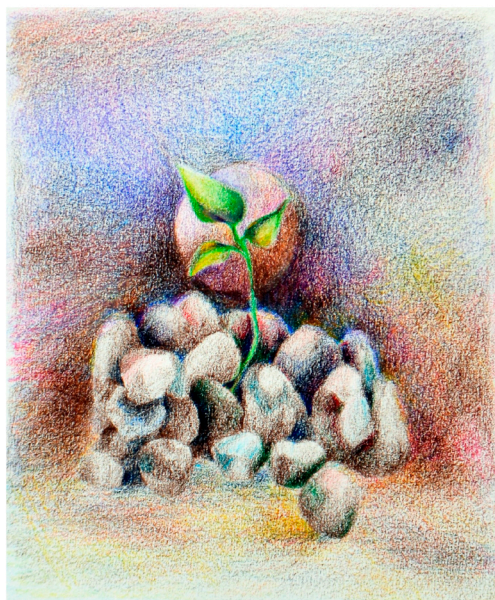


REPRODUCIR Y SOSTENER LA VIDA

Abordajes feministas y de género
del trabajo de cuidados



CLAUDIA C. ANZORENA
PATRICIA K. N. SCHWARZ
SABRINA S. YAÑEZ
(COMPILADORAS)

t
teseo

REPRODUCIR Y SOSTENER LA VIDA

REPRODUCIR Y SOSTENER LA VIDA

Abordajes feministas y de género
del trabajo de cuidados

Claudia C. Anzorena, Patricia K. N. Schwarz,
Sabrina S. Yañez (compiladoras), Alejandra Ciriza,
Sofía da Costa Marques, María Florencia Linardelli,
Daniela Pessolano, Gabriela Maure
y Natalia Santarelli



Reproducir y sostener la vida: abordajes feministas y de género del trabajo de cuidados / Claudia C. Anzorena... [et al.]; compilación de Claudia C. Anzorena; Patricia K.N. Schwarz; Sabrina S. Yañez. – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2021. 220 p.; 20 x 13 cm.

ISBN 978-987-723-304-9

1. Estudios de Género. 2. Políticas Públicas. 3. Feminismo. I. Anzorena, Claudia C., comp. II. Schwarz, Patricia K.N., comp. III. Yañez, Sabrina S., comp.

CDD 305.4201

© Editorial Teseo, 2021
Buenos Aires, Argentina
Editorial Teseo

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de esta obra, escribanos a: **info@editorialteseo.com**

www.editorialteseo.com

ISBN: 9789877233049

Imagen de tapa: Belén Yañez

Las opiniones y los contenidos incluidos en esta publicación son responsabilidad exclusiva de las autoras

TeseoPress Design (www.teseopress.com)

ExLibrisTeseoPress 110485. Sólo para uso personal

Índice

Introducción: desandar caminos, visionar nuevos	9
<i>Claudia C. Anzorena, Patricia K. N. Schwarz y Sabrina S. Yañez</i>	
Cuerpo y experiencias. Sobre los dilemas y desafíos del cuidado	15
<i>alejandra ciriza</i>	
Cuatro décadas de políticas de género en Argentina. Un recorrido por los cambios normativos de 1985 a 2020 desde una perspectiva feminista.....	37
<i>Claudia C. Anzorena</i>	
Gestionando el cuerpo y la experiencia frente a las instituciones sanitarias. El “trabajo de salud” de las gestantes, parturientas y púerperas	63
<i>Sabrina S. Yañez</i>	
De la medicalización al cuidado. Reflexiones sobre un camino posible para abordar la violencia patriarcal en instituciones sociosanitarias	83
<i>Sofía da Costa Marques y María Florencia Linardelli</i>	
COVID-19: el autocuidado y las TIC como estrategias de salud pública del Estado argentino y la OMS. Andamiajes previos en un nuevo escenario	105
<i>Patricia K. N. Schwarz</i>	
Mujeres rurales latinoamericanas y trabajo reproductivo. Debates actuales, hallazgos y problemáticas en discusión	131
<i>María Florencia Linardelli y Daniela Pessolano</i>	

La ética del cuidado en los acompañamientos feministas de mujeres que deciden abortar. Reflexiones a partir del diálogo con una colectiva feminista en Mendoza, Argentina	161
<i>Gabriela Maure</i>	
Abortar acompañadas en y frente a la clandestinidad. Cuidados en el marco de relaciones afectivas entre mujeres	189
<i>Natalia Santarelli</i>	
Sobre las autoras	213

Introducción: desandar caminos, visionar nuevos

CLAUDIA C. ANZORENA, PATRICIA K. N. SCHWARZ Y SABRINA S. YAÑEZ

Esta compilación gira en torno a las preguntas acerca de quién cuida, cómo se cuida, a quiénes se cuida y en qué contextos. Estas inquietudes nos convocan desde un punto de vista multisituado y entramado desde el trabajo de investigación personal y colectivo, desde nuestras prácticas políticas y desde nuestras vidas cotidianas. Todas nosotras somos trabajadoras de las ciencias sociales y docentes, todas somos activistas y todas cuidamos.

Es importante mencionar que estos interrogantes fueron planteados a mediados de 2019, cuando comenzamos a tramar esta compilación, cuyos capítulos finalizamos de escribir en octubre de 2020 en un contexto de pandemia que sacudió las formas de ser interpeladas en todos los espacios de la vida.

Las preguntas por el quién, el cómo, a quiénes y el contexto de los cuidados buscan indagar sobre los procesos de reproducción y sostenibilidad de la vida en los que participan tanto las instituciones y sus agentes como las prácticas de cuidados concretas que llevan adelante lxs sujetxs, ya sea en el ámbito del hogar, en las relaciones afectivas y en el activismo. Estxs sujetxs en su gran mayoría son mujeres: madres, abuelas, hermanas, hijas, primas, sobrinas, amigas, compañeras y activistas feministas y lesbianas, y en menor medida, compañerxs, amigxs y activistas trans.

Los capítulos que se presentan aquí son resultado del proyecto de investigación denominado “Políticas de protección social/de salud y trabajo de cuidados. Las relaciones entre la intervención estatal y las experiencias de las

mujeres desde una perspectiva crítica de género, en Mendoza a partir de 2009” (2018-2021)¹. El objetivo general del proyecto apunta a comprender las relaciones entre la intervención de las instituciones estatales en el campo de la salud y de la protección social, y el trabajo de cuidados que realizan especialmente las mujeres. El abordaje se realizó desde un punto de vista feminista y crítico de género e interseccional, que busca articular la clase, la raza, el estatus migratorio y el lugar de residencia. La construcción del problema articuló dos ejes: uno relativo al diseño y la implementación de políticas públicas destinadas –directa o indirectamente– a mujeres, y otro sobre los modos en que la división sexual del trabajo asigna las tareas de reproducción y sostenibilidad de la vida humana a las mujeres, es decir, las hace responsables del cuidado.

Entendemos por cuidados, como señala Joan Tronto, al conjunto de actividades que incluyen todo aquello que se hace para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de tal forma que podamos vivir en él de la mejor manera posible². Un mundo que incluye nuestros cuerpos, subjetividades, seres y entornos, todo lo cual se entreteje en una red compleja que da sustento a la vida. Si bien dar cuenta de las experiencias y prácticas del trabajo de cuidados de mujeres, lesbianas y personas trans de diferentes sectores sociales, con especial atención en su raza/etnia, clase, estatus migratorio y lugar de residencia, es un trabajo no acabado, es importante identificar las distintas modalidades en que las políticas públicas de protección social y salud dan forma, modelan y/o regulan las experiencias concretas

¹ Se trata del PICT2016-0324, financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ANPCyT-MINCYT), a través del Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (FONCYT), desarrollado en el Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (INCIHUSA-CONICET), del Centro Científico Tecnológico CONICET-Mendoza.

² De manera coherente con la definición de Joan Tronto en *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care* (1993), los capítulos de este libro dan cuenta de los múltiples aportes desde las ciencias sociales y los estudios feministas en torno a los trabajos de cuidado.

de quiénes cuidan, cómo cuidan, a quiénes cuidan y en qué contextos lo hacen.

La diversidad de perspectivas teórico-metodológicas da cuenta de que las autoras provenimos de múltiples campos disciplinares: la sociología, el trabajo social, la antropología, las ciencias médicas, la psicología y la filosofía. A la vez, todas nos hemos desempeñado o lo hacemos actualmente como becarias doctorales, postdoctorales y como investigadoras del CONICET. La mayoría hemos compartido lugar de trabajo en el Grupo de Estudios de Género y Teoría Crítica (INCIHUSA-CONICET, CCT-Mendoza), donde hemos realizado trabajos y reflexiones conjuntas y colaborativas, dirección de becas y tesis y como coautoras de diferentes producciones. Estas perspectivas densas sobre las experiencias y las instituciones estatales se ven reflejadas en los trabajos que aquí presentamos.

La organización de los capítulos articula el contexto, las instituciones y las experiencias. El libro inicia con el capítulo de Alejandra Ciriza, a quien invitamos a colaborar con esta compilación no solo por su trayectoria laboral y su vínculo afectivo con este equipo de investigación, sino también por las reflexiones que compartimos en relación con los trabajos de cuidados durante la pandemia. El trabajo de Ciriza nos invita a reflexionar sobre los dilemas y desafíos que plantea la reproducción de la vida humana en tiempos del Capitaloceno, atendiendo al registro de la corporalidad y a las voces de las experiencias.

El capítulo de Claudia C. Anzorena hace un recorrido por los cambios legales y normativos que dieron lugar a las políticas de género en Argentina desde la reinstauración democrática hasta 2020. La intención de este recorrido en clave histórica es mostrar parte de los anudamientos, límites y posibilidades del campo estatal como espacio para instalar las demandas feministas y transformar nuestras vidas, lo que impacta tanto sobre el accionar de las instituciones como en las experiencias concretas de lxs sujetxs.

Los tres capítulos siguientes abordan el tránsito por las instituciones sanitarias, tanto desde la perspectiva de quienes reciben la atención como de quienes la brindan. El capítulo de Sabrina S. Yañez retoma las teorizaciones feministas sobre “trabajo maternal” para visibilizar las tareas de cuidado de sí mismas y de sus criaturas que las mujeres realizan durante el embarazo, el parto y el puerperio. A través de las herramientas conceptuales y analíticas de la etnografía institucional se exploran las tareas de coordinación y gestión del propio cuerpo, de los tiempos y de los vínculos durante su tránsito por las instituciones sanitarias, abordando también las grietas y omisiones de los servicios de “salud materna”, que producen en las usuarias una sobrecarga aun mayor de trabajo de cuidado.

El capítulo de Sofía da Costa Marques y María Florencia Linardelli propone reflexionar sobre las tensiones y los límites existentes en el abordaje de situaciones de violencia patriarcal en las instituciones sociosanitarias. Sugiere situar al cuidado en el centro de las intervenciones, como vía para construir prácticas ajustadas a las necesidades de las personas usuarias, coherentes con su contexto de vida y respetuosas de sus derechos y de su autonomía.

Patricia K. N. Schwarz analiza, a partir de una etnografía virtual, las propuestas *online* dirigidas a la población para evitar la propagación del COVID-19 por parte del Ministerio de Salud de la Nación y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La autora encuentra que en ambos organismos la estrategia de abordaje de la pandemia se sostiene, entre otros aspectos, sobre la interpelación individual al autocuidado mediado por el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC). Sin considerar contextos específicos, recursos disponibles ni la sobrecarga de trabajos de cuidados sobre las mujeres.

Los últimos tres capítulos abordan la encarnadura de la experiencia del cuidado. El capítulo de María Florencia Linardelli y Daniela Pessolano desarrolla una revisión de antecedentes científicos, a escala latinoamericana, sobre

trabajo reproductivo, doméstico, no remunerado y/o de cuidados realizado por mujeres rurales, trabajadoras agropecuarias y campesinas. El corpus revisado abarca el período 2000-2020. El supuesto que mueve a las autoras es que, pese al aumento de los estudios feministas sobre el trabajo de cuidados, la atención que se presta a las mujeres y a los territorios rurales continúa siendo incipiente y rezagada. Con su trabajo buscan aportar a esta área de vacancia.

Los capítulos de Gabriela Maure y Natalia Santarelli se anudan entre sí, en cuanto ambos abordan los cuidados que se despliegan desde los acompañamientos político-afectivos de abortos seguros con medicamentos en contexto de ilegalidad y clandestinización de la práctica antes de la sanción en 2020 de la Ley 27610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina.

Gabriela Maure reflexiona sobre los acompañamientos feministas, en tanto práctica político-afectiva para el aborto seguro con pastillas, desde un punto de vista situado y desde la propia implicación política en el proceso que analiza. El trabajo acerca las prácticas y relaciones de cuidados de una colectiva feminista que acompaña en Mendoza; a la vez, propone reconocer y visibilizar los contrastes y diálogos posibles entre los acompañamientos feministas y las prácticas biomédicas en las instituciones de salud.

Natalia Santarelli parte de la premisa de que los embarazos no deseados/abortos voluntarios clandestinizados configuran un entramado indisoluble con las condiciones y circunstancias en las que acontecen y, por lo tanto, implican un proceso de afectación a la salud con diversos malestares que las mujeres atienden con el apoyo de otras personas o redes. La autora se centra en el trabajo de cuidados entre mujeres que mantienen relaciones afectivas frente a procesos de abortos farmacológicos voluntarios, haciéndolos más saludables y menos sufrientes.

En términos generales, los hallazgos y reflexiones de los capítulos del libro dan cuenta de la invisibilización de las desigualdades de género y las violencias institucionales

y cotidianas que actúan mancomunadamente con la matriz patriarcal que les da origen, a la vez que muestran algunas propuestas y experiencias feministas de un escenario posible de inclusión y ejercicio de derechos. Las tensiones entre las instituciones que tienen como objetivo la protección social o la atención de la salud y las experiencias concretas de las mujeres, en cuanto principales responsables de la reproducción y el sostenimiento de la vida, son evidentes en el transcurso de esta compilación. La implementación de decenas de leyes y políticas de género sigue haciendo agua en las formas de abordar las diferentes problemáticas por parte de las instituciones, a la vez que afectan, en gran medida sobrecargando, a quienes cuidan.

Desandar esos caminos y visionar otros nuevos, centrados en las necesidades, deseos y experiencias de quienes cuidan y quienes necesitan ser cuidadxs, es la intención de nuestro aporte aquí.

Finalmente, agradecemos a todas las personas e instituciones que hicieron posible esta investigación y publicación, desde diferentes lugares. Especialmente al Grupo de Estudios de Género y Teoría Crítica (INCIHUSA-CONICET, CCT CONICET Mendoza), y a Alejandra Ciriza, Fabiana Grasselli y Gabriela Adelstein por sus amorosas colaboraciones.

Cuerpo y experiencias

Sobre los dilemas y desafíos del cuidado

ALEJANDRA CIRIZA¹

No debiera arrancarse a la gente de su tierra o país, no a la fuerza. La gente queda dolorida, la tierra queda dolorida. Nacemos y nos cortan el cordón umbilical. Nos destierran y nadie nos corta la memoria, la lengua, los calores. Tenemos que aprender a vivir como el clavel del aire, propiamente del aire. Soy una planta monstruosa. Mis raíces están a miles de kilómetros de mí y no nos ata un tallo, nos separan dos mares y un océano. El sol me mira cuando ellas respiran en la noche, duelen de noche bajo el sol.

Juan Gelman (Roma, 1978).

Introducción

En este trabajo propongo un recorrido a propósito de los dilemas que plantea la reproducción de la vida humana en tiempos del Capitaloceno. Hoy, como nunca antes, las respuestas deben incluir la consideración de la naturaleza que somos y en la cual vivimos. Sin embargo, algo en el orden social dado parece no hacer sencillo el registro de la corporalidad, la relevancia del cuidado.

Una parte importante del dilema parece residir en las marcas históricas que portan el trabajo reproductivo y de cuidado, que lo han conformado como un asunto de

¹ Escrito en minúscula por la autora como parte de una tradición feminista.

mujeres. ¿Cómo hacer lugar a sus dilemas en una sociedad que niega la carnadura humana, que privatiza el cuidado a la vez que subalterniza a las personas que lo llevan a cabo? ¿Qué tienen para aportar las voces de la experiencia?

Corporalidades

Me parece relevante iniciar este recorrido apelando a la materialidad corporal, a las marcas del cuerpo y sus memorias e inscripciones múltiples, en una sociedad y un momento histórico en los que se busca borrarla de diversas maneras, no solo a través de la virtualidad y la ficción de la presencia ubicua, o de la supresión imaginaria de la necesidad de tiempo para la vida, sino a través de diversas maneras de sustitución de la materialidad, de borramiento de las marcas corporales de la clase o la racialización, mediante la imaginación, de un cuerpo que es solo sexo, desprendido de trabajo, memorias, enfermedades, vejez, necesidades. Solo un cuerpo de deseo.

De allí la importancia de traer a colación que soy una mujer adulta, trabajadora asalariada, mestiza en un país que se quiere blanco y europeo, educada, atravesada por la experiencia de maternidades múltiples, lesbiana política, nacida, como hubiese dicho Manuela Sáenz, al sur del Ecuador, en territorio de Abya Yala, atravesada desde temprano por pérdidas y laceraciones ligadas a la historia política de mi país.

El ser mujer es, sostengo, una experiencia multívoca, inscrita en un cuerpo que no solo es sexuado, sino que está marcado por la clase y la racialización, la conformación o no con la heteronorma, la portación de una memoria que no es solo verbal sino también corpórea.

El ser una mujer no refiere, desde la perspectiva que sostengo, a las disputas que se juegan en el campo de las políticas de identidad, sino a una compleja inscripción en el orden material y social, a lo que las feministas materia-

listas francófonas denominan relaciones sociales de sexo, es decir, *rapports sociaux de sexe*, mucho más que a las relaciones (*relations*) en términos de las situaciones singulares que pueden habilitar a algunas mujeres a ocupar posiciones de poder o autoridad (Curiel y Falquet, 2005)². Como bien lo advertiera Colette Guillaumin, las mujeres constituimos un grupo afectado por la explotación y apropiación de nuestras capacidades corporales (lo que la socióloga llama *sexage*) y por formas específicas de violencia. De allí la relevancia de mencionar aquello del destino previsto para las mujeres de mi generación y del modo como la corporalidad humana se inscribe históricamente en el orden social y político en un sistema que aún hoy sigue regulando relaciones sobre la base de dicotomías jerárquicas.

Simone de Beauvoir nombraba como parte del destino mujeril dos coordenadas inescapables: servicio de cama y de limpieza. La fenomenología del *service du lit* y del *service de ménage* ocupa una parte no menor de *El segundo sexo* (Beauvoir, 1949: 77). Pensado en términos de Beauvoir, la emancipación se cumpliría a través de la negativa a maternar y a llevar una vida que pudiese llamarse doméstica. El feminismo nos ofrecería el ingreso a ese mundo (el masculino) en el cual solo habíamos podido ser, hasta ese momento, invitadas ocasionales, o privilegiadas (Fraisie, 2008).

Mucho más ambivalente, dispuesta a resistir la convocatoria a la amnesia, la agudísima Adrienne Rich traía a colación la experiencia de la maternidad como un territorio en disputa: sujeta a los mandatos patriarcales, el devenir madre puede transformarse en espacio de resistencia a la institucionalización, de aceptación de los sentimientos encontrados (Rich, 1978). La experiencia proporciona, en términos de Rich (1999), una oportunidad para la reflexión

² La noción de *rapport* hace referencia al carácter estructurado y estructurante de las relaciones sociales de sexo, mientras que la de *relations* remite a la singularidad, es decir, implica un rango amplio de variación, sobre todo a partir de la visibilidad política de las demandas feministas desde los años 60 del siglo pasado (Curiel y Falquet, 2005).

sobre lo dado, la posibilidad de apostar por aquello que nos ha sido recurrentemente negado: la continuidad corporal, afectiva y política con otras mujeres, con las cuales es preciso tramar los hilos dispersos de nuestras memorias.

Mestiza como soy, me interpela hondamente la mirada anticolonialista y antiimperialista, el arraigo en estas tierras, los anclajes en la naturaleza en la que vivimos y que somos, en esa Pachamama que no solo refiere a la idea de maternidad y fecundidad, sino al universo sobre nosotrxs, a las fuentes de energía que nos nutren como humanxs y que sostienen la vida sobre el planeta (*alajpacha*), al suelo que habitamos (*akapacha*) y al *manqhapacha*, el mundo de semillas y muertos en el que echamos raíces³. Esa relación de consustancialidad con la naturaleza no nos separa, sino que nos liga a animales humanos y no humanos, a piedras y plantas, al sol y a los ciclos lunares, a las estrellas del sur que nos iluminan (Guzmán y Paredes, 2014), a los huesos de lxs nuestrxs en un país marcado por el genocidio.

³ La cuestión del mestizaje merecería algo más que una nota al pie, pero baste por ahora con señalar que ese carácter indígena, afro y mestizo de *Nuestra América* es y ha sido objeto de disputa, desacuerdo y malentendido. Los debates sobre el asunto cruzan la historia de nuestras tierras desde los tiempos de la conquista y se han reavivado de manera periódica al compás de las luchas de los pueblos nativos de *Nuestra América* y afrolatinoamericanos en defensa de sus territorios, en procura de derechos y visibilidad. En los últimos años las observaciones, desde una perspectiva crítica, de la afrobrasileña Léila Gonzalez (2011) y de la chicana Gloria Anzaldúa (2016) han reavivado el debate. Procedentes de diferentes miradas teóricas, sus intervenciones coinciden en señalar las tensiones que cruzan de manera inconciliable el proceso de mestizaje, producto de la violencia de la conquista y del racismo que ha impulsado el blanqueamiento poblacional, procurando borrar lo afro y lo indígena en beneficio de lo europeo. El mestizaje en estas tierras porta las marcas de la conquista, de la diáspora africana, del genocidio indígena. Pone de manifiesto en la organización material de las relaciones sociales, en la carne de las personas, un mundo hecho de expolios y negaciones, de genealogías contenciosas, de sangres y palabras mezcladas, de cruces entre sentires, de decires trastocados, de mezclas que no han precipitado en homogeneizaciones a pesar de la construcción del mito de crisoles y del énfasis en pretendidas (y muchas veces dolorosamente reales) ascendencias europeas.

Bajo las actuales condiciones de crisis civilizatoria, de hendidura en el tiempo y la espacialidad, de afectación de las relaciones corporales e incluso de los afectos por la DISPO y la ASPO⁴ a causa del virus COVID-19, me propongo pensar sobre los dilemas políticos que plantean las experiencias de cuidado, por cierto disímiles en razón de la clase, la racialización, la edad, las corporalidades. También sobre la posibilidad de su transmisión.

La pandemia, a la vez que nos recuerda nuestras inscripciones corporales, nos ubica ante diversos desafíos. Por una parte, ante los límites planetarios, que nos obligan a reconocernos en/con la naturaleza de la que somos parte, y por la otra, ante la necesidad de pensar nuestras políticas en tanto feministas desde un horizonte cosmopolita.

Donna Haraway, una veterana en la reflexión acerca de las paradojas de nuestra inscripción en la naturaleza y en la propuesta de síntesis y diálogos multívocos y plurales, considera que ante los riesgos del presente, ante la amenaza que sufre el planeta debido a lo que Elmar Alvater denomina Capitaloceno, y otrxs han preferido denominar Antropoceno (Alvater, 2014), es preciso inaugurar la era del Chthuluceno por la vía del trabajo conjunto entre múltiples especies, incluida la humana (Haraway, 2016). Hay en Haraway una suerte de optimismo trágico que nos convoca a atender a las hibridaciones, a las formas bajo las cuales estamos asociadxs en cuanto humanidad al mundo biótico y abiótico para construir refugios que hagan posible una recuperación parcial de la tierra, una tentativa que debiera incluir el luto por las pérdidas irreversibles (Haraway, 2016). También hay una puesta en cuestión respecto de las maneras patriarcales de organizar el parentesco, proponiendo una forma de relacionarnos en el afecto y en el cuidado que exceda las solidaridades de la consanguinidad, y habilite alianzas

⁴ DISPO: Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio. ASPO: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio.

capaces de vincular humanxs y no humanxs en un mundo que se halla en peligro.

Este horizonte cosmopolita, marcado por la continuidad con otras especies ante la suerte común en/con el planeta, nos sitúa ante la pregunta por las maneras en que hemos significado nuestras corporalidades, la naturaleza, las experiencias de cuidar y sus dilemas. Una vieja cuestión, la del cuidado, la de los efectos históricos de la división sexual del trabajo sobre las singularidades, sobre la sociedad y sobre las formas de organización del parentesco, retorna ubicándonos ante lo dado y lo por venir.

Traer a colación y politizar la experiencia personal y corporal de cuidar, historizarla, a la vez que no implica pretensión alguna de generalización abstracta, refiere al empeño en colocar la experiencia como provocación, como instancia de puesta en cuestión del quién/quiénes cuidan, cómo se cuida en una sociedad que todo lo mercantiliza, quiénes deben hacerlo, quiénes pueden no hacerlo.

Tal vez la pandemia de 2020 pueda operar como una oportunidad para pensar las aristas singulares en las experiencias del cuidar, pero también los horizontes políticos, los debates teóricos que esas experiencias abren en una coyuntura en la que se agudiza la tensión entre las determinaciones corporales, temporales y materiales del cuidar y el mundo abstracto de mercancías y ciberconexiones que buscan anular la experiencia del cuerpo real, natural y social y su temida y frágil materialidad, su inscripción en un tiempo y un espacio, su imposible supervivencia sin alimentos, anclajes comunitarios y afectos.

Experiencias

Tomar como punto de partida la experiencia es apelar a un viejo principio de las epistemologías feministas (Hara-way, 1991). Es también reconocer en ella un disparador de

prácticas emancipatorias (Thompson, 2001). Implica, por una parte, reconocer su densidad a la vez que las dificultades para su interpretación y transmisión en sociedades dominadas por la lógica mercantil del intercambio abstracto, sociedades que han producido una serie de escisiones entre producción y reproducción, entre uso y cambio, entre público y privado. Sociedades en las cuales la vida humana puede ser significada como un costo, un riesgo financiero, un precio, en un mundo impalpable de dinero que pare dinero.

¿Cómo ubicar las experiencias corporales, cómo desprivatizar los relatos de experiencias?

Raymond Williams (2000: 137-140) señala múltiples sentidos en la noción de experiencia, poniendo de manifiesto la dimensión de la temporalidad y la tensión entre pasado y presente, pues si por una parte remite a la idea de experimento, y con ello a la de innovación, por la otra hace referencia a conocimientos acerca del pasado reunidos a través de la observación o de la reflexión. La experiencia está formada por comportamientos, acciones, pasiones, resistencias, sentimientos, percepciones, pensamientos, es decir, por una gama amplísima de registros del mundo anclados a la subjetividad, pero a la vez vinculados y determinados por condiciones materiales de existencia no elegidas por el/la/le sujeto. Durante generaciones enteras escuchamos relatos en términos de “lecciones de la experiencia”, es decir, de transmisión de eso sabido a las generaciones futuras. Algo parece oscilar hoy en la posibilidad de transmisión: la desvalorización de los saberes singulares, la dificultad para elaborar y escuchar relatos.

