

## Relaciones de poder en las profesiones de la salud: disertaciones desde la perspectiva de género

Carol Andrea Bernal Castro

[cabernalc@unal.edu.co](mailto:cabernalc@unal.edu.co)

<https://orcid.org/0000-0001-8284-0633>

### RESUMEN

El presente artículo corresponde a un ensayo doctoral, y tiene como objetivo presentar una disertación acerca del problema de las relaciones de género, la feminización e incluso, las diferentes formas de relaciones de poder que se encuentran en juego dentro de las profesiones del campo de la salud desde una perspectiva situada, en el contexto colombiano. Basado en una revisión narrativa de literatura, el texto buscó dar cuenta de cómo el género se constituye en un dispositivo de poder en el campo de la salud, a partir de la discusión sobre profesiones “feminizadas” y “masculinizadas”. Un aspecto insuficientemente abordado y poco debatido sobre cómo operan y se construyen las relaciones de género en salud. Para ello, a través del manuscrito, se discuten las categorías de campo de la salud como campo social y dispositivo de feminización como dispositivo de poder, tomando el enfoque de género como lente de análisis. Como conclusiones, el ensayo plantea que existen unas claras relaciones entre el capitalismo, el colonialismo y el patriarcado, las que, develadas desde la lente del género, evidencian la forma en que se configuran las relaciones saber-poder dentro del campo de la salud en Colombia. Así como remite a pensar en la emergencia de deconstruir y construir unas nuevas epistemologías al interior del campo de la salud, particularmente en un contexto colombiano y latinoamericano.

**Palabras clave:** relaciones de poder; dispositivo de género; campo de la salud; profesiones de la salud; feminización.

Correspondencia: [cabernalc@unal.edu.co](mailto:cabernalc@unal.edu.co)

Artículo recibido 25 noviembre 2022 Aceptado para publicación: 25 diciembre 2022

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Cómo citar: Bernal Castro, C. A. (2022). Relaciones de poder en las profesiones de la salud: disertaciones desde la perspectiva de género. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 9099-9130.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.4060](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4060)

## Power relations in the health professions: dissertations from a gender perspective

### ABSTRACT

This article corresponds to a doctoral essay and aims to present a dissertation about the problem of gender relations, feminization, and even the different forms of power relations that are at stake within the professions of the field of health from a situated perspective, in the Colombian context. Based on a narrative review of the literature, the text sought to account for how gender becomes a device of power in the field of health, based on the discussion of "feminized" and "masculinized" professions. An insufficiently addressed and little debated aspect of how gender relations in health operate and are constructed. To do this, through the manuscript, the categories of the health field are discussed as a social field and feminization device as a power device, taking the gender approach as the lens of analysis. In conclusion, the essay states that there are clear relationships between capitalism, colonialism, and patriarchy, which, revealed from the lens of gender, show how knowledge-power relationships are configured within the field of health in Colombia. Just as it refers to thinking about the emergence of deconstructing and building new epistemologies within the field of health, particularly in a Colombian and Latin American context.

*Keywords: power relations; gender device; health field; health professions; feminization.*

## INTRODUCCIÓN

Este artículo me permite compartir un escrito que hace parte de la fase de revisión de literatura de mi proceso de investigación doctoral, y que emerge desde una motivación ético-política, que ha estado presente de diferentes maneras en mi experiencia personal como mujer, pero especialmente en mi experiencia profesional dentro del campo de la salud, como fonoaudióloga y magíster en Discapacidad e Inclusión Social, y que ahora, durante mi proceso de formación doctoral, ha tomado una mayor fuerza y forma.

Transitando desde mis inquietudes acerca de los procesos de inclusión y exclusión social, pasando por mis cuestionamientos y trabajo en la educación superior, hasta mis aproximaciones a la perspectiva de género y las cuestiones de la diversidad, he acumulado experiencias que me sitúan en un campo intermedio, entre la salud y la acción social, y me llevan ahora, sin duda, a explorar las fronteras disciplinares y del conocimiento.

Estas experiencias me han resultado fundamentales para comenzar a cuestionarme y entender el problema de las relaciones de género al interior de las profesiones, la feminización de las profesiones dentro del campo de la salud e incluso, las diferentes formas de relaciones de poder que se encuentran en juego dentro de dicho campo.

Por ello, he construido un texto que busca dar cuenta de, cómo el género se constituye en un dispositivo de poder en el campo de la salud, a partir de la discusión sobre profesiones “feminizadas” y “masculinizadas”. Un aspecto insuficientemente abordado y poco debatido sobre cómo operan y se construyen relaciones de género en salud. Para ello, me permito discutir las categorías de campo de salud como campo social, dispositivo de feminización como dispositivo de poder, tomando el enfoque de género como lente de análisis. (Scott, 1986; Rubin, 1986; Varela, 1997).

El escrito se desarrolla a partir de la pregunta: *¿Cómo se configuran las relaciones de saber-poder entre profesiones feminizadas y masculinizadas, en el campo de la salud, en el contexto colombiano?*

De antemano es importante anotar que estoy comprendiendo el campo de la salud como un campo de poder, en la dirección de Pierre Bourdieu (2000). Tal y como lo ampliaré más adelante. Pero de alguna manera, cada una de las *profesiones de la salud*, es en sí misma, un campo de poder, y por tanto hay tensiones entre sus actores o agentes, en

este caso, los profesionales del campo de la salud, que se encuentran en disputas permanentes por la obtención de diferentes tipos de capitales.

Para Bourdieu (2000), estos capitales son el *capital simbólico*, que hace referencia a las propiedades que parecen inherentes al agente, tales como la autoridad, el prestigio, la reputación, los reconocimientos académicos, la notoriedad, la honorabilidad, la reputación, entre otros. Pero también, define la existencia de un capital económico: Referido a los factores de producción: tales como tierras, bienes, propiedades, e ingresos económicos en general. Finalmente, define el capital social, entendido como las relaciones sociales, contactos, conocidos, amigos, parientes, etc. Luego, tanto profesiones feminizadas como masculinizadas de la salud, se encuentran en disputas permanentes por estos capitales.

Con miras a una mejor comprensión de esta pregunta, iniciaré por compartir mi definición del concepto de *profesiones de la salud*. Por ello, aun cuando los oficios, *profesiones*, semiprofesiones y ocupaciones de la salud, han sido tradicionalmente estudiadas desde la sociología de las profesiones y desde la sociología del trabajo, la pregunta planteada para este ensayo, me invita a tomar distancia de ese tipo de estudios. Debido a que estos se construyen a partir de obviar u ocultar las relaciones de poder, las luchas, las oposiciones y resistencias de grupos heterogéneos. Esto me lleva a orientarme por una perspectiva de género, que indaga con claridad acerca de los dispositivos de poder, que establecen jerarquías y distribuyen funciones en el campo sanitario. (Finkel, 2015; Varela, 1997).

Por este motivo, tomo como referencia una definición de la socióloga feminista Luz Gabriela Arango (2011). Para ella, las *profesiones* corresponden a “un tipo especializado de trabajo que goza de reconocimiento social y se caracteriza por una formación prolongada de nivel superior, un cuerpo unificado de conocimientos y un conjunto de instituciones que aseguran y regulan la producción de los mismos, así como el acceso restringido a la profesión y las condiciones de su ejercicio”. Teniendo en cuenta que las profesiones tienen un compromiso teórico, pero principalmente están fundamentadas en saberes y prácticas específicos.

En este caso, me sitúo en las profesiones que se encuentran dentro del campo sanitario. Identificando además que estas profesiones tienen un régimen ordenador epistemológico de sus saberes y prácticas, los cuales se organizan en torno, al cuerpo, los

procesos de cuidado, la salud y la enfermedad. Este régimen ordenador epistemológico, articula las diferentes profesiones en una lógica de jerarquías y subordinaciones, y se encuentra influenciado por el capitalismo, el colonialismo y el patriarcado, asunto que será discutido con mayor detenimiento a través de este ensayo.

Por otra parte, y en la dirección de los planteamientos de Bourdieu, cada profesión puede ser considerada como un campo en el que se dan disputas por el poder, por la obtención de capitales simbólicos, económicos, y sociales, el que a su vez se encuentra inmerso dentro del campo social más amplio. Todos los campos y formas de capital, están relacionados con formas de poder. (Bourdieu, 2000).

Para continuar adentrándonos en la pregunta, entiendo por *profesiones feminizadas*, dentro del contexto de las relaciones saber-poder, no solo aquellas que tuvieron y/o han mantenido una alta afluencia histórica o volumen de estudiantes mujeres desde sus inicios, sino que además, genealógicamente hablando, se les ha otorgado un valor y un poder históricamente construidos, desde los preceptos epistemológicos ordenadores de los saberes y prácticas profesionales, que son androcéntricos y están ligados a ideas prejuiciosas sobre “lo femenino”.

