

PENSANDO COMO MUJERES. PROPUESTAS EDUCATIVAS EN SALUD DE LOS COLECTIVOS Y LAS REDES DE MUJERES

Dora Cardaci*

Frente al espejismo de realizar los intereses de todos, realizar los intereses del propio sexo puede aparecer como un gesto mezquino, sobre todo para quienes pertenecen a un sexo desvalorizado. Me acuerdo de un largo debate que precedió a la ley sobre la clausura de los manicomios. Fue un momento de gran idealismo: la sociedad entera asumía la responsabilidad de los locos, la abolición de la segregación aparecía como un gesto obligatorio. Ninguna parlamentaria habló en aquella ocasión en nombre de su sexo, ninguno dijo que el peso de esa liberación recaería sobre sus iguales: madres, esposas, hermanas, hijas de aquellas desgraciadas criaturas. Cierta, en un momento así, de tanta autoconciencia, habría parecido mezquino. Sin embargo, si las mujeres hubiesen tenido el coraje de realizar esto, no le habrían efectuado un mal servicio a la sociedad. Habrían llevado a todos a tomar conciencia de que no existían aún estructuras alternativas de sostén, las que hubiera sido necesario crear lo más pronto posible, y así, tal vez, no se habría llegado a la penosa situación de hoy. Pensar como mujeres no debe dar vergüenza [...]

Alessandra Bochetti²

*Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. Apartado postal 23-181, México 23, D.F.

Resumen

En la primera parte del artículo se plantean las acciones educativas en salud dirigidas a la mujer, expresadas en los programas sanitarios oficiales de las Naciones Unidas (1975), Alma-Ata (1978), Nairobi (1985), la Conferencia Panamericana (1986) y la Ops, entre otras y en otros programas no oficiales. También se señalan algunos aspectos generales de estas propuestas como el rezago que en salud de la mujer presentan las políticas del Continente; la falta de un impacto sensible en la educación en salud por parte de la medicina social; la ausencia de propuestas innovadoras de las facultades de ciencias de la salud y el tratamiento fragmentado que se da a la salud de la mujer.

La segunda parte expone la manera como se han conformado las redes y los centros de mujeres, los cuales se preocupan y trabajan el tema de la salud de la mujer superando el análisis de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, y utilizando la distribución entre sexo y género como herramienta de reflexión acerca de la opresión y la discriminación sexual.

Palabras claves

Educación en salud

Educación continuada

Mujeres

Feminismo

Grupo asociado

En un trabajo reciente sobre las tendencias de la educación médica durante los últimos quince años, María Isabel Rodríguez² señala que los procesos innovadores iniciados a mediados del decenio del setenta en este campo se ubican en el contexto de un pensamiento latinoamericano crítico y comprometido con la situación social de los países que conforman este continente. En estos últimos quince años se ha redefinido el objeto de estudio de la medicina, se han orientado los programas no sólo a la salud individual sino también a la colectiva y se ha tratado de pasar de la medicina a la salud, efectuando un análisis interdisciplinario del proceso salud-enfermedad.

La evaluación de los alcances de esta reformulación y la del impacto de la corriente medicosocial latinoamericana en diversos ámbitos, pero particularmente en el de la educación en la salud, en el de salud de la mujer, y en el nivel de pregrado en ciencias de la salud, es una tarea necesaria que se encuentra aún en sus inicios. En este propósito y en este esfuerzo co-

lectivo se inscribe la investigación que estamos desarrollando* y las reflexiones que se presentan en el presente trabajo.

La necesidad de realizar acciones educativas en salud de la mujer es una recomendación que se reitera en la mayoría de los programas sanitarios oficiales y no oficiales que se impulsan en nuestros países.

El año 1975 fue declarado Año Internacional de la Mujer; en esa misma fecha la asamblea general de las Naciones Unidas proclamó el periodo comprendido entre 1976 y 1985 el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer.

La Conferencia Internacional sobre atención primaria, auspiciada por la Oms y la Unicef en Alma-Ata (Urss) en 1978 formuló, como orientación fundamental, que la atención primaria es la clave para acceder a la *Salud para Todos*. En 1979, al ser operacionalizada esta estrategia por la asamblea mundial de la salud, se otorga un lugar prioritario a la educación sanitaria y a las acciones orientadas al binomio madre-hijo.