El saber por la experiencia porta una serie de determinaciones que lo distancian del conocimiento abstracto: se halla anclado a la subjetividad, a la vida cotidiana y al mundo vivido, a la vez que porta opacidades propias de la experiencia social concreta en un mundo que escinde espacios, sujetos y prácticas. Williams señala con particular cuidado la articulación entre experiencia presente y una

forma de conciencia amplia que incluye pensamientos y sentimientos, un tipo de conciencia activa que produce un efecto de sentido portador de una fuerza política capaz de inspirar prácticas emancipadoras. En ese sentido han tomado la experiencia tanto el historiador inglés E. P. Thompson como Shari Stone-Mediatore. En términos de Thompson (2001), es la experiencia de la subordinación y la explotación la base de la construcción de la conciencia de clase y por ello de las revueltas y las revoluciones desde abajo. El énfasis en las tensiones y contradicciones de la experiencia vivida es, desde la perspectiva de Stone-Mediatore (1998), el punto de partida de una mirada crítica sobre el pasado y de un pensamiento creativo en el presente. Así sucede en el caso de las experiencias de Beauvoir, de Rich, de Guzmán y de Paredes, de la mía propia.

La fuga del mundo de la domesticidad, la maternidad y el cuidado era producto de la experiencia que la propia Beauvoir transitara en tiempos de la posguerra en Francia: ella encarna la puesta en cuestión de la maternidad forzada como destino, la negativa a vivir una vida por y para otro, como había sucedido con su propia madre. De allí un proyecto teórico y político que la llevaba a imaginar un mundo en el cual las mujeres no debieran someterse a la domesticidad ni ocuparse del cuidado de otros. De hecho, viviría dieciocho años en hoteles, e insistiría en subrayar su fortuna por haber eludido la maternidad y la servidumbre doméstica. En un reportaje realizado por Alice Schwarzer (1986: 45) señalaría con claridad: “Yo no creo solamente que se deba abolir el capitalismo... También hace falta el cambio en la vida familiar... hay que abolir la familia y reemplazarla por formas nuevas”.

A partir de la puesta en cuestión del destino mujeril, ella cuidaría y recibiría cuidados de distintas maneras, con diferente intensidad, a partir de arreglos no convencionales que le permitieron experimentar otras formas del cuidar a partir de lazos de afecto y amistad por fuera de las maneras establecidas y de la familia convencional. Experimentó y

nos dejó como herencia otras formas de organización del cuidado, del afecto, de la vida compartida (Tarducci, 2011).

Las agudas y dolorosas contradicciones de una maternidad vivida en los tempranos 1950-1960 se transformarían para Rich en el acicate para poner en cuestión las instituciones de la maternidad y la heterosexualidad obligatoria. “Cólera y ternura”, el capítulo en el cual recupera sus experiencias maternas, ha habilitado a generaciones enteras de mujeres a la ambivalencia. Dice Rich:

Mis hijos me causan el sufrimiento más exquisito que haya experimentado alguna vez. Se trata del sufrimiento de la ambivalencia: la alternativa mortal entre el resentimiento amargo y los nervios de punta, entre la gratificación plena de la felicidad y la ternura.... A veces me considero un monstruo de egoísmo e intolerancia... me llenan de desesperación ante mis propios fracasos, ante mi destino, que es servir a una función para la cual no estaba preparada (1978: 23).

Comprender que una no es la única en experimentar tamañas contradicciones habilita ejercicios más libres de la maternidad.

La experiencia del acoso territorial, de la finitud de lo que Occidente no dudó en calificar como “recursos naturales”, nos ha posibilitado la escucha de voces soterradas. Las feministas de Abya Yala subrayan nuestra continuidad con la naturaleza, reconocen desde miradas no antropocentradadas la inscripción corporal de nuestra especie en el cosmos, las obligaciones que hacia ella tenemos.

Si el limpiar y el cuidar han sido establecidos como destino inescapable de mujeres y subalternxs en razón de la clase y la racialización en sociedades patriarcales, racistas y capitalistas, las experiencias y relatos sobre el cuidar pueden operar no solo como una fuente de saber, sino también como un punto de partida para la puesta en cuestión de un orden social en el cual se desprecia, desvaloriza y subalterniza a quienes cuidan. Tal vez debiéramos poner en cuestión el proceso a través del cual se pone en valor el

empleo a cambio de un salario a la vez que se descalifica como trabajo el cuidar, el cocinar y el limpiar, aunque sea evidente que sin llevar a cabo esas tareas es imposible la reproducción de la vida humana.

A menudo lo que no es visible es la lógica mercantilista por la cual se valoriza el trabajo llevado a cabo por el gerente de una financiera mientras que se desvaloriza y desprecia el trabajo de quien hace la comida que comemos y sin la cual no podríamos sobrevivir. Si nuestra experiencia diaria desmiente esa jerarquía (y en ese sentido la pandemia operó con una suerte de iluminación), la sociedad está organizada de tal modo que sus opacidades transforman la evidencia vivida en un dato sin demasiado sentido: las personas que cuidan son subalternizadas, racializadas, feminizadas. En una sociedad en la cual el éxito conserva un enorme valor, ¿cómo aprenderíamos que cuidar es “esencial”? ¿Cómo aprenderíamos que el dinero no se come y que la naturaleza que somos y en la que vivimos no son “recursos”⁵?

Desde el punto de vista que busco sostener, la noción de experiencia no solo aporta al conocimiento para comprender y explicar el mundo, sino que conlleva una propuesta política de experimentaciones y reflexiones sobre el experimentar que nos permitan transformar las condiciones en que vivimos.

El recorte, la individualización de la experiencia, la imposibilidad de inscribirla en una tradición política, su privatización, su supresión lisa y llana, como si jamás hubiese sucedido, constituye una de las tantas formas de la derrota política.

⁵ No hay en este trabajo una idea esencialista de naturaleza. No hay algo así como un estado de naturaleza al cual regresar. La naturaleza, dañada como está, es naturaleza secundaria, naturaleza histórica y social, marcada por el tránsito histórico-social de la humanidad sobre el planeta, de la humanidad y los seres bióticos y abióticos que la conforman (Engels, 1863; Haraway, 2016; Alvater, 2014).

Cuidado

Lo cierto es que la reproducción de la vida implica trabajos corporales ineludibles: el gestar, el parir, el amamantar, el cuidar de niñxs pequeñxs, el cocinar, el limpiar, el cuidar de ancianxs y personas no autoválidas, el enterrar a nuestrxs muertxs. Sin esos trabajos es imposible la reproducción de la vida. La pandemia hizo visibles esos trabajos, lo que no ha impedido el borramiento de su importancia, su desvalorización, la supresión de la brutal sobrecarga de trabajo para las mujeres que la pérdida de otros soportes ha implicado. Algunas publicaciones que reflexionan sobre la pandemia hablan de la retirada de las instituciones de cuidado y de la sobrecarga padecida por las mujeres, debido a la profundización del desigual reparto de los trabajos y responsabilidades domésticas y familiares (Ferro, 2020: 68).

La división social, racial y sexual del trabajo constituye una condición no elegida, un sustrato que establece condiciones de posibilidad para las/los sujetos, habilidades naturalizadas, imaginarios que producen una particular forma del mundo y a la vez disposiciones específicas que hacen posible la ilusión de una sociedad formada por una sumatoria de individuos contratantes, adultos, autosuficientes. Una sociedad en la que nadie necesita cuidar ni ser cuidado, pues el cuerpo ha devenido pura abstracción.

Como ha señalado Lata Mani (2014), “[e]l ideal neoliberal nos pide que tratemos el mundo en que vivimos como si fuera inmaterial, así como las mismas bases sobre las que construimos nuestras vidas”.

La pandemia ilumina asuntos de los cuales las feministas nos hemos ocupado: los efectos de la división sexual del trabajo sobre las vidas de las personas, la crítica de la neutralización de la encarnación humana y sus efectos, la puesta en cuestión de la idea de una sociedad formada por individuos desencarnadxs y competitivxs, racionales, ajenxs a las enfermedades, los afectos, los avatares de la vida cotidiana. Una sociedad de propietarios liberados del trabajo,

apropiadores de una naturaleza infinitamente renovable a su disposición para explotar, privatizar y mercantilizar, sin obligaciones de limpiar, cocinar y alimentar y aun menos cuidar en una sociedad sin viejxs, sin enfermxxs, sin niñxs, sin el trajín de la vida diaria, sin muertxs que duelar. O con todo ello, pero recluido en la vida privada, a cargo de mujeres, de personas de sectores subalternos, de personas racializadas, de trabajadoras esenciales pero subvaloradas.

Merced a la división social, racial y sexual del trabajo, la maquinaria gobernada por la lógica de la ganancia se apropia de diversas formas del trabajo gratuito. Expulsa el cuerpo y la materialidad de la vida: la necesidad natural y social de alimento, descanso, afecto, la mortalidad del cuerpo que somos, el lazo con otros y otras, lo que nuestras compañeras feministas de Abya Yala nombran la comunidad y, con mayor hondura aún, la relación con la naturaleza.

Devenida recurso, la naturaleza adquiere una segunda piel en forma de papel, de título-valor. Como mera cosa, la naturaleza desencantada se escinde de los seres humanos, de su papel en el devenir humanxs de lxs primates que somos. Como Engels (1863) afirmara, lxs seres humanxs llegan a serlo en cuanto seres sociales con una naturaleza propia. La naturaleza exterior deviene social-natural a través del trabajo.

Son conocidas las observaciones de Engels sobre esa relación de consubstancialidad con la naturaleza, más necesarias de escuchar ahora que nunca:

El hombre no domina, ni mucho menos, la naturaleza a la manera como un conquistador domina un pueblo extranjero, es decir, como alguien que es ajeno a la naturaleza, sino que formamos parte de ella con nuestra carne, nuestra sangre y nuestro cerebro, que nos hallamos en medio de ella y que todo nuestro dominio sobre la naturaleza y la ventaja que en esto llevamos a las demás criaturas consiste en la posibilidad de llegar a conocer sus leyes y de saber aplicarlas acertadamente (Engels, 1863: 152).

La relación entre lxs seres humanxs y la naturaleza se halla sujeta a las condiciones efectivas de existencia. De allí que, bajo las actuales condiciones, como ha señalado Alvater (2014: 10), “las acciones humanas dominadoras de la naturaleza se amplían con el progreso de la acumulación de capital y, en consecuencia, la ‘naturaleza natural’ retrocede”.

La escisión entre producción y reproducción invisibilizó, desvalorizó, subalternizó, feminizó y racializó el trabajo doméstico, que generó una forma de control sobre las vidas de las mujeres que articuló hondamente capitalismo, racismo y patriarcado. Edulcorado bajo la cobertura del amor romántico para las mujeres de clase media, el trabajo doméstico pasó a ser servicio personal y gratuito de cuidado, cocina, sexo y limpieza. La gratuidad obtenida por la vía del mercado matrimonial no fue obstáculo para que fuese trabajo asalariado o servil para las más desaventajadas social, colonial y racialmente hablando.

La salarización no trajo (y probablemente no traiga, incluso si recurre a la retórica de la esencialidad) mejoras en las condiciones laborales ni en las remuneraciones en un mundo en el cual el capitalismo devora los derechos de quienes viven de sus manos en beneficio de la acumulación de capital. Los números de Oxfam son evidentes:

Los 2153 milmillonarios que hay en el mundo poseen más riqueza que 4600 millones de personas (un 60% de la población mundial) [...] En América Latina y el Caribe el 20% de la población concentra el 83% de la riqueza. El número de milmillonarios en la región ha pasado de 27 a 104 desde el año 2000. En grave contraste, la pobreza extrema está aumentando. En 2019, 66 millones de personas, es decir, un 10,7% de la población, vivían en extrema pobreza, de acuerdo a datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020).

Las mujeres y las niñas son las más perjudicadas. Ellas son quienes se ocupan de los trabajos de cuidado en forma asalariada o gratuita. El informe señala que las mujeres y

niñas dedican al trabajo de cuidados no remunerado 12.500 millones de horas diariamente, lo que supone una contribución a la economía global de al menos 10,8 billones de dólares anuales, una cifra que triplica el tamaño de la industria mundial de la tecnología. Sin embargo, ese trabajo no se cuenta, no cuenta aun cuando se lleve a cabo y reporte ganancia. El no contarlo lo invisibiliza, e invisibiliza a quienes lo llevan a cabo.

La lógica del capitalismo reproduce desigualdades en términos de subalternización, empobrecimiento, racialización y feminización. En las últimas décadas, miles de mujeres migraron hacia el norte global para cubrir el puesto vacante que dejaban las blanqueadas, que se incorporaban al mercado del trabajo. Ellas, las blancas, las europeas, las educadas, eran sustituidas por otras, migrantes y por eso desaventajadas, en el trabajo inevitable de lidiar con las necesidades corporales y a menudo afectivas de las personas dependientes. Principalmente en el norte, pero también en el sur global.

Como bien supo verlo Rosa Luxemburgo (1913), el capitalismo avanza sobre la base de la canibalización de otras formas de organización de las relaciones sociales, a las que transforma y subalterniza, utilizando a las personas como mano de obra gratuita, servil o esclava merced a la racialización y la sexualización, a la vez que arrasa la naturaleza de los países del sur utilizando sus materias primas para la producción de novedosas mercancías, o sometiendo el territorio a formas extremas de explotación.

Esas migraciones, presentadas como una incomodidad que los nadie producen en las sociedades ricas (pues ponen en evidencia el saqueo y la violencia que los países imperialistas les han destinado), verdaderamente obedecen al despojo, pero también a la necesidad de que alguien se ocupe de cuidar en las peores condiciones posibles: sin papeles, sin derechos, sometidxs al circuito denominado informal de la economía.

La sociedad capitalista, contractualista y mercantil ha impuesto un ritmo de trabajo y conexiones en el cual no hay lugar para el sueño, la comida, el cuerpo. Solicitudes de conexión viajan a la hora de dormir vía WhatsApp. Comemos algo rápido mientras apagamos la cámara del Zoom durante una reunión de trabajo. El ritmo de trabajo, para quienes tenemos trabajo asalariado, arrasa con horarios y límites. La desconexión, como ahora se le llama al escaso descanso, apenas es posible. Mucho menos cuidar de personas dependientes... y digo esto de manera irónica, preguntándome si es posible para lxs seres gregarios y corpóreos que somos una vida sin sueño, sin comida, sin interdependencia.

Si en algún punto se justifica cuidar niñxs (o por lo menos algunxs niñxs, pues la mayoría nace en condiciones de indigencia, y probablemente sus vidas transcurran en la más extrema precariedad⁶), lxs viejxs son, para la economía capitalista, un riesgo sobre el cual es preciso advertir. En términos de funcionarixs del Fondo Monetario Internacional (FMI) y de los organismos de especulación financiera internacional, las personas mayores son un riesgo para los gobiernos y los agentes económicos, un asunto demográfico que influirá sobre la educación, los cuidados de salud, las jubilaciones y el gasto público.

Es interesante traer a colación citas textuales de las afirmaciones de Christine Lagarde, sobre todo porque han dado lugar a múltiples tentativas de aclaración: según sus defensorxs, Lagarde no habría señalado a lxs ancianxs como un riesgo para la economía. Sin embargo, en *Rapport Mondial sur la stabilité financière du FMI* (2012), en el capítulo 4, se puede leer que:

⁶ En cuanto a lxs niñxs, los últimos datos analizados por UNICEF muestran que “un 42% de los niños, niñas y adolescentes viven bajo la línea de pobreza (5,5 millones de chicos y chicas) y un 8,6% vive en hogares que no alcanzan a cubrir la canasta básica de alimentos” (UNICEF Argentina, 2020: 7).

Como todo otro riesgo al cual son confrontados los agentes económicos –como el riesgo de las tasas de interés o de cambio– el riesgo de longevidad debe ser reconocido y tratado [...] Para amortizar los efectos financieros del riesgo de longevidad es necesario actuar sobre muchos frentes, y notablemente, relevar la edad jubilatoria [...] Los gobiernos deben reconocer su exposición al riesgo de longevidad (El Mourabet, 2020)⁷.

En pocas palabras: las personas mayores son un riesgo financiero, una amenaza potencial para la economía capitalista pues, en todos los casos, además del lenguaje bélico que se emplea, la noción de riesgo está vinculada a efectos negativos, a la posibilidad de acontecimientos considerados como un mal o un perjuicio.

Las sociólogas feministas entienden por “trabajos de cuidado” las prestaciones individuales, grupales y colectivas que generan servicios personalizados y demandan importantes inversiones de tiempo, energía física y especialización (Ferro, 2020: 53). Los trabajos de cuidado involucran tanto las tareas de reproducción de la vida como el trabajo doméstico, e incluyen producciones y actividades realizadas en distintos ámbitos: el hogar, el mercado y los servicios públicos (Carrasco, 2001).

Es decir: no hay nada en estas tareas que las conviertan en labores femeninas ni feminizadas, tampoco racializadas ni realizadas por personas de sectores subalternos en términos de clase social. Y sin embargo lo son.

El cuidado está tensado por dilemas irresolubles, antinomias que solo irán hallando respuesta en la atención y escucha a las experiencias subalternizadas. Por una parte, se trata del carácter personal del cuidar, de la singularidad

⁷ “Comme tout autre risque auquel sont confrontés les agents économiques – comme le risque de taux d’intérêt ou de change – le risque de longévité doit être reconnu et traité [...] Pour amortir les effets financiers du risque de longévité il faut agir sur plusieurs fronts, et notamment relever l’âge du départ en retraite [...] Les gouvernements doivent reconnaître leur exposition au risque de longévité”. El destacado es mío, del mismo modo que la traducción.

de los cuerpos humanos y la interdependencia respecto de otros y otras; por la otra, de la dificultad para la absorción del cuidado por parte del Estado bajo las actuales condiciones sociales e históricas, y de la existencia de obstáculos que impiden la industrialización de la reproducción de la vida tanto en su dimensión doméstica como en lo referido al cuidar.

Ferro (2020: 59-61) señala que, incluso si existen instancias no familiares de provisión de cuidados a través de instituciones y de sistemas institucionalizados tanto privatizados como comunitarios, estas presentan un rasgo común: quienes lo hacen son mujeres, o se trata de trabajos feminizados, precarizados y, la mayor parte de las veces, de tiempos desregulados.

Indudablemente la conformación del orden social vigente está reñida con el cuidar la naturaleza y atender a la reproducción de la vida. Digamos que no solo hace falta el uso del freno de mano de la historia, sino la puesta en cuestión de la mercantilización, la privatización, la lógica de la ganancia, las relaciones de explotación y dominación que depositan en subalternos y subalternas estas tareas, tan indispensables como degradadas. Digamos que el capitalismo es imposible sin abstracción de las cualidades, mercantilización, privatización, subalternización, colonización. ¿Qué respuesta imaginamos que dará?

Imposible pausar. La insensatez de la virtualidad como alternativa

No hay espacio para la reproducción de la vida, para el cuerpo y sus necesidades de sueño y descanso, para el amamantar y criar, para cuidar y duelar, que de todas maneras suceden, pero como si no sucedieran. La insensatez productivista continúa apretando el acelerador, explorando la robótica en busca de soluciones al trabajo doméstico. Una

máquina puede reemplazar adecuadamente a unx trabajadorx asalariadx en caso de que no esté disponible el trabajo gratuito o servil. El sexo virtual evita el contacto y la corporalidad. La comida rápida o hecha (claro que las posibilidades de acceso son sumamente desiguales) evita el escape del tiempo destinado a otra cosa que no sea aquello que se nos pide, en el supuesto de que no formemos parte de la infinita lista de excludxs y expulsadxs del sistema.

La corporalidad humana y la necesidad de cuidado y trabajo doméstico para la sostenibilidad de la vida ponen en cuestión la imposibilidad de pausa, la productividad desenfrenada que impone la lógica capitalista. La flexibilización infinita del tiempo por la vía de la virtualización y la colonización de nuestras vidas a través de soluciones tecnológicas se inscriben en la lógica del capitalismo actual.

Como señala Alvater (2014), no solo se trata del carácter ficticio de los activos financieros en esta fase del capitalismo, sino de los procesos de concentración capitalista por la vía de la desposesión. Alvater observa además el papel que en ese sentido le cabe al Estado, a través de cuyas intervenciones se despoja a las personas que no tienen activos financieros o bienes de capital, y se preparan las condiciones para una nueva expansión de la acumulación creando nuevos términos para el ascenso de la tasa de ganancia: la distribución regresiva del ingreso de lxs asalariadx y la puesta en marcha de innovaciones técnicas y organizacionales para elevar la productividad.

Virtualización, aceleración, expropiación del tiempo y aumento de la productividad a expensas de lxs trabajadores asalariadx auguran, en tiempos de COVID-19, un horizonte escasamente alentador, por mucha retórica de esencialidades que acompañe el pretendido reconocimiento del trabajo de cuidado y reproducción de la vida.

Tal vez sea preciso aprender a vivir del aire, como el clavel del aire... desarraigarnos como especie cortando todos los lazos.

El problema son las raíces, la sensibilidad, la memoria, la afectividad, los vínculos que nos ligan a otrxs y a la tierra que habitamos y de la que vivimos, a nuestrxs muertxs, a las semillas y las estrellas.

Una vez más la vida cotidiana constituye una instancia de crítica del orden social establecido, de sus lógicas de individuos autosuficientes, calculantes y contratantes como los que imagina la antigua directora del FMI, Christine Lagarde.

La lógica del capitalismo y el individualismo despoja de sentido el cuidar, lo degrada. Tal vez la reflexión sobre las experiencias de cuidado permita registrar que no solo sucede que cuidamos bajo condiciones de extorsión y explotación, que es frecuentemente una parte no menor de la verdad, sino de afecto, en el trabajo doloroso y humano de acompañar a morir a nuestrxs viejxs y duelar a nuestrxs muertxs. También en la tarea más jubilosa de transitar el tiempo de nutrir a nuestras crías humanas y no humanas.

Sin embargo, no se trata solo de afecto, sino de trabajo y del inesquívable carácter feminizado e individualizado del cuidado y la domesticidad. Sin ese trabajo, que es también tiempo, es imposible la vida humana. Bajo el capitalismo, el horizonte no parece ofrecer alternativas: salarización degradada y apropiación de trabajo gratuito realizado por personas subalternas racializadas y feminizadas a las que se expropia su vida y su tiempo.

Una vez más Engels, una vez más Rich para dotar de sentido las experiencias, ya que ambxs señalan una dirección que me resulta estimulante: la dificultad para sostener la cría en soledad y aislamiento, pues priva no solo de la necesaria compañía, sino de los relatos de experiencias que permitan inscribir la propia, a la vez que contar con una comunidad que sostenga en el afecto y el trabajo, una comunidad que habilite una división justa del trabajo desde un horizonte más amplio, desde un horizonte que considere nuestras experiencias, que escuche los relatos de lxs nuestrxs, que haga lugar a los afectos y su ambivalencia, que

no considere como única salida la salarización y la mercantilización, o la institucionalización como tabla salvadora.

Bibliografía citada

- Alvater, Elmar (2014). “El capital y el capitaloceno”. *Mundo Siglo XXI*, revista del CIECAS-IPN, núm. 33, vol. IX, 2014, pp. 5-15.
- Anzaldúa, Gloria (2016). *Borderlands. La frontera*. Madrid: Capitán Swing.
- Beauvoir, Simone de (1949). *Le deuxième sexe*, vol. 2. París: Gallimard.
- Carrasco, Cristina (2001). “¿La sostenibilidad de la vida humana, un asunto de mujeres?”. *Mientras Tanto*, 82. Barcelona: Icaria.
- Curiel, Ochy y Jules Falquet (comps.) (2005). *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas*. Colette Guillaumin–Paola Tabet–Nicole Claude Mathieu. Buenos Aires: Brecha Lésbica.
- El Mourabet, Azzedine (2020). “Non, Christine Lagarde n’a pas dit que «les personnes âgées vivent trop longtemps»”. En *Libération*, 10 de julio de 2020. Disponible en <https://bit.ly/3eY2I6N>
- Engels, Friedrich (1863). *Dialéctica de la naturaleza*. Disponible en <https://bit.ly/3uYw0rF>
- Ferro, Lilian. (2020). “La cuestión del cuidado en el escenario post pandemia. ¿Hacia Estados del cuidado o hacia Gilead?”. *Revista Interdisciplinária em Cultura e Sociedade (RICS)*, 6(2), 50-71.
- Fraisse, Geneviève (2008). *Le privilège de Simone de Beauvoir*. Paris: Actes du Sud.
- González, Lélia (1988). “Por um feminismo afrolatinoamericano”. *Isis*. Disponible en *Caderno de formação política do círculo palmarino*, 11-20. Disponible en www.circulopalmarino.org.br

- Guzmán, Adriana y Paredes, Julieta (2014). *El tejido de la rebeldía. ¿Qué es el feminismo comunitario?* La Paz: Comunidad Mujeres Creando Comunidad.
- Haraway, Donna (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Haraway, Donna (2016). “Antropoceno, Capitaloceno, Plantacionoceno, Chthuluceno: generando relaciones de parentesco”. *Revista Latinoamericana de Estudios Críticos Animales*, año III, vol. I, 15-26. Disponible en: <https://bit.ly/3eUAFfw>
- Luxemburg, Rosa (1913). *La acumulación del capital*. Edicions Internacinals Sedov. Disponible en: <https://bit.ly/33UQPzi>
- OXFAM (2020). “Los millonarios del mundo poseen más riqueza que 4600 millones de personas”. Disponible en: <https://bit.ly/3wdmAss>
- Rich, Adrienne (1978). *Nacida de mujer*. Barcelona: Noguer, Rizzoli, Larousse.
- Rich, Adrienne (1999). “La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana”. En Navarro Marysa y Catherine Stimpson (comps.), *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Schwarzer, Alice (1986). “Reportaje a Simone de Beauvoir”. *Crisis*, 42 (mayo).
- Stone-Mediatore, Shari (1998). “Chandra Mohanty and the Revaluing of ‘Experience’”. *Hypatia*, 13(2), 116-133.
- Tarducci, Mónica (2011). “Algunas reflexiones sobre la antropología del parentesco a propósito de Simone de Beauvoir”. En Alejandra Ciriza (comp.), *En memoria de Simone de Beauvoir* (pp. 21-35). Buenos Aires: Leviatán.
- Thompson, Edward Palmer (2001). *Obra esencial*. Barcelona: Crítica.
- UNICEF Argentina (2020). “Efectos de la situación económica en las niñas, niños y adolescentes en Argentina”. Disponible en: <https://uni.cf/3eZgVjY>
- Williams, Raymond (2000). *Palabras clave, un vocabulario de la cultura y la sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Cuatro décadas de políticas de género en Argentina

Un recorrido por los cambios normativos de 1985 a 2020 desde una perspectiva feminista

CLAUDIA C. ANZORENA

Introducción

En Argentina, en el último año parece haber surgido una nueva necesidad de debatir en torno a la eficacia y el impacto de las leyes y políticas en relación con las demandas feministas y LGTTBQI+, a la luz de la Ley Micaela (2019/2020) y de la creación de un Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020).