Estos han dado como resultado la producción de saberes subordinados, subalternizados y dominados de manera sostenida y estructurados en el tiempo. (Lorente 2002). (Beltrán, Maqueira y Sánchez, 2001; Wollstonecraft, 1792). Ejemplos de este tipo de profesiones en el campo sanitario, son la enfermería, la fonoaudiología, la fisioterapia, la terapia ocupacional, la bacteriología, entre otras.

Por otra parte, las *profesiones masculinizadas*, también han mantenido una alta afluencia histórica o volumen de estudiantes hombres desde sus inicios. Tal y como ha sucedido en las profesiones feminizadas, se les ha otorgado desde las premisas y dictámenes epistemológicos hegemónicos un valor y un poder históricamente construidos, ligados a ideas sobre “lo masculino”. Que por lo general ejercen el poder, desde un rol protagónico, de saberes y poderes privilegiados, reconocidos y hegemónicos dentro del campo de la salud. Un ejemplo de este tipo de profesiones es la medicina.

Ahora bien, reconozco que también al interior de estas profesiones feminizadas y masculinizadas respectivamente, hay tensiones y por supuesto, ¿inequidades que se revelan en experiencias?, como aquellas de quiénes se consideran habitualmente como eminencias, a quiénes se asignan las subvenciones con mayor facilidad, o quienes ocupan

los cargos directivos y más visibles al interior de ellas. No yendo muy lejos en estas deducciones, es posible ver que, en ambos casos, saltan a la vista unos claros sesgos androcéntricos. Sin embargo, el interés de este texto, se mantiene en aproximarse a comprender las configuraciones de las relaciones de poder entre estos dos tipos de profesiones.

Para explicar la configuración de estas relaciones de saber-poder desiguales, considero importante ir tras sus pistas, y disertar acerca de esta pregunta. Comprendo que disertar significa razonar, discurrir detenidamente acerca de algún tema, con el interés de exponerlo y, ¿por qué no?, de refutar opiniones ajenas. Así, en las siguientes páginas de esta disertación, mi propósito será ubicar y discutir algunas de las tensiones de la pregunta, y ampliar las comprensiones sobre la misma. (Freire & Faundez, 1986).

Otro de mis propósitos, dentro de este texto, es hacer explícita la importancia de este tema, dentro del campo de la salud pública. Finalmente, espero que quienes me lean disfruten de este recorrido por las ideas, tanto como yo lo he hecho al poder plasmarlo en el papel.

### **Reflexiones iniciales, tensiones propuestas y su relación con la salud pública**

Esta disertación se constituyó en un espacio escrito que convocó a diversos académicos a conversar desde sus posturas, así, a partir de una revisión narrativa de literatura, las y los invitados a esta conversación, vinieron de corrientes de pensamiento, situadas en las teorías críticas, algunas de ellas feministas y de manera particular en la perspectiva de género. El esfuerzo de este ensayo es principalmente teórico y es una invitación a “sacar lo cotidiano de lo obvio” (Henaó, 2018) o, en otras palabras, subvertir la cotidianidad subrayando aquellas realidades, dinámicas e incluso estereotipos que se han naturalizado.

Vale la pena mencionar que, para mí, la perspectiva de género, es una categoría académica y dinámica, que ha sido propuesta desde los feminismos, que no es sinónimo de ellos, y que indaga acerca de los constructos sociales y culturales que se realizan sobre los cuerpos sexuales, en interrelación. Recaba acerca de cómo se construye lo femenino, que habitualmente se ha hecho con base y en función de lo masculino, pero especialmente se interesa por develar las formas en las cuales las diferencias entre hombres y mujeres se convierten en desigualdades sociales. En últimas, el género puede ser pensado como una categoría sexual impuesta a un cuerpo asexuado. Es por ello, que,

para mí, se constituye en una categoría de análisis fundamental cuando se trata de comprender las relaciones de poder, en este caso entre las profesiones feminizadas y masculinizadas, dentro del campo de la salud (Scott, 1986; Rubin, 1986; Varela, 1997).

La tesis central de este ensayo indica desde una perspectiva situada, de las profesiones de la salud que, al parecer, el capitalismo, el colonialismo y el patriarcado, son fenómenos que se entrelazan entre sí, configurando un mecanismo epistemológico históricamente desarrollado, que estructura relaciones de saber-poder, de hegemonías y subalternidades; de jerarquías y estereotipos; de distinciones y status, todo ello configura lo que se ha denominado *dispositivo de feminización* (Varela, 1999).

Es importante recordar que, tras la caída del feudalismo, el modelo económico que surgió en Europa durante el siglo XVI y logró imponerse en esa época, fue bautizado como capitalismo. Y que en esencia el capitalismo, consiste en un sistema económico y social basado en la propiedad privada de los medios de producción, en la importancia del capital como generador de riqueza y en la asignación de los recursos a través del mecanismo del mercado y por supuesto, en la acumulación de dichos capitales.

El colonialismo por su parte, es un sistema de dominación política, económica e ideológica, a través de la cual un estado extranjero domina, y explota a una colonia y, además, se impone hegemónicamente en diversos aspectos frente a ella, subordinándola. Y finalmente, podemos comprender el patriarcado, como una forma de organización social en que la autoridad es ejercida por un varón jefe de cada familia, denominado “patriarca”; estructura que se extiende a todo el sistema social.

Tomando como punto de referencia la tesis central del texto, doy curso a mi plan de discusión que busca reflexionar acerca de la pregunta sobre la configuración de las relaciones de saber-poder entre profesiones “feminizadas” y “masculinizadas”, a través de cinco puntos centrales: El primero es la Comprensión de la salud como campo social de poder, en donde se subraya la relación de este campo con los profesionales de la salud. El segundo, es acerca de las relaciones de saber-poder en clave de género en el campo de la salud pública, en donde se da cuenta de dos elementos, uno que cuestiona porqué la epistemología puede entenderse como un régimen ordenador de los saberes y prácticas profesionales, y el otro, que argumenta porqué la epistemología puede ser considerada como un elemento político dentro del ámbito de las profesiones. Luego, con la expectativa de desovillar el “hilo de Ariadna” de la pregunta, genero algunas

discusiones, acerca de las relaciones entre el capitalismo, el colonialismo y el patriarcado, respectivamente; análisis que oriento desde una perspectiva de género. Intento derivar implicaciones para la salud en Colombia, como contexto situado para las profesiones de la salud. Aquí la pretensión es develar cómo aquellas grandes dimensiones, históricamente construidas, configuran y operan a partir del *dispositivo de feminización*. Elementos todos, que, a mi modo de ver, configuran las relaciones saber-poder-género dentro del campo de la salud.

### **Comprensión de la salud como un campo social de poder**

Comprendo el *campo de la salud*, como un *campo social de poder*, esto es, como un espacio social de tensiones, dentro del cual se da una serie de disputas por el poder, protagonizadas por diversos actores o agentes, esto en el sentido planteado por Bourdieu, autor situado desde la sociología crítica (Bourdieu, 2000; Manzo, 2010; Vizcarra, 2002).

Esta perspectiva me lleva a pensar que los profesionales, como actores que participan, entre otros, en el campo de la salud, se encuentran en relaciones permanentes de conflicto, lucha y disputa de intereses, por un capital simbólico, que se refiere a aquello que les otorga legitimidad, prestigio y autoridad dentro del campo. (Bourdieu, 2000; Manzo, 2010; Vizcarra, 2002).

Ahora bien, me identifico, además, con la forma en que Bourdieu visualiza a los agentes, quienes no son sujetos estáticos dominados por un orden estructural, sino que tienen cierta acción de maniobra a través de la lucha. (Bourdieu, 2000; Manzo, 2010; Vizcarra, 2002). De acuerdo con Bourdieu, las personas no son como robots, ya que participan y analizan las reglas del juego, pero además pueden impugnarlas, recrearlas, discutir las, adaptarse o amoldarse. (Bourdieu, 2000; Guerra, 2010). Esto supone una serie de interacciones, que han sido evidentes en las diferentes profesiones del campo de la salud, las cuales mantienen unas luchas permanentes por las praxis, los objetos y sujetos de estudio, la autonomía, el prestigio profesional, entre otros (Martínez-Silva; Perdomo-Rubio, 2010), derivando en un sistema de relaciones objetivadas entre posiciones adquiridas o asignadas históricamente.

Considero entonces que, para apreciar la salud como un campo social de poder, resulta estratégico situarse en las relaciones saber-poder, que en el caso de la salud se crean y recrean permanentemente, siendo la academia un nicho de análisis fundamental.