En 1985, en la conferencia de Nairobi, a la que asistieron más de catorce mil mujeres, se evaluaron los logros de diez años de compromiso internacional con el mejoramiento de la situación de la mujer. En estrecha relación con las resoluciones y sugerencias de este encuentro, la vigésima segunda Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó en 1986 las "estrategias regionales para el futuro sobre mujer, salud y desarrollo".

Como una referencia importante que complementa las anteriores fuentes de información, el análisis de las Conferencias Interamericanas de Educación para la Salud** provee elementos útiles para caracterizar las líneas dominantes en educación para la salud de la mujer en el periodo comprendido entre 1975 y la actualidad.

* Nuevas tendencias en educación para la salud desde 1975 hasta hoy.

** Auspiciadas por la Unión Internacional de Educación para la Salud, organismo no gubernamental creado en 1951, las tres Conferencias Interamericanas realizadas hasta la fecha tienen como sede a Puerto Rico en 1981, a México en 1984 y a Brasil en 1990, país que a su vez fue sede de la recientemente creada Regional Latinoamericana de la UIES.

En 1981, bajo el auspicio de la Oficina Regional Norteamérica de la Unión Internacional de Educación para la Salud (Orna/Uies), la Ops, el Centro John Sparkmen para la salud internacional y el Fondo Thrasher para estudios científicos, se llevó a cabo la Primera Conferencia Interamericana de Educación para la Salud, convocada con el fin de "promover en las amé-ricas la salud para todos a través de la participación de la comunidad".³ Este propósito, derivado de las recomendaciones de Alma-Ata fue dividido por los organizadores del encuentro en cuatro ejes: 1) educación en salud en el ambiente rural; 2) educación en salud en el ambiente urbano; 3) educación en salud entre los proveedores y 4) educación en salud en quienes establecen la política pública sobre salud.

En cuanto a lo metodológico, aunque se presentaron algunas propuestas novedosas en las mesas de trabajo, éstas constituyeron la excepción ya que la mayoría de las ponencias estaban elaboradas, por una parte, desde una concepción unidireccional del proceso enseñanza-aprendizaje, la cual prioriza la información y, por la otra, desde una visión según la cual ésta es responsabilidad individual. Así, se señaló:

La educación en salud será uno de los mecanismos claves para divulgar el conocimiento de la salud y el fomento de la misma. A través de un conocimiento progresivo de la capacidad individual de modificar y mejorar las condiciones que contribuyen a la morbilidad, los individuos tendrán mayor interés por cambiar su comportamiento así como su medio ambiente.⁴

Al enfatizar la Conferencia, por una parte en el espacio donde se desarrollan las acciones educativas en salud (medio urbano contra medio rural) y, por otra, en los actores del proceso de toma de decisiones, se dejan en un segundo lugar los grupos con los cuales se trabaja y su problemática. Con esta limitación se trata la salud de la mujer, lo que se convierte en una especie de rompecabezas que debe ser armado con algunos aportes de nutrición —fundamentalmente lactancia materna— y muy especialmente de salud y planificación familiar.

La segunda conferencia interamericana, llevada a cabo tres años más tarde, no difirió significativamente en su concepción de la que la había precedido. Una vez más, el contexto —medio indígena, rural, urbano-marginado y

urbano— fue el eje del encuentro titulado: Coordinación interinstitucional y participación comunitaria. En este caso, la problemática sobre la salud de la mujer apareció nuevamente disgregada en las ponencias sobre nutrición —atención nutricional al grupo materno-infantil, abandono de la lactancia materna, etc.—; papel de la comunidad en la atención primaria de salud —la mujer como recurso que se debe tener en cuenta para mejorar la salud familiar—, y educación sexual y planificación familiar —orientación a los usuarios y maestros hacia los servicios de planificación familiar en el medio urbano y rural, fundamentalmente.*

Aunque en este trabajo no podremos analizar en detalle la visión que encierran las declaraciones, temáticas y metodologías propuestas en las conferencias y los encuentros mencionados y en numerosa documentación sobre resultados de programas educativos producida en los últimos quince años, haremos algunos señalamientos generales al respecto:

1. Las políticas dominantes en nuestro continente en educación en salud, particularmente en salud de la mujer, se encuentran rezagadas con respecto a los avances que se han dado en psicología educativa, en los cuales se han estado incorporando experiencias donde el modelo información-cambio de comportamiento es cuestionado desde diversos ángulos; así, por ejemplo, un grupo de científicos sociales nucleados alrededor de la Universidad y el Instituto Sigmund Freud de Francfort,** incorporaron, en forma original, algunos hallazgos del psicoanálisis a la educación en salud.