Pero esta necesidad de pensar las políticas de género no es producto de estos u otros acontecimientos recientes, sino que viene desde tiempo atrás, cuando las demandas feministas lograron ingresar a los espacios estatales nacionales e internacionales, como asuntos socialmente problemáticos que debían ser abordados o derechos humanos que debían ser reconocidos y garantizados. En este sentido, la década de 1970 marca un punto de inicio, porque los feminismos se incorporaron al espacio público para transformar las relaciones con las instituciones y los poderes estatales y, sobre todo, los modos en que las instituciones y poderes inciden en y abordan las demandas feministas. Por lo tanto, pensar las políticas públicas desde una perspectiva feminista es una necesidad práctica y teórica que nos compromete como activistas y trabajadoras de las ciencias sociales desde hace décadas, para entender los procesos de institucionalización

que echaron a andar una maquinaria compleja y polémica vigente hasta la actualidad.

Como una suerte de encadenamiento, esta necesidad se actualiza periódicamente a la luz de acontecimientos que marcan hitos, como puede ser la sanción de leyes o la creación de mecanismos institucionales, o bien algún asunto o denuncia que se instala en el espacio público a través de los medios de comunicación o las redes sociales. Ejemplos de esto son la gran movilización del 3 de junio de 2015 bajo la consigna Ni Una Menos y el debate de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en 2018, emergentes de décadas de luchas del movimiento feminista en Argentina.

En 2020 asistimos a acontecimientos que marcaron hitos, que estallaron, que reverdecieron y multiplicaron las bases, pero con un importante cúmulo de experiencias y conocimientos sobre los límites y posibilidades de la institucionalización: primero, el compromiso del presidente Alberto Fernández, cuando recién asumía, de impulsar la legalización del aborto voluntario y la creación del Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad; segundo, los efectos específicos y diferenciales de la pandemia por COVID-19 para mujeres, lesbianas y personas trans en el marco de las tareas reproductivas, domésticas y de cuidado de la vida en general y de la salud en particular. Dentro de esta coyuntura, también inició la implementación de la Ley Micaela, sancionada en 2019, que hace obligatoria la capacitación en género y derechos de las mujeres a todos los niveles y jurisdicciones del Estado. Me llamó especialmente la atención que recién se considerara necesaria esta obligatoriedad después de 35 años de la sanción de las primeras leyes de género, que vinieron de la mano de la reinstauración democrática.

Como señala Virginia Guzmán (2019), después de 35 años de un proceso frágil de institucionalización del género en la intervención del Estado, son cuantiosas y variadas las claves que tenemos para comprender la complejidad que conlleva transformar las relaciones y con-

cepciones atribuidas a los géneros sexuales. Complejidad que se debe tanto al carácter estructural y de raigambre histórico-cultural de estas relaciones y concepciones como a los modos en que se entranan con una multiplicidad de desigualdades sociales, económicas, raciales y culturales. Y esta complejidad no se refleja solo en el campo estatal nacional y transnacional, sino en todos los órdenes de la vida: lo doméstico, lo público, la esfera mercantil e incluso para el propio movimiento de mujeres, feministas y personas LGTTBIQ+. Nuestra ventaja es contar con al menos cuatro décadas de experiencia y tres renovaciones generacionales. Señala Guzmán (2019: 9) que “tomar un período largo de tiempo como campo de análisis evidencia el carácter no lineal, contingente y gradual de los procesos estudiados, las continuidades y discontinuidades de ellos, sus hitos más significativos, y los logros esperados e inesperados”.

Los feminismos, como perspectivas teóricas y prácticas de políticas, han contribuido ampliamente al estudio crítico de las políticas públicas y del Estado desde diferentes posicionamientos, algunos muy críticos y hasta anti Estado, y otros orientados a acortar brechas y favorecer procesos de institucionalización. Estas perspectivas y prácticas han tenido y tienen una gran variedad de posicionamientos, inclusive tensiones y antagonismos entre sí, que dan lugar a un rico repertorio de estudios en torno a cómo incide la intervención del Estado en las relaciones desiguales de género y, a la vez, cómo se juegan estas desigualdades en el conjunto de la intervención estatal. Es decir, hacen hincapié no solo en los efectos que las políticas tienen en la vida de las mujeres, lesbianas, personas trans y feminizadas, sino también en cómo las relaciones entre los géneros son constitutivas del Estado, introduciendo un análisis explicativo y comprensivo (Anzorena, 2014).

El objetivo de estas reflexiones es retomar el tramo largo de las políticas que buscan intervenir en las condiciones de vida de las mujeres y los colectivos LGTTBIQ+ para mejorarlas, ampliar derechos y transformar las relaciones

desiguales entre los géneros sexuales, que llamaré “políticas de género”. De este modo realizaremos un recorrido por las leyes y normativas desde la reinstauración democrática hasta la actualidad, para aportar al debate sobre qué situaciones socialmente problemáticas han atendido y qué colectivo o sujeto de política han creado. Lo que buscamos es recuperar una parte de nuestra memoria, para contrarrestar el pensamiento de que todo comenzó recientemente y, así, reflexionar en clave histórica sobre los anudamientos, los límites y las posibilidades del campo estatal como espacio para instalar nuestras demandas y reivindicaciones y transformar nuestras vidas.

Este capítulo forma parte de un acervo que he ido construyendo a partir tanto de las lecturas bibliográficas o la recolección sistemática de datos plasmada en mi producción académica como de mi participación en el activismo feminista, donde realizo una observación y escucha atenta de otras feministas con trayectorias similares, o más/menos extensas, o que han tenido recorridos diferentes. Un problema con el que me he encontrado como cientista social, en el último tiempo, tiene que ver con que las discusiones en torno al corpus teórico, a la metodología y a las técnicas de investigación no alcanzan para dar cuenta de la labor intelectual realizada para llegar a ciertas consideraciones, observaciones, reflexiones e inclusive conclusiones. El trabajo de campo llevado a cabo por mí y por muchas otras intelectuales-activistas feministas desborda la clasificación de las técnicas de investigación, inclusive las cualitativas y las discusiones en torno a estas.

Nuestro trabajo de producción de conocimiento social y feminista se desarrolla en múltiples intersecciones entre la práctica política y la práctica teórica, entre el activismo y las ciencias sociales. Hago revisión de documentos, observaciones participantes y no participantes, entrevistas, conversaciones, escuchas, lectura de periódicos, debates teóricos y debates políticos, acercamiento al y distanciamiento del campo y la empiria, pero también elaboración de gacetillas,

declaraciones, organización de actividades, participación en redes sociales, creación de canciones y consignas. Con Flora Partenio llamamos a esto “investigación-acción feminista”, porque conocimiento, crítica, emoción y transformación se dan en un mismo proceso. Como señala Sara Ahmed (2018), en el feminismo teoría, política y emociones son inescindibles.

Los feminismos en un mundo que se transforma

En un sistema capitalista, las políticas públicas establecen vínculos entre la esfera pública, la esfera mercantil y la esfera doméstica/comunitaria (Carrasco, 1995; Esping-Andersen y Palier, 2011). Las formas y funciones que toman el Estado y su burocracia, sus acciones y a quién se dirigen, en cada momento y lugar determinado, son un producto histórico resultante de confrontaciones y disputas en torno a quién obtendrá qué y cómo. Las políticas no son solo respuestas a problemas determinados, sino que son constitutivas de los procesos a partir de los cuales se construyen y se ponen en relación los diferentes sujetos sociales en la arena política. Por tanto, condicionan la vida de la población porque determinan las prioridades sobre el uso o no de ciertos bienes y servicios y establecen quién tiene derecho a qué y cómo acceder a ese derecho (Fleury, 1997; Oszlack, 2006; Minujin y Consentino, 1996; Vargas Flood, 1995).

La década de 1960, al menos en Occidente, con el bagaje de dos conflictos bélicos mundiales y en plena Guerra Fría, era un momento particular para pensar la reconfiguración de todas las relaciones sociales, donde participaron múltiples actores colectivos e instituciones de diferentes envergaduras y poder político y de presión: movimientos sociales, organizaciones religiosas, Estados, organismos internacionales y mercados nacionales, transnacionales y multinacionales. En esa coyuntura converge el interés por

la “condición de las mujeres” de una manera muy particular, porque lo traen dos actores divergentes. Por un lado, los movimientos feministas, de lesbianas, gays y de liberación sexual poniendo en cuestión la heterosexualidad como destino único para lxs sujetxs o la maternidad para las mujeres. Por otro lado, los organismos internacionales preocupados por el lugar de las mujeres en el desarrollo como recurso subutilizado: para el crecimiento económico en el sector productivo, para la satisfacción de necesidades básicas con el trabajo reproductivo, para el control demográfico a través del control de la fecundidad, es decir, por su gran potencial desaprovechado para la paz y el desarrollo de las naciones (Portocarrero, 1990; Molyneux, 2003; Aguinaga et al., 2012; Falquet, 2008).

Ambos flujos llevan a los procesos de institucionalización de la “cuestión de la mujer” (en primer lugar) y del “género” (en segundo lugar), inaugurados oficialmente en el plano internacional por Naciones Unidas en 1975 con la I Conferencia Mundial de la Mujer en México y la Declaración de la Década de la Mujer para el Desarrollo (1975-1985). En este marco se dio la aprobación de la CEDAW (1979), de una conferencia intermedia (IICMM-Copenhague, 1980) y de cierre de la década (IIICMM-Nairobi, 1985) y la IV Conferencia de la Mujer en Beijing en 1995, que introduce una perspectiva relacional de la cuestión de género, y todas las conferencias regionales y de seguimiento, los pactos y estrategias, leyes, políticas y mecanismos institucionales a los que dieron lugar (Anzorrena, 2013).

Cuatro décadas de transformaciones legales y políticas en Argentina

Podemos señalar, ampliando la definición de Caroline Moser (1998), que las políticas de género son intervenciones estatales

que buscan de manera explícita tanto reducir las desigualdades y la discriminación entre los géneros y emancipar a las mujeres y personas LGTTBQ+ como atender alguna situación que afecta de manera específica a las mujeres o a las personas LGTTBQ+ en su condición de género¹. En este sentido, se trata de un proceso complejo que comienza con el diseño de una política que indica qué hacer, cómo y para quién hacerlo, y finaliza con la implementación concreta. Es decir que, a partir de la formulación de la política, ya sea esta una ley u otro tipo de norma, se echa a andar un entramado de dispositivos de intervención, con múltiples raigambres y disputas por ocupar espacios y obtener recursos.

Desde la reinstauración democrática, Argentina ha sancionado decenas de leyes y normas tendientes a abordar las desigualdades de género. Este recorrido nos permite ver el carácter histórico de la lucha feminista a nivel global, y cómo esta fue penetrando en toda la estructura del Estado hasta cambiar sus incumbencias y al Estado mismo (Bareiro, 2012). Me centraré en el nivel de la política en cuanto su surgimiento da lugar a redes de implementación constituidas por organismos, mecanismos burocráticos y funcionarixs que van desde el más alto nivel de la gestión hasta las bases de ejecución mismas. Realizaré este recorrido por década y focalizaré en las políticas que se concretaron. No abordaré las que quedaron trunca, las luchas anteriores o las que acompañaron a cada una de estas, porque exceden este trabajo.

La primavera democrática

El primer corte va de 1984 a 1989: si bien se trata de media década, alcanza para posicionarse como un momento en sí mismo. En cuatro años surgieron al menos seis políticas que fueron

¹ El colectivo de mujeres, lesbianas, gays, personas trans y feminizadas no es un todo homogéneo en sus condiciones materiales y simbólicas, sino que en este sentido juegan un papel fundamental la interconstitucionalidad de la racialización, la clase, el género, la orientación sexual, la procedencia y la ubicación geopolítica (Anzorena, 2014).

muy significativas en la ampliación de derechos y el reconocimiento por parte del Estado de la obligación de garantizar aquello con lo que se había comprometido.

En marzo de 1984, con la ley 23054 se aprueba la Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica (1969), que inaugura esta etapa de retorno a los derechos humanos. En 1985 se sanciona la ley 23179 de aprobación de la Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), aprobada por resolución 34/1980 de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979 y suscripta por Argentina en 1980.

En 1985 la ley 23226 otorga el derecho a pensión del cónyuge en las uniones de hecho y la ley 23264 establece la patria potestad compartida entre padre y madre en relación con lxs hijxs menores de edad. Esta ley, además, elimina toda distinción en la filiación, y establece la igualdad de los/as hijos/as ante la ley.

En 1986 el decreto 2274/1986 establece el derecho a decidir sobre la propia reproducción, que anula el decreto 659/1974 (que prohibía el uso, venta y compra de métodos anticonceptivos) y se sanciona la ley 23451 que aprueba el Convenio sobre la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras, adoptado por la 67.^a reunión de la Conferencia General de la OIT.

En marzo de 1987, el presidente Alfonsín crea la Subsecretaría de la Mujer, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia, cuya titular fue Zita Montes de Oca, una reconocida feminista (Atschul, 2013). Se considera el primer mecanismo institucional de género del país en cuanto contaba con estructura, presupuesto propio y un objetivo claro, el de propiciar la igualdad para las mujeres (MSyAS, 1994).

En 1987 se sanciona la ley 23515 que otorga el derecho al divorcio y a volver a casarse. Además, quita la obligación de que la mujer establezca su domicilio en el lugar del cónyuge y de llevar la preposición “de” y el apellido del esposo.

En 1988 se aprueba la ley 23592 de penalización de actos discriminatorios. Esta ley describe, aunque de manera limitada, una serie de actos discriminatorios y solo señala en general la discriminación “por motivo de sexo”. Ha tenido al menos 14 modificaciones, pero es una ley desactualizada.

De estas leyes, la que suscitó mayores controversias y resistencias fue la que permitía el divorcio. En esa oportunidad los grupos conservadores y religiosos mostraron su costado más reaccionario y esgrimieron argumentos y prácticas obstaculizadoras de derechos, que lamentablemente seguimos viendo hasta la actualidad.

Los recesivos noventas

La década de 1990 fue recesiva en todos los órdenes de la vida social, política y económica del país, y los derechos no fueron la excepción. Al inicio, se sancionan dos leyes relevantes como coletazo de la década anterior. Una es la ley 23798, que declara de interés nacional a la lucha contra el SIDA, conocida como Ley Nacional de Sida, presentada en 1988, sancionada en 1990 y reglamentada en 1991. La ley establece el requisito del consentimiento informado y reitera la confidencialidad frente al test y sus resultados. Esta norma, que tardó varios años en concretarse, es muy relevante en cuanto protegía de la discriminación al colectivo LGTTBIQ+ y a las mujeres, en un momento en que el VIH y el sida estaban vinculados a prácticas sexuales moralmente repudiables para el sentido común. Pasadas tres décadas, diferentes organizaciones de personas que vivían con VIH impulsan la sanción de una nueva ley que declare de interés público nacional la respuesta integral a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las infecciones de transmisión sexual.

La otra ley es la 24012/1991 de cupo femenino, que determinó que al menos el 30% de las listas de los partidos en las elecciones estuviera ocupado por mujeres. La autora

del proyecto fue la senadora radical y feminista de Mendoza Margarita Malharro de Torres, y se trata de la primera ley de cupo sancionada en Latinoamérica.

En marzo de 1991, por el decreto 378/1991, Carlos Menem crea el Consejo Coordinador de Políticas Públicas para la Mujer, bajo la jurisdicción de la Presidencia de la Nación, organismo que se transformó en el Consejo Nacional de la Mujer creado por el decreto 1426/1992 y que permaneció hasta 2017. La feminista Virginia Franganillo, su primera titular, llevó adelante una serie de acciones para transversalizar la perspectiva de género, e incluso tuvo un papel relevante en los intentos de introducir los contenidos de género en la Ley 24195 Federal de Educación (1993) y en sus contenidos básicos comunes, cosa que no prosperó debido a la resistencia de la Iglesia católica (Bonder, 1999).

Cuatro leyes para destacar antes de entrar en la reforma constitucional: en 1994, la ley 24429, que habilita a las mujeres a ingresar al Servicio Militar Voluntario, y la Ley 24417 de Protección contra la Violencia Familiar, que es muy limitada en sus conceptos, pero significó un cuestionamiento a la naturalización de la violencia en el ámbito doméstico; en 1995, la ley 24660, que establece que las penas privativas de libertad deben ser cumplidas en establecimientos adecuados según el sexo, a cargo exclusivamente de personal femenino y que debe brindarse una serie de atenciones específicas para las internas embarazadas y con hijos/as lactantes, y la ley 24453, que eliminó el delito de adulterio del Código Penal.

En 1994 se lleva a cabo la reforma de la Constitución Nacional, en la que se incluye con rango constitucional una serie de convenciones internacionales, entre ellas la CEDAW (ley 23179) y el Pacto de San José de Costa Rica (Ley 23054). Durante este proceso se conformó el colectivo MADEL (Mujeres por el Derecho a Decidir en Libertad), integrado por feministas de diferentes puntos del país, que se opuso y logró frenar la introducción en la Constitución del reconocimiento del derecho a la vida desde

la concepción, impulsado por constituyentes cercanos a la Iglesia católica como una forma de frenar la posibilidad de legalizar el aborto.

La contraofensiva conservadora no tardó en hacerse sentir. El menemato, alineado con los sectores conservadores católicos, impulsó la retirada de varias feministas de los ámbitos de decisión, entre ellas Franganillo. En la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995) Argentina firmó la Plataforma de Acción con reservas para el capítulo sobre derechos sexuales y reproductivos. A falta de una normativa nacional, las provincias comenzaron a sancionar sus propias leyes de creación de programas de salud reproductiva: comienzan en 1996 con Chaco, La Pampa, Córdoba y Mendoza². En esta tensión Menem firma el decreto 1406/1998, que declara el día 25 de marzo de cada año como el Día del Niño por Nacer, que sigue vigente hasta la actualidad.

El resurgir de los derechos

La década que va de 2000 a 2009 está signada por un nuevo resurgir de leyes, normas y mecanismos de género, sobre todo después de la crisis de 2001³.

En el ámbito educativo y sindical, en 2000 se sancionó la ley 25273 para la creación de un régimen especial de inasistencias justificadas por razones de gravidez para alumnas que cursen en todos los niveles, en establecimientos de jurisdicción nacional, provincial o municipal. Esta ley fue impulsada por sindicatos docentes que venían incorporando alguna perspectiva de género desde la década anterior y se va a reflejar en otras leyes, como la ley 25584/2002, que prohíbe en los establecimientos de educación pública toda acción institucional que impida el inicio o la continuidad del ciclo escolar a alumnas embarazadas. También en

² Ver portal RIMAWEB (<https://bit.ly/3eTPqbv>).

³ La crisis de 2001 marca una popularización del movimiento feminista, como explica Graciela Di Marco (2011).

2002 se aprueba la Ley 25674 de Asociaciones Sindicales, donde se establece que la participación femenina en las unidades de negociación colectiva de las condiciones laborales tiene que ser representativa de la cantidad de trabajadores en la rama o actividad de que se trate, e integrar mujeres en cargos electivos y representativos de las asociaciones sindicales, con los porcentajes de dicha representación.

En el ámbito de la protección social, en 2002, por el decreto 1195/2002, se crea el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación, conformado por tres instrumentos de gestión: la Unidad de Coordinación Técnica, el Consejo Nacional de la Mujer y la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas, a los que después se fueron agregando otros programas y organismos. La función del Consejo quedó vinculada mayormente con la atención de la violencia contra las mujeres, con énfasis en la gestión comunitaria y desarrollo social. En 2004, la gestión kirchnerista comienza un proceso de reestructuración de las políticas de protección social con una impronta de género particular. Para el caso de las mujeres fue tomando la forma de políticas de transferencia monetaria dirigidas a, o gestionadas por, mujeres-madres pobres o víctimas de violencia, que desembocará en 2009 en la Asignación Universal por Hijo, ampliada en 2012 a la Asignación por Embarazo, al programa Ellas Hacen, el Plan de Inclusión Previsional o jubilación del ama de casa y la Ley 26844 sobre Régimen Especial de Contrato de Trabajo para Personal de Casas Particulares (2013). Observamos que, si bien después de la crisis de 2001 la ampliación de derechos se vigorizó, las políticas de protección social y las políticas de reconocimiento de derechos anduvieron por carriles separados, con escasos puntos de contacto, lo que produjo una suerte de fragmentación del sujeto de derecho en cada uno de estos campos (Fraser, 1997; Anzorena, 2013, 2016).

En el ámbito de la sexualidad y reproducción, en 2003 se aprueba la ley 25673, que crea el tan ansiado Programa

Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Esta norma fue reclamada por los feminismos desde la década de 1980. Esta ley inicia una seguidilla de normas tendientes a la integralidad de la salud y derechos sexuales y reproductivos (con excepción del aborto, que va a tener un recorrido propio y aún más sinuoso): la Ley 25929 (2004) de parto respetado; la ley 26130/2006, que permite y regula el acceso a la contracepción quirúrgica, y la ley 26150/2006, que establece el derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de todas las jurisdicciones, y crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI).

En otro orden se sanciona la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005), con un claro énfasis en la eliminación de la discriminación de género, y en 2006 se aprueba por ley 26171 (2006) el Protocolo Facultativo de la CEDAW, que le da al país mecanismos jurídicos de exigibilidad del cumplimiento de la Convención.

En 2007, después del caso “L. M. R. vs. Argentina”, referido a la obstaculización del aborto en casos de violación (Díaz, 2011) y otros que tomaron estado público, el Ministerio de Salud de la Nación encabezado por Ginés González García impulsó una serie de protocolos que funcionarían como garantía para la atención humanitaria del postaborto y los abortos no punibles de acuerdo con el artículo 86 del Código Penal argentino, que con los años lograría insertarse en el sistema de salud, en la Justicia y en la sociedad. Así surge el primer “Protocolo de atención de aborto no punible” (2007), base de las modificaciones que se fueron dando hasta llegar en 2019 al “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”.

En el marco de la atención y prevención de las violencias, se sancionan dos leyes que marcarían un hito en la implementación de políticas de género: la Ley 26364 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a

sus Víctimas (2008), y la Ley 26485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2009).

Esta década termina con otra ley vanguardista a nivel mundial en cuanto a derechos de los colectivos LGTTBI-Q+, la ley 26618/2010, conocida como Ley de Matrimonio Igualitario, que les permite contraer matrimonio civil a personas del mismo sexo. El cierre de la década con la ley de violencia y de matrimonio igualitario fue victorioso porque esta legislación prometía, por su vanguardismo, integridad y multidimensionalidad, y comenzar un camino de transformación del abordaje de la violencia patriarcal y de las relaciones de género.

Del arco iris a la marea verde

El año 2012 será prolífero. En marzo la Corte Suprema de Justicia se pronuncia a través del fallo F. A. L. sobre la causal violación de aborto, con base en la Constitución y en los tratados internacionales a los que el país suscribe. Esta medida aclara que el embarazo producto de violación no está penado, independientemente de las capacidades físicas o mentales de quien gesta. Insta al Poder Ejecutivo a disponer los medios para acceder al aborto en los casos en que no está penado, o sea que es legal y sienta las bases para demostrar la constitucionalidad de la legalidad del aborto voluntario en Argentina.

Ese año se sanciona la Ley 26743 de Identidad de Género, que reconoce el derecho de las personas a ser tratadas y registradas legalmente con la identidad genérica autopercibida y al acceso a tratamientos médicos para la adecuación a dicha identidad. Se suman dos leyes de modificación del Código Penal, la Ley 26738 de Delitos contra la Integridad Sexual, que quita la figura del avenimiento para exculpar al violador, y la ley 26791, que agrava los homicidios relacionados con la violencia de género, tipifica la figura del femicidio y los crímenes de odio en el Código

Penal (UFEM, 2016). Finalmente, después de la liberación de las 13 personas imputadas por la desaparición de Marita Verón, se desencadena la sanción de la ley 26842, que modifica la Ley 26364 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas. Esta ley amplía las condenas para los delitos de trata, acelera el proceso judicial y elimina el consentimiento de la víctima como elemento exculpativo. Además, convierte la trata de personas en un delito federal y amplía los derechos de las víctimas, crea un Consejo Federal para la lucha contra la trata y un Comité Ejecutivo para la asistencia a la víctima (Sommer, 2017).

En 2013 se aprueba la ley 26862, que garantiza de forma gratuita el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida para toda persona mayor de edad, independientemente del estado civil u orientación sexual.

La marcha Ni Una Menos del 3 de junio de 2015 produce una masificación del movimiento feminista y LGTT-BIQ+ que lo hace muy visible y presente en la escena pública, interpelando fuertemente a la responsabilidad del Estado. Esto impactó en los modos en que los ámbitos de decisión política verían al sujeto político “las mujeres” y cambiaría el abordaje de la cuestión de la violencia y los femicidios, dirigiendo recursos a estas problemáticas.

En diciembre de 2015 el nuevo presidente Mauricio Macri designa titular del Consejo Nacional de la Mujer a Fabiana Tuñez (decreto 228/2015), lesbiana y feminista, que trabajaba sobre los femicidios desde el activismo en la organización La Casa del Encuentro. En septiembre de 2017, por decreto 698/2017 se crea el Instituto Nacional de las Mujeres (INAM), también presidido por Tuñez. El INAM se funda como organismo descentralizado dentro de la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, y su función es diseñar políticas para la implementación de la ley 26485/2009. En este marco se lanzó el Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la

Violencia contra las Mujeres (2017-2019)⁴, cuya aplicación se pensó descentralizada y con la participación de las “áreas mujer” provinciales y municipales.

La designación de una feminista para el cargo, la creación del INAM y el lanzamiento del Plan forman parte de una intención del gobierno macrista de mostrar voluntades de jerarquizar la política contra la violencia de género, en un contexto mundial que mostraba esta acción como correcta, cuando todos los sectores opositores/progresistas del país conjeturaban que haría lo contrario. A esto se suma que, a inicios de 2018, después del gran “pañuelazo” realizado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito frente al Congreso el 19 de febrero de 2018, Macri declaró que habilitaría el debate, aunque sin apoyar la aprobación. En marzo iniciaron seis meses de debate y movilizaciones multitudinarias a favor de la ley de interrupción voluntaria del embarazo que venía impulsando hacia trece años esta Campaña⁵. El proyecto tuvo media sanción en Diputados/as y fue rechazada en el Senado, pero dejó sentadas las bases de la legitimidad del reclamo. Asimismo, en 2019 se reabrió la oficina de ONU Mujeres en Argentina.