### **Sobre las relaciones de saber-poder en clave de género en el campo de la salud**

Señalo de antemano que estas relaciones de saber- poder son problemáticas para las y los profesionales de la salud, y para las personas y comunidades que reciben los servicios de salud, para las escuelas de formación de profesionales de la salud, las agremiaciones de profesionales, entre otros espacios. Subvertirlas supone incomodar a la academia y a sus modos tradicionales y actuales de producción de conocimiento, a los dictámenes epistemológicos tradicionales y al ordenamiento naturalizado de las instituciones de salud.

Por tanto, las luchas que se encaminan a reivindicar una deconstrucción de las relaciones de género, tales como las que en el fondo de este texto se movilizan, tienen un significado profundo, especialmente en un campo como el académico y científico, en el que, en apariencia, estas confrontaciones son inexistentes. Este ejercicio de deconstrucción, que es una estrategia de análisis crítico de los discursos y elementos que hacen parte de estos espacios, tiene un alcance importante al interior de las profesiones, que necesariamente interroga los procesos de formación del talento humano en salud, a las praxis, a las certezas epistemológicas, pero, además, resulta relevante en el marco de un movimiento general por la equidad de género.

De algún modo preguntarme acerca de las relaciones de saber- poder me ha remitido a los interrogantes planteados por Foucault, acerca de ¿quién define qué es la verdad?, y, además, ¿quién define que las formas a través de las cuales hemos accedido al conocimiento, son las únicas maneras de construir esa supuesta verdad? (Foucault, 1980). Pero Foucault por supuesto, no ha sido el único en interrogarse acerca de ello. De hecho, no se interrogó explícitamente sobre este y otros asuntos, desde el punto de vista de género, fundiendo las historias femenina y masculina en una especie de todo indiferenciado, asunto que le ha hecho objeto de las críticas feministas en diversas oportunidades. Ahora bien, desde mi punto de vista, esto no demerita sus contribuciones en la comprensión de las relaciones saber-poder y los dispositivos a través de los cuales se configuran dichas relaciones. (Scott, 1986; Rubin, 1986; Varela, 1997).

Desde la perspectiva de género los asuntos del saber-poder, han sido abordados por algunas autoras situadas en los feminismos; tales como Donna Haraway y Sandra Harding, quienes debaten en torno a la historia de la ciencia y sus sesgos androcéntricos y, por

tanto, cuestionan la neutralidad de la ciencia, debates que se relacionan de manera directa con la pregunta que ha dado lugar a este ensayo.

Esto para mí significa que, mientras Sandra Harding considera, que los resultados de investigaciones realizadas a partir de la llamada *teoría del punto de vista*, pueden ser generalizables; Donna Haraway considera que el *conocimiento situado*, nos lleva a reconocer que sólo es posible conocer los problemas, desde la parcialidad de la ciencia. Este es un argumento, que le permite calificar como ingenua la postura de creer en la generalización de los resultados.

Por su parte, Sandra Harding denuncia la presencia del androcentrismo tanto en la biología como en las ciencias sociales, lo que, en su criterio, ha dado lugar a una interpretación sesgada de ambas disciplinas. Esta autora plantea la “teoría feminista del punto de vista”, en la cual desarrolla su propia posición epistemológica y metodológica. Algunos de los temas centrales de la *teoría del punto de vista*, que deseo señalar, son, por ejemplo, a) El hecho de que las mujeres por mucho tiempo fueron *objeto de proyectos de conocimiento de otros*. Así, campos como la investigación, pero también las políticas públicas, dependían de ese tipo de estudios, pero se negaban a admitir que las mujeres como grupo asumieran el liderazgo de estos espacios de producción de conocimiento. b) Otro punto central en esta teoría es la invitación de investigar *hacia arriba*. Esto lleva a involucrar el estudio detallado del modo en que las instituciones dominantes, incluyendo las investigaciones y las disciplinas académicas, sus culturas y prácticas, organizan y desechan las explicaciones de los diversos modos de opresión y dominación de las mujeres. y c) Considerar que los proyectos enmarcados en esta perspectiva teórica, requieren tanto ciencia, como política. Esto, además, crea la posibilidad de construir diferentes formas de conciencia grupal colectiva de las mujeres. Sandra Harding (1996), evidencia también la problematización de las relaciones entre ciencia y género. Particularmente en su libro “ciencia y feminismo”, realiza un análisis de las diferentes posiciones feministas críticas de la ciencia. Además, formula algunas propuestas de cambio a lo que actualmente se considera como ciencia. Para esta autora, la estructura o dispositivo de género, refleja las relaciones sociales entre hombres y mujeres, en este caso, en el seno de la actividad científica. La autora, cataloga como conflictivas las relaciones entre ciencia y género, relaciones que se manifiestan también en la estructura social de la ciencia y en su historia.

La *teoría del punto de vista* ha sido rebatida por diversos autores y tiene varios puntos de controversia, que no resulta de mi interés señalar en este ensayo. Excepto la postura de Donna Haraway (1991), sobre las pretensiones de la ciencia, en cuanto interroga la objetividad de sus resultados. Ya que la ciencia le otorga, según la autora, un lugar secundario o irrelevante a la identidad social del observador, desconociendo su interacción con los resultados de la investigación, resultados de la ciencia misma, afirmaciones que comparto.

Por otra parte, critica la pretensión de considerar la ciencia como algo independiente de la política, cuando en realidad la ciencia ha sido un elemento que ha estado a merced de lo político. Para ella, la filosofía de la ciencia es una ideología implicada en la expansión y continuidad del capital global, militarizado y patriarcal.

Esta autora marca su posición al afirmar que el ejercicio de permanente exclusión de las mujeres en la definición de la cultura y la epistemología científica, necesariamente obligan a tomar posiciones diferentes a la codificación androcéntrica del canon tradicional.

Las construcciones teóricas de estas autoras, aportan a mis reflexiones y comprensión de la epistemología de la ciencia, como parte de un accionar político que claramente contribuye a mantener las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, como en el caso del campo social de la salud, entendido, como ya lo he reiterado, como campo de poder. Destaco dos aspectos de los aportes de estas autoras: a través de sus estudios de largo aliento, confirman la manera como el dispositivo de género, hace parte de los espacios de producción científica y ha incidido históricamente en la configuración, mantenimiento y reproducción de relaciones de poder-saber desiguales entre hombres y mujeres.

En el ámbito científico, y particularmente en el campo de las profesiones de la salud, debemos perder la ingenuidad de pensar en el conocimiento como algo neutral, cuando la identidad del investigador subvierte esta neutralidad, idea en la cual coinciden las dos autoras. De igual manera, para las profesiones feminizadas en particular, será fundamental comprender el planteamiento acerca de los *conocimientos situados* y encarnados que propone Donna Haraway (1991); esta es una idea provocadora, especialmente cuando he aclarado desde el inicio de este escrito, que es una motivación ético-política la que mueve en gran medida este ensayo. En cuanto a Sandra Harding

(1996), destaco la idea de creación de una conciencia grupal colectiva de las mujeres, que supere los ideales de individualización impuestos desde un supuesto ideal de la modernidad.

Ahora, tal y como se anunció en la introducción, daré paso a las tensiones específicas que, desde una perspectiva situada, se dan en relación con las dinámicas del capitalismo, del colonialismo y del patriarcado y que suponen retos para las profesiones feminizadas y masculinizadas en el campo de la salud en Colombia.

### **Configuraciones del saber-poder desde el capitalismo dentro del campo de la salud**

Cuando nos ubicamos en el contexto de la salud en Colombia y la salud como un campo social de disputa de poderes, puedo ver que es habitual que en su interior se *produzcan y reproduzcan relaciones de poder*, reconociendo que este, a su vez, se encuentra inmerso e interactuando dentro de un campo de fuerzas estructurales, que claramente lo afectan. Por ejemplo, en países latinoamericanos como Colombia, la inserción paulatina del modelo de mercado neoliberal que favorece la acumulación de capitales en el sistema de salud, sin duda ha precarizado las condiciones laborales de los profesionales del campo de la salud, pero además ha reducido el derecho a la salud a un paquete de servicios limitado, que se ofrece de acuerdo al poder adquisitivo de quien requiere dicho servicio. (Ardila, 2016; Hernández, 2000, 2003). Y quizás sus efectos, en el marco de la precarización generalizada, puedan estar desigualmente distribuidos afectando más a las profesiones históricamente feminizadas. (Betancourt, 2015).

