CSDH), 2008, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Génova, World Health Organization.
17. CRENSHAW, Kimberle, 1991, "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics", en: Katherine Bartlett y Rosanne Kennedy, (eds.), *Feminist Legal Theory*, Boulder, Westview, pp. 57-80.
18. DERRIDA, Jaques, 1976, *Of Grammatology*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
19. DOMINGUES, José, 2008, *Latin America and Contemporary Modernity: A Sociological Interpretation*, Nueva York, Routledge.
20. DONNER, Henrike, 2006, "Committed Mothers and Well-Adjusted Children: Privatisation, Early-Years Education and Motherhood in Calcutta", en: *Modern Asian Studies*, No. 40, pp. 371-395.
21. DOWSETT, Gary, 1996, *Practicing Desire: Homosexual Sex in the Era of AIDS*, Stanford, Stanford University Press.
22. DOYAL, Leslie, 1995, *What Makes Women Sick? Gender and the Political Economy of Health*, Basingstoke, Macmillan.
23. _____, 2002, "Putting Gender into Health and Globalisation Debates: New Perspectives and Old Challenges", en: *Third World Quarterly*, No. 23, pp. 233-250.
24. EHRENREICH, Barbara y Arlie Hochschild (eds.), 2003, *Global Woman: Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*, Londres, Granta Publications.
25. EPSTEIN, Cynthia, 2007, "Great Divides: The Cultural, Cognitive, and Social Bases of the Global Subordination of Women", en: *American Sociological Review*, No. 72, pp. 1-22.
26. EPSTEIN, Debbie, Robert Morrell, Relebohile Moletsane y Elaine Unterhalter, 2004, "Gender and HIV/AIDS in Africa South of the Sahara: Interventions, Activism, Identities", en: *Transformation*, No. 54, pp. 1-16.
27. FANON, Frantz, 1968, *The Wretched of the Earth*, Nueva York, Grove Press.
28. FAUSTO-STERLING, Anne, 2000, *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*, Nueva York, Basic Books.
29. FENSTERMAKER, Sarah y Candace West (eds.), 2002, *Doing Gender, Doing Difference: Inequality, Power, and Institutional Change*, Nueva York, Routledge.
30. FISHER, Murray, 2009, "'Being a Chameleon': Labour Processes of Male Nurses Performing Bodywork", en: *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 65, No. 12, pp. 2668-2677.
31. FOUCAULT, Michel, 1980, *The History of Sexuality. Vol. I: An Introduction*, Nueva York, Vintage.
32. HAIRONG, Yan, 2008, *New Masters, New Servants: Migration, Development, and Women Workers in China*, Durham, Duke University Press.

33. HARCOURT, Wendy, 2009, *Body Politics in Development: Critical Debates in Gender and Development*, Londres, Zed Books.
34. HORLACHER, Stefan (ed.), 2010, "Wann ist die Frau eine Frau?" "Wann ist der Mann ein Mann?" *Konstruktion von Geschlechtlichkeit von der Antike bis ins 21. Jahrhundert*, Würzburg, Verlag Königshausen y Neumann.
35. KARTINI, Raden, 2005, *On Feminism and Nationalism: Kartini's Letters to Stella Zeehandelaar, 1899-1903*, Clayton, Monash University Press.
36. KAY, Cristóbal, 1998, "Estructuralismo y teoría de la dependencia en el periodo neoliberal: una perspectiva latinoamericana", en: *Nueva sociedad*, No. 158, pp. 100-119.
37. KIPPAX, Susan, Raewyn Connell, Gary Dowsett y June Crawford, 1993, *Sustaining Safe Sex: Gay Communities Respond to AIDS*, Londres, Falmer Press.
38. KUHLMANN, Ellen, 2002, "Gender-Theorien", en: Klaus Hurrelmann y Petra Kolip (eds.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich*, Berna, Verlag Hans Huber, pp. 104-117.
39. KUHLMANN, Ellen y Ellen Annandale, (eds.), 2010, *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
40. LAURIE, Nina, 2005, "Establishing Development Orthodoxy: Negotiating Masculinities in the Water Sector", en: *Development and Change*, No. 36, pp. 527-549.
41. LINDQVIST, Sven, 2001, *A History of Bombing*, Nueva York, The New Press.
42. LORBER, Judith, 1994, *Paradoxes of Gender*, New Haven, Yale University Press.
43. MANE, Purnima y Peter Aggleton, 2001, "Gender and HIV/AIDS: What do Men have to do with it?", en: *Current Sociology*, Vol. 49, No. 6, pp. 23-37.
44. MEEKOSHA, Helen, 2011, "Decolonizing Disability: Thinking and Acting Globally", en: *Disability and Society*, Vol. 26, No. 6, pp. 667-682.
45. MESSERSCHMIDT, James, 1997, *Crime as Structured Action: Gender, Race, Class, and Crime in the Making*, Thousand Oaks, Sage.
46. MIGNOLO, Walter, 2005, *The Idea of Latin America*, Malden, Blackwell.
47. MOGHADAM, Valentine, 1999, "Gender, National Identity and Citizenship: Reflections on the Middle East and North Africa", en: *Comparative Studies of South Asia, Africa & the Middle East*, No. 19, pp. 137-157.