Independientemente de las razones ideológicas que llevaron a un gobierno neoliberal a promover estas políticas y de las críticas suscitadas, no deja de ser patente el hecho de que, después de décadas de transformaciones, desmarcarse o desmantelar las políticas de género no era fácil o deseable, ni siquiera para un gobierno que no mostraba sensibilidad social hacia los sectores históricamente más vulnerados.

Volviendo al ámbito legislativo, en 2017 se sanciona la Ley 27412 de Paridad de Género en Ámbitos de Representación Política, en reemplazo de la Ley de Cupos de 1992. Establece que en las listas se debe intercalar mujeres

⁴ Se puede consultar en <https://bit.ly/2S6dPBT>.

⁵ La Campaña lanzada en 2005 instaló el pañuelo y el color verde como símbolo de la legalización del aborto, que tomó dimensiones globales.

y varones para garantizar la misma cantidad de representantes de ambos géneros. En julio de 2018 se sanciona ley 27452 o Ley Brisa, que estipula un régimen de reparación económica para las niñas, niños y adolescentes cuya madre, padre o progenitora o progenitor afín haya muerto a causa de violencia de género y/o intrafamiliar.

En abril de 2017, en Gualeguay (Entre Ríos), Micaela García es violada y asesinada a la salida de un boliche. El violador y femicida Sebastián Wagner estaba preso por abuso sexual y había sido liberado unos días antes del ataque. Esta situación mostró las terribles falencias de los mecanismos institucionales para prevenir, sancionar y erradicar la violencia y los femicidios, y por ende la desprotección en que se encuentran las mujeres (especialmente las niñas y jóvenes), y desencadenó en diciembre de 2018 la aprobación de la ley 27499 o Ley Micaela, promulgada en enero de 2019. La Ley Micaela establece la capacitación obligatoria en la temática de género y violencia contra las mujeres para todas las personas que se desempeñen en la función pública en todos los niveles, jerarquías y poderes del Estado. Además, indica los mecanismos de implementación, la institución responsable de la aplicación y el seguimiento. Su aplicación sería efectiva en 2020.

A fines de 2019 se sancionó la Ley 27521 de Sistema Único Normalizado de Identificación de Talles de Indumentaria, impulsado por organizaciones que promueven la diversidad de cuerpos; sin embargo, su aplicación es exigua.

El año 2019 estuvo signado por la campaña para las elecciones presidenciales. Durante la campaña, todos los candidatos se vieron impelidos a manifestar su posición en torno a temas sobre las relaciones de género, la violencia machista, la diversidad sexual y los derechos de las mujeres. En octubre es electo presidente Alberto Fernández, del Frente de Todxs, quien había manifestado su posición a favor de la despenalización y legalización del aborto y el compromiso de avanzar en este sentido.

En diciembre, luego de asumir, por Decreto 7/2019 (que modifica la Ley de Ministerios), crean el Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad, que amplía las incumbencias y suprime al INAM. Este Ministerio cuenta con 2 secretarías, 6 subsecretarías y 46 direcciones. Las temáticas que aborda tienen que ver con las violencias de género y el femicidio, la diversidad sexual y de género y la participación política, y lo más novedoso es que incluye tres direcciones de políticas de cuidados, mapeo federal y articulación de dichas políticas⁶.

En marzo de 2020 se detecta el primer caso de COVID-19 y se declara la emergencia sanitaria, que implicó medidas de aislamiento social y confinamiento en las viviendas para controlar el ritmo de contagio. Esta pandemia global, entre otras cosas, dejó al descubierto en qué medida el sistema social descansa sobre el trabajo que se realiza en el ámbito doméstico y, por ende, la sobrecarga estructural y coyuntural que pesa sobre las mujeres en las tareas de cuidados y domésticas. En este marco, los feminismos evidenciaron de diferentes modos las desigualdades persistentes en las relaciones de género, la profundización de muchas de estas como la violencia, la precariedad laboral y de subsistencia para mujeres y personas LGTT-BIQ+ y la esencialidad de la salud sexual y reproductiva, sin dejar de levantar banderas históricas, como la legalización del aborto.

En este marco se firma el decreto 721/2020 de Cupo Laboral de Personas Travestis, Transexuales y Transgénero en el Sector Público Nacional, que establece que los cargos deberán ser ocupados por personas trans en una proporción no inferior al 1%. Se produce también la sanción en 2020 de la tan ansiada Ley 27610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), promulgada y observada simultáneamente por el decreto 14/2021 y por la Ley 27611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante

⁶ Ver organigrama en <https://bit.ly/3hCCBUO>.

el Embarazo y la Primera Infancia. Actualmente, la ley de IVE tiene pocos meses de vigencia, y se está implementando en los diferentes territorios del país, con mayor o menor dificultad de acuerdo con el contexto.

Treinta y cinco años de políticas de género y...

Estos 35 años de modificaciones legales y políticas en torno a la cuestión de género en nuestro país muestran solo algunos hilos de una inmensa trama. Del mismo modo en que elegimos recorrer las políticas que se formalizaron, podríamos haber analizado las que quedaron/están en el camino, o las luchas y los debates que las acompañaron, o las falencias en su implementación, o las que ya no son adecuadas en las condiciones actuales. Es decir, que a partir de este recorrido podemos emprender una multiplicidad de caminos, pero me referiré a dos: qué situaciones abordan estas normas y qué sujetos construyen o asumen como legítimos destinatarios de ciertos derechos, y por tanto qué queda por fuera de lo abordado.

Las leyes que implican reconocimiento y ampliación de derechos giran en torno a ciertas situaciones socialmente problemáticas: abordaje de la discriminación en diversos ámbitos, femicidios, violencias y situaciones de vulnerabilidad, ejercicio de las sexualidades, regulación de los eventos reproductivos y participación política. Otros problemas son escasamente abordados o no abordados: la redistribución de las riquezas o los efectos de la degradación ambiental de acuerdo con los géneros, las tensiones entre trabajo productivo y reproductivo, el trabajo de cuidado, la corresponsabilidad, los usos del tiempo y el desempleo.

Todas estas normativas dieron lugar a procesos y creación de herramientas estatales para su implementación, que van afectando toda la estructura, todos los niveles y las funciones del Estado y sus burocracias. Cada una de estas ha

dado lugar a mecanismos, articulaciones y redes de planificación e implementación de políticas, planes y programas, que han tenido mayor o menor efectividad, impacto, límites y posibilidades en relación con los problemas que abordan y desde dónde se abordan.

En este sentido, la Ley Micaela establece una marca en cuanto viene a señalar las falencias de las políticas atentas a la discriminación de género y al adelanto de las mujeres y colectivos LGTTBIQ+. Si bien en la III Conferencia Mundial sobre la Mujer de Nairobi (1985) se llamó la atención sobre la necesidad de formar e involucrar a todos los niveles de decisión política, tuvieron que pasar 35 años, más de 30 leyes, miles de femicidios y muertes evitables para que los/as funcionarios/as tomen conciencia de que las leyes y políticas no debían limitarse a las víctimas. Un tramo largo y doloroso para que de alguna manera entiendan que los cambios estructurales difícilmente se consiguen espontáneamente, que quienes tienen privilegios no los perciben como tales y que si así lo hacen, no renuncian a estos sin más. Es decir, que les tomó tres décadas de políticas públicas para comprender que se necesitaba una ley que obligara a impulsar cambios y superar las resistencias, porque de buen modo y apelando a la voluntad política no se estaba logrando.

Claramente la voluntad política, o su falta, no es la única herramienta para frustrar la implementación de una política, y la buena voluntad tampoco es suficiente para que una ley sea efectiva en lo que se propone. Necesita presupuesto, capacidad de planificación y gestión, personal especializado en la problemática que se aborda, idoneidad para abstraerse de las creencias personales y alta capacidad de evaluación y autocrítica. En esto último nos toca a las feministas pensar cuáles son las dificultades para traducir nuestros diagnósticos y categorías teóricas en procedimientos concretos e indicadores de planificación (Moser, 1998).

A su vez podemos reconocer qué sujetos e identidades colectivas se van construyendo en cada contexto histórico.

En cada momento, las políticas públicas construyen determinadas identidades colectivas –las madres, las jefas de hogar, los niños– y al mismo tiempo legitiman ciertas demandas de ciertos colectivos como cuestiones de interés público y otras no (Edelman, citado por Bonder, 1999: 25). Estas determinaciones están siempre en disputa –por la legitimidad, por los recursos, etc.– y por lo tanto, en cada momento histórico, las políticas públicas construyen determinadas identidades colectivas y legitiman y dirigen sus recursos a ciertas demandas de ciertos colectivos como cuestiones de interés público, y excluyen a otras tantas.

En este derrotero se vislumbra qué sujetos, qué identidades y qué colectivos tienen derecho a qué. En general las demandas que adquirieron carácter de interés público y que tomaron la forma de políticas son aquellas que provienen de las necesidades de sujetos considerados vulnerables, con capacidades reducidas o en situación de violencia. Vemos que son aquellas relativas a las mujeres como madres, en situación de vulnerabilidad social, pobreza, carencias y violencias. Los colectivos LGTTBIQ+ también ingresan, aunque más tarde, en cuanto ubicados en parecidas condiciones. Incluso en lo que respecta a las sexualidades, las identidades de género y la reproducción, predomina el lugar de las mujeres y las personas LGTTBIQ+ en cuanto víctimas, vulnerables y patologizadas.

Hay una gran cantidad de sujetos que no son tenidos en cuenta. Sus identidades y situaciones no son forzosamente de víctimas, aunque sí tienen necesidades específicas en cuanto a su identidad sexo-genérica: las lesbianas, las mujeres que deciden no tener hijxs, las adultas mayores, las infancias trans, incluso los cisvarones, no forman parte del *target* de las políticas. Los problemas de mujeres, lesbianas y personas con capacidad de gestar que no se incluyen dentro de la maternidad quedan afuera. Aquello que tiene que ver con la autonomía y la libre decisión sexual sobre la vida y los cuerpos o las sexualidades queda afuera. Incluso la ley de acceso a la IVE fue acompañada por una ley contrapeso

de protección de la salud durante el embarazo y la primera infancia: en este marco se construyen ciertas significaciones sobre la práctica de abortar, y se construye un sujeto que aborta y un sujeto que puede ser disuadido.

Reflexiones finales

Este recorrido muestra cómo cada década tiene coyunturas específicas que se reflejan en las transformaciones a las que dio lugar y en la relación de estas transformaciones con las demandas feministas. Las transformaciones se han dado en una multiplicidad de planos y esferas: social, cultural, económica, mercantil, laboral, educativa, en las formas y funciones de los Estados, en sus incumbencias. Estas leyes significan que las burocracias estatales, las clases políticas, la ciudadanía, los medios de comunicación y diversos actores sociales asumieron, no sin resistencias, que hay problemas sociales que vienen de las desigualdades y la discriminación en las relaciones de género, que la afectación social es tan amplia y relevante que deben abordarlas a través no solo de políticas estatales, sino en todos los ámbitos públicos y privados. Esto evidencia los debates que están habilitados en los espacios institucionales y los que aún siguen siendo eludidos, censurados o evitados.

Estas transformaciones tienen una relación ambivalente con lo que reivindicamos. Porque ingresar a la arena política significa negociar, ceder, perder en las relaciones de poder con actores sociales, económicos y políticos que tienen más incidencia que nosotras/es. También significa entender que aquello que pensamos como una política “ideal” en su formulación, al momento de su implementación puede encontrar obstáculos y limitaciones que no consideramos de antemano. Y que estos obstáculos tienen que ver no solo con la resistencia a los cambios estructurales del entorno, sino también con que los propios feminismos

forman parte de ese entorno, que nuestra visión necesariamente es influida por las dinámicas estatales, que estamos todavía aprendiendo a vincularnos con un espacio que nos antecede, nos excede y nos expulsó por mucho tiempo como interlocutoras. Entonces aquello que pensamos en un momento como factible puede ser ineficaz en la concreción de la implementación, fallar en el alcance de los objetivos o no haber contemplado ciertas variables. Pero, lejos de desanimarnos, hay que fortalecer la capacidad de autocrítica y la disposición para volver a dar la batalla cuantas veces sea necesario.

Los feminismos, a nivel global, han sabido transformar sus demandas políticas en problemas socialmente reconocidos y vigentes en las agendas políticas. Han sabido traducir sus categorías abstractas en demandas claras, configurando leyes y políticas, lo que actualmente es visible tanto en la estructura como en las intervenciones estatales. Las denuncias y la visibilización de las condiciones de discriminación, exclusión, violencias y opresiones en que vivimos en las sociedades las mujeres, lesbianas, gays, trans, travestis y sujetxs feminizados o no heterosexuales, pero también las infancias y las vejeces, de acuerdo con la clase, estatus migratorio, racialización y ubicación geográfica, han llevado a que los Estados tengan que poner cada vez más atención sobre el lado oculto que se resistían a mirar de la sociedad: lxs otrxs, lxs no visibles, lxs nadies, lxs específicxs, lxs marginalxs, lxs abyectxs. Reconocer la existencia de lxs sujetxs que no se quería mirar es una transformación que no tiene vuelta atrás.

Bibliografía citada

Aguinaga, Miriam Lang, Dunia Mokrani y Alejandra Santillana (2012). "Pensar desde el feminismo: críticas y alternativas al desarrollo". En Miriam Lang y Dunia Mokrani (comps.),

- Más allá del desarrollo. Grupo Permanente de Trabajo sobre Alternativas al Desarrollo* (2.^a ed., p. 323). Buenos Aires: Fundación Rosa Luxemburg.
- Ahmed, Sara (2018). *Vivir una vida feminista*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Anzorena, Claudia C. (2013). *Mujeres en la trama del Estado: una lectura feminista de las políticas públicas*. Mendoza: EDIUNC.
- Anzorena, Claudia C. (2014). "Aportes conceptuales y prácticos de los feminismos para el estudio del Estado y las políticas públicas". *Revista de Trabajo Social PLAZA PÚBLICA*, 7, 17-41.
- Anzorena, Claudia C. (2015). "¿Qué implica la protección social para las mujeres? Un análisis feminista de las políticas sociales y de igualdad en Argentina". *OXÍMORA Revista Internacional de Ética y Política*, 7, 99-118.
- Anzorena, Claudia C. (2016). "Protección social y mujeres: reflexiones feministas en torno a las tensiones entre redistribución y reconocimiento en el campo de las políticas públicas en Argentina. En B. Garrido y G. Hernández (Comps.), *Feminismos nuestroamericanos. Ideas y prácticas de investigación. Subalternidades, intersecciones, cuerpos y juventudes* (pp. 137-156). San Miguel de Tucumán: Editorial Humanitas.
- Atschul, Monique (2013). "Zita C. Montes de Oca: la funcionaria y la feminista". En S. P. Ubeira, *Las mujeres conquistando derechos, en los 30 años de democracia* (pp. 23-36). Buenos Aires: APDHA. Recuperado el 15 de enero de 2021, de <https://bit.ly/3wlcZA1>
- Bareiro, Line (2012). "Avances y desafíos para la participación política de las mujeres". En N. Gherardi et al. (comps.), *Lidera: participación en democracia. Experiencias de mujeres en el ámbito social y político en la Argentina* (pp. 27-36). Buenos Aires: ELA Equipo Latinoamericano de Justicia y Género.
- Bonder, Gloria (1999). "La equidad de género en las políticas educativas: lecciones de la experiencia". *Documentos PRI-GEPP 2003*. Buenos Aires: Centro de Estudios de la Mujer.

- Carrasco, Cristina (1995). "Un mundo también para nosotras". *Mientras tanto*, 60, 31-48.
- Di Marco, Graciela (2011). "Las demandas en torno al aborto legal en Argentina y la constitución de nuevas identidades políticas". En G. Di Marco, C. Tabbush, G. Di Marco (eds.), *Feminismos, democratización y democracia radical* (pp. 177-200). Buenos Aires: USAMEdita.
- Díaz, Estela (2011). "La historia de L. M. R.". En AA. VV., *LMR contra Estado Argentina. Acceso a la justicia en un caso de aborto legal*. Argentina: CCD-INSGENAR-CLADEM-AECID.
- Esping-Andersen, Gosta y Palier, Bruno (2011). *Los tres grandes retos del Estado del bienestar*. Barcelona: Ariel.
- Falquet, Jules (2008). "Chiffres, concepts et stratégies du «développement» néolibéral". En J. Falquet, *De gré ou de force, les femmes dans la mondialisation*. París: La Dispute.
- Fleury, S. (1997). *Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina*. Buenos Aires: Lugar.
- Fraser, Nancy (1997). "¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época 'postsocialista'". En N. Fraser, *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas sobre la posición "postsocialista"*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores y Universidad de los Andes.
- Grammático, Karin (2010). "La I Conferencia Mundial de la Mujer: México, 1975. Una aproximación histórica a las relaciones entre los organismos internacionales, los Estados latinoamericanos y los movimientos de mujeres y feminista". En A. Andújar et al. (comps.), *Hilvanando historias. Mujeres y política en el pasado reciente latinoamericano* (pp. 101-122). Buenos Aires: Ediciones Luxemburg.
- Guzmán, Virginia (2019). Prólogo. En A. L. Rodríguez Gustá, *Marchas y contramarchas en las políticas locales de género. Dinámicas territoriales y ciudadanía de las mujeres en América Latina* (p. 296). Buenos Aires: CLACSO.
- Minujin, Alberto y Consentino, Estela (1996). "Crisis y futuro del Estado de Bienestar". En A. Minujin (ed.), *Desigualdad y exclusión. Desafíos para la política social en la Argentina del fin de siglo* (2.^a ed.). Buenos Aires: UNICEF/LOSADA.

- Molyneux, Maxine (2003). "Género y ciudadanía en América Latina: aspectos históricos y contemporáneos". En M. Molyneux, *Movimiento de mujeres en América Latina. Estudio teórico comparado* (pp. 253-316). Madrid: Cátedra.
- MSyAS. (1994). *La situación de la mujer en Argentina (Informe para la CEPAL)*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social. Recuperado el 8 de febrero de 2021. <https://bit.ly/3w7TRp0>
- Oszlack, Oscar (2006). "Burocracia estatal: política y políticas públicas". *POSTData Revista de Reflexión y Análisis Político*, 11, 11-56.
- Portocarrero, Patricia (1990). "Mujer en el desarrollo: historia, límites y alternativas". En P. Portocarrero (ed.), *Mujer en el desarrollo. Balance y propuestas*. Lima: Flora Tristán.
- Sommer, Christian G. (2017). "Trata de personas en Argentina. Sus recientes implicancias de persecución y asistencia a víctimas". *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 50(148), 393-425.
- UFEM (2016). *Homicidios agravados por razones de género: femicidios y crímenes de odio. Análisis de la aplicación de la ley 26.791*. Buenos Aires: Unidad Fiscal Especializada en Violencia contra las Mujeres.
- Vargas Flood, María Cristina (1995). "¿Los gastos públicos en los sectores sociales son una respuesta a la crisis?" En H. Birgin (comp.), *Acción pública y sociedad. Las mujeres en el cambio estructural*. Buenos Aires: Caedel-Feminaria.
- Vassallo, Alejandra (2005). "Las mujeres dicen 'basta': feminismo, movilización y política de los setenta". En AA. VV. (comps.), *Historia, género y política en los 70*. Buenos Aires: Feminaria.

Gestionando el cuerpo y la experiencia frente a las instituciones sanitarias

*El “trabajo de salud” de las gestantes,
parturientas y puérperas*

SABRINA S. YAÑEZ

Introducción

Esta propuesta se enmarca en los análisis feministas sobre las tareas de cuidado, procurando hacer converger el abordaje del “trabajo maternal” (*motherwork*) de Patricia Hill Collins con las herramientas conceptuales y analíticas de la etnografía institucional de Dorothy E. Smith.

El concepto de “trabajo maternal” (*motherwork*) surge en el interior del feminismo negro estadounidense (Hill Collins, 1993) para impulsar un descentramiento de las miradas feministas sobre la maternidad, haciéndolas críticas de los efectos del racismo y la clase sobre las experiencias de las madres. Estas perspectivas permitieron desafiar las distinciones rígidas entre lo privado y lo público, entre la familia y el trabajo, entre lo individual y lo colectivo que habían caracterizado buena parte de la producción feminista occidental en torno a la maternidad. Analizar las tareas de cuidado y crianza como “trabajo maternal” implica una crítica tanto a la naturalización biologicista como a la individualización/reclusión doméstica del trabajo de las mujeres y su significación como no trabajo.

Planteamos retomar y ahondar esas perspectivas a través de la “definición generosa de trabajo” que ha propuesto la socióloga canadiense Dorothy Smith, aplicándola al

campo de la salud durante los procesos reproductivos. El trabajo, según la autora, incluye todo lo que las personas hacen que es intencional, implica esfuerzo y habilidades, y se realiza en un tiempo y un espacio determinados (Smith, 2005). Debido a la naturalización de la maternidad, se invisibiliza socialmente todo el trabajo que las mujeres realizan para cuidarse y cuidar a sus criaturas durante el embarazo, el parto y el puerperio. Tomando como antecedente las indagaciones de Christina Sinding (2010), que apuntan a describir y comprender lo que ella denomina “trabajo de salud”, aduciendo a las actividades que las personas llevan a cabo para recibir atención y cuidarse, abordamos y ejemplificamos cinco tipos de trabajo de salud realizado por las mujeres durante su tránsito por los servicios de “salud materna”.

Motherwork: mucho más que tareas individuales de cuidado

En su trabajo “Shifting the Center: Race, Class, and Feminist Theorizing about Motherhood”, la socióloga estadounidense Patricia Hill Collins acuña el concepto de *motherwork* (trabajo maternal) para dar cuenta de la amplitud y profundidad de las actividades realizadas por las mujeres afroamericanas que maternan:

Uso el término “trabajo maternal” para suavizar las dicotomías existentes en las teorías feministas sobre la maternidad que postulan distinciones rígidas entre lo privado y lo público, entre la familia y el trabajo, entre lo individual y lo colectivo, entre la identidad como autonomía individual y la identidad que emerge de la autodeterminación colectiva del propio grupo (Collins, 2007/1993: 313).

A pesar de la exposición a los roles de género de la sociedad blanca occidental, durante la esclavitud y luego de

la emancipación, las mujeres negras, forzadas al trabajo en el campo, no habrían podido cumplir con esos roles aunque hubieran querido. El trabajo y la maternidad siempre fueron parte simultánea de las vidas de las mujeres negras (Collins, 2007/1991: 279). La autora describe ese trabajo maternal como una labor atravesada por cuestiones de supervivencia, poder e identidad. Han debido bregar por la supervivencia de los hijos/as, tanto los/as biológicos/as como los/as de la comunidad, es decir, por el derecho de los/as hijos/as a existir en una sociedad que los/as margina y condena constantemente. Las mujeres afroestadounidenses han tenido que lidiar con los patrones de poder y falta de poder en el ejercicio de la maternidad, porque sus experiencias de maternidad han estado profundamente afectadas por este proceso dialéctico: poder en el interior de las comunidades y de las familias, opresión dentro de una matriz social de relaciones desiguales de clase, de raza, de género. Además, el trabajo maternal por la identidad también se ha dado en una situación dialéctica: el sistema de opresión racial les niega la identidad personal y el sentido de pertenencia a los grupos subordinados, pero, por otro lado, existen expresiones culturales de resistencia y pertenencia entre los grupos racializados y étnicos. En este contexto, las madres y otras-madres (*othermothers*, otro concepto acuñado por Hill Collins) deben “negociar la complicada relación de preparar a los/as niños/as para encajar en –pero a la vez oponer resistencia a– los sistemas de dominación racial” (Collins, 2007/1993: 322). A la vez que reconoce la importancia de este trabajo maternal para la supervivencia de las comunidades, Hill Collins no ignora el alto costo que este tiene para las mujeres negras, desnudando la correlación existente entre desigualdades y carga de trabajo maternal.

La propuesta de pensar las actividades de crianza como trabajo maternal implica una crítica tanto a la naturalización biologicista como a la individualización/reclusión doméstica del trabajo de las mujeres y su significación como

no trabajo. Los aportes de las feministas afroamericanas ejemplifican la necesidad de pensar la maternidad desde múltiples perspectivas y posiciones dentro de los sistemas de poder y privilegio, para poder “dirigirnos hacia teorías feministas que incorporen la diferencia como parte esencial de la lucha común” (Collins, 2007/1993: 326-327).

El trabajo de “gestión” y cuidado del propio cuerpo durante los procesos reproductivos

Como parte del trabajo de campo para mi tesis doctoral, entrevisté a mujeres que habían transitado sus embarazos, partos y puerperios en el interior de los servicios públicos de salud de la provincia de Mendoza entre 2001 y 2013¹. Al analizar estos relatos a la luz de las herramientas de la etnografía institucional², revelaron el trabajo de gestión del propio cuerpo para llevar a término un embarazo, transitar el parto en las instituciones y sobrellevar el puerperio y la lactancia.

La noción de “gestión del cuerpo” está inspirada en la definición “generosa” de trabajo propuesta por Dorothy Smith para la etnografía institucional, que incluye todo lo que las personas hacen que implica intencionalidad, esfuerzo y habilidades y se realiza en un tiempo y un espacio determinados (Smith, 2005). A causa de la naturalización de la maternidad, es decir, de la tendencia a considerar

¹ Mi tesis doctoral (Yañez, 2016a) tuvo como objetivo explorar la relación entre maternidad como institución y maternidad como experiencia (Rich, 1986) en un momento y un lugar determinados: a partir de la crisis que azotó al país en 2001 y hasta la actualidad, en el interior de los servicios de salud pública que atienden los procesos de embarazo-parto-puerperio en la provincia de Mendoza.

² La etnografía institucional es un abordaje metodológico propuesto por la socióloga feminista Dorothy Smith, sobre la base de una epistemología del punto de vista anclada en las experiencias. Su obra reciente no ha sido traducida al español, por lo que he escrito una reseña sobre los puntos centrales de su propuesta (Yañez, 2011).

los procesos asociados a ella como meramente biológicos e impulsados por un instinto, se invisibiliza socialmente todo el trabajo que las mujeres realizan para cuidarse y cuidar a sus criaturas durante el embarazo, el parto y el puerperio. En el caso de las mujeres de sectores populares, todo este trabajo de gestión se desarrolla en un marco más amplio de trabajo por la supervivencia propia y de sus familias. Además, considerando que el 60% de los embarazos que llegan a término en Mendoza son no planificados³ (y no podemos saber cuántos de esos son no deseados, debido a la falta de acceso al aborto libre y gratuito en nuestro país hasta hace unos pocos meses) a menudo este trabajo de gestión y de autocuidado es trabajo que debe ser “robado” de la vida, un trabajo que surge inesperadamente y que tiene que realizarse bajo tensiones emocionales y materiales.