Esta influencia del modelo neoliberal en el campo de la salud, se ha implantado exitosamente en la prestación de los servicios de salud, resultando en la profundización de fenómenos como la segmentación, la fragmentación, la individualización del pago, la estandarización de las atenciones y la agudización en la división interna del trabajo. La estructura y prestación de los servicios de salud, ha sido, además, muy funcional a las lógicas del mercado, evidenciando efectos precarizantes en profesionales y en pacientes, que por demás se han convertido en mercaderes, clientes o usuarios de los servicios de salud. (Ardila, 2016; Hernández, 2000, 2003).

Por ejemplo, la profundización en la división interna del trabajo, a mi modo de ver, ha hecho que cada profesional participe en una parte del “ciclo del proceso de producción”, agudizando las dinámicas de la jerarquización de profesiones masculinizadas por sobre profesiones feminizadas, e irrumpiendo en las posibilidades de trabajo en equipo y

pasando a un trabajo mucho más individualizado y especializado en términos del saber, que se aleja de los anhelos de integralidad en las atenciones, pero más allá de ello, substraer a quien se convierte en *paciente* de su contexto de realidad.

Es importante recordar que los servicios y la lógica de los ordenadores que los jerarquizan, tiene una influencia hegemónica relativa, aun cuando inestable, en aspectos relacionados con la organización de los currículos de los profesionales de salud dentro de las universidades. Lo que hace que estos currículos, sean a su vez funcionales al sistema.

Es por ello, que un cuestionamiento al respecto sería: ¿es posible que los currículos en salud generen una ruptura con la influencia que la lógica neoliberal ejerce sobre ellos?

Las lógicas neoliberales también han favorecido la intervención centrada en los procesos de enfermedad y no de salud, que, en contravía de las apuestas epistemológicas de corrientes contemporáneas de la salud pública, constituyen el centro de los currículos de las profesiones de la salud. ¿No deberían estas en cambio centrarse en el cuidado de la salud?, ¿De qué manera es posible que las premisas epistemológicas de los currículos en salud se resignifiquen desde conceptos como salud y buen vivir, con una mayor potencia que en los procesos de enfermedad?

Por tanto, develar las formas en que históricamente los cambios en el mercado intensifican o transforman las relaciones de poder dentro del campo de la salud, será sin duda una contribución muy importante. Ya que este tipo de referentes podría ayudar a transformar las prácticas, dando lugar a prácticas emancipatorias.

Por supuesto, que estas lógicas de mercado también dialogan con lógicas de jerarquización, subordinación, subalternidad y dominación, tales como las que se han implantado y naturalizado entre profesiones feminizadas y masculinizadas de la salud. Lógicas que operan principalmente en la distribución diferenciada de saberes de acuerdo al tipo de profesiones, que hacen que unas posean más valoración económica, o de capital económico y cultural, en la dirección de Bourdieu (2000), de los bienes y servicios intercambiables que se ofrecen desde cada uno de estos espacios.

Para ampliar un poco más. He invitado a este diálogo a la filósofa Silvia Federici, quien se sitúa en los feminismos marxistas, aclara que, si bien el capitalismo como fenómeno dialoga y se robustece con el patriarcado, en realidad el trasfondo del capitalismo, tiene como base el trabajo reproductivo y de cuidado que realizan gratis las mujeres en el ámbito doméstico. Es por ello, que Silvia Federici (2004), repiensa el análisis de la

acumulación primitiva, concepto propuesto inicialmente por Karl Marx, con el fin de caracterizar el proceso político sobre el cual se sustenta el desarrollo de las relaciones capitalistas, y su incidencia en los cambios económicos y sociales; sólo que esta vez, desde un punto de vista feminista. Realiza críticas a Marx, quien consideraba el capitalismo de la mano con el advenimiento del trabajo asalariado y el “trabajador libre”, lo que contribuye a esconder y naturalizar la esfera de la reproducción.

En este sentido, mientras que Marx sitúa sus puntos de vista en el proletariado asalariado de sexo masculino y la producción de mercancías; Federici se aparta del análisis de Marx y sitúa su perspectiva en los cambios desfavorables de posición de las mujeres que ha generado el capitalismo y la producción de la fuerza de trabajo femenina.

Esta autora, además, reflexiona acerca de la división sexual del trabajo, que somete el trabajo femenino y la función reproductiva de las mujeres a la producción de la fuerza de trabajo. Es por esto que para Federici el capitalismo representa la construcción de un nuevo orden patriarcal basado en la exclusión de las mujeres del trabajo asalariado y la subordinación a los hombres.

Otro punto de distanciamiento entre Federici y Marx, es que el capitalismo no ha llegado a debilitarse, sino que, al contrario, en cada fase de la globalización capitalista, han retornado los aspectos más violentos de la acumulación primitiva, tal como guerra, expulsión de campesinos de sus tierras, saqueo global y degradación de las mujeres, lo que es esencial para el capitalismo.

Desde las coordenadas de la economía política, existen fuertes críticas hacia el marxismo, que de muchas formas se ha servido de la idea patriarcal, como un dispositivo inserto que ha potenciado las formas de opresión hacia las mujeres. Gayle Rubin (1986), por ejemplo, habla acerca del sistema sexo-género, concepto que prefiere por sobre el concepto de patriarcado; pues para ella el concepto de patriarcado habitualmente hace parte de las dinámicas del sistema económico predominante, sea este capitalista o socialista. Mientras que el *sistema sexo-género*, concepto que ella desarrolla, toma distancia de la categoría de clase social, para develar que existe un sistema de opresión diferente, que es el sistema sexo-género.

Rubin (1986), define el sistema sexo-género como un sistema que produce y reproduce seres humanos que asumen la masculinidad y la feminidad y posee unos mecanismos de

reproducción basados en la división sexual del trabajo, aspecto en el cual coincide con Silvia Federici.

Considero que todas estas dinámicas, por supuesto, se revelan también en el ámbito de las profesiones feminizadas y masculinizadas de la salud, en el cual, hay una clara distribución de roles, y de capitales económicos, políticos, culturales en juego, que, entre otras cosas, mantienen y reproducen unas visiones particulares sobre quiénes han de realizar el trabajo de cuidado. En este caso, se mantiene como parte de las responsabilidades de las profesiones feminizadas.

A lo largo de estas discusiones, fue posible ver las relaciones imbricadas entre capitalismo y patriarcado, así como la forma como estos, desde la lente de género, develan unas relaciones desiguales de saber-poder entre hombres y mujeres, que sugieren un mayor flujo y concentración de capitales de diferente índole en las profesiones masculinizadas de la salud.

### **Configuraciones del saber-poder desde las colonialidades dentro del campo de la salud**

Como segunda perspectiva de análisis, me permití leer a algunos autores que se han acercado a la comprensión de los dispositivos del saber-poder, pensando el campo de la salud como un campo colonizador, con fuertes arraigos eurocéntricos y androcéntricos, altamente influenciados por una tradición judeo- cristiana. Boaventura de Sousa, por ejemplo, considera que la comprensión del mundo va más allá de la comprensión del mundo occidental. (De Sousa, 2010; Foucault 1980, 1984; Elias, 1994; Reguillo 2008; Mandujano 2017; Beltrán, Maqueira y Sánchez, 2001).

Las consecuencias de esta afirmación llevan al reconocimiento de diversas cosmovisiones que invitan a la construcción de otras epistemologías distintas a las que se identifican con el proyecto moderno de expansión capitalista. Algunos ejemplos de este tipo de cosmovisiones se encuentran en las culturas originarias en Latinoamérica, pero además en algunas culturas orientales y en pueblos y comunidades que han sido históricamente relegados y despojados de sus saberes y creencias, tal como en el caso de las mujeres.

Este referente de análisis, me permite reflexionar acerca de cómo el escenario salud ha recibido importantes críticas desde estas perspectivas, pues reconocen el claro papel tecnocrático que este escenario ha jugado en el mantenimiento de las desigualdades sociales en el actual sistema mundo, e incluso su apoyo a los proyectos colonizadores.

Ejemplo de ello son algunos indicadores epidemiológicos, cifras de salud y enfermedad, entre otros, que en muchos casos tienen unas intencionalidades políticas y coloniales.

También al interior del contexto de las profesiones de la salud, se identifica una permanente invitación a destacar a los autores de la tradición biomédica, que además es androgénica, para basarse protagónicamente en ellos, con el propósito de replicar, reproducir y mantener este conocimiento. Estas son algunas de las lógicas de producción del conocimiento, pero en realidad ¿pueden los procesos formativos en salud asumir el reto de enseñar a desaprender?, ¿acaso es posible construir unas epistemologías propias que se alejen de los arbitrajes y dictámenes hegemónicos u occidentales? (De Sousa, 2010; Mandujano, 2017).