48. _____, 2005, *Globalizing Women: Transnational Feminist Networks*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
49. MOHANTY, Chandra, 2003, *Feminism Without Borders: Decolonizing Theory, Practicing Solidarity*, Durham, Duke University Press.
50. MORRELL, Robert (ed.), 2001, *Changing Men in Southern Africa*, Pietermaritzburg, University of Natal Press.
51. _____, 2007, "On a Knife's Edge: Masculinity in Black Working-Class Schools in Post-Apartheid Education", en: Blye Frank y Kevin Davison (eds.), *Masculinities and Schooling: International Practices and Perspectives*, London/Ontario, Althouse Press, pp. 35-57.
52. MORRELL, Robert y Sandra Swart, 2005, "Men in the Third World: Postcolonial Perspectives on Masculinity", en: Michael Kimmel, Jeff Hearn y Robert Connell (eds.), *Handbook of Studies on Men and Masculinities*, Thousand Oaks, Sage, pp. 90-113.
53. NAPLES, Nancy y Manisha Desai (eds.), 2002, *Women's Activism and Globalization: Linking Local Struggles and Transnational Politics*, Nueva York, Routledge.
54. OYÉWÙMÍ, Oyeronke, 1997, *The Invention of Women: Making an African Sense of Western Gender Discourses*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
55. PATEL, Tulsi, 2010a, "Mothers and Children: What does their Health tell us about Gender?", en: Ellen Kuhlmann y Ellen Annandale (ed.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, pp. 272-286.
56. _____, (ed.), 2010b, *ISA Handbook of Diverse Sociological Traditions*, Londres, Sage.
57. PETERSON, Spike, 2003, *A Critical Rewriting of Global Political Economy: Integrating Reproductive, Productive and Virtual Economies*, Londres, Routledge.
58. PRÜGL, Elisabeth, 1999, *The Global Construction of Gender: Home-Based Work in the Political Economy of the 20th Century*, Nueva York, Columbia University Press.
59. QUIJANO, Anibal, 2000, "Coloniality of Power and Eurocentrism in Latin America", en: *International Sociology*, No. 15, pp. 215-232.
60. RADCLIFFE, Sarah, Nina Laurie y Robert Andolina, 2004, "The Transnationalization of Gender and Reimagining Andean Indigenous Development", en: *Signs*, No. 29, pp. 387-416.
61. RAYMOND, Susan, Henry Greenberg y Stephen Leeder, 2005, "Beyond Reproduction: Women's Health in Today's Developing World", en: *Internat. J. Epidemiol.*, No. 34, pp. 1144-1148.
62. ROBINSON, Kathryn, 2009, *Gender, Islam and Democracy in Indonesia*, Londres, Routledge.
63. ROSE, Sonya, 2010, *What is Gender History?*, Cambridge, Polity Press.
64. SCHOFIELD, Toni, 2004, *Boutique Health: Gender and Equity in Health Policy*, Sydney, Australian Health Policy Institute.
65. _____, 2009, "Gendered Organizational Dynamics: The Elephant in the Room for Australian allied Health Workforce Policy and Planning?", en: *Journal of Sociology*, No. 45, pp. 383-400.

66. SCHOFIELD, Toni, Raewyn Connell, Linley Walker, Julian Wood y Dianne Butland, 2002, "Das Konzept des Geschlechterverhältnisses in Forschung, Politik und Praxis", en: Klaus Hurrelmann y Petra Kolip, (eds.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich*, Berna, Verlag Hans Huber, pp. 67-83.
67. SCHOOLS Commission (Australia), 1975, *Girls, School and Society*, Canberra, Schools Commission.
68. SEN, Gita, 2009, "Health Inequalities: Gendered Puzzles and Conundrums", en: *Social Science & Medicine*, No. 69, pp. 1006-1009.
69. SILBERSCHMIDT, Margrethe, 2004, "Men, Male Sexuality and HIV/AIDS: Reflections from Studies in Rural and Urban East Africa", en: *Transformation*, No. 54, pp. 42-58.
70. STAUDT, Kathleen, 2008, *Violence and Activism at the Border: Gender, Fear and Everyday Life in Ciudad Juárez*, Austin, University of Texas Press.
71. STOCKHOLM International Peace Research Institute (SIPRI), 2008, *SIPRI Yearbook 2008*, Oxford, Oxford University Press.
72. THORNE, Barrie, 1993, *Gender Play: Girls and Boys in School*, New Brunswick, Rutgers University Press.
73. UNITED Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Unesco), 2003, *Gender and Education for All: The Leap to Equality*, París, Unesco.
74. UNTERHALTER, Elaine, 2007, *Gender, Schooling and Global Social Justice*, Londres, Routledge.
75. WAJCMAN, Judy, 1999, *Managing Like a Man: Women and Men in Corporate Management*, Sydney, Allen y Unwin.
76. WALBY, Sylvia, 1997, *Gender Transformations*, Londres, Routledge.
77. WALDBY, Catherine y Robert Mitchell, 2006, *Tissue Economies: Blood, Organs and Cell Lines in Late Capitalism*, Durham, Duke University Press.
78. WREDE, Sirpa, 2010, "Nursing: Globalization of a Female-Gendered Profession", en: Ellen Kuhlmann y Ellen Annandale, (eds.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, pp. 437-453.