Christina Sinding, quien ha investigado a través de una etnografía institucional las experiencias de mujeres con cáncer, propone describir y comprender el “trabajo de salud” que las personas llevan a cabo para recibir atención y cuidarse (Sinding, 2010: 1657). A partir de su investigación, la autora identifica dos tipos principales de “trabajo de salud”: el trabajo de hacer visibles las propias condiciones materiales e identidades sociales, y el trabajo de gestionar estas condiciones e identidades cuando no son atendidas por la institución (Sinding, 2010: 1658). En el caso de mi propia investigación, además de reconocer esos dos tipos de trabajo, emergieron también el trabajo de adquirir el conocimiento biológico y social necesario, el trabajo de ajustar la experiencia a las expectativas institucionales y, finalmente, el trabajo de oponerse a las regulaciones institucionales. A continuación, detallaremos cada uno de esos cinco tipos de trabajo, haciendo referencia a las experiencias narradas por las mujeres entrevistadas.

³ Según autoridades del Ministerio de Salud Provincial (Pérez, 2014).

Hacer visibles las propias condiciones materiales e identidades sociales

El primer tipo de trabajo que abordaremos tiene que ver con cómo las mujeres deben hacer visibles sus identidades, sus condiciones de vida y sus necesidades, especialmente aquellas que no son factibles de ingresar en los textos institucionales⁴, como la historia clínica perinatal (HCP), donde se priorizan datos biológicos, biométricos y clínicos sobre la evolución del embarazo y el parto. A diferencia de las historias clínicas tradicionales, en las cuales la anamnesis y la semiología aparecían como corazón del proceso de “conocimiento” del/de la paciente por parte del/de la agente de salud, el uso de formularios como matriz de registro de datos obtura la capacidad de dar cuenta de la singularidad de los procesos corporales. La historia clínica perinatal filtra las experiencias corporales y de vida en una serie de “antecedentes” y “datos actuales” que solo pueden completarse con información traducida en lenguaje abreviado, estandarizado y técnico. Haciendo un recorrido por las secciones que la componen, vemos desaparecer de la historia (de la mujer) algunos datos fundamentales, y otros quedan registrados inexactamente. Una de las ausencias más significativas en el interior de la historia clínica perinatal es que no dispone de ningún lugar para consignar si la mujer trabaja fuera del hogar, cuántas horas y en qué ocupación. Este dato parece no tener importancia para la gestación actual, o tal vez responde a la presunción de que las mujeres no trabajan o no deberían trabajar durante el embarazo. A modo de ejemplo, durante una de las jornadas de observación, presencié el control de embarazo de una mujer de 21

⁴ En los últimos años, un complejo dispositivo textual ha pasado a regular los cursos de acción en el interior de las instituciones sanitarias, estableciendo los procesos a través de los cuales se toman decisiones, se establecen prioridades y se disponen los recursos. Para un análisis más exhaustivo de los mecanismos de regulación textual de los servicios de “salud materna”, ver Yañez (2016c).

años que trabajaba en una fábrica de tomate envasado, con contratos estacionales. Su trabajo requería que estuviera de pie durante muchas horas, lo que le producía molestias. Al consultar y hacerse análisis, descubrieron que a la semana 22 de embarazo tenía el líquido amniótico disminuido, lo cual constituye una complicación seria, que tal vez podría haberse evitado si en consultas anteriores le hubieran preguntado por sus condiciones laborales.

Esto se ve empeorado por la fragmentación de servicios en la salud pública, que implica, como he analizado en una publicación anterior (Yañez, 2016b), una discontinuidad de profesionales en la atención de los distintos momentos del proceso reproductivo. De hecho, las escasas veces en que las mujeres entrevistadas expresan alivio o tranquilidad es cuando se encuentran con profesionales que ya las han atendido, que saben quiénes son. Una de ellas comentó su alivio al ser atendida durante su tercer embarazo por el mismo médico que la atendió durante su segundo parto, alguien que fue testigo de las complicaciones que presentó y que podía prever, sin mediar textos institucionales, el riesgo de ese nuevo embarazo. Otra de las entrevistadas sintió “paz” al llegar al hospital durante su tercer parto y encontrarse con la médica que había seguido su embarazo en el centro de salud. Otra de ellas expresó lo tranquila que estaba en la sala de partos porque al haber pasado días internada ya conocía a casi todos/as los/as profesionales que estaban presentes. Finalmente, el ejemplo más significativo es el de una de las mujeres que, en varias ocasiones durante sus idas a la guardia por complicaciones en su tercer embarazo, se encuentra con una enfermera vecina suya, que es quien termina defendiéndola cuando la acusan de haberse provocado un aborto, cuando en verdad había sido abandonada por la institución ante un embarazo inviable.

Sin embargo, muchas veces las mujeres no logran, o no pueden, realizar este trabajo de “hacerse visibles” como sujetos singulares –porque no saben cómo, o porque sus voces son subalternas en algunas instancias instituciona-

les—, y esto repercute en la capacidad de adherir a las prescripciones. Karen MacKinnon (2006: 6), estudiando las experiencias de las mujeres con amenaza de parto pretérmino, descubrió que el sistema de salud las enviaba de vuelta a casa para abaratar costos de internación y las hacía cargo de su propia vigilancia, sin siquiera evaluar sus necesidades y posibilidades reales de hacer reposo. Las disposiciones de atención y servicios se basan en presunciones acerca del modelo estandarizado de familia nuclear heterosexual, donde el ingreso monetario de las mujeres se considera suplementario al de un varón proveedor, por lo cual se asume que la mujer puede dejar de trabajar para “cuidar” su embarazo sin que esto afecte los recursos disponibles para la supervivencia de la familia (MacKinnon, 2006: 7), incluyendo toda la carga de tareas domésticas y de cuidado de otros/as (hijos/as, familiares enfermos/as, personas mayores). MacKinnon (2006: 8) descubrió que el conocimiento del tipo de apoyo que las mujeres necesitan para hacer su trabajo de autocuidado no entra en los procesos institucionales de trabajo de manera sostenida y, más bien, sus necesidades y las de sus familias son subordinadas a las prioridades institucionales y discursos biomédicos por el personal de salud que las atiende.

En los relatos de las mujeres entrevistadas aparecen indicios de esta imposibilidad de acatar las prescripciones médicas. Por ejemplo, la indicación de reposo para una de ellas durante su tercer embarazo no halla anclaje en las condiciones materiales en que se encuentra viviendo, sin hogar propio, alojada temporalmente junto con su pareja e hijos en la casa de un familiar. Lo mismo sucede con otra entrevistada, a la que indican hacer reposo, sin considerar que está sola al cuidado de dos hijas pequeñas. Cuando las mujeres no cumplen con estas prescripciones, se las tilda de irresponsables y se las culpabiliza por los posibles resultados adversos.

Gestionar las propias condiciones materiales cuando no son atendidas por la institución

Ante la incapacidad de las instituciones de proveer servicios adaptados a las necesidades y posibilidades de las mujeres, ellas deben realizar un trabajo de reorganización de sus tareas cotidianas para procurarse el acceso a la atención. A fin de obtener un turno para iniciar el control del embarazo o hacerse de un método anticonceptivo durante el puerperio, las mujeres deben acomodar muchas variables: dónde dejar a sus otros/as hijos/as, cómo lograr permiso para ausentarse de trabajos informales como el servicio doméstico, cómo movilizarse a tempranas horas de la mañana sin acceso a transporte público por cuestiones monetarias o por vivir en zonas rurales o “marginales”, etc. Es decir que el acceso a la salud no depende exclusivamente de la disponibilidad y gratuidad de servicios, sino que requiere de una organización activa por parte de las mujeres, de “trabajo de gestión” de los tiempos, los recursos, las relaciones con otros/as (especialmente hijos/as, pero también empleadoras/es, vecinas, etc.).

Por otro lado, algunas veces los servicios no están disponibles, o se considera que la mujer no es merecedora de determinado tipo de atención, con lo cual la institución traslada a las mujeres la responsabilidad de hacerse cargo de sus complicaciones, incluso cuando han sido generadas por intervenciones de las mismas instituciones.

La experiencia de una de las entrevistadas revela numerosas ocasiones en las que es dejada a cargo de su propio cuidado por parte de la institución. Durante su segundo embarazo, un médico del hospital le realiza una ruptura de membranas, pero le pide que no diga nada y que vaya a su casa a trajinar para que el parto se produzca y no llegue a una nueva cesárea. O sea que ella misma queda a cargo de vigilar un proceso que entraría claramente en las definiciones de riesgo de los textos institucionales. Luego, en la internación posparto, el médico que la atiende es informado

por ella de la inexistencia de loquios, pero igualmente le dan el alta y le recomiendan caminar para que se produzca la eliminación de los restos de la gestación; en esta ocasión termina internada nuevamente para un legrado, porque los restos le producen una infección. Durante su tercer embarazo (inviabile debido a constantes complicaciones), la internan para un supuesto legrado, pero no permiten que su hijo de siete meses permanezca junto a ella para que pueda cuidarlo y amamantarlo durante la internación. Debe gestionar a través de sus familiares el cuidado y la alimentación de ese bebé. En esa ocasión, el legrado le es negado y un médico del hospital le dice que “la naturaleza se va a encargar de hacerla abortar” y le indica a su marido que la haga caminar, y la deja nuevamente a cargo de una situación profundamente contradictoria: velar por un embarazo que prácticamente no tiene viabilidad. Finalmente, el legrado que le realizan luego de un aborto espontáneo en su domicilio le deja secuelas que afectan su salud, sus relaciones interpersonales y su capacidad de trabajo.

La experiencia de otra de las mujeres que compartió su relato también da cuenta de esta necesidad de compensar con el propio trabajo los vacíos y las grietas de la institución. Cuando se descubre, al llegar a término su tercer embarazo, que la criatura en su vientre está muerta, ella ruega por una cesárea. Sin embargo se la niegan bajo el pretexto de que su embarazo no ha sido de alto riesgo, y prácticamente la obligan a pasar por un parto vaginal. Luego, ella debe gestionar sola el apoyo psicológico para sobrellevar los efectos de esa situación traumática, acudiendo a los servicios públicos de salud mental, ya que no existen servicios especiales para las mujeres con trastornos relacionados con el embarazo, el parto o el puerperio. Mientras realizaba mis observaciones, llegó a mi conocimiento el hecho de que una sola psicóloga estaba a cargo de las interconsultas del Servicio de Maternidad de referencia de la provincia. Aunque hubiera más, es muy posible que las mujeres se rehúsen a

volver al hospital para ser atendidas si es allí donde han vivido los hechos traumáticos.

A lo largo de mi investigación quedó en evidencia el desplazamiento de la atención y los recursos institucionales hacia el/la recién nacido/a una vez producido el parto, lo cual convierte al puerperio en una etapa de enorme vulnerabilidad para el bienestar de las mujeres, tanto física como psíquicamente. Los cambios físicos, emocionales y/o sociales luego del embarazo y el parto, y más aún si han existido complicaciones, han de ser tramitados durante el puerperio. Se trata de un momento de reacomodo, en donde no hay retorno a un estado anterior, sino una reelaboración de la propia identidad, de la relación con el propio cuerpo, además de los desafíos que implica la construcción de un vínculo con el nuevo ser, o de un duelo en caso de pérdida. La depresión de una de las entrevistadas tras el fallecimiento de su tercer hijo, la angustia de otras dos ante el nacimiento prematuro de sus hijas y su internación neonatal y las dificultades para amamantar de una de ellas son todas expresiones de las problemáticas que las mujeres enfrentan durante el puerperio y que no tienen respuesta por parte del sistema de salud, que deben tramitar por su propia cuenta o movilizándolo el apoyo de sus redes familiares o amistades, si es que cuentan con esa posibilidad.

Otro ejemplo estremecedor de esta transferencia de la carga de autocuidado y cuidado del/de la recién nacido/a llegó a mi conocimiento durante el trabajo de campo. Una mujer internada en el servicio de maternidad provincial de referencia, luego de un parto de un bebé de casi cinco kilos (tras el cual debió ser suturada con 50 puntos y tuvo que recibir cuatro transfusiones), contó que le negaron que alguien de su familia pudiera acompañarla para ayudarla. Justificaron esta decisión diciéndole que como ya no tenía vía intravenosa consideraron que estaba en condiciones de cuidarse sola y atender a su bebé. Ella comentó que casi no podía moverse y que como su niño no se prendía al pecho le estaban dando leche del banco de leche y le

exigían trasladarse allí, a otro piso del hospital, a sacarse leche, y dejara al bebé solo en la sala. Una licenciada en trabajo social la ayudó a escribir una nota para pedir que le autorizaran una acompañante. Es decir, que debió gastar de sus ya escasas energías para reclamar ante la institución y visibilizarse, a decir de esa licenciada, como una “situación especial”.

Incluso en temas relacionados con el amamantamiento, que se supone es prioridad institucional, la gestión de sus condiciones materiales y psíquicas es depositada en manos de las mujeres sin considerar el grado de desgaste que a menudo ya han sufrido.

Adquirir conocimientos

Otra de las facetas del trabajo de gestión es la necesidad de adquirir conocimientos específicos que les permitan a las usuarias moverse en el interior de las instituciones. La antropóloga norteamericana Ellen Lazarus ha indagado en torno a la estrecha relación entre el conocimiento sobre embarazo y parto, la hegemonía médica y la clase social. Según la autora, el conocimiento sobre la gestación y el nacimiento se compone tanto de conocimiento biológico como de conocimiento social. El biológico implica conocer los cambios que se producen en el cuerpo a raíz del embarazo, y durante el parto y el puerperio. El conocimiento social incluye “conocimiento de los procedimientos médicos que ocurren durante el embarazo y el parto además de conocimiento institucional del hospital como burocracia: quién es responsable de qué decisiones y de qué modo una paciente puede ejercer presión para obtener el tipo de cuidado que desea” (Lazarus, 1994: 27). En los relatos de las entrevistadas, se hacen visibles sus conocimientos sobre las formas en las que las instituciones de salud operan, ya que a menudo tienen que sortear obstáculos burocráticos tales como la peregrinación de un centro de salud a otro en busca de medicamentos y/o prácticas o el conocimiento y

la aceptación de las intervenciones que se realizan sobre sus cuerpos durante el trabajo de parto y el parto, y también durante los legrados.

Las mujeres de sectores populares, en general, transitan por hospitales públicos que, a diferencia de los privados, atienden a una población más numerosa y suelen tener complejas estructuras de funcionamiento (cada servicio tiene su propia lógica, al igual que los sistemas de turnos, las residencias, los equipos de guardia, etc.). Moverse en el interior de estas instituciones es un desafío que muchas de ellas no logran superar, y caen en las grietas del sistema, como sugiere Lazarus (1994). El ejemplo brindado por una de las entrevistadas, que estuvo más de cinco horas en trabajo de parto sin observación ni contención debido a que el médico se había olvidado de hacer el “traspaso” al retirarse de su guardia, es paradigmático de estas grietas. Otras mujeres solo logran un conocimiento parcial del sistema, y acceden al servicio, pero con muy poco margen de decisión en cuanto a intervenciones y preferencias.

Otro aspecto importante del conocimiento social incluye saber de la existencia de programas especiales y de los derechos amparados por las leyes vinculadas a la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, una de las jóvenes madres comentó que nadie le habló de la existencia del Plan Nacer⁵ y por tanto tuvo que pagar por las ecografías que debió realizarse durante el embarazo.

En nuestro país, la ley 25929 (aprobada en 2004 y reglamentada en 2015, conocida como ley de parto respetado) consigna como derechos de las mujeres durante el proceso de nacimiento, entre otros, los siguientes: el derecho a ser informadas sobre las posibles intervenciones, de modo que pueda elegir entre alternativas; el derecho a ser

⁵ El Plan Nacer, lanzado en 2004 y relanzado como Programa Sumar en 2012, brinda cobertura de salud a madres y niños/as sin obra social bajo un esquema de pago por desempeño. Para un análisis crítico del funcionamiento de esta política, ver Anzorena y Yañez (2016).

tratadas con respeto, y de modo individual y personalizado, que garantice la intimidad y considere sus pautas culturales; el derecho al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico; y el derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. Sin embargo, no todas las instituciones han acondicionado sus servicios para el cumplimiento de esos derechos, ni brindan información sobre ellos durante los cursos de preparación para la maternidad. Una de las entrevistadas contó que, durante su primer parto, a los 17 años, vio carteles que hablaban del derecho a estar acompañada, pero en ese momento no tenía herramientas ni fuerzas para hacer valer dicho derecho. El conocimiento social, institucional es esencial para poder acceder a los servicios. Aunque estos estén allí, se requiere de un involucramiento activo –de un trabajo de indagación– por parte de las mujeres para garantizar el acceso en tiempo y forma a la atención.

Por otro lado, en cuanto al conocimiento biológico necesario, como ya ha demostrado MacKinnon (2006: 5), dejar a las mujeres a cargo de su propio cuidado, incluso ante complicaciones, constituye la exigencia de saber descifrar e identificar los síntomas que indicarían una emergencia. Muchas veces, las indicaciones emanadas del sistema se realizan en un lenguaje ajeno, que a menudo resulta indescifrable para las mujeres. Los eventos inesperados en el transcurso de los embarazos de dos de las mujeres entrevistadas implicaban tener que tomar decisiones por su propia cuenta ante la falta de claridad en los diagnósticos, y también las tareas de monitorear su propio estado. Estos son algunos ejemplos del trabajo de conocimiento y vigilancia del propio cuerpo que las instituciones esperan que las mujeres realicen. Algunas veces, de este trabajo depende la salud y hasta la vida de estas mujeres y sus criaturas.

Ajustar la experiencia a las expectativas institucionales

En su trabajo de análisis cultural de la reproducción, *The Woman in the Body*, la antropóloga estadounidense Emily Martin (2001: 89) describió los “esfuerzos atormentados” que las mujeres que entrevistó realizaban para reconciliar su experiencia con las expectativas médicas. Estos esfuerzos también pueden concebirse como trabajo de gestión. Un aspecto central de este trabajo implica la preparación activa para enfrentarse al parto institucional. Una de las licenciadas en obstetricia entrevistadas comentó que muchas mujeres sienten rechazo hacia su propio cuerpo (producto de experiencias de violencia, tanto en el ámbito de sus relaciones personales como en su contacto con el sistema de salud; por ejemplo, pruebas de Papanicolaou en las que terminan lastimadas o tactos dolorosos). Es decir que asocian lo sexual y reproductivo con experiencias de violencia, y por tanto se enfrentan a sus embarazos y partos anticipando nuevos episodios violentos. Según esta profesional, las mujeres se van preparando durante todo el embarazo para el maltrato que saben que van a vivir en el hospital. Algunas de las mujeres entrevistadas también hicieron referencia a los consejos que circulan entre sus congéneres para minimizar los niveles de maltrato durante el parto.

Si leemos los testimonios de las entrevistadas en esta clave, aparecen numerosas instancias en las que las mujeres tratan de ajustar sus experiencias a las expectativas y los mandatos institucionales. Dos de ellas hablaron de hacer un esfuerzo por quedarse calladas, quietas y “portarse bien” durante el trabajo de parto para evitar ser maltratadas como otras mujeres allí presentes. Otras describieron el trabajo de esperar, de aguantar un poco más para que sus niñas nacieran con más tiempo de gestación. También se hicieron evidentes esfuerzos por hablar del cuerpo en lenguaje médico para ser “registradas” por la institución. Esto se manifiesta claramente en los intentos, desafortunadamente infructuosos, de una de las entrevistadas por demostrar que

tenía una hemorragia durante su complicado tercer embarazo, ante la desestimación de sus síntomas como un “leve sangrado” por parte de un médico de guardia.

Al no hablar del cuerpo en lenguaje médico se corre el riesgo de caer en las grietas del sistema: la sensación de una de las mujeres durante su primer parto de querer defecar no es interpretada a tiempo por el personal como sensación de pujo y casi pare a su hijo caminando hacia el baño. En otro de los relatos se hace evidente el esfuerzo constante de la parturienta por tratar de sentir lo que la doctora espera que sienta: dolor, contracciones, deseo de pujo, todo en medio del agotamiento a causa de una internación prolongada y de la constante administración de medicamentos.

Oponerse a las regulaciones de la institución

A pesar de las presiones para que ajusten sus experiencias a las regulaciones institucionales, las mujeres no siempre están dispuestas a ello. En casi todos los relatos hay momentos en donde prevalece, con mayor o menor claridad, la conciencia de las propias necesidades en oposición a cómo las instituciones las tramitan. Una de las entrevistadas contó que, durante su primer parto, con solo 17 años, gritó, lloró y pidió ayuda ante la negación de permitir a su madre acompañarla.

Otra de ellas pidió que le indujeran el parto, porque sentía que ya no podía esperar más. También dejó de amamantar tempranamente a pesar de la insistencia de la institución. Además, su relato refleja su capacidad de ver las falencias de la institución: el lenguaje poco claro de un ecógrafo, la falta de ginecólogo en el centro de salud para control puerperal y provisión de anticonceptivos, la vigilancia y las reglas, según ella absurdas, que les exigían cumplir a las madres internadas con bebés prematuros/as.

La entrevistada cuya criatura murió antes de nacer sentía que no podría enfrentarse a un parto vaginal, por lo cual intentó vehementemente convencer a su médica de

que le hicieran una cesárea. Este trabajo de abogar por sí misma lo realizó en medio del dolor y el sufrimiento, del desconcierto y la culpa. Lamentablemente fue un trabajo infructuoso.

En otro de los relatos, durante una visita a la guardia por complicaciones en el embarazo, la mujer cuenta cómo discutió con el médico y los residentes por los reiterados tactos dolorosos y por la desestimación de sus síntomas.

Desafortunadamente, no siempre el trabajo de oposición resulta en un beneficio para las mujeres. Muchas veces, sobre quienes son más conscientes de sus derechos y sus necesidades y lo hacen explícito frente a los/as agentes institucionales, recae con más fuerza la violencia sobre sus cuerpos. Según se pudo observar en historias clínicas facilitadas por las mujeres, se las tilda de “madre descontrolada y agresiva”, “paciente que no hace caso a las pautas ni a las recomendaciones dadas”, “paciente con poca adherencia a las indicaciones médicas”. Muchas veces reciben maltrato verbal, mayores intervenciones y comentarios amenazantes de que sus acciones ponen en riesgo la vida de sus criaturas.

Consideraciones finales

Las herramientas conceptuales y analíticas de la etnografía institucional han sido útiles para conectar el concepto de “trabajo maternal” de Hill Collins con el relevamiento de las actividades cotidianas de cuidado del propio cuerpo y la propia salud y de los de sus criaturas que las mujeres llevan a cabo tanto fuera como dentro de las instituciones sanitarias durante los procesos reproductivos. La naturalización de la maternidad produce la invisibilidad social de estas actividades. Los relatos de las mujeres entrevistadas revelaron numerosas formas de trabajo de gestión del propio cuerpo sentipensante que han debido realizar para llevar a término sus embarazos, para transitar el parto en las

instituciones y para sobrellevar el puerperio y la lactancia, especialmente ante la presencia de complicaciones.

A partir de los relatos pudimos dar cuenta de varios tipos de “trabajo de salud” realizado por las mujeres: hacer visibles las propias condiciones materiales e identidades sociales, gestionar estas condiciones e identidades cuando no son atendidas por la institución, adquirir conocimiento biológico y social, ajustar la experiencia a las expectativas institucionales y, finalmente, oponerse a las regulaciones institucionales. Además, el análisis de las experiencias de las mujeres en busca de las actividades que hemos descripto como “trabajo de salud” develó la confluencia entre la propuesta de la etnografía institucional y la de antropólogas feministas de la reproducción y la corporalidad como Emily Martin y Ellen Lazarus.

Todo el “trabajo de salud” detallado tiene un costo muy grande para las mujeres, pero es socialmente invisible y no ingresa en los cálculos ni en las evaluaciones de las políticas de salud. Si prestamos atención a sus relatos, las mujeres ofrecen material para lo que debería ser el trabajo institucional de escuchar sus necesidades y acomodar a ellas los servicios. ¿Qué necesidades expresan los relatos de las mujeres en relación con su interacción con las instituciones? La necesidad de estar acompañadas durante el embarazo, el parto/aborto y el puerperio. La necesidad de sentirse validadas en el conocimiento de sus propios procesos corporales y de sus deseos. La necesidad de ser tratadas como seres conscientes y presentes, y de no ser habladas en lenguajes institucionalizados, como si ellas no estuvieran ahí, que no se las trate como meros cuerpos/cosas. La necesidad de poder elegir efectores y no tener que adaptarse a los tiempos de las instituciones. La continuidad del cuidado y la valoración por parte del sistema a quienes sí dan continuidad. La creación de espacios más integrales, ampliamente disponibles: cursos preparto, contención psicológica, recuperación de saberes ancestrales y/o locales. Todas estas necesidades son factibles de ser incorporadas en los

servicios sanitarios: no requieren de grandes inversiones, pero sí de profundas transformaciones en las prioridades institucionales, que pongan verdaderamente en el centro de la atención a las experiencias múltiples y singulares de quienes les ponen el cuerpo a los procesos reproductivos.

Bibliografía citada

- Anzorena, Claudia C. y Yañez, Sabrina S. (2016). “¿Qué cuenta como salud materna? Notas sobre los programas y los servicios de salud pública para mujeres en situación de embarazo, parto-aborto y puerperio”. En Santillana, Alejandra (ed.), *Vinculando la justicia de género, económica y ecológica: perspectivas feministas desde América Latina*. Suva (Fiji): DAWN.
- Collins, Patricia Hill (2007 [1993]). “Shifting the Center: Race, Class, and Feminist Theorizing about Motherhood”. En Andrea O’Reilly (ed.), *Maternal Theory: Essential Readings* (pp. 311-330). Toronto: Demeter Press.
- Collins, Patricia Hill (2007 [1991]). “The Meaning of Motherhood in Black Culture and Black Mother-Daughter Relationships”. En Andrea O’Reilly (ed.), *Maternal Theory: Essential Readings* (pp. 274-289). Toronto: Demeter Press.
- Lazarus, Ellen (1994). “What do Women Want? Issues of Choice, Control and Class in Pregnancy and Childbirth”. *Medical Anthropology Quarterly*, 8(1), 25-46.
- Mackinnon, Karen (2006). “Living With the ‘Threat’ of Preterm Labor: Women’s Work of ‘Keeping the Baby In’”. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 97.
- Martin, Emily (2001). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Sinding, Christina (2010). “Using Institutional Ethnography to Understand the Production of Health Care Disparities”. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1656-1663.