Los planteamientos de estos autores, a mi modo de ver, encuentran una clara relación entre la ubicación geográfica, en este caso de Colombia, y una serie de intereses económicos y políticos que no son ajenos a los caminos construidos desde el campo de la salud y a la forma de crear, mantener y reproducir las relaciones de saber-poder.

Aquellas perspectivas denuncian la forma en que lo epistemológico, que no es neutral, no resulta ajeno a intereses políticos. De hecho, el ordenador epistemológico de los saberes y prácticas del cual hemos venido conversando, que, entre otras cosas, es colonizador, impone un régimen de verdad. Es en este sentido en que lo epistemológico es un instrumento político. Pero, además, tiene unas formas muy sistemáticas de replicarse y reproducirse como una verdad irrefutable, que privilegia a unos grupos humanos por sobre otros, reproduciendo desigualdades e inequidades sociales. Tal y como en el caso de las profesiones feminizadas y masculinizadas.

Por otra parte, Norbert Elias y Michel Foucault, autores analizados en sus obras sobre *Conocimiento y Poder (1994)*, y la *Microfísica del poder (1980)*, respectivamente, coinciden en identificar que una de las formas dominantes del pensamiento científico, es el androcentrismo, y analizan cómo “sus modos de definir los objetos de estudio, de diseñar los experimentos y construir los significados, son también racistas y clasistas y están, por tanto, sesgados”. (Varela, 1997). A esto se suma que las categorías del pensamiento moderno, ignoran por completo las relaciones de poder, las luchas, y la estigmatización y desvalorización de los saberes de la mujer. (Varela, 1997). Esto resulta fundamental, cuando uno se pregunta ¿qué pasaría si se abriera la posibilidad de deconstruir epistemológicamente los objetos o fenómenos de estudio de las profesiones



feminizadas de la salud, a partir de comprensiones y relaciones que se alejan de las profesiones masculinizadas?

Existe, por ejemplo, una cantidad de saberes que se producen en función del desarrollo del capital, en detrimento de algunos grupos humanos, problemas, temas, y otros fenómenos. Formas y tipos de conocimientos que se encuentran ligados al sistema de economía mundo. El conocimiento que se produce, por tanto, favorece la continuidad en la producción de estos capitales. Así, fenómenos como el desarrollo sostenible, sirven para naturalizar e invisibilizar los propósitos de acumulación de capitales, que se encuentran detrás del proceso devorador del medio ambiente. De esta manera es político.

Las relaciones de poder en torno a un saber, en este caso la salud, también encuentran dentro de sí mismas múltiples exclusiones, dado que, si bien diferentes profesiones forman parte del campo de la salud, es evidente que dentro de los profesionales se crean intersectorialidades y círculos de ser y no ser, dando credibilidad y privilegios a la investigación en la profesión de la medicina, por sobre las otras profesiones de la salud. (Rodríguez, 2016).

Corrientes emergentes discuten acerca de la llamada Epistemología del Sur, que se entiende como una “búsqueda de conocimientos y de criterios de validez del conocimiento que otorguen visibilidad y credibilidad a las prácticas cognitivas de las clases, de los pueblos y de los grupos sociales que han sido históricamente victimizados, explotados y oprimidos, por el colonialismo y el capitalismo globales”. (De Sousa, 2010). De igual forma, desde las epistemologías del Sur, se habla de la ecología de saberes, que se entiende como una “herramienta para descolonizar la ciencia moderna y poder generar nuevas relaciones o diálogos, entre los distintos saberes y el conocimiento científico”. Aníbal Quijano, citado por Boaventura de Sousa, propone analizar la clasificación social impuesta por la modernidad capitalista, a partir de una reflexión profunda sobre el concepto de colonialidad. (De Sousa, 2010; Ortega, 2009). Conceptos que pueden ser eventuales rutas de salida epistemológica y/o metodológica, para cuestionamientos y transformaciones dentro del campo de la salud, particularmente en lo referido a sus profesiones.

Desde las epistemologías del sur es posible preguntarse y preguntarle a las profesiones del campo de la salud y a las profesiones feminizadas del campo de la salud: “¿Por qué

*razón, en los dos últimos siglos ha predominado una epistemología que ha eliminado de su reflexión el contexto cultural y político de la producción y reproducción del conocimiento?”*, que interroga ampliamente a los diferentes campos de conocimiento, y por supuesto, a la academia, pero también preguntar por: *“¿Cuáles han sido las consecuencias de esta descontextualización?”*, *“¿Hay epistemologías alternativas?”* (Santos y Meneses, 2014. Citados por Sousa, 2010).

Para el caso de las ciencias de la salud, esta “colonialidad del poder” no pasa desapercibida, pues entre otras cosas, fractura las relaciones con el objeto y/o sujeto del análisis, en este caso el usuario o paciente, o con los mismos integrantes del campo de la salud, los profesionales e incluso no profesionales. A partir de aquí, se llega inclusive a crear una relación de división con la sociedad en general, pero, además, en relación con el gremio de la salud y sus posibilidades de trabajo en equipo, desde el establecimiento de unas relaciones jerárquicas, fragmentadas, sectorializadas y que claramente afectan las formas de interacción entre los integrantes del campo de la salud. (Rodríguez, 2016) Es por ello que una deconstrucción desde la perspectiva de género, puede aportar a las comprensiones desde la perspectiva descolonizadora de saberes, con unos fines emancipatorios, en tanto realiza una serie de denuncias vinculadas con las relaciones de saber-poder dentro del campo de la salud. Entre otras cosas, porque puede dar lugar a deconstruir el camino existente y a partir de ello hacer un ejercicio de transformación de las propias profesiones, particularmente las profesiones feminizadas, sus prácticas y apuestas epistemológicas.

### **Configuraciones del saber poder desde la perspectiva de género dentro del campo de la salud: el dispositivo de feminización.**

Tal y como lo mencioné al inicio de este escrito, comprendo la perspectiva de género, como una categoría de análisis, que, por un lado, permite comprender las relaciones de poder, en este caso, dentro del campo de la salud, pero primordialmente, permite develar las formas en las cuales las diferencias entre hombres y mujeres se convierten en desigualdades sociales. (Varela, 1997).

De igual manera, cuando vuelvo una vez más sobre la pregunta central de este ensayo, que intenta comprender los posibles juegos de interacción de las *profesiones feminizadas de la salud* dentro de este campo de poder, puedo reconocer algunas pistas que me permiten entender por qué el *género* dentro de este campo, también se convierte en un

dispositivo de poder que incide en aspectos de la distribución de capitales, en esencia, de prestigio y reconocimiento profesional, que podrían ser evidentes dentro de los procesos de formación del talento humano y, además, dentro del ejercicio laboral y profesional. (Lorente, 2002).

Deseo entonces ampliar la comprensión del concepto de dispositivo. Podemos entender el dispositivo, como un ordenamiento social previo que no depende de los sujetos, sino que es una especie de construcción previa, en la que el sujeto es inserto, en este caso desde las construcciones sociales de feminización y masculinización. Y a partir de estas construcciones se va construyendo las formas de relación. Para Foucault, los dispositivos tienen como fin el disciplinamiento, por tanto, el objetivo de lo que denomino, el *dispositivo de feminización*, es el disciplinamiento de las mujeres. (Varela, 1997). Por tanto, entraré a considerar algunos de los efectos que podría tener el deconstruir este tipo de relaciones en el campo de la salud, así como develar las nuevas relaciones y vínculos que intervienen en estas relaciones de saber-poder desiguales.

La autora Julia Varela, se refiere de manera directa al: “dispositivo de feminización”, que surgió con fuerza durante la Edad media, y en particular durante el Renacimiento, con la intervención de los humanistas. Intervención a partir de la cual surgieron saberes, prácticas e instituciones diversas que ligaron la identidad social de ciertos grupos, y la identidad de los sujetos a una naturaleza individualizada y sexuada. Por tanto, ese dispositivo de feminización, valiéndose de técnicas y tecnologías gubernamentales, además ligadas al ejercicio de poderes concretos y a la constitución de los regímenes de verdad, atribuyó determinadas cualidades a la “naturaleza femenina”, que por demás se encuentran articuladas con el “*dispositivo de sexualidad*” claramente descrito por Foucault. (Varela, 1997). Dispositivo que, adicionalmente, ha mantenido una alta influencia en las construcciones epistemológicas que acompañan el ámbito disciplinar de las profesiones y constituyen una especie de régimen ordenador de los saberes y las prácticas profesionales. (Amigot y Pujol, 2009).