Estos investigadores señalan que los comportamientos adoptados en salud tienen diversos niveles de determinación, entre los cuales la información ocupa un lugar secundario y que estar sano o enfermo tiene costos sociales y personales. El grupo de Francfort enfoca, como punto clave dentro de sus estudios, “la curiosa situación por la cual el riesgo de enfermarse y la enfermedad misma conllevan la posibilidad de un beneficio”.⁵

* De veintisiete ponencias presentadas, doce se refieren a este punto.

** Nos referimos especialmente a los trabajos de Klaus Horn, Christel Beier y Doris Kraft-Krumm.

La *ventaja o beneficio de la enfermedad* concepto que forma parte del bagaje sicoanalítico, permite tratar, desde una nueva perspectiva, el problema de por qué, en ciertas circunstancias, los sujetos sociales conservan hábitos que atentan contra su propia salud. Esta visión tendría consecuencias interesantes para el enfoque de la problemática de la salud de la mujer ya que la vida de la gente en general y la de las mujeres específicamente, es más compleja de lo que sugieren las estadísticas que definen los comportamientos riesgosos para la salud. Existen, por ejemplo, muchas formas de pasar de un peso riesgoso a otro normal pero esto no necesariamente mejora la salud de un individuo si las estrategias que se adoptan para favorecer este cambio no han sido diseñadas de acuerdo con los requerimientos del mismo. Junto a la exigencia de restringirse en el comer, se le presentan a los hombres y las mujeres obesos otro tipo de presiones entre ellos, la de trabajar invirtiendo las capacidades al máximo, o la de cumplir con un rol social altamente complejo y contradictorio, como ocurre en el caso de la mujer.

2. Los avances de la corriente latinoamericana en medicina social* que se han venido desarrollando desde el decenio del setenta no han producido aún un impacto notable en la educación para la salud en general y para las mujeres, en particular. Las contribuciones de dicha corriente —en el terreno de la epidemiología, del análisis de la práctica médica y sus relaciones con el Estado, del vínculo proceso de trabajo-salud, y el impulso brindado en todo el continente— a la incorporación de un enfoque más social y preventivista en la formación del personal de salud, no ha generado aún una producción cualitativa y cuantitativamente significativa en los aspectos señalados anteriormente. Aunque algunas investigaciones toman a grupos de mujeres como objeto de estudio, el análisis se centra generalmente en el tipo de trabajo que desarrollan y en su relación con el proceso productivo en general —en un país, en una rama de la industria, etc.— dejando de lado, o ubicando secundariamente, las particularidades que adquiere esta situación por el rol social que juega la mujer, elemento explicativo, en muchos casos, del riesgo que se decide correr, de las modalidades de uti-

* Al respecto son muy ilustrativas las memorias y documentos de trabajo de los distintos Talleres Latinoamericanos de Medicina Social y el libro de Nunes, E.; *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas*.

lización de los servicios de salud, del éxito o fracaso de las campañas y de los programas educativos que se llevan a cabo, etc.

3. No se observan reformulaciones importantes provenientes de las propuestas educativas innovadoras que se instituyeron en numerosas escuelas y facultades de ciencias de la salud del Continente, ni del enorme aparte conceptual y metodológico que se generó en el campo de la educación de adultos en los últimos decenios.

Con esto queremos señalar que los diversos intentos por superar la fragmentación del conocimiento en las diversas disciplinas, por incorporar procedimientos más activos en la situación de enseñanza-aprendizaje, por conjuntar los procesos de investigación con los de transformación de la realidad, se dirigieron más al personal de salud en formación que a los grupos de población con los que los estudiantes realizaban sus actividades educativas. Se sigue yendo a la comunidad con un portafolios a dictar pláticas sobre: cómo elaborar una dieta balanceada, cómo lavar las verduras o cómo hacer para tener menos hijos.

4. La salud de la mujer se trata de una manera fragmentada, pues se priorizan sus roles domésticos; la mujer es vista como la correa de transmisión entre los servicios de salud y el hogar —lo que la hace responsable de las condiciones de limpieza, seguridad y alimentación de su familia— y como mujer-madre; o sea como sujeto que debe decidir tener pocos hijos, amamantar al recién nacido, saber preparar el suero oral, etc.