- Smith, Dorothy (2005). *Institutional Ethnography. Sociology for People*. Toronto: Altamira Press.
- Yañez, Sabrina S. (2011). "Develando la propuesta de Dorothy Smith: aportes epistemológicos y metodológicos para el abordaje de lo social". *Diálogos*, 2(1), 111-126.
- Yañez, Sabrina S. (2016a). *De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta (Mendoza, 2001–2013)* (Tesis doctoral). FFyL, Universidad de Buenos Aires.
- Yañez, Sabrina S. (2016b). "Fragmentation and Hierarchies in Argentina's Maternal Health Services as Barriers to Access, Continuity and Comprehensiveness of Care". *Health Tomorrow: Interdisciplinarity and Internationality*, 4, 36-59.
- Yañez, Sabrina S. (2016c). Una reflexión sobre la etnografía institucional como herramienta de análisis feminista. En *V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales* (ELMeCS). Mendoza, UNCuyo, 16-18 de noviembre.

De la medicalización al cuidado

Reflexiones sobre un camino posible para abordar la violencia patriarcal en instituciones sociosanitarias

SOFÍA DA COSTA MARQUES Y MARÍA FLORENCIA LINARDELLI

Introducción

La violencia contra las mujeres y personas feminizadas, aunque hunde sus raíces en la historia patriarcal, ha adquirido en la actualidad una visibilidad sin precedentes. En América Latina y el Caribe, esta problemática irrumpió en la escena pública a partir de la década de 1980, de la mano de algunos sucesos relevantes. En 1979 tuvo lugar en Nueva York la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), recogida por la Asamblea General de Naciones Unidas y firmada por gran cantidad de países. En 1985 se realizó la Conferencia Internacional sobre la Mujer de Naciones Unidas en Nairobi, Kenia. Ese mismo año, en el marco de la democracia recientemente recuperada, Argentina adhiere a la CEDAW y la lucha histórica de los movimientos de mujeres y feministas comienza a encontrar una tímida interlocución con las instituciones del Estado.

Sin embargo, los medios de comunicación masiva, los poderes públicos y los organismos internacionales han mostrado una creciente atención a esta problemática recién en los últimos cinco años, a partir de las grandes movilizaciones del año 2015. Las transformaciones culturales recientes, sostenidas en las luchas feministas históricas,

instalaron la percepción de la violencia patriarcal como inadmisibles. El activismo de mujeres y del colectivo LGTT-BIQ+ está desbaratando el sentido común según el cual las diferencias sexo-genéricas son la excusa para una organización jerárquica de las personas y los grupos sociales, que legitima un ejercicio sistemático de la violencia patriarcal.

Este escenario propicia una mayor demanda al Estado que, respondiendo a ciertos reclamos del movimiento feminista, ha comenzado a desarrollar o ha profundizado políticas públicas que procuran dar cuenta de esta problemática¹. Paralelamente, es posible identificar peticiones, consultas en aumento y denuncias por fallas del accionar judicial y de los “organismos de la mujer” en el Poder Ejecutivo de todas las jurisdicciones. Como parte de este andamiaje, también las instituciones sociosanitarias comenzaron a ser interpeladas de manera creciente. Sobre esta interpelación reflexionaremos en el presente artículo.

A partir de nuestras experiencias como trabajadoras, docentes e investigadoras del campo de la salud, hemos construido un supuesto sobre las demandas dirigidas al sistema de atención médica en lo referido al abordaje de la violencia patriarcal. En las instituciones médicas prevalece una percepción de inadecuación entre la demanda que se

¹ Conviene destacar que en Argentina, hacia el final de la década de 1980, se crearon diversos mecanismos institucionales para abordar temáticas de género, que tomaron diferentes formas: áreas mujer, institutos y/o consejos orientados a la asistencia de mujeres en situación de violencia o discriminación. También entre sus objetivos se encontraba promover el “avance” de las mujeres, finalidad que, enmarcada en los debates sobre el desarrollo, abordaba otra gama de temas como empleo, salud, educación y servicios sociales (Anzorena, 2013). Durante la década de 1990, estos organismos quedaron relegados, y recuperaron protagonismo recién a partir de 2009 con la sanción de la ley 26485 de “protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. La primera marcha nacional Ni una menos en 2015 constituye otro hito relevante en cuanto a la centralidad en la agenda que adquirió esta temática. Este recorrido es abordado en profundidad en este libro en el capítulo de Claudia C. Anzorena “Cuatro décadas de políticas de género en Argentina. Un recorrido por los cambios normativos de 1985 a 2020 desde una perspectiva feminista”.

les dirige y sus posibilidades de atenderla. Precisemos un poco más este asunto: en los cursos dictados a profesionales de la salud, en los espacios de supervisión de prácticas y en los pasillos hospitalarios recorridos como trabajadoras, hemos escuchado al personal de las instituciones aludir a la carencia de recursos materiales y simbólicos para afrontar las situaciones de violencia sufridas por las usuarias, la falta de capacitación y formación profesional para su abordaje y la fragilidad de las redes familiares y comunitarias para construir estrategias de atención intersectoriales. El acompañamiento de usuarias que padecen situaciones de violencia patriarcal se manifiesta como fuente de frustraciones, sensaciones de impotencia y presagios de fracaso antes de intentar intervenciones. Aunque menos frecuentes, también hemos sido testigos de discursos que cuestionan que las instituciones de atención médica tengan alguna incumbencia en el abordaje de esta problemática. En suma, la violencia patriarcal interpela y presiona al ámbito sanitario en todos sus niveles.

Las páginas que siguen son una aproximación a algunas situaciones que consideramos que subyacen a esta tensión, y líneas posibles para construir abordajes ajustados a las necesidades de las/es usuarias/es. A lo largo del trabajo recorreremos dos argumentos centrales. Primero, que una condición para que los/as agentes de las instituciones sociosanitarias puedan abordar las situaciones de violencia patriarcal es reconocer su propia implicación en el problema. Segundo, que un modelo sanitario centrado en la atención de la enfermedad difícilmente pueda detectar e intervenir oportunamente ante situaciones de violencia patriarcal. En ese contexto, la medicalización del sufrimiento es lo que ocurre más habitualmente en las instituciones. Para finalizar, sugerimos que situar al cuidado como centro de las intervenciones sociosanitarias es una vía para identificar eficazmente esta problemática, y para construir intervenciones ajustadas a las necesidades de las personas

usuarias, coherentes con su contexto de vida y respetuosas de sus derechos y autonomía.

Este artículo es resultado de una reflexión sobre los espacios institucionales en los que nos hemos desempeñado profesionalmente (como trabajadora social y socióloga). Se trata de hospitales públicos y de obras sociales en los que realizamos tareas asistenciales, de producción estadística y de supervisión de residentes. También incluimos análisis derivados de nuestra experiencia como docentes en distintos espacios de formación de grado y posgrado de profesionales de la salud, en la provincia de Mendoza.

Esta labor de reflexión ha requerido registrar las incomodidades experimentadas frente a los abordajes de la violencia patriarcal desde las instituciones sociosanitarias. Además, se trata de una temática que nos inquieta como feministas y como mujeres usuarias de los servicios de salud. En suma, este escrito acude a herramientas conceptuales feministas y de la salud colectiva latinoamericana para reflexionar sobre nuestras diversas experiencias en el campo de la salud.

Nociones feministas sobre violencia patriarcal

Para comenzar, es necesario definir qué entendemos por violencia patriarcal. Este concepto, de carácter estructural, permite comprender las relaciones sexo-genéricas jerarquizadas sobre las que se estructuran las instituciones sociales de las que participamos. En particular, la noción de “patriarcado” ha sido definida por Adrienne Rich como

Un sistema político-ideológico, familiar-social, en el cual los hombres –a través de la fuerza y la presión directa, o por medio del ritual, la tradición, la ley y el lenguaje, las costumbres, la etiqueta, la educación y la división del trabajo– determinan qué papel deben o no representar las mujeres

y en el cual lo femenino está siempre subsumido a lo masculino (1996: 57).

De acuerdo con la autora, una sociedad es patriarcal cuando mantiene una jerarquía sexual identificable, que subordina a las mujeres y a lo femenino.

Distintas pensadoras feministas definen la violencia patriarcal como un proceso social estructural antes que un problema privado o de psicopatología individual del agresor. Para Rita Segato (2003), las relaciones de género consideradas “normales” presentan un carácter coercitivo e intimidatorio para las mujeres, pues se basan en el poder. Las posiciones sociales masculina y femenina no constituyen un vínculo entre individuos iguales, aunque así lo presuman las leyes. Son posiciones desiguales en una estructura de relaciones de poder construida y afectada por la economía, la política y el contexto histórico. La violencia contra las mujeres participa como uno de los mecanismos principales mediante los que se garantiza la obediencia a la jerarquía patriarcal. En palabras de la autora, “el mantenimiento de esa ley dependerá de la repetición diaria, velada o manifiesta, de dosis homeopáticas pero reconocibles de violencia” (Segato, 2003: 107).

Jules Falquet (2002), por su parte, señala que la violencia contra las mujeres resulta indispensable para la organización de las relaciones sexo-genéricas dominantes, para el funcionamiento material de la sociedad y para su reproducción. Además puntualiza que es un fenómeno que no solo afecta a las personas directamente implicadas:

No es necesario violar o pegar a todas las mujeres todos los días: algunos casos particularmente espeluznantes presentados con morbo por los medios de comunicación o narrados por las vecinas bastan para que cada mujer se preocupe y tema infringir las normas que supuestamente la protegen de semejante suerte (Falquet, 2002: 164).

Otro asunto relevante que plantean las autoras mencionadas radica en el carácter habitual de la violencia en las relaciones de género. Es decir, no se trata de un fenómeno extraordinario y atípico, o de una tragedia, sino que las expresiones extremas (violencia física, sexual y asesinato) forman parte de un gradiente de situaciones más solapadas, invisibles o de difícil percepción, que se confunden en el contexto de relaciones, incluso aparentemente afectuosas (Segato, 2003). La eficiencia de esas violencias “solapadas” en el sostenimiento de la jerarquía patriarcal radica en sus características distintivas: por un lado, su diseminación masiva en la sociedad, que garantiza su naturalización como parte de comportamientos considerados “normales” y banales; por otro, su arraigo en valores morales, religiosos y familiares, que permiten su justificación (Falquet, 2002).

Kimberlé Crenshaw (1998) acerca otra dimensión de análisis, cuando destaca que la violencia que viven las mujeres a menudo se conforma por otras dimensiones de sus identidades además del sexo-género, como la raza y la clase. El maltrato contra las mujeres de color adquiere características particulares, resultantes de la intersección de patrones racistas y sexistas y, por tanto, su experiencia no está determinada por los márgenes tradicionales de la discriminación de género. La autora postula que la agresión física sufrida por las mujeres racializadas es la manifestación más inmediata de la subordinación en la que viven, vinculada con el desempleo, el trabajo precario y la pobreza.

La perspectiva estructural que hasta aquí analizamos permite desplazarnos de la comprensión habitual de este fenómeno. Por un lado, nos aleja de la idea del caso aislado y de la buena o mala voluntad de las personas frente a estas situaciones. Por otro, una mirada estructural de la violencia patriarcal permite entender que sus manifestaciones atraviesan distintas instituciones sociales. Dichos atravesamientos adquieren una cristalización muy particular en las instituciones sociosanitarias, como veremos en los próximos apartados.

La violencia patriarcal de las instituciones sociosanitarias

La cuestión de la violencia ejercida por las instituciones sociosanitarias ha sido ampliamente explorada en distintas latitudes. De acuerdo con las conceptualizaciones repasadas previamente, podemos decir que el patriarcado es una forma de organización social y un basamento histórico para el ordenamiento de la sociedad. Esto implica que está presente en la matriz de todas las instituciones, dando forma y contenido a las representaciones y a las relaciones sociales (Canevari, 2017).

Las instituciones sociosanitarias no son una excepción. En su organización y funcionamiento se encuentran contenidas estas lógicas jerárquicas que asignan características, definiciones y roles diferenciales según el sexo-género. Puesto que esta asignación se da en el marco de jerarquías establecidas y relaciones asimétricas de poder, la diferencia se transforma en desigualdad. Cabe destacar que las lógicas a las que hacemos referencia funcionan tanto en la relación con las mujeres y personas LGTTBIQ+ que asisten a las instituciones como entre sus agentes. Las formas y expresiones varían de acuerdo con el tipo de relación (no es lo mismo transitar por una institución como “paciente” que hacerlo como trabajadora) y con la situación concreta (no es lo mismo acudir a un hospital en ocasión de un parto que acudir por razones vinculadas a la salud mental). Pero, en todos los casos, las lógicas de desigualdad y las violencias, sutiles o explícitas, permean la estructura institucional misma. Comprender los espacios médico-sanitarios a la luz de este atravesamiento patriarcal nos permite dejar de pensar la violencia institucional como situaciones aisladas, exabruptos inaceptables o casos escandalosos.

En una extensa investigación sobre las relaciones entre profesionales de los servicios de salud y las mujeres que acuden buscando asistencia y cuidados, Cecilia Canevari (2017) señala que este vínculo supone a menudo violencia,

expresada en diferentes prácticas que buscan el control y la dominación de las usuarias. La autora analiza especialmente las prácticas institucionalizadas referidas a los procesos reproductivos, e identifica un cúmulo de conductas, actitudes, reglas e imposiciones (*habitus* médicos) dirigidos a cercenar la autonomía reproductiva de las mujeres. Se trata de prácticas sutiles o explícitas, omisiones o tratos abiertamente crueles, que se realizan rutinariamente en los servicios e incluyen la administración de medicamentos sin consentimiento, la limitación de los movimientos, la descalificación de las pautas culturales de las usuarias, amenazas e insultos, la negación de la analgesia o el impedimento de que las mujeres estén acompañadas. Para la autora, la relevancia de analizar este gradiente de prácticas violentas radica en la función social que cumplen, esto es, garantizar el antiguo mandato patriarcal de controlar la sexualidad y la reproducción de las mujeres para la perdurabilidad de este orden jerárquico.

Otro núcleo de análisis relevante radica en el arraigo y la invisibilización de la violencia en la propia construcción de las instituciones sanitarias. Roberto Castro (2014) realizó una investigación sobre las instituciones médicas como constructoras activas de relaciones de poder, mediante patrones de aprendizaje y del desarrollo de ciertas habilidades y actitudes. Para el autor, el campo médico incluye las instituciones de atención médico-sanitaria y las de formación profesional. En el interior de este campo, los/as actores ponen en juego habilidades, conceptos y maneras de proceder, tendientes a mantener las reglas de juego o, eventualmente, a subvertirlas. En esta dinámica se conforma el *habitus* médico, entendido como el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo –en primer lugar, los médicos– a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y en

los hospitales de enseñanza. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas “razonables” y de “sentido común” posibles en tanto profesionales (Castro, 2014: 173).

La investigación de Castro muestra que, desde las etapas de formación profesional, se establecen diversos tipos de violencia que continúan operando durante las residencias e, inclusive, en la cotidianidad del personal de instituciones sociosanitarias. El autor señala tres dimensiones de esta cuestión: los castigos y la disciplina corporal, las jerarquías dentro de la profesión y la disciplina de género. Tras estas formas de violencia, opera un currículo oculto que contribuye a la formación de un *habitus* médico autoritario y que sustenta la particular disposición de numerosos/as profesionales de la medicina a maltratar, por ejemplo, a mujeres en situación de parto. Esta perspectiva nos acerca a una comprensión cabal del modo de funcionamiento de las instituciones que no solo permite la ocurrencia de la violencia, sino que se apoya en ella para garantizar el mantenimiento de un *statu quo*.

Las dimensiones abordadas hasta aquí nos permiten exponer uno de los nudos críticos que hallamos en las intervenciones de las instituciones sociosanitarias, especialmente en situaciones de violencia patriarcal. Si resulta una temática que abre incomodidades, sensaciones de impotencia o percepciones de inadecuación frente a la demanda de atención, esto se vincula, en buena medida, con la frecuente circulación de la violencia patriarcal en las instituciones de salud. Por una parte, esta frecuencia se acompaña de significativos niveles de naturalización de la violencia, que impiden detectar cabalmente la problemática. Por otra, implica que las propias instituciones médicas forman parte del problema al que se las convoca a dar respuesta.

Abordar la violencia patriarcal en instituciones sanitarias. Los límites del modelo de atención centrado en la enfermedad

Para comenzar, proponemos preguntarnos por la finalidad de las instituciones sociosanitarias. ¿Cuáles son su misión y sus objetivos? Como puede resultar obvio, no existe una única posición. Las respuestas varían de acuerdo con la concepción sobre, por ejemplo, el proceso de salud-enfermedad-cuidado y el papel del Estado en la provisión de servicios. Entonces, es menester explorar cuáles son las concepciones hegemónicas en el campo de la salud, para lo que acudiremos a los aportes de la medicina social latinoamericana.

Pese a que las instituciones sociosanitarias, tanto públicas como privadas, se autodenominan “servicios de salud”, no es difícil percibir que se encuentran centradas en la atención de la enfermedad desde una perspectiva biomédica. Esta última se caracteriza, en términos de Eduardo Menéndez (2005), por su biologicismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo e individualidad. Estos rasgos se plasman en un tipo de práctica técnica y social que ubica los factores etiológicos y curativos en la persona o en el ambiente “natural”.

En ese marco, los procesos colectivos determinantes de la salud/enfermedad son considerados como factores externos y secundarios. Cuando se toman en cuenta tales procesos, se analizan en términos de población (como suma de personas o, a lo sumo, grupos de riesgo) desmarcados de sus inscripciones raciales, genéricas y de clase. Menéndez (2005) destaca que las políticas de salud que surgen de este modelo quedan separadas de los factores económicos, políticos e ideológicos determinantes de la enfermedad, lo que propicia una práctica médica reparativa.

El personal de salud biomedicalizado, según Seixas, Merhy, Baduy y Slomp (2016), actúa como un instrumento altamente especializado y fragmentado para intervenir

de forma puntual sobre los órganos de un individuo. Este modo de abordaje deterioró la relación entre agentes de salud y personas usuarias, condujo a una baja resolución de necesidades y demandas sanitarias y diseminó prácticas prescriptivas y autoritarias en el trabajo cotidiano de los servicios. Si bien existen prácticas alternativas a esta perspectiva dominante, resulta claro que la hegemonía de la biomedicina lejos está de su ocaso.

En ese contexto, no resulta extraño que una década atrás –y desde la visión biologicista imperante– las instituciones sanitarias eludieran la atención de la violencia patriarcal, en cuanto no la consideraban como un asunto estricto del campo de la salud. La falta de estrategias activas de detección de situaciones de violencia y el desconocimiento de signos que permitieran su rápida identificación habla de que el campo médico se consideraba a sí mismo ajeno al tema. Cuando se detectaba la problemática, o cuando esta era enunciada por las usuarias, los abordajes solían focalizarse en aspectos psicológicos y judiciales. Allí se convocaba a profesionales en psicología a atender en consultorios individuales a las pacientes y al personal de trabajo social por articular, derivar y judicializar. Las pocas intervenciones médicas solían acotarse a la atención farmacológica o reparativa de los efectos más evidentes de la violencia en el cuerpo o el psiquismo: lesiones físicas o síntomas psíquicos como insomnio, ansiedad y consumo de sustancias, entre otros.

Este abordaje de las situaciones de violencia patriarcal se ha modificado parcialmente, como señalamos al inicio, de la mano de las luchas feministas y por el desarrollo de diversas políticas públicas para la atención de mujeres y personas LGTTBIQ+ en situación de violencia, que desembocaron en la sanción en 2009 de la Ley 26485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales. No obstante, el nuevo escenario muestra que la mayor atención prestada

por las instituciones sociosanitarias a la temática no está exenta de tensiones.

Por una parte, nos interesa destacar que la intervención de las instituciones sociosanitarias con mujeres/disidencias en situación de violencia patriarcal suele culminar en el reforzamiento de la tradicional medicalización. Diagnósticos médicos y psiquiátricos prontamente recaen sobre las/es consultantes, junto con la farmacología que acompaña esos diagnósticos. Un ejemplo reciente puede ayudarnos a visualizar cómo la medicalización de este tema se ha extendido, al punto de que se comienzan a difundir expresiones como “epidemia de feminicidios”. Entendemos que este tipo de lenguaje, adoptado en ocasiones también por los feminismos, devela una patologización de un fenómeno social cuyo origen es el patriarcado capitalista y no una enfermedad. Se trata de una evidente extensión de las construcciones discursivas de la biomedicina y la epidemiología en la comprensión de un fenómeno social complejo.

Sin dudas, esto puede vincularse con que el lenguaje biomédico es más audible públicamente que las denuncias, los estudios, las experiencias y los conocimientos feministas. Pero las condiciones de posibilidad de esa “audibilidad” de la medicina no tienen que ver tanto con su precisión o rigurosidad, sino más bien con el hecho de que es una disciplina profundamente patriarcal, cuyos enunciados suponen criterios de verdad. Consideramos problemático ceder el contenido político y teórico de la violencia patriarcal al discurso médico-epidemiológico en pos de una mayor visibilidad, porque puede significar entramparse en un terreno que, desde una perspectiva feminista, tratamos de subvertir permanentemente. Con arduos esfuerzos militantes y teóricos, los movimientos de mujeres y LGTT-BIQ+ cuestionan las intervenciones desmedidas e insidiosas sobre nuestros cuerpos por parte de la biomedicina, que ha patologizado las diferencias fisiológicas, hormonales, de orientación sexual y de identidad de género, usando como parámetro las características de los varones blancos, cis y heterosexuales.

Que haya hechos brutales, injustos y de previsibilidad relativamente alta, como los feminicidios, no habilita a equiparlos

a una enfermedad. Que sea imprescindible construir registros estadísticos sobre ellos no los convierte en un dato de la epidemiología. Si los hechos de violencia patriarcal extrema son asimilados a una patología, el discurso y la práctica biomédicos los abordará como fenómenos biológicos, individuales y “anormales” o, por lo menos, como hechos fuera de la norma. Y bien sabemos las mujeres, las personas trans y no binaries, las travestis, las lesbianas y los gays las consecuencias que tales abordajes generan en términos de producción, reproducción y justificación de la violencia patriarcal. También hemos logrado mostrar que no se trata de problemáticas individuales ni de hechos que contraríen la “normalidad” patriarcal.

Por otra parte, la complejidad de la atención y el acompañamiento de mujeres y personas LGTTBIQ+ en situación de violencia han generado la rigurosa protocolización de las intervenciones en las instituciones sociosanitarias. También desde los feminismos se exigen protocolos de actuación que, en ocasiones, terminan siendo armas de doble filo. Veamos un ejemplo concreto. Mientras que antes de la sanción de la ley 26485 era habitual que la violencia patriarcal no se considerase un problema pasible de ser abordado en un servicio de salud, desde la entrada en vigor de la mencionada normativa se modificaron las intervenciones. La implementación de protocolos de actuación en la materia ha conducido, en algunos casos, a que se les exija a las mujeres la denuncia judicial de los hechos de violencia como parte necesaria del proceso de atención.

En nuestra experiencia profesional observamos con frecuencia que la obligación de denuncia prevista en la ley, en su artículo 18², se convierte en una estrategia de los/as profesionales para resguardar su propia seguridad, antes de la de quienes consultan. Con esto no sugerimos desconocer la obligación que

² Esta normativa establece en su artículo 18: “Las personas que se desempeñen en servicios asistenciales, sociales, educativos y de salud, en el ámbito público o privado, que con motivo o en ocasión de sus tareas tomen conocimiento de un hecho de violencia contra las mujeres en los términos de la presente ley, estarán obligados a formular las denuncias, según corresponda, aun en aquellos casos en que el hecho no configure delito” (ley 24685, 2009).

pesa sobre los/as agentes estatales, ni tampoco cuestionamos que la denuncia pueda formar parte de las estrategias de abordaje de los equipos de salud. Lo que destacamos es que la multiplicación de denuncias realizadas por personal sanitario, en ocasiones, parece responder a un intento de proteger al personal profesional y al servicio, antes que a una estrategia orientada a velar por la integridad de las/es usuarias/es.

Aquí podemos observar que los protocolos no resultan inmediatamente transformadores de las prácticas médicas. Por el contrario, desde el discurso de la protección, en muchas ocasiones las instituciones interponen sus intereses por encima de las decisiones, la seguridad, la autonomía y los derechos de las/es consultantes. Es decir, hay una tensión entre las demandas del movimiento de mujeres y feministas de protocolizar las intervenciones vinculadas con la violencia patriarcal y los efectos desubjetivantes de la protocolización. Aunque reconocemos la eficacia y necesidad de normas contra la violencia que establezcan criterios de atención, también debemos reconocer sus límites. Si con la aplicación de un protocolo se vulnera la autonomía y seguridad de las mujeres, conviene preguntarnos por la razón y eficacia de ese instrumento. No es extraño que ciertas modificaciones reglamentarias culminen en una repetición velada de aquello que se pretendía cambiar.

Ubicar los cuidados en el centro. Una perspectiva posible sobre la incidencia de la violencia patriarcal en los procesos de salud-enfermedad

Como señalamos al inicio de este trabajo, consideramos que, para construir intervenciones pertinentes y respetuosas de las necesidades, los derechos y la autonomía de las personas que requieren asistencia, resulta crucial problematizar la finalidad de los servicios sociosanitarios. En esa dirección, Seixas et al. (2016) proponen transformar el encuentro terapéutico en una relación de cuidado. Para tal

fin es necesario modificar el foco de la intervención, que debe vincularse con el sufrimiento antes que con normativas, mediciones o desvíos estándar. En relación con ello, en cada propuesta terapéutica es necesario analizar cuánto de lo que prescribimos se implementa y, de hacerlo, cuánto sufrimiento genera. El horizonte de cada intervención es el cuidado, por tanto, es imprescindible el protagonismo de la persona que recibirá ese cuidado antes que el énfasis en los procedimientos. Esta propuesta demanda salir de la estandarización y protocolización excesiva de las prácticas y construir planes de cuidado singulares.

Cabe destacar que, para autoras/es de la salud colectiva, el concepto de cuidado no es equivalente al de atención, sino que el primero tiene una connotación más amplia e integral, al quitarle la centralidad a las instituciones y agentes del campo sanitario y reconocer que buena parte de las acciones de salud suceden en la vida cotidiana de los/as sujetos (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012). Paralelamente, la noción de cuidados ha sido ampliamente abordada por los feminismos desde los años ochenta, cuando pensadoras italianas –como Laura Balbo, Franca Bimbi y Chiara Saraceno– comenzaron a referirse al *lavoro di cura* para nominar las múltiples actividades invisibles que las mujeres adultas realizan para cuidar de la vida. Para los feminismos, además, el cuidado es un trabajo integrado por “las actividades que regeneran cotidiana y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas” (Pérez Orozco, 2014: 62).