### **Las profesiones feminizadas dentro del campo de poder de la salud en la academia**

Dentro de la pregunta planteada se concentra una mayor problematización en las *profesiones feminizadas*, concepto que explicaré a continuación. Ejemplos de este tipo de profesiones son la pedagogía y el trabajo social dentro de las ciencias sociales, y dentro del campo de la salud son ejemplo de ellas, la fonoaudiología, la enfermería, la terapia

ocupacional, la fisioterapia, la terapia respiratoria, la nutrición y dietética, la instrumentación quirúrgica, posiblemente la bacteriología y la optometría, entre otras, que han emergido o por lo menos permanecen bajo la idea de abanico de profesiones auxiliares o casi accesorias de la medicina, aun cuando, tienen una clara diferenciación de la medicina y, en todo caso, se encuentren cobijadas al igual que ésta bajo la sombrilla de las profesiones del campo de la salud. (Betancourt, 2015)

Las ideas estereotipadas sobre lo masculino y lo femenino, han influido en la educación, además de diferentes campos, como el derecho, las ciencias políticas y, como lo he interpelado hasta el momento, también en el campo de la salud como un campo social de poder, y por supuesto, de manera más general y amplia, en la educación superior de la modernidad. (Wollstonecraft, 1792). Es posible que la adquisición tardía del estatus de ciudadanía de las mujeres, haya tenido una incidencia en las posibilidades de posicionamiento de las mujeres en la esfera de lo público.

Vale la pena tomar conciencia de que, en este campo en disputa, existen procesos y mecanismos de trasgresión desde lo femenino, en esa especie de reino de lo masculino, entre las que cobran importancia las discusiones epistemológicas al interior de las profesiones, o las iniciativas históricas encaminadas a visibilizar lo femenino que se ha ocultado mediante estrategias de poder, así como las acciones desde lo gremial, entre otras. Todas son formas de subvertir esa realidad. (Uribe, 2016; Arroyo, 2017). Esto me lleva a preguntar ¿Cuáles son las resistencias, mecanismos y dispositivos para enfrentar ese modelo de saber-poder?

Por otra parte, un hallazgo importante para mí fue descubrir que desde tiempo atrás y desde el campo de los estudios de las ciencias, las tecnologías y las profesiones, particularmente desde las ciencias sociales, se ha venido interrogando la participación de las mujeres en la construcción y deconstrucción de los procesos de ciencia y tecnología (Munévar, 2010, 2011). Dentro de estos, existen tres puntos principales, que se podrían analizar con mayor detenimiento: uno tiene que ver con la autonomía en términos epistemológicos; el segundo con la negación histórica de la autoría de las mujeres como sujetos cognoscentes; y, el último, que busca reivindicar la autoría científico-tecnológica de las mujeres en la perspectiva de género. (Munévar 2011; Arroyo, 2017). Al respecto, Belén Lorente reafirma y formula una serie de inquietudes en relación con los procesos de producción de saberes desde una posición subalterna, e indaga sobre las relaciones

de lo femenino y lo feminizado de algunas profesiones y su relación con el prestigio y la legitimidad en los espacios académicos y laborales.

De esta manera me es posible preguntar: ¿Se han creado y afianzado lugares exclusivos donde las mujeres podemos ser? Sin duda, la academia es masculina de muchas formas, y esto se manifiesta de diferentes maneras. Diversas universidades, tales como la UNAM; a través de su Programa Universitario de los Estudios de Género, han indagado acerca de las zonas de segregación disciplinaria y ocupacional que dan cuenta de las relaciones de género al interior de la institución y que resultan en formas que tienden a perpetuar condiciones de desigualdad entre hombres y mujeres. (Buquet, A., Cooper, A., Moreno, H., 2013). También la Universidad Nacional de Colombia a través del Observatorio de Género, ha dado lugar a reflexiones y a alguna producción académica situada en este escenario concreto. (Quintero, 2016; Caro, 2017).

Ahora bien, considerar que la mujer representa los valores morales de una sociedad, implica una carga que da origen a la desigualdad social. Cuando menciono esto, me refiero al hecho del disciplinamiento que se lleva a cabo esperando una serie de comportamientos específicos por parte de la mujer, que deben responder a los estereotipos previamente insertos en la cultura occidental sobre lo femenino: como la debilidad, pasividad, obediencia, y otros en relación de subordinación con la masculinidad. (Ramírez, 2002; Stuvan, 2002)

### **Las profesiones feminizadas dentro del campo de poder de la salud en ejercicio**

Estos fenómenos de subordinación, subalternización y dominación, tienen también claras implicaciones en el statu quo de las profesiones, y dan lugar a ser interpelados dentro del campo de la salud. Por ejemplo, retomando las ideas de Belén Lorente Molina, una fonoaudióloga inserta en el sistema de salud no actúa sin la decisión previa de un médico, y este comportamiento está completamente normalizado.

De igual forma, al interior de las facultades o escuelas de salud o de medicina, donde generalmente se instalan estas profesiones desde su proceso formativo, existen unas claras jerarquías, que van desde quién ocupa los cargos directivos y de poder, o rondan en los pasillos de las facultades expresiones como: “las niñas de las terapias”, desde una visión infantilizada de las profesionales en formación o en ejercicio de su profesión. Y presumo que incluso puede relacionarse con temas altamente sensibles como la asignación de presupuestos, comportamiento que también se asume de manera

normalizada. Sin embargo, este proceso de subordinación oculta otras prácticas excluyentes, pues en el ejemplo, en ambos casos se trata de profesiones universitarias. Es así, como independientemente del escenario donde se desempeñen las mujeres, bien sea en la carrera académica, dentro o fuera de la universidad, dentro o fuera del hospital, en los escenarios de educación u otros, hay una ausencia o muy baja presencia de mujeres en cargos directivos, así como en la bibliografía de la mayoría de los currículums. Si lo pensamos dentro de la tradición judeo-cristiana, procede la analogía entre aquella escritura del Génesis, en donde la creación de la mujer proviene de la costilla de Adán y estas profesiones, como si ellas fuesen la expresión apenas de una especie de rama subyacente de la medicina; por supuesto concebidas como profesiones no autónomas, inacabadas, desde unas fuertes creencias ligadas a visiones androcéntricas de la realidad. (Carosio, 2017). Esto sin mencionar que existirá siempre un halo de desconfianza hacia las mujeres, e imagino que, a su producción científica, derivado de “Eva Pecadora”.

En cuanto al fenómeno de la subalternización, Lorente Molina en 2002 nos dice: *“La subalternización produce una especie de producción teórica autónoma, silenciada no centralizada, por lo tanto, abierta. Tales condiciones hacen que su propia validez, se sitúe en su función práctica, sin el beneplácito, pero con anuencia, del sistema de normas fundadas en la producción abstracta dominante.(...)”*. (pág. 141). (Lorente, 2002).

Esta misma autora deja ver la forma en que esa producción teórica o conocimiento, se asimila a la propuesta de “saberes sometidos” planteada por Foucault. Este autor, por su parte, define los “saberes sometidos”, como (Foucault, 1980), “toda una serie de saberes calificados como incompetentes, o insuficientemente elaborados, saberes ingenuos, inferiores jerárquicamente al nivel del conocimiento o de la científicidad ejercida (...)”. (Lorente, 2002).

A través de este concepto, la crítica de Foucault no se encamina hacia el saber en términos de la ciencia y el saber consecuente a ella, sino principalmente, hacia su uso político. Con lo que se reitera que la epistemología, tiene una clara función y funcionalidad política, como ya fue mencionado. Esto significa desde mi punto de vista, que también a través del saber se mantienen, producen y reproducen una serie de relaciones de subalternidad y dominación, y es por ello que, en la misma dirección que varios autores lo proponen, es indispensable hablar de saber-poder. (Reguillo, 2008; Varela, 1997; Moliner, 2007).

De hecho, podemos considerar que saber y poder son dos nociones clave entrelazadas que conforman el nodo que hace posible la comprensión del desarrollo de dos conceptos significativos dentro de las profesiones: la consolidación de las identidades y del estatus profesional. Estos residen en la relación existente entre el saber especializado y el poder que se otorga a un grupo ocupacional para imponerlo a otros, tal como ocurre con el ejemplo previo sobre la irrupción en la autonomía para la toma de decisiones (Lorente, 2002).

Por su parte, un aspecto común en profesiones como el trabajo social, la pedagogía, y la enfermería, que han sidopreciadas socialmente, pero menospreciadas académicamente (Lorente, 2002), es que las tres se encuentran ubicadas en el ámbito de la asistencia, ayuda y protección, aspectos que garantizan la reproducción social, y que al igual que en el caso de la fonoaudiología, “tienen formas particulares de producir cuidado, prestar servicios y responder al interior de la cultura occidental, claramente influenciada por el cristianismo, espacio en el que las profesionales deben llevar a cuestras los atributos morales esperados por la sociedad, ligados a las ideas altamente influidas por lo religioso y preconcebidas sobre lo femenino”. (Lorente, 2002).