El trabajo en salud que desarrollan decenas de grupos autónomos de mujeres en todos los países de América Latina no se hace visible ni se analiza con especial atención en los espacios donde se discuten y deciden las políticas de salud regionales e internacionales.

* Aunque tal vez sea innecesario subrayarlo, al hablar de tendencias dominantes no negamos la existencia de búsqueda de alternativas como, por ejemplo, la experiencia de Cueli y Biro en Netzahualcoyotl en los sesenta o el trabajo en grupos operativos basado en el modelo de la escuela de Pichon-Riviere.

Las redes y centros de mujeres: hacia la construcción de una lógica diferente

Roxana Carrillo, feminista peruana, en la introducción al directorio sobre centros de mujeres en América Latina⁶ señala que en 1985 existían en Latinoamérica alrededor de 120 centros de mujeres, de los cuales aproximadamente noventa se definían como feministas. Aunque no podemos precisar aún exactamente cuántos de los centros o colectivos de mujeres tratan el tema salud,^{*} sí es posible afirmar que ésta es una preocupación común a estas organizaciones y que se expresa en programas y servicios de salud mental, apoyo a víctimas de violación y violencia doméstica, educación sexual, etc.

La forma de organización en centros autónomos y en redes está muy relacionada con la visión que se tiene de la mujer, ella permea la práctica política que se desarrolla, lo que incluye, necesariamente, la práctica educativa en salud.

Uno de los elementos centrales del feminismo ha sido la discusión acerca de la interpretación cultural de las diferencias biológicas —sustantivas y naturales—, los cuales, señalan un destino y una moral diferente para hombres y mujeres. En este proceso de análisis se plantea que:

la asimetría entre hombres y mujeres significa cosas distintas en lugares diferentes. Por lo mismo, la posición de las mujeres, sus actividades, sus limitaciones y sus posibilidades, varían de cultura en cultura [...] Las variaciones entre lo considerado femenino y masculino, constatan que, a excepción de lo relativo a la maternidad, se trata de construcciones culturales.⁷

La distinción entre sexo y género ha sido una herramienta conceptual útil para lograr una reflexión acerca de la opresión y discriminación que se originan en un sistema en el cual la mujer, por su capacidad de procrear hijos, ha sido confinada a la crianza y al cuidado de los mismos. Esta

* Un primer cruce reciente de datos obtenidos de diversas fuentes documentales nos está indicando que en México exclusivamente existen más de 40 organismos no gubernamentales de mujeres que se ocupan de salud.

reflexión se ha venido dando en el grupo pequeño, el grupo de autoconciencia, estructura dinámica, propia de las mujeres. A la salud, por tanto, se llega naturalmente a través de esta forma de trabajo pues el "feminismo es una concepción radical del mundo que permite analizar todos los problemas y no solamente una lista reducida de temas específicos tradicionalmente llamados 'asuntos femeninos'".⁸ Los contenidos que se abordan pierden el carácter impersonal y culpabilizador que le imprimen los programas institucionales. Las mujeres hablan entre ellas de lo que significa su embarazo, de sus dudas, de las contradicciones y los remordimientos que se le presentan por querer ocuparse de lo familiar sin abandonar su trabajo, o por querer y no querer tener más hijos.

El análisis de su rol social la enfrenta a una imagen de ella misma en la cual aparece ya sea postergando su consulta de salud por priorizar la de sus hijos o autoadministrándose tranquilizantes para poder sobrevivir a una jornada de diecinueve horas. En este ir y venir por las diversas facetas de su vida, aparecen los temas sin estereotipos: la vejez como posibilidad personal, la vida sexual de las que tienen un compañero estable, la de las que no lo tienen, los anticonceptivos desde la experiencia que se ha tenido usándolos, etc.

El proceso de enseñanza-aprendizaje también es novedoso: se trabaja con la información que cada una posee, pero se trasciende la esfera intelectual al estimular la libre expresión de los afectos a través de la valorización del testimonio oral. La experiencia personal, el relato de lo propio, tan negado por los esquemáticos programas oficiales, pasa aquí a primer plano.

Otro elemento que es necesario destacar en esta caracterización de esta alternativa de educación en salud con mujeres es la crítica realizada al patriarcado y al estilo de ejercicio del poder que ha caracterizado a los hombres.