Estas coordenadas para transformar la lógica de las intervenciones sociosanitarias permiten avizorar escenarios más viables para abordar la problemática de la violencia patriarcal, al subordinar las acciones y tareas de los servicios sanitarios al cuidado. Antes que un protocolo estanco que indique el lugar de la escucha, la orientación, el acompañamiento, la derivación, la denuncia y la judicialización, cada instancia de la intervención se ordena detrás de la prioridad del cuidado y este último se construye en los

encuentros terapéuticos con las personas usuarias (Seixas et al., 2016).

Otro asunto para abordar refiere a incumbencias muy específicas de los servicios sociosanitarios, que llamativamente adquieren un carácter secundario cuando se atiende a mujeres o personas LGTTBIQ+ en situación de violencia patriarcal. Hasta aquí hemos señalado que la violencia patriarcal no es un problema que pueda comprenderse en términos de “enfermedad”. Sin embargo, entendemos que, desde una mirada centrada en el cuidado, las instituciones sanitarias tienen la tarea de atender de manera integral los daños (cuadros agudos, crónicos y diferentes grados de discapacidad) que provoca la violencia patriarcal.

¿Cuánto sabemos sobre esto en el campo de la salud? Nos animamos a sugerir, pensando en nuestra propia formación, que conocemos muy poco. Es decir, tenemos dificultades para diagnosticar y, por ende, para construir una terapéutica adecuada que evite segmentar las experiencias de las/es usuarias/es. El ejemplo más brutal de la falta de atención integral y de conocimiento riguroso sobre el tema es la frecuente administración de psicofármacos para el tratamiento de cuadros ansiosos, depresivos o de insomnio –muy frecuentemente asociados a la violencia– que disminuyen la capacidad de respuesta frente a las agresiones.

Una investigación realizada por Tájer, Gaba y Reid (2013) en Argentina ofrece información clave para reflexionar sobre los padecimientos asociados con la violencia patriarcal. Primero, las autoras indican que las mujeres en situación de violencia buscan atención médica dos veces más que otras mujeres. Esto sitúa al sistema de atención médica como un sector estratégico para la prevención y detección temprana. Segundo, destacan que en el sistema de salud existe un marcado subregistro de este problema, debido a una ineficaz detección, ya sea porque no constituye el motivo de consulta o porque no se utiliza este diagnóstico en los informes y estadísticas sanitarias. Tercero, detallan de manera precisa la variedad de enfermedades y

padecimientos asociados frecuentemente con la violencia patriarcal, que suelen presentarse entrelazados.

Como resulta evidente, el estudio puntualiza que la consecuencia más grave de este tipo de violencia es la muerte por feminicidio y el suicidio. Además son habituales –y fácilmente identificables– las lesiones graves y muy graves: fracturas, heridas de bala, cortes, hematomas y quemaduras. Las autoras también señalan otros cuadros frecuentes, pero menos reconocidos por los/as profesionales: dolor crónico, cefaleas, problemas respiratorios, agudización de cuadros asmáticos y alergias respiratorias, embarazos no intencionales, ITS y VIH, trastornos menstruales, dolor pélvico crónico, infecciones urinarias, hijos o hijas con bajo peso al nacer, partos prematuros, depresión, ansiedad, ataques de pánico, intentos de suicidio, trastornos del sueño, afectación de la capacidad de maternaje, de la concentración y de las capacidades involucradas en el estudio y el trabajo, alteraciones en la atención, en la memoria y fobias. Este conjunto de padecimientos concluye en una disminución de los años de vida saludables y provoca discapacidad psicológica y física.

Tájer, Gaba y Reid (2013) también señalan que las especialidades médicas con mayor formación y capacidad de detección son la medicina general o de familia, la pediatría y la psicología. Sin embargo, advierten que, a mayor especialización médica, menor posibilidad de que identifiquen la violencia como un problema de salud. El caso más notable es el de profesionales de ginecología que, aunque detectan las situaciones de violencia, habitualmente no intervienen por considerarlas ajenas a su especialidad.

Los resultados de este estudio nos muestran al menos dos asuntos para considerar. Por un lado, la diversidad de padecimientos, daños y enfermedades asociadas con la violencia que circulan relativamente invisibilizadas por los servicios de salud. Por otro lado, la importancia estratégica de este sector, tanto para la detección y el acompañamiento temprano de esta problemática como para la atención de

los daños que provoca. Esto último conmina a las y los profesionales de la salud a profundizar en el conocimiento disponible sobre el tema, formarse en perspectiva de género y revisar aquellas prácticas que resultan solidarias con los mandatos patriarcales y la violencia.

Conclusiones

A lo largo del trabajo, pusimos en diálogo nuestras experiencias como trabajadoras del sistema sanitario y como docentes en espacios de formación sociosanitaria con una revisión teórica, a fin de reflexionar acerca de las tensiones y paradojas en el abordaje de las situaciones de violencia patriarcal en instituciones médicas.

Procuramos recuperar una perspectiva estructural sobre la violencia patriarcal y sus manifestaciones institucionales. Al plantear que una problemática es estructural, no buscamos sugerir que esté fuera de nuestro alcance realizar intervenciones pertinentes, ajustadas y, hasta cierto punto, transformadoras. Señalar que un proceso tiene carácter estructural implica identificar que no se limita a sus expresiones evidentes y singulares, y que demanda un esfuerzo de comprensión que traccione contra aquellas lógicas que se presentan como naturalizadas o de sentido común.

Identificamos algunos nudos centrales para el análisis: por un lado, la construcción de las instituciones sociosanitarias como espacios de producción y reproducción de violencia patriarcal desde los aportes de Castro (2014) y Canevari (2017). Por otro lado, señalamos que los servicios de salud organizados en torno a una perspectiva exclusivamente biomédica y centrados en la atención de la enfermedad producen la creciente medicalización de las mujeres y disidencias sexuales en situación de violencia, al tiempo que protocolizan las intervenciones sin garantizar mayor

efectividad para las/es usuarias/es. Finalmente, problematizamos la función de los servicios sanitarios al rescatar la noción de Seixas et al. (2016) del encuentro terapéutico como relación de cuidado singular. Esta perspectiva amplía la mirada biologicista imperante en la medicina, que excluye del campo de sus saberes, problemas e intereses a las manifestaciones de la violencia patriarcal, y propone nuevas formas de concebir la tarea, misión y objetivos de las intervenciones sociosanitarias.

A partir de estas reflexiones, consideramos que se abren interrogantes sobre los límites de las disciplinas del campo de la salud para construir intervenciones pertinentes frente a problemáticas complejas. La violencia patriarcal, por su multideterminación y enraizamiento profundo en la historia, se trata de un fenómeno que excede los límites estrechos de conocimientos compartimentados mediante divisiones disciplinares. Se presenta como una problemática indisciplinada.

Esto último habilita al menos dos alternativas que pueden resultar efectivas para comprender mejor el funcionamiento de la violencia y para construir abordajes ajustados al contexto, a las necesidades de las personas usuarias y que respeten sus derechos y su autonomía. Por una parte, la búsqueda de nuevos saberes; por otra, la práctica efectiva de la interdisciplina y la intersectorialidad. En lo referido a la indagación sobre nuevos saberes, existe un cúmulo disponible de investigación científica que puede brindarnos sólidos conocimientos sobre el tema. Uno de los campos que abordó más temprana y extensamente la problemática de la violencia patriarcal es la teoría feminista, en la cual abundan las discusiones y claves explicativas para explorar. Al mismo tiempo, se han multiplicado las redes de organizaciones sociales, profesionales, activistas y de mujeres sobrevivientes de violencia patriarcal, que se encuentran trabajando en la difusión, prevención y revisión de prácticas. Allí también es posible hallar experiencias y saberes acumulados que pueden asistirnos en la búsqueda de alternativas para

realizar abordajes más efectivos, pertinentes, integrales y respetuosos de los derechos humanos.

Ligada íntimamente con esta tarea de comprensión se encuentra la dilucidación de nuestra posición en la estructura de relaciones sociales en la que se inserta la problemática en cuestión. Es menester tener cierta claridad de la posición que ocupamos en la estructura de relaciones, así como qué elementos la hacen posible y la sostienen. En el caso de la violencia patriarcal, quienes deben dar respuestas vinculadas con sus obligaciones como agentes estatales deberían reconocer el lugar que ocupan las instituciones en la reproducción y el ejercicio de esa violencia. Puntualmente, en el interior de las instituciones sanitarias se requiere una profunda reflexión de la multiplicidad de violencias naturalizadas que se dirigen hacia las personas usuarias y hacia las propias trabajadoras de este campo. Pero no basta solo con la reflexión: resta el desafío de romper la complacencia cotidiana con las prácticas patriarcales que circulan por los servicios.

Bibliografía citada

- Anzorena, Claudia C. (2013). *Mujeres en la trama del Estado. Una lectura feminista de las políticas públicas*. Mendoza: EDIUNC.
- Canevari, María Cecilia (2017). *Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres: derechos, autonomía y violencia* (Tesis doctoral). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Castro, Roberto (2014). "Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México". *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197.
- Crenshaw, Kimberlé (1998). "Cartografiando los márgenes: interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color". En Raquel (Lucas) Platero,

- Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada* (pp. 87-122). España: Bellaterra.
- Falquet, Jules (2002). "La violencia doméstica como forma de tortura: reflexiones basadas en la violencia como sistema en El Salvador". *Revista del CESLA*, 3, 149-172.
- Ley 26485 (2009). Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los Ámbitos en que se Desarrollen sus Relaciones Interpersonales.
- Menéndez, Eduardo (2005). "El modelo médico y la salud de los trabajadores". *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.
- Rich, Adrienne (1996). *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Editorial Cátedra.
- Segato, Rita (2003). *Las estructuras elementales de la violencia*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Seixas, Clarissa; Merhy, Emerson; Baduy, Rossana y Slomp Junior, Helvo (2016). "La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil". *Salud Colectiva*, 12, 113-123.
- Stolkiner, Alicia; Comes, Yamila y Garbus, Pamela (2011). "Alcances y potencialidades de la atención primaria de la salud en Argentina". *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2807-2816.
- Tájer, Débora; Gaba, Mariana y Reid, Graciela (2013). *Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: una investigación en la ciudad de Buenos Aires*. Informe de Investigación. Buenos Aires: Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

COVID-19: el autocuidado y las TIC como estrategias de salud pública del Estado argentino y la OMS

Andamiajes previos en un nuevo escenario

PATRICIA K. N. SCHWARZ

Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar, desde un enfoque de género, las propuestas dirigidas a la población para evitar la propagación del coronavirus (COVID-19) por parte del Ministerio de Salud de la Nación y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Hallamos que en ambos organismos la estrategia de abordaje de la pandemia se sostiene, entre otros aspectos, sobre la interpelación individual al autocuidado mediado por el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC).

A la combinación de TIC y biomedicina la llamamos *eHealth*, siguiendo la definición de Eysenbach (2001: 2)¹:

Es un campo emergente en la intersección de la informática médica, la salud pública y las iniciativas privadas, en referencia a los servicios de salud y la información entregada o mejorada a través de Internet y las tecnologías relacionadas. En un sentido más amplio, el término caracteriza no solo un desarrollo tecnológico sino también un estado de la mente, una forma de pensar, una actitud, y un compromiso de

¹ Esta definición es una de las más citadas en los artículos académicos referidos al tema (Fernández Silano, 2013).

pensamiento global en red, para mejorar la atención de salud a nivel local, regional y mundial utilizando tecnologías de información y comunicación.

Tal como refiere Eysenbach, se trata de una novedad en las estructuras cognitivas, una modificación integral del transitar la vida y habitar el cuerpo en su relación con el mundo. Al mismo tiempo, existe una confluencia entre las lógicas de funcionamiento de la biomedicina y de las TIC, pues ambas representan, entre otras cosas, una herramienta mediante la cual la sociedad capitalista vehiculiza estrategias biopolíticas de control social, a través del disciplinamiento de los cuerpos y las subjetividades.

La preocupación y el análisis acerca de la dimensión de género de la problemática estudiada atraviesan este trabajo, dado que en las sociedades patriarcales el mundo de los cuidados interpela normativamente a las mujeres. En Occidente, y en Argentina en particular, la división sexual del trabajo indica a las mujeres la disposición del cuidado hacia otras personas, incluso en ocasiones también a expensas de los cuidados hacia sí mismas (Daly y Lewis, 2019; Rodríguez Enríquez, 2013; Pautassi, 2007). Al mismo tiempo, son quienes buscan en mayor proporción información *online* sobre salud, justamente porque se ocupan de los cuidados de la salud, a pesar de que también conforman el grupo que menor cantidad de habilidades y conocimientos tiene sobre TIC, un fenómeno llamado “brecha digital de género” coherente con una división sexual del saber que establece el mundo de la técnica y la tecnología como ámbito de competencia masculina (Schwarz, 2018).

En este artículo analizamos el rol que cumple el autocuidado en tanto iniciativa geopolítica y estrategia de construcción de ciudadanía biológica, una cultura de consumo de la salud que deriva trabajos y costos del cuidado desde el Estado y/o empresas al individuo consumidor/usuario/productor. Es una práctica que se apoya en los dispositivos de *eHealth* para desarrollarse y al mismo tiempo, mientras

crece y se instala en las acciones cotidianas, refuerza el sustrato simbólico del capitalismo liberal occidental y los valores de la modernidad tardía: la experiencia y responsabilidad individual del propio cuerpo y su salud.

En cuanto a lo metodológico, los datos construidos y analizados son producto de una etnografía virtual realizada en 2018, 2019 y 2020 en la página web de la OMS y del Ministerio de Salud argentino.

En lo que sigue damos cuenta de recursos conceptuales para comprender el autocuidado en salud; en los siguientes apartados analizamos lo hallado en las iniciativas del Ministerio de Salud de la Nación y en las de la OMS respecto de las propuestas dirigidas a la población para evitar la propagación del COVID-19. Finalizamos el artículo con algunas reflexiones e interrogantes.

Autocuidados de la salud

Comprendemos al *autocuidado de la salud* como una expresión dentro del campo general de los cuidados, al cual definimos, siguiendo a Gherardi, Pautassi y Zibecchi (2013), como actividades que sustentan a las personas en términos físicos y simbólicos para vivir en sociedad. A esta definición sumamos la de Joan Tronto, que entiende los cuidados como

Actividades que incluyen todo aquello que se hace para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de tal forma que podamos vivir en él de la mejor manera posible [...] todo lo cual se busca entretener en una red compleja que dé sustento a la vida (1993: 103).

Así, consideramos los cuidados en tanto valor y prácticas sociales, relacionales y por ende simbólicas y subjetivas. Es decir, formas sociales y colectivas que son soporte y sentido del autocuidado (Domínguez Mon, 2015; Femenías y

Soza Rossi, 2018). Femenías y Soza Rossi (2018: 5) afirman: “Los cuidados siguen un proceso que podríamos denominar dialéctico: se producen y se reciben; se transforman y reinterpretan conjuntamente en el mismo momento de su producción”.

En el campo de la salud, los preceptos hegemónicos en torno a los cuidados están vinculados al paradigma patriarcal sobre el que se desarrolla la biomedicina (Davis-Floyd, 2004) y, en la misma clave, al objetivo de los Estados de preservar e incrementar el *biovalor* de las personas, es decir, el valor político y económico de la vida de las/os ciudadanas/os (Rose, 2012). Estos preceptos resultan en un disciplinamiento normativo de los cuerpos, pero también, por medio de ellos, de las subjetividades y las emociones (Foucault, 1966/2003, Rose, 2012). En la cultura occidental liberal y la biomedicina de la modernidad tardía, esta construcción subjetiva resulta en una ética somática –en términos de Nikolas Rose (2012)– de responsabilidad individual sobre las condiciones de salud del propio cuerpo. De este modo, la biomedicina sostiene la ampliación de la demanda en su mercado de consumo específico apoyada en el sujeto hegemónico occidental: el individuo. La búsqueda de bienestar y salud física abrevan en el mismo designio que el espíritu de esta era: la supremacía del valor de la satisfacción individual (Harvey, 1990; Beck, 2008).

La acción individual del propio cuidado responde a esta interpelación normativa. Sin embargo, entendemos que el autocuidado solo es posible en contexto. De acuerdo a la conceptualización de Franco Muñoz (2009), refiere a las actitudes diarias, íntimas y personales que responden al objetivo de mantener el funcionamiento de la persona de manera independiente. Para que esto sea posible, se requiere la construcción conjunta y la incorporación de significados que orienten estas formas de estar/ser –el cuidado de sí–, que incluye las actitudes hacia uno mismo, los demás y el mundo que nos rodea.

Tal como afirma Foucault (2006), el conocimiento de sí mismo (mediante prácticas externas e internas sobre el propio cuerpo: ejercitación física y meditación, entre otras), permite la acción sobre sí en tanto estrategia biopolítica de control. En estos términos,

El cuidado de sí es una ética y una estética de la existencia, que implica a cada quien con la comunidad y consigo mismo [...]. El sujeto que al cuidar de sí cuida también de los otros. A partir de esos conceptos, Foucault desarrolla lo que denomina la “tecnología de uno mismo” (Femenías y Soza Rossi, 2018: 86).

Tal como mencionamos antes, aun cuando los cuidados tienen soporte social, no están distribuidos equitativamente. En la matriz patriarcal, la división sexual del trabajo y la ética maternal interpelan a las mujeres en tanto cuidadoras “naturales” de otras personas, constituyéndose en una de las causas estructurales de las desigualdades de género (Knibiehler, 2001; Schwarz, 2016). Se trata de la apropiación del trabajo de cuidado de las mujeres, denunciado desde hace décadas por diversas corrientes feministas –iniciando por las materialistas– (Guillaumin, 2005; Federici, 2010). Esto se traduce en cifras concretas: en el mundo, las mujeres realizan más de tres cuartas partes del trabajo de cuidados no remunerado, y constituyen dos terceras partes de la mano de obra que se ocupa del trabajo de cuidados remunerado. Según los datos actuales, en ningún país del mundo los varones se encargan de un volumen de trabajo de cuidados superior al de las mujeres (Coffey et al., 2020). Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2018), las mujeres tienen a su cargo el 76,2% de todas las horas del trabajo de cuidado no remunerado (más del triple que los varones). En América Latina, son las mujeres las que cuidan sin remuneración en mayor proporción. Es una práctica que no está valorada ni social ni económicamente. En Argentina, si se suman tanto las jornadas pagas como las no pagas, es posible afirmar que las mujeres trabajan siete horas

más por semana que los varones (Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado, 2020). Esta distribución inequitativa de las tareas de cuidado produce como consecuencia asimetrías en el uso del tiempo entre mujeres y varones, en detrimento del tiempo que las mujeres destinan a su propio cuidado². El sector formal de servicios de cuidado remunerados también está sobrerrepresentado por mujeres, en general en condiciones laborales precarias, con salarios bajos y frecuentes situaciones de violencia y/o acoso (Pautassi, 2007; Daly y Lewis, 2019). En el contexto actual de pandemia, la sobrecarga de las mujeres respecto de las tareas de cuidado se ha exacerbado e invisibilizado (CEPAL, 2020; D'Alessandro et al., 2020; Basile, 2020; Carmody y Guerriera, 2020; Batthyány, 2020). Entre otros factores, el crecimiento de la demanda es consecuencia de la mayor necesidad de cuidados por condiciones de salud, así como también por la reducción/eliminación de arreglos formales (instituciones educativas y de cuidado, trabajo doméstico remunerado, etc.) e informales (apoyo de familiares, vecinas/os, etc.) de cuidado en contextos de aislamiento (Bango, 2020; Grupo de Trabajo Cuidados y Género, 2020). A esto se suma la intersección con otras condiciones de vulnerabilidad que limitan los recursos posibles para afrontar esta coyuntura; tal es el caso de mujeres del colectivo LGTTBQ+, rurales, migrantes, de pueblos originarios, trabajadoras sexuales, privadas de la libertad, con escasos recursos económicos y jefas de hogar, entre otras (OEA y CIM, 2020; Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado, 2020).

Instituciones como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) dependiente de aquella, la Organiza-

² La pobreza de tiempo tiene consecuencias perjudiciales y significativas en las oportunidades de participar en igualdad de condiciones en el trabajo remunerado, la formación, la participación en el ámbito político o los espacios de toma de decisión en todos los niveles, entre otras actividades individuales y sociales. Se genera un círculo vicioso: pobreza de tiempo, pobreza económica y viceversa (Coffey et al., 2020).

ción de Estados Americanos (OEA) y la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) proponen implementar medidas institucionales con enfoque sistémico e integral con participación de mujeres en la toma de decisiones, para reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidados no remunerados de las mujeres. El reconocimiento al cuidado/no cuidado en tanto derecho es parte de las medidas propuestas. También proponen que los Estados realicen campañas de difusión para visibilizar esta problemática y promover la corresponsabilidad. Entre otros compromisos asumidos por el Estado argentino se incluye lo contenido en la XIV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (celebrada en Santiago de Chile en 2020), en la que se ratificó la Estrategia de Montevideo, que insta a los Estados a impulsar políticas de cuidado y promoción de corresponsabilidad entre mujeres y varones (Bango, 2020; Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado, 2020).

Seguimos a Joan Tronto (2004), en concordancia con otras propuestas feministas, cuando alude a la corresponsabilidad como solución micro, en las relaciones interpersonales de la vida cotidiana, y a la socialización de los cuidados, como solución macro, en el ámbito político.

En el proceso reciente de transformación de los Estados de bienestar y el avance de los Estados neoliberales, con la característica común de reducción del gasto público, se ha producido un progresivo traslado de responsabilidades sobre la salud: responsabilidades dirigidas ahora al sujeto individual –imperativo del autocuidado–, a diferentes ámbitos institucionales estatales y hacia el sector empresarial y de la sociedad civil, proceso cristalizado en una redefinición de las políticas públicas relacionadas con los cuidados. El autocuidado se vuelve una salida posible a la progresiva crisis del sistema de cuidados en el que la demanda es mayor que la oferta. En los contextos recientes, esto es consecuencia principalmente de la reducción de gastos en salud de los Estados, de la participación progresiva de las mujeres –cuidadoras en mayor proporción que otros

sujetos sociales– en el mercado laboral (con menos tiempo para cuidar a otras/os), del envejecimiento de la población (Daly y Lewis, 2019) y del crecimiento de la incidencia de enfermedades crónicas. En el contexto actual de pandemia, esta configuración se agudiza, pues se agrega el cuidado de menores, discapacitados/os, adultas/os mayores (que no pueden asistir a instituciones educativas ni de cuidado) y de personas afectadas por COVID-19, entre otros factores asociados a la mayor vulnerabilidad de la población (crecimiento de la pobreza, etc.).

Para poder comprender la forma intersectorial en que las sociedades actuales abordan las problemáticas vinculadas a los cuidados de la salud, nos valemos de la definición de Corina Rodríguez Enríquez (2013: 139) acerca de la organización social del cuidado, entendiéndola como la “distribución de responsabilidades y actividades de cuidado (y de los tiempos dedicados a ellos), entre los hogares, el Estado y los mercados, para dar cuenta de la atención (satisfactoria o con déficit) de la demanda de cuidados”. Complementariamente, el concepto de *social care* de Daly y Lewis (2019) alude a tres dimensiones de los cuidados: el cuidado como trabajo (actividad y tipo de trabajo), el marco normativo de los cuidados y la dimensión relativa a los costos financieros y emocionales en el sector público y privado.

Estas complejidades de los cuidados quedan invisibilizadas en la exhortación de la política pública a la acción individual para responder a la pandemia. Como vemos a partir de lo anteriormente expuesto, esta apuesta a la individualización de los cuidados da continuidad a lógicas neoliberales, occidentales y patriarcales que se han sostenido sobre una ficción de individuo autónomo y meramente racional. Estos constructos históricos plasmados en una perspectiva individualista de la salud se refuerzan con el advenimiento de la *eHealth*, pues la unidad ontológica e interpretativa de las TIC es el individuo, el yo (Turkle, 1995).

Autocuidados e *eHealth* en las iniciativas del Ministerio de Salud

El 20 de marzo del 2020, el Poder Ejecutivo nacional estipula a través de un Decreto de Necesidad y Urgencia el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) para detener el avance del nuevo COVID-19, nueve días después de que la OMS declarara el estado de pandemia. Por el mismo motivo, el 12 de marzo, también por medio de un decreto, se extendió la emergencia sanitaria vigente por el plazo de un año.

El contexto del ASPO hizo necesario avanzar en los proyectos de digitalización de la atención de salud. En Argentina, el desarrollo de un proceso de incipiente digitalización en el campo de la salud pública se inicia a comienzos de la década de 2010, fruto del trabajo conjunto de universidades nacionales, organismos nacionales de ciencia, técnica y tecnología, de salud y del sector privado. En enero de 2019 se sanciona el Plan Nacional de Telesalud, dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Ese mismo año se publica en el Boletín Oficial la disposición que establece las recomendaciones para el uso de la telemedicina, bajo el nombre de “Encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las tecnologías de la información y la comunicación en tiempo real”.

Desde comienzos del milenio se incorpora progresivamente la historia clínica electrónica en instituciones de salud, si bien es una práctica que aún no logra unificar criterios nacionales. Como consecuencia lógica de la fragmentación del sistema de salud argentino, existen diferencias significativas entre el sector público y privado, así como entre las diferentes regiones del país.

Finalmente, en contexto de pandemia, en julio de 2020 se sanciona la ley 27553 de recetas electrónicas o digitales, que establece la prescripción y dispensación de medicamentos de manera electrónica, y habilita la teleasistencia.

De manera complementaria a lo anterior, desde el Estado nacional se avanza en gestión de datos digitales, ecosistemas de integrabilidad digital y también se apoya el desarrollo de la telesalud en las provincias con capacitaciones, equipamiento y trabajo en red (integración de subsistemas).

Entre otras políticas públicas que acompañan las iniciativas del Ministerio de Salud respecto del autocuidado mediado con las TIC se encuentran las implementadas por el Estado nacional, iniciadas hace cerca de una década³, destinadas a lograr mayor accesibilidad de la población a computadoras y conexión a Internet. Entre estas iniciativas se cuentan:

- El “Plan Nacional de Telecomunicaciones: Argentina Conectada” dependiente del Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios, en funciones desde 2010, tiene como ejes estratégicos la inclusión digital, la optimización del uso del espectro radioeléctrico, el desarrollo del servicio universal, la producción nacional y la generación de empleo en el sector de las telecomunicaciones, la capacitación y la investigación en tecnologías de las comunicaciones, la infraestructura y conectividad.
- La Red Federal de Fibra Óptica (REFEFO), iniciada en 2010, orientada a la construcción de infraestructura, permite darle servicio a instituciones públicas y a prestadoras minoristas de servicios de TIC, para acortar las brechas digitales entre grandes centros urbanos y localidades más pequeñas del país. Opera en conjunción con la Empresa Argentina de Soluciones Satelitales SA (ARSAT), creada en 2006 para el diseño, la construcción, la operación y la explotación de satélites de telecomunicaciones en el país.