Se han empleado algunos términos para calificar las profesiones que son predominantemente femeninas, específicamente en la salud. Por ejemplo, se habla de “profesiones paramédicas” que son incluidas dentro de la categoría de técnicas con énfasis en el hacer, y que se hallan bajo el dominio del poder y del saber médicos. (Torres, M, 1996). Pero además, autores como Etzioni en 1969, citado por Lorente Molina, (Lorente, 2002) en su momento propuso el término “semiprofesiones” para calificar a aquellas que son predominantemente femeninas, o por ejemplo, Wilensky, también citado por Lorente Molina, quien en 1964 definió las semiprofesiones como una ocupación que no ha completado su proceso de profesionalización, su práctica y su conocimiento; necesitan ser supervisadas por otras profesiones, y dependen de una profesión con un estatus superior.

A todas luces, esta visión hace que la autonomía vital para crear, reflexionar y proponer, sea limitada y es evidente entonces que la posibilidad de aumentar los fundamentos de su objeto de conocimiento y de expandirse está subyugada a una relación de poder. Ahora bien, ¿quién o quiénes dictaminan que una profesión es realmente una profesión, o profesión paramédica o semiprofesión?, ¿es posible que las llamadas semiprofesiones,

que en muchos casos se han vinculado a las profesiones feminizadas, puedan ostentar el reconocimiento como profesiones?, ¿de qué manera?

Para Belén Lorente, no es casualidad que “lo incompleto”, se inscriba en lo “femenino”, ya que cualidades como la abstracción, el poder y la competitividad son cualidades atribuidas a lo masculino, que además les otorgan legitimidad, veracidad, confianza social y fundamento intelectual a las auténticas profesiones. Entonces, ¿es posible que se otorguen estos mismos atributos a las profesiones feminizadas?, ¿quién y desde dónde otorgaría estos atributos? Posiblemente hay que generar rupturas en los regímenes epistemológicos que ordenan los saberes y prácticas de las profesiones de la salud. (Lorente, 2002).

### **REFLEXIONES FINALES**

Luego de las ideas expuestas en este ensayo, considero que la problemática discutida resulta pertinente para la salud pública, puesto que, por un lado, interroga el régimen epistemológico ordenador de la configuración de las relaciones de saber-poder dentro del campo de la salud y de los saberes y prácticas de las profesiones del campo de la salud. Al entender la salud un campo social, es posible remitirse a una relación directa con las desigualdades, tal y como lo han hecho algunas investigaciones y ensayos que me anteceden (Hernández, 2009; Arrubla, 2010; Ardila, 2011; Cortés, 2012; Buitrago, 2013; Tarupi, 2016).

Diversas autoras y autores nos han indicado que no es posible concebir la epistemología como un elemento neutral, sino que debe ser identificado como un instrumento político, que se encarna en las realidades de los profesionales de la salud e incide en las relaciones de poder entre estos, tanto en los saberes como en las praxis. Pero no solo esto, sino que puede ser una de las piedras angulares de cara a la posible capacidad de agencia de las mujeres y su liderazgo en la transformación de estas desigualdades sociales.

De igual forma, el ensayo me ha permitido dar lugar a algunas discusiones, sobre las claras relaciones entre el capitalismo, el colonialismo y el patriarcado, las que, develadas desde la lente del género, evidencian la forma en que configuran las relaciones saber-poder dentro del campo de la salud en Colombia.

Analizar articuladamente los vectores de análisis propuestos a través del ensayo, en relación con el dispositivo de feminización, desde una perspectiva de género, es muy importante ya que permite entender cómo las profesiones históricamente se han



feminizado, no inadvertidamente o inocentemente sino en función de unas exigencias del proceso de acumulación del capital, y en las dinámicas modernas de financialización. Y de otro lado, cómo estas epistemologías eurocéntricas, androcéntricas, tienen también un componente muy fuerte en la idea de generar esos mecanismos de desigualdad en los momentos de articulación de las diferentes profesiones de la salud.

Pero, además, me ha permitido interpelar las comprensiones tradicionales acerca de la construcción y vivencia de las profesiones feminizadas del campo de la salud, así como interrogar algunos aspectos centrales de los procesos de formación del talento humano en salud e indagar sobre su relación con comprensiones desde el género. Finalmente, además de que este escrito pone sus acentos en reflexiones desde la perspectiva de género, también busca hacerlo con miras al proyecto de investigación, desde comprensiones alternativas, tales como las epistemologías del sur. Este, a mi modo de ver, de gran importancia para quienes hemos sido formados en lo que he denominado *las profesiones feminizadas de la salud*.

De igual manera, me permito señalar la pertinencia de generar una reflexión sistemática de las propias prácticas profesionales y de sus lógicas históricas de constitución, en el campo de la salud y la salud pública, pues de allí deriva la posibilidad de incidir en la formación de las capacidades humanas ligadas al campo sanitario. Así como sobre el orden de organización de los servicios sanitarios, que se encuentran en una lógica segmentaria, secuencial y derivada, como la que se refleja en su organización operativa. Por ejemplo, la profesión de la medicina y las profesiones de soporte al cuidado del paciente.

De igual forma, se plantea con una intencionalidad reflexiva, propositiva y emancipatoria de las formas tradicionales en que se ejerce el saber-poder para mantener las estructuras de jerarquía que involucran a hombres y mujeres, bajo las ideas preconcebidas de la feminización y la masculinización. Aspecto que tiene implicaciones para la academia, para las profesiones de la salud, para los profesionales de la salud, para quienes reciben los servicios de salud, para los modos de pensar, hacer y decir el conocimiento desde una perspectiva epistemológica.

Indudablemente a la pregunta central de este escrito, subyacen otras: *¿Cuál es el lugar que ocupan las profesiones feminizadas en el campo de la salud en cuanto a su reconocimiento intelectual, académico, laboral y salarial?, ¿De qué manera la academia*

*y los procesos de formación del talento humano en salud, contribuyen o no en la producción y reproducción de las inequidades de género al interior de las profesiones feminizadas en el campo de la salud?, De existir, ¿cuáles serían las posibilidades de generar rupturas, o transformaciones o hallar alternativas epistemológicas y de otra índole a estas situaciones?.*

Finalmente, el texto nos remite a pensar en la emergencia de deconstruir y construir unas nuevas epistemologías al interior del campo de la salud, particularmente en un contexto colombiano y latinoamericano. También es importante señalar que este tipo de temas, no suelen estar adscritos en las agendas de investigación global o local, que habitualmente conducen hacia la tecnocracia en salud, sino que, al contrario, toman distancia de ellas desde posturas críticas, y permiten generar reflexiones en otras direcciones de índole epistemológica, ética y política, que resultan fundamentales para interrogar al campo de la salud, en búsqueda de alternativas y preguntarse si existen unas epistemologías más autónomas, que sean posibles.

#### **LISTA DE REFERENCIAS**

- Alison, J. (2014). Ética feminista. *Debate Feminista*, 8-44.
- Amigot, P. (2009). Una lectura del género como dispositivo de poder. *Sociológica*, 115-152.
- Ardila, A. (2011). *Reflexiones para la etnografía del trabajo médico en tiempos neoliberales*. Bogotá: Doctorado Interfacultades en Salud Pública.
- Ardila, A. (2011). *Reflexiones para la etnografía del trabajo médico en tiempos neoliberales*. Bogotá: Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.
- Ardila, A. (2016). *Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.
- Arroyo, A. (2017). Masculinidad y feminismo: Una visión Integral . En A. Carosio, *Feminismos, pensamiento crítico y propuestas alternativas en América Latina* (pág. 42). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- Arrubla, D. (2010). *Política Social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos*. Bogotá: Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