Los colectivos y las redes de mujeres, partiendo de un análisis muy extenso de esta problemática, han venido buscando las vías para lograr una organización menos autoritaria, más horizontal e independiente de las jerarquías y la lógica masculinas. La discusión acerca de la autonomía de las mujeres ha sido un punto central y enriquecedor del movimiento. Los centros de

mujeres son un intento por crear instituciones alternativas independientes que hacen visible al movimiento feminista y le den concreción.⁹

Las redes de mujeres son como las de pescar: cada hilo que individualmente sólo puede alzar un pescado de determinado peso a la vez, al irse tejiendo la red aumenta su capacidad de articulación pues cada nudo refuerza al todo y es reforzado por aquél. Al mismo tiempo no hay, en una red de pescar, una jerarquía entre los nudos, y cada posible agujero podría arreglarse individualmente sin comprometer al todo.¹⁰

Las redes permiten a los colectivos no perder su autonomía y ganar en información, intercambio; solidaridad y energías en torno a objetivos precisos. En salud, el caso más notable en América Latina es la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe,* formada en 1984 y que cuenta aproximadamente con 1.400 contactos en los distintos países. Esta red es horizontal y cuenta con una coordinación central destinada a informar, comunicar y educar sobre salud de la mujer a través de los diversos grupos que la integran desde una visión que contempla sus intereses. Aunque no se desarrollan actividades tradicionales de formación en educación en salud dirigidas a personal de este campo, la visión feminista de esta alternativa y crítica, expresada fundamentalmente en la revista que publica la red es un elemento de educación e información tanto para las mujeres como para los médicos y las enfermeras.**

Las redes permiten trascender el ámbito local de las experiencias al compartirlas, revisarlas y multiplicarlas, ya sea por medio de intercambios de correspondencia, visitas personales, programas de entrenamiento. El bagaje de información sobre ciertos aspectos se va acumulando y socializando de una manera tal, que los nuevos grupos que comienzan a trabajar en un área determinada y que establecen contacto con la red, cuentan, desde el inicio, con paquetes didácticos, materiales bibliográficos y recursos audiovisuales que son enviados directamente o facilitados a través de otro centro local.

* Inspirados en el modelo de esta red, recientemente los grupos de salud de las mujeres del Uruguay constituyeron una red nacional.

** Información proporcionada por Amparo Claro, coordinadora de la red, a través de un cuestionario elaborado para la presente investigación.

La socialización del conocimiento y la desmonopolización del saber que detentan los profesionales de la salud es una línea de trabajo fundamental en los centros y las redes.

Al desarrollarse 'por fuera y por abajo' de las instituciones dominantes públicas y privadas, estos movimientos plantean serios interrogantes sobre la legitimidad de las relaciones macropolíticas, hacen denuncias públicas, se cuestionan la vida cotidiana y enfrentan los arcaicos códigos de la interacción social [...] estos movimientos emergen sólo en espacios y fases limitadas, y esos momentos de movilización son la otra cara de las redes ocultas.¹¹

Los encuentros feministas latinoamericanos y del caribe son probablemente los medios a través de los cuales estas organizaciones se hacen clara y colectivamente visibles.

Si analizamos el tratamiento que se ha dado al tema salud en los cuatro encuentros realizados hasta el presente, encontramos que en 1981 en Bogotá, partiendo del tema eje de discusión: Feminismo y lucha política, la problemática de salud de la mujer es analizada fundamentalmente en la comisión de trabajo sobre sexualidad y vida cotidiana, en el taller sobre salud, y en las discusiones sobre salud mental.

En los siguientes encuentros —Lima 1983, Bertioga 1985— la salud de la mujer ocupó un lugar de mayor definición e importancia en las discusiones y los talleres de trabajo. Se organizaron actividades diversas sobre salud: autoexamen, sexualidad, violencia, políticas demográficas, aborto, etc.

Taxco contó en 1987 con la asistencia de mil quinientos participantes, lo que fue una muestra del crecimiento del movimiento de mujeres y del interés que existía por realizar un intercambio de experiencias entre latinoamericanas. Aunque en esta reunión el mayor número de mujeres se concentró en el taller sobre feminismo y movimientos populares —cuatrocientos participantes— muchas se interesaron por el área de la salud en las diversas opciones que se ofrecían: talleres sobre sexualidad, salud mental, autoexamen, maternidad, violación, etc. La Casa de la Salud organizada por Cidhal de Cuernavaca fue una experiencia particular:

era la casa del alivio para las mujeres, se les daba un servicio, trabajamos desde nuestra concepción de dar un servicio, mostrarles el recurso de la herbolaria, ponerlas en contacto con el respeto por las plantas. Nosotras ayudábamos a doña Modesta que hacía 'limpias' a las mujeres, para algunas era la primera vez. Otras gentes que se acercaban eran mujeres enfermas a las que les hacíamos conocer la acupuntura, la homeopatía, las terapias tradicionales. Organizamos también un espacio de discusión para las que trabajamos en salud pero no hubo mucho interés en eso.¹²

El autoexamen, el manejo de recursos terapéuticos no convencionales, los masajes, el trabajo práctico en talleres contra la conferencia magistral, la selección de ponencias, los discursos de apertura a cargo de funcionarios y autoridades y el rescate del saber popular —incluido el médico— contra la medicalización al estilo occidental son las polarizaciones sobre las cuales debemos trabajar para ver si son disyuntivas reales y si es posible tender puentes que permitan comprender más, sin abandonar los referentes fundamentales que fueron definiendo un conocimiento y una práctica característicos.

Las redes y los colectivos que tratan la salud de la mujer saben que es necesario hacerse visibles, impactar cada vez más, romper los límites del grupo de autoconciencia.

Sin abandonar totalmente el pragmatismo de la primera etapa, surgido de la necesidad de reconocerse a todos los niveles, incluido el corporal; una buena parte del feminismo de hoy se hace una serie de preguntas, reflexiona sobre su praxis y rompe con aquellos supuestos que le impidieron trascender más. Su desarrollo por fuera y por dentro le permite la confluencia con otros movimientos y visiones alternativas. Son muchos los casos en los que la educación popular de mujeres, la adhesión a las luchas de colonos indígenas, proveyó a los grupos herramientas teórico-metodológicas y una perspectiva de la salud colectiva comprometida con su momento histórico y con las necesidades de los sectores más golpeados por la crisis.

Revisar todo esto es necesario. Pensar y construir como mujeres una propuesta educativa en salud es una tarea compleja, mucho más que otras, ya que como nos lo señala Rossana Rossanda:

[...] de una secular condición de subalternidad no nacen bella e inmediatamente los valores, *los otros valores*: sólo nacen algunos valores y una mirada sobre los valores negativos de los demás, pero subsisten aún muchos elementos de analogía, seducción, pobreza y una muy difícil renuncia a la competencia para diferenciarse [...] ¹³

Referencias

1. Bochetti, A. *¿A chi tocca pulire il mundo? Il Mani festo*. Mayo 23, 1986.
2. Rodríguez, M. I. "Tendencias de la educación médica en América Latina en los últimos quince años". Ponencia presentada en el seminario La Profesión Médica en México, UAM-X, 21 de junio de 1989.
3. International Union for Health Education. Conferencia. *Actas de la Primera Conferencia Interamericana de Educación para la Salud*.
4. Del Cid, E., "Discurso de apertura". Conferencia Interamericana de Educación para la Salud, Puerto Rico, junio 1981; (mimeo).
5. Beier, Christel; Horn, Klaus; Kraft-Krumm, Doris. "Health Behaviour and gain from illness: on the methodology of a study on resistance to health education". En: *European Monographs in Health Education Research* No. 2, Scottish Health education Group, Escocia, 1982. p. 59.
6. Carrillo, R. "Centros de mujeres, espacios de mujeres". *Ediciones Isis Internacional de las Mujeres* No. 5. Feminismo en América Latina. Balance y perspectivas, 1986.
7. Lamas, M. "La antropología feminista y la categoría género". México, *Rev. Nueva Antropología* No. 30, nov. 1986. p. 185.
8. Bunch, Ch. *Going public with our vision*. Denver, Antelope Pub. 1983; citado por: Carrillo, R. Op. cit.
9. Carrillo, R. Ibid.
10. Viezzer, M. "Educación popular y movimiento de mujeres". *Ediciones Isis Internacional* No. 8. Crecer juntas, mujeres, feminismo y educación popular, 1987.
11. Lamas, M. "IV Encuentro Nacional Feminista, Movimiento social, identidad y acción colectiva". México, *La Jornada*, 4 ag. 1989.
12. Mainero, Guadalupe. Cidhal-Cuernavaca, entrevista personal.
13. Rossanda, R. "Stasera non lasciate la città". *Il Manifesto*, 24 de mayo de 1986.

* Subrayado nuestro.