³ Con interrupciones durante el gobierno del presidente Mauricio Macri, que desfinanció estos programas (Baladrón, 2019).

- El programa Conectar Igualdad (perteneciente al Ministerio de Educación y Deportes de la Nación) se inicia en 2010 con el fin de entregar *netbooks* a estudiantes y docentes de escuelas públicas primarias y secundarias e institutos de formación docente.
- Estas políticas se complementan con la progresiva cobertura de servicios de *wifi* gratuito en espacios públicos, incluyendo plazas.
- El Ente Nacional de Comunicaciones (ENACOM), a través de su Programa Nacional de Acceso a Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, distribuyó *tablets* a la población vulnerable, en particular, a mayores de 60 años y mujeres que viven en zonas rurales.
- Complementariamente a estas medidas, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y la Secretaría de Innovación Pública construyen datos a partir de relevamientos en torno al acceso y uso de TIC en todo el país, necesarios para el diseño de la política pública.

En relación con los cuidados en contexto de pandemia, existen algunas ambivalencias en las políticas de Estado. Por un lado, desde la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado (2020)⁴ se propone la centralidad de los cuidados, noción en la que se incluye al autocuidado como dimensión del bienestar social, y el diseño de estrategias integrales para reducir, redistribuir, reconocer y remunerar las tareas de cuidado, como una necesidad, como un trabajo y como un derecho, para lograr una organización social de este que sea más justa y equitativa. Esta perspectiva propone abordar los cuidados y autocuidados en términos colectivos. Se

⁴ Iniciativa de la Jefatura de Gabinete de la Presidencia y del Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidades (del cual depende la Dirección Nacional de Políticas de Cuidado). La Mesa está integrada por los organismos del Estado nacional que tienen incumbencia y competencias en el tema.

suma el otorgamiento de licencias con goce de sueldo para trabajadores/as de la administración nacional que tengan a cargo menores de edad, sean mayores de 60 años, estén embarazadas o se encuentren dentro de las poblaciones de riesgo en el contexto del ASPO. Otra medida en ese sentido es el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE)⁵. También se lanzó la campaña #CuarentenaconDerechos promoviendo la distribución de las tareas del hogar y el cuidado de menores de manera equitativa. Se establecieron excepciones a la restricción de circulación a personas que deben asistir a otras, y a personas afectadas a la atención de comedores y merenderos.

Por otro lado, las exigencias de autocuidado al/a la ciudadano/a biológico/a, desde el sector público de salud, se presentan como un compendio de decisiones y prácticas racionales de análisis costo/beneficio propios del *homo oeconomicus* capitalista, patriarcal, moderno y liberal (Rose, 2012). Estas improntas sostienen y refuerzan a la vez la hegemonía del sujeto individual, autónomo, consumidor y racional. La interpelación a la racionalidad puede observarse, según nuestro relevamiento, en la página web del Ministerio de Salud de la Nación. Se utilizan silogismos deductivos para aludir a consejos sobre autocuidado en relación con posibles consecuencias negativas si no se los practica, cuando existe prolífico material de investigación que da cuenta de que, por sí solas, la información y la racionalidad no son gravitantes en las prácticas preventivas de salud. Es necesario considerar integralmente las condiciones de vida de la población, sus contextos socioambientales y sus creencias, costumbres, saberes, tradiciones y emociones.

La página web del Ministerio, en la solapa referida al COVID-19⁶, expone en primer lugar las medidas del

⁵ Seguro social para trabajadoras/es informales o desocupadas/os afectadas/os por las medidas de aislamiento a causa de la pandemia por COVID-19 en 2020.

⁶ <https://bit.ly/3bzmhjG>. Fecha de ingreso: octubre de 2020.

ASPO y del Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO), y explica de qué se tratan y por qué es necesario cumplirlos. La organización de la información es parecida a la de la OMS. Se presentan nueve solapas: cinco de ellas desarrollan dimensiones biomédicas y epidemiológicas (información epidemiológica, recomendaciones y refuerzos a equipos de salud y donación de plasma), una alude a los autocuidados de la población, otra a las acciones del Estado en relación con la pandemia, y finalmente se presentan vías de contacto y preguntas y respuestas frecuentes sobre el COVID-19.

Cuando se alude a los “cuidados principales”, se presentan los mismos que los indicados en la página web de la OMS: distancia social, uso de barbijo o tapabocas, lavado de manos y superficies, evitar tocarse la cara, toser/estornudar en el codo flexionado, ventilar ambientes y evitar espacios cerrados con muchas personas. Finalmente se exponen los síntomas característicos de la infección. Una solapa ofrece descargar una aplicación para autodiagnóstico.

A continuación se presentan ocho solapas que responden a la pregunta “¿Qué podemos hacer para cuidarnos?”: cuatro amplían las recomendaciones generales a la población, una conecta al Programa TeleCovid, una alude a vacunas (neumococo y gripe), una recomienda procedimientos para trabajos con atención al público y una alude a los cuidados de población mayor de 65 años, embarazadas y personas con patologías crónicas.

Entre las iniciativas de *eHealth* (llamada “telesalud” en los organismos del Estado argentino), para dar respuesta a la pandemia, se cuentan:

- La aplicación CUIDAR, que orienta un autodiagnóstico para COVID-19, se conecta con el sistema de salud de la zona donde reside el/la usuario/a si es necesario, da recomendaciones de autocuidado y se vincula con diferentes certificados, entre ellos los de circulación en caso de ASPO.

- El programa TeleCovid, que “tiene por objeto la atención a distancia de casos sospechosos o confirmados de COVID-19 y de personas que forman parte de grupos de riesgo que están en condiciones de cumplir su ASPO en domicilio” (MSAL, 2020). La atención a distancia refiere a que el equipo de salud asiste y monitorea la condición de las/os usuarias/os del sistema de salud por medio de las TIC.
- La aplicación Sistema de Monitoreo de Recursos Críticos de Internación, que permite acceder a información centralizada y agrupada de todos los establecimientos de salud del país. Captura el estado de situación de cada institución y lo plasma en un tablero de visualización.
- El Índice de Movilidad Ciudadana, que construye métricas para cuantificar la eficacia de las medidas de aislamiento y para establecer barreras sanitarias, parámetros de movilidad de la población y detección temprana de contagios y brotes epidemiológicos.

En la página web del Ministerio de Salud de la Nación es frecuente que la palabra *cuidados* sea utilizada para aludir a las prácticas de la ciudadanía, pero no así a las del Estado. En este último caso se utiliza la expresión *atención en salud*. Es posible que esta diferencia tenga relación con la historia de los campos semánticos a los que pertenecen ambas: la atención se corresponde con los orígenes de la salud pública y la noción del paciente pasivo, y el cuidado, a contextos recientes y la noción de usuaria/o activa/o.

En el caso concreto del COVID-19, se refiere a la *protección de la salud pública*⁷. El término *protección* también es frecuentemente utilizado en la página web de la OMS. Este término está vinculado al universo de sentido de los derechos, tanto por su uso coloquial como por su definición formal.

⁷ Ver www.msal.gob.ar.

La alusión al autocuidado en las publicaciones *online* del Ministerio denota una centralización en el individuo en términos generalizados, sin especificaciones respecto de su contexto. Estos términos son utilizados apelando a la responsabilidad individual sobre el propio cuerpo y el de los/as demás: “Cuidarte es cuidarnos”, “Es responsabilidad de todos cumplir con lo establecido por el Ministerio de Salud”.

Las recomendaciones se hacen a una persona, que se supone alfabetizada digital. Se da por hecho que cuenta con los recursos tecnológicos y saberes necesarios para acceder al mundo digital. No se consideran las brechas digitales etarias, fruto de la dificultad de acceso a las TIC de personas de más de 60 años; tampoco se consideran las brechas digitales de género⁸. Tampoco se alude a los cuidados colectivos ni a la situación de quienes cuidan, las mujeres particularmente. Esto es contradictorio respecto de las iniciativas del Estado nacional en contexto de pandemia, que remiten al reconocimiento de las problemáticas asociadas a los cuidados a través de las políticas mencionadas anteriormente.

El autocuidado y la *eHealth* en las recomendaciones de la OMS

En 2005 la OMS, en el contexto de la Asamblea Mundial de la Salud de dicho organismo, ha definido el concepto de *eHealth* como

⁸ En el mundo, 200 millones más de varones que de mujeres tienen acceso a Internet, y estas tienen un 21% menos de posibilidades de tener un teléfono celular. En el contexto actual de aislamiento por la pandemia de COVID-19, esta brecha tiene implicancias negativas directas en la supervivencia de las mujeres (OEA/CIM, 2020).

[El] uso económico y seguro de las TIC en apoyo de los diferentes campos de la salud, incluyendo servicios de atención en salud, vigilancia epidemiológica, información y literatura sobre salud, así como de educación para la salud, investigación y conocimiento sobre esta área también (2016: 22).

En la misma asamblea se resolvió tener como objetivo complementario promover la cobertura universal de salud para la población mundial. Esto último se apoya en las estrategias de *eHealth* para lograrlo.

La OMS (2019) hace explícito su abordaje del autocuidado en relación con las tecnologías y la *eHealth* a través de un gráfico circular cuyos anillos, de afuera hacia adentro, mencionan:

- Responsabilidad (eje exterior que abarca a todos los demás), que incluye la responsabilidad de los siguientes actores: sector de salud, sector privado, individual, donantes, social y el Estado.
- Ambiente apto (siguiente eje hacia el interior): seguridad de productos, soporte psicológico, soporte de leyes y políticas, acceso a la justicia, capacidad económica (de consumo), protección contra la violencia, coerción y discriminación, información, educación, financiamiento de la salud, regulación de la calidad de los productos e intervenciones y equipo de trabajo entrenado.
- Lugares de acceso: dadores de cuidados, farmacias, servicios de salud, tecnologías y plataformas digitales, comunidad, medicina tradicional, prácticas socioculturales y hogar.
- Principios fundamentales: derechos humanos, equidad de género, ética, trayectoria de vida y abordaje holístico.
- Autocuidado para la salud y el bienestar.

De esta manera, la OMS está abordando el autocuidado de una manera integral y holística. Incluye aspectos relacionales, subjetivos, contextuales, estructurales y culturales.

En una vinculación de dimensiones que va de lo macro a lo micro, muestra un interesante recorrido desde la heteronomía para poder llegar a garantizar la autonomía en los cuidados de salud. Los aspectos no aludidos en el gráfico refieren a las interacciones entre actores/sectores, producidas en condiciones de asimetrías de poder, y a las regulaciones internas entre actores/sectores del gráfico que deben activarse cuando algún otro actor/sector necesario para garantizar el autocuidado está inhabilitado o limitado en su accionar. Dada la preeminencia de la explotación de las mujeres en las tareas de cuidado no remunerado (evidenciada por la denuncia feminista desde hace varias décadas de modo global), y dada la recurrencia de la inaccesibilidad a diferentes dimensiones del cuidado en salud a partir de las desigualdades sociales y económicas, las relaciones de poder y las brechas sociales que reducen el acceso a las instancias institucionales presentes en el gráfico son aspectos fundamentales que deben ser visibilizados en el abordaje de los autocuidados en salud, sobre todo los que están vinculados con la *eHealth*, cuyo acceso implica superar la brecha tecnológica, además de la de salud.

Siguiendo lo propuesto en el gráfico analizado, la OMS define el autocuidado como

La capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover, mantener la salud, prevenir enfermedades y enfrentar enfermedades con o sin apoyo de un profesional de la salud. La promoción del autocuidado es un medio para capacitar a las personas, las familias y las comunidades para la toma de decisiones informadas sobre la salud. Tiene el potencial de mejorar la eficiencia de los sistemas de salud y contribuir a la equidad en salud (2019: 8).

En el manual sobre autocuidado citado aquí, la OMS alude también a que, independientemente de los factores que determinen la conducta o la eficacia del autocuidado, es la persona en términos individuales la que debe actuar para preservar o mejorar su salud.

En opinión de la OMS (2019), la autonomía necesaria para el autocuidado está siendo estimulada por las relaciones médica/o-paciente, que incluyen progresivamente el punto de vista del/la paciente, y también por la incorporación de los derechos humanos en el sector de salud. En sus textos es frecuente que la OMS (2019) explicita su interés en estimular el desarrollo de la *eHealth* como vía de fortalecimiento de las políticas de autocuidado. Sin embargo, una limitación al potencial del autocuidado a partir de iniciativas de *eHealth* es la brecha digital en poblaciones que no tienen acceso a tecnologías y/o a la alfabetización digital.

El 11 de marzo del 2020, la OMS declaró el estado de pandemia por el brote de COVID-19 descubierto a finales del año anterior, a partir de la presencia de este en 114 países, con más de 118.000 casos y más de 4000 fallecimientos⁹.

En su página web, de manera coherente con sus concepciones de autocuidado, la solapa referida a las “Orientaciones para el público”¹⁰, comienza con estas indicaciones:

Si la COVID-19 se propaga en su comunidad, manténgase seguro mediante la adopción de algunas sencillas medidas de precaución, por ejemplo, mantener el distanciamiento físico, llevar mascarilla, ventilar bien las habitaciones, evitar las aglomeraciones, lavarse las manos y, al toser, cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo. Consulte las recomendaciones locales del lugar en el que vive y trabaja. ¡Hágalo!

La sección tiene seis solapas: “Sanos en casa” (incluye cuatro solapas: “Actividad física”, “Salud mental”, “Tabaquismo”, “Alimentación”), “Consejos para la población acerca de rumores” (da cuenta de mitos sobre el virus), “Cuándo y cómo usar mascarilla”, “Escuelas y COVID-19”, “Atención

⁹ Ver <https://bit.ly/3eZlmvm>.

¹⁰ Ver <https://bit.ly/3yl8EOS>.

en el domicilio para los cuidadores” y “Todas las preguntas y respuestas”.

Alude de manera utilitaria, desde una perspectiva de interés individual, a las relaciones sociales cuando recomienda acciones para conservar la salud: “El contacto social es importante. Si sus movimientos se encuentran restringidos, mantenga un contacto regular con las personas próximas por teléfono o Internet”¹¹.

Aconseja el uso de aplicaciones móviles (no especificadas) y de las TIC en general en varias instancias de las recomendaciones de autocuidado.

Las indicaciones están dirigidas a un sujeto individual, en ocasiones también alfabetizado digital, con acceso a recursos (una vivienda, agua segura, conexión a Internet y acceso a computadora o telefonía móvil, entre otros elementos).

En términos generales, alude al coronavirus de manera descontextualizada, salvo cuando se mencionan a los grupos considerados de riesgo. Incluso las estadísticas que se ofrecen también descontextualizan el fenómeno que quieren medir: en general están enfocadas en casos positivos y muertes.

En otras secciones de la página web institucional se encuentran informes sobre situaciones específicas de algunas poblaciones, pero en los mensajes al público general esta diversidad no está presente.

Homogeneidades y estandarizaciones en la geopolítica biomédica frente al COVID-19. Algunas reflexiones finales e interrogantes

La homogeneidad estandarizada y estandarizante entre los organismos aquí estudiados da cuenta de una siste-

¹¹ Ver <https://bit.ly/2S4ZyFo>.

mática descontextualización de las problemáticas sociales vinculadas al COVID-19. En sus recomendaciones a la población, ambos organismos aluden al virus en abstracto, aislado de las condiciones de contexto. Cuando refieren a que las enfermedades preexistentes pueden volverlo más riesgoso, no incluyen condiciones de vida como la pobreza y la desnutrición, por ejemplo. Exhortan a los individuos a realizar prácticas de autocuidado con recursos que son dados por hecho: acceso a agua segura para higienizarse, a elementos desinfectantes, a barbijo o a las posibilidades de confeccionarlo, a Internet y la alfabetización digital necesaria, entre otros.

Esta impronta discursiva para referirse y abordar la pandemia invisibiliza las inequidades y la precariedad del sistema público de salud, la dimensión colectiva de los cuidados, la sobrecarga de las mujeres en función de la división sexual del trabajo, la pobreza y sus consecuencias en la accesibilidad a las prácticas de autocuidado, entre otros aspectos. Esta unicidad del discurso biomédico tecnocrático, junto con la coacción de la policía sanitaria, la publicidad del miedo y los mercados médicos y farmacológicos, entre otros actores interesados en el control y explotación de la población, desalientan la participación ciudadana y fomentan una obediencia acrítica a las medidas de salud pública. Estos datos pueden resultar una clave para comprender los procesos geopolíticos que subyacen a esta coyuntura mundial, coyuntura que se complejizará con el advenimiento de un nuevo actor en 2021: la/s vacuna/s para prevenir el COVID-19, cuya aparición es necesario que genere debate en una sinergia de pluralidad de voces.

Es por todo lo anterior que tal vez sea más importante comenzar a hacernos algunas preguntas, antes que continuar el camino del decálogo acrítico de “certezas”: ¿cómo incorporamos la dimensión colectiva del cuidado en este contexto?, ¿cómo reconfiguramos la distribución sexogenérica de las tareas de cuidado?, ¿podremos aprovechar este contexto como oportunidad para cuestionar y redefinir las

lógicas biomédicas?, ¿qué obstáculos existen, qué lógicas geopolíticas intervienen para evitar visibilizar la pobreza en su relación con este contexto?, ¿qué pasaría si integráramos, en nuestra interpretación y diseño de respuesta a la coyuntura sanitaria actual, condiciones de contexto social, económico y cultural con una participación ciudadana activa?, ¿qué intereses están jugando –y de qué actores– para que esto no suceda?, ¿qué queremos para la salud pública? y ¿cómo generamos instancias de participación colectiva para definirla?

Pensarnos en la salud y el bienestar de nuestro cuerpo colectivo y de su contexto puede colaborar para convertir a la pandemia y al COVID-19 en una oportunidad de transformaciones necesarias.

Bibliografía citada

- Bango, Julio (2020). “Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación”. En ONU Mujeres y CEPAL. Recuperado de <https://bit.ly/3eV9TwH>.
- Baladrón, Mariela (2019). “El Plan Argentina Conectada: una política de Estado desde la infraestructura de comunicaciones”. *Ciencia, Tecnología y Política*, 2(2), 1-11.
- Basile, Gonzalo (2020). “Coronavirus en América Latina y Caribe: entre la terapia de shock de la enfermería pública y la respuesta de la salud colectiva/salud internacional Sur Sur”. En *IV Dossier de Salud Internacional Sur Sur*. Ediciones GT Salud Internacional. CLACSO.
- Batthyány, Karina (2020). “La pandemia evidencia la crisis de los cuidados”. En Batthyany, Karina, Zobeyda Cepeda y Manuel Espinel Vallejo (comps.), *Coronavirus y desigualdades preexistentes: género y cuidados*. Buenos Aires: CLACSO.
- Beck, Ulrich (2008). *La sociedad del riesgo mundial. En busca de la seguridad perdida*. Barcelona: Paidós.

- Carmody, Carina y Guerriera, Lorena (2020). "Pensando las tramas del cuidado en clave feminista en tiempos de pandemia". En Spasiuk, Gisela, Giraldo Zuluaga, Luisa F. y Di Marco, Graciela (coords.), *Familias, géneros diversidades y luchas antipatriarcales: construyendo una agenda feminista de la ciudadanía frente al desafío de la pandemia*. Buenos Aires: CLACSO
- CEPAL (2020). "La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe". Recuperado de <https://bit.ly/3v2NNOg>
- Coffey, Clare; Espinoza Revollo, Patricia; Harvey, Rowan; Lawson, Max; Parvez Butt, Anam; Piaget, Kim; Sarosi, Diana y Thekkudan, Julie (2020). "Tiempo para el cuidado. El trabajo de cuidados y la crisis global de desigualdad". Informe de OXFAM. Recuperado de <https://bit.ly/3bwEXRI>
- D'Alessandro, Mercedes; O'Donnell, Victoria; Prieto, Sol; Tundis, Florencia y Zanino, Carolina (2020). *Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto*. Ministerio de Economía Argentina.
- Daly, Mary y Lewis, Jane (2019). "El concepto de 'social care' y el análisis de los Estados de bienestar contemporáneos". En Carrasco, Cristina; Borderías, Cristina y Teresa Torns (Eds.), *El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales*. Madrid: FUHEM, Catarata.
- Davis-Floyd, Robbie (2004). *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida.
- Domínguez Mon, Ana (2015). "Prácticas cotidianas de autocuidados en red por parte de un grupo de pacientes con diabetes", en Domínguez Mon, Ana y Schwarz, Patricia K.N. (coords.), *Redes de cuidado, autocuidado y desigualdad en salud: personas que viven con enfermedades de larga duración* (pp. 50-61). Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://bit.ly/2RtdpR>

- Eysenbach, Gunther (2001). "What is eHealth?". *Journal of Medical Internet Research*, 3(2). Recuperado de <https://bit.ly/3waW1E8>
- Federici, Silvia (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Fernández Silano, Mariano (2013). "La Salud 2.0 y la atención de la salud en la era digital". *Rev Med Risaralda*, 20(1), 41-46.
- Femenías, María Luisa y Soza Rossi, Paula (2018). "El cuidado, ¿una cuestión de género?". En Domínguez Mon, Ana y María Luisa Femenías (Comps.), *Cuidados en salud, derechos y género* (pp. 75-92). Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://bit.ly/33S7m03>
- Foucault, Michel (1966/2003). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2006). *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Franco Muñoz, Nora E. (2009). "Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud". *Revista Salud Colectiva*, 5(3), 391-401.
- Gherardi, Natalia; Pautassi, Laura y Zibecchi, Carla (2013). "Presentación". En Pautassi, Laura y Carla Zibecchi (coords.), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Biblos.
- Guillaumin, Colette (2005). "Práctica del poder e idea de Naturaleza". En Curiel, Ochy, Falquet, Jules (comps.), *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas: Colette Guillaumin-Paola Tabet-Nicole Claude Mathieu* (pp. 19-56). Buenos Aires: Brecha Lésbica.
- Grupo de Trabajo Cuidados y Género (2020). "Los graves impactos que tiene la pandemia en las desigualdades de género en la región". *Pensar la Pandemia. Observatorio social del Coronavirus*. Recuperado de <https://bit.ly/3hAA2Tl>

- Harvey, David (1990). *The condition of Postmodernity. An enquiry into the origins of cultural change*. Cambridge: Blackwell Publishers.
- Knibiehler, Yvonne (2001). *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado (2020). “Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros”. Recuperado de <https://bit.ly/2QuvgeV>
- MSAL (Ministerio de Salud de la Nación) (2020). *Programas de Telesalud*. Disponible en: <https://bit.ly/3nd1kjb>.
- OEA y CIM (2020). “Covid-19 en la vida de las mujeres. Razones para reconocer los impactos diferenciados”. Recuperado de <https://bit.ly/2RltMnO>
- OIT (2018). “El trabajo de cuidados y los trabajadores de cuidados para un futuro de trabajo decente”. Recuperado de <https://bit.ly/3v0zZEa>
- OMS (2016). “Global Diffusion of eHealth. Report of the third global survey on eHealth”. Global Observatory of eHealth. Recuperado de <https://bit.ly/3eVVNew>
- OMS (2019). “Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for health”. Recuperado de <https://bit.ly/3v0-RxA3>
- Pautassi, Laura (2007). “El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos”. *CEPAL. Unidad Mujer y Desarrollo*, 87. Recuperado de <https://bit.ly/3hC66pB>
- Rodríguez Enríquez, Corina (2013). “Organización social del cuidado y políticas de conciliación: una perspectiva económica”. En Pautassi, Laura y Carla Zibecchi (coords.), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Biblos.
- Rose, Nikolas (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Universidad Pedagógica.
- Schwarz, Patricia K. N. (2016). *Maternidades en verbo. Identidades, cuerpos, estrategias, negociaciones: mujeres heterose-*

xuales y lesbianas frente a los desafíos de maternar. Buenos Aires: Biblos.

Schwarz, Patricia K. N. (2018). "Protección de datos personales de salud en Argentina. Derechos, brechas de género y desafíos en la era de la información digital". En Domínguez Mon, Ana y María Luisa Femenías (comps.), *Cuidados en salud: derechos y género* (pp. 25-40). Recuperado de <https://bit.ly/3fyvfzc>

Turkle, Sherry (1995). *La vida en la pantalla. La construcción de la identidad en la era de Internet*. Buenos Aires: Paidós.

Tronto, Joan (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.

Mujeres rurales latinoamericanas y trabajo reproductivo

Debates actuales, hallazgos y problemáticas en discusión

MARÍA FLORENCIA LINARDELLI Y DANIELA PESSOLANO

Introducción

El debate sobre el trabajo reproductivo, que tuvo centralidad en los feminismos por las décadas del setenta y del ochenta, ha recobrado su protagonismo en las agendas políticas y académicas latinoamericanas en tiempos relativamente recientes, junto con la economía feminista (Esquivel, 2011). En línea con el resurgimiento de este núcleo de intereses, nos proponemos desarrollar una revisión de antecedentes científicos, a escala latinoamericana, sobre trabajo reproductivo, doméstico, no remunerado y/o de cuidados realizado por mujeres rurales, trabajadoras agropecuarias y campesinas.

Distintos motivos sostienen esta investigación. En principio, no podemos pensar los procesos de reestructuración productiva del agro regional sin considerar que estos movilizaron una reestructuración reproductiva (Linardelli, 2020), pues la producción de bienes y servicios es indisoluble de las formas que asume la reproducción de la vida humana, cruce donde se juegan las grandes tensiones de los trabajos de las mujeres (Rodríguez Enríquez, 2019). Además, el trabajo reproductivo es tan histórico y geográficamente situado como el trabajo productivo. Aunque parezca una obviedad, la naturalización del trabajo que realizan

las mujeres ha sido moneda corriente en distintos campos de estudio, dada su directa asimilación con su capacidad de gestar, parir y amamantar. Finalmente, partimos del supuesto de que pese al aumento –que celebramos– de los estudios feministas sobre el trabajo de cuidados, la atención que se presta a las mujeres y territorios rurales continúa siendo incipiente y rezagada.

En términos metodológicos el trabajo se apoya en una estrategia conceptual, orientada a explorar categorías y debates que han tenido lugar en un campo del conocimiento y período determinado (Maletta, 2009). Realizamos una revisión documental mediante la técnica de rastreo bibliográfico desplegada en diferentes bases de divulgación científica, relevantes en Latinoamérica: Redalyc, Scielo, Clacso, Dialnet, Google Académico y Jstor, que dio por resultado un corpus de 24 documentos entre los cuales encontramos principalmente artículos científicos pero también tesis