- Beltrán, E., Álvarez, V., & Sánchez, C. (2001). *Feminismos: Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza, Editorial.
- Betancourt, L. C. (2015). Perfil general y remuneración laboral de profesionales graduados del programa de Fonoaudiología de diferentes instituciones de educación superior en Colombia, período 2001-2010. *Redes comunicativas Revista de Fonoaudiología*, 48-65.
- Bourdieu, P. (2000). Cap. IV. Las formas del capital: Capital económico, capital cultural y capital social. En P. Bourdieu, *Poder, Derecho y Clases sociales*. 2da Edición. (págs. 131-164). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Traducido por Joaquín Jordá. Barcelona: Anagrama.
- Buitrago, M. T. (2010). *La construcción del campo de la Dis - capacidad como problema de Salud Pública y su abordaje desde una perspectiva crítica*. Bogotá: Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.
- Buitrago, M. T. (2013). *Discapacidades Peregrinas Construcciones Sociales de la Discapacidad en Colombia: Aportes para la Salud Pública desde una perspectiva crítica*. Bogotá: Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia .
- Buquet, A., Cooper, J., Mingo, A., & Moreno, H. (2013). *Intrusas en la Universidad*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Investigación.
- Caro, C. (2017). *Posibilidades de acceso a la universidad pública: Estudio interseccional con perspectiva de género sobre los perfiles de las personas aspirantes y admitidas a la Universidad Nacional de Colombia (2007-2017)*. Bogotá: Mestría en Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia.
- Caroiso, A. (2017). Perspectivas feministas para ampliar horizontes del pensamiento crítico latinoamericano. En M. Sagot, *Feminismo, Pensamiento Crítico y Propuestas alternativas en América Latina* (págs. 17-42). Buenos Aires: CLACSO.
- Cortés, C. (2012). *Cáncer de Cuello Uterino: Una enfermedad de mujeres con perspectiva de género. Reflexiones para el trabajo en Salud Pública*. Bogotá: Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

- Cuervo, C. (1998). *La profesión de Fonoaudiología Colombia en perspectiva internacional*. Bogotá: Departamento de la Comunicación Humana, Universidad Nacional de Colombia.
- Diana, U. (2016). *Contra Cultura, los movimientos de los años 60 hacia la utopía*. Bogotá: Aguilar, s.f.
- Elías, N. (1994). *Conocimiento y poder*. Madrid: La Piqueta.
- Federici, S. (2004). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Brooklyn, New York: Autonomedia.
- Finkel, L. (2015). *La sociología de las profesiones, legados y perspectivas*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (20 de Enero de 1984). La ética del cuidado de uno mismo con la práctica de la libertad. (B. Helmul, & Gómez, Alfredo, Entrevistadores)
- Freire, P., & Faundez, A. (1986). *Hacia una pedagogía de la pregunta: Conversaciones con Antonio Faúndez*. Buenos Aires: La Aurora.
- Freire, P., & Faundez, A. (1986). *Hacia una pedagogía de la pregunta: Conversaciones con Antonio Faúndez*. Buenos Aires: La Aurora.
- Gayle, R. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología*, 95-145.
- Guerra, E. (2010). Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elias: los conceptos de campo social y habitus. *Revista Estudios Sociológicos*, 383-409.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza*. Madrid: Editorial Cátedra.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y Género*. Madrid: Ediciones Morata.
- Henao-Orozo, A. (2018). *La investigación en perspectiva crítica. Conferencia La investigación en perspectiva crítica*. Bogotá: Encuentro Plural en la Universidad Nacional de Colombia: Reflexiones comunes sobre Desarrollo Humano, diversidades y (dis)capacidades.
- Hernández, A. (2009). *El cuidado doméstico de la salud: entre la naturalización social y la inequidad*. Bogotá: Doctorado Interfaculrades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

- Hernández, M. (2000). El derecho a la Salud en Colombia: obstáculos estructurales para la realización. *Revista de Salud Pública*, 121-144.
- Hernández, M. (2003). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina . *Revista Cubana de Salud Pública*, 228-235.
- Lorente, B. (2002). La feminización, lo religioso y la profesionalización del cuidado. Elementos para el estudio de las llamadas profesiones femeninas, el caso del Trabajo Social. En B. Lorente, *El hecho religioso y la ayuda social* (págs. 135-165). España: Centro Universitario de Estudios Sociales.
- Lucila, F. (2015). *La sociología de las profesiones, legados y perspectivas*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Martínez, L. M. (2017). Breve Mirada a la investigación en el campo de la Fonoaudiología en Colombia. *Revsita Areté*, 9-16.
- Martínez-Silva, P. (2010). Agentes y campos sociales en la seguridad del paciente de tres hospitales de Bogotá. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 150-178.
- Miguel, M. (2017). Justicia Epistémica y Epistemologías del Sur. *Oxímora Revista Internacional de Ética y Política*, 148-164.
- Molinier, P. (2007). *El trabajo de Cuidado y la Subalternidad*. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia.
- Munévar, D. (2010). *El verbo Hacer en las investigaciones de género*. Bogotá: Facultad de Medicina Dirección de Investigación, Universidad Nacional de Colombia.
- Munevar, D. (2011). Solvencia de las mujeres en los estudios de ciencia, tecnología y género. En Viveros, Mara, & Arango, Luz Gabriela, *El género: Una categoría útil para las ciencias sociales* (págs. 229-258). Bogotá: Centro Editorial Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- Munevar, D. (2018). *Mujeres admitidas a cinco carreras de salud en la Universidad Nacional de Colombia: Cifras de acceso a la Facultad de Medicina 2007-02 / 2017-01*. Bogotá: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
- Munevar, D. (s.f.). Solvencia de las mujeres en los estudios de ciencia, tecnología y género. En M. Viveros, & Arango, Luz Gabriela, *El género: Una categoría* .
- Ortega, J. (2009). Reseña de "Epistemología del Sur" de Boaventura de Souza Santos. *Revista Mexicana de Sociología*, 117-179.

- Pérez, T. (2011). Aporte feminista a la reflexión etnográfica sobre las ciencias y la tecnología. En M. Viveros, & L. Arango, *El género: Una categoría útil para las ciencias sociales* (págs. 259-284). Bogotá: Centro Editorial Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- Platero, R. (. (2013). *La Interseccionalidad en las políticas públicas sobre la ciudadanía íntima: los discursos y la agenda política española (1995 - 2012)* . Madrid: Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Nacional de Educación a Distancia - UNED, 2013.
- Quintero, O. (2016). La creciente exclusión de las mujeres de la Universidad Nacional de Colombia. *Nómadas*, 124-145.
- Ramírez, M. H. (2002). El género, la asistencia social y la beneficiencia en la ciudad de Santafé de Bogotá durante la época colonial . En B. Lorente, *El hecho Religioso y la ayuda social* (págs. 87-105). Bogotá: Corporación Colombiana de Investigaciones Humanísticas.
- Reguillo, R. (2008). Saber y poder de representación: la(s) disputa(s) por el espacio interpretativo . *Comunicación y Sociedad*, 11-33.
- Restrepo, N., Cabra, A., & Aschner, C. (2017). *Derivas del Pensamiento Propio*. Bogotá: Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos IESCO.
- Restrepo, O. (2013). *Ensamblando Estados*. Bogotá: Centro de Estudios Sociales - CES, Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia.
- Rodríguez, A. (2016). La decolonización del conocimiento en las ciencias de la salud: Una necesidad emergente que no puede retrasarse. *Enfermería en Costa Rica*, 82-86.
- Rodríguez, M. (2017). *Feminismos, pensamiento crítico y propuestas alternativas en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.
- Rousseau, J. J. (1985). *El contrato social* . Madrid: Alba.
- Rousseau, J. J., & Rousseau, J.-B. (2011). *Emilio, o de la educación. Traducción de Mauro Armiño*. Alianza Editorial.
- Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas, *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 265-302). México: PUEG.
- Sousa-Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, Reinventar el poder*. Montevideo: Ediciones Trilce.

- Stuven, A. M. (2002). Modernidad y secularización en Chile durante el siglo XIX. Incorporación de la mujer a la opinión pública. En B. Lorente Molina, *El hecho religioso y la ayuda social: Estudios sobre su historia, epistemología y práctica* (págs. 105- 134). Bogotá: Humanizar.
- Tarupi, W. (2017). *Equidad en salud: concepciones e implicaciones*. Bogotá: Doctorado Interfacultades en Salud Pública - Universidad Nacional de Colombia.
- Torres, M. (1996). *Historia de las prácticas pedagógicas en la formación de médicos y fisioterapeutas en la Universidad Nacional de Colombia. Décadas 1950 - 1960*. Bogotá: Maestría en Educación con énfasis en Historia de la Educación y la Pedagogía.
- Varela, J. (1997). *Nacimiento de la mujer burguesa*. Madrid: Las Dimensiones de la Piqueta- Serie Genealogía del Poder.
- Vargas, A., Iturra, R., Matus, C., & Muñoz, F. (2015). *Caracterización de las concepciones del ejercicio Fonoaudiológico en Chile en los últimos 40 años*. Santiago de Chile: Facultad de Medicina Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Chile.
- Vasallo, N. (2017). *Género e investigación Obstáculos avances y desafíos en Cuba*. Buenos Aires: CLACSO.
- Vizcarra, F. (2002). Premisas y conceptos básicos en la sociología de Pierre Bourdieu. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 55-68.
- Wollstonecraft, M. (1972). *Vindicación de los derechos de la mujer*. Madrid: Ediciones Cátedra, Serie Feminismos, 1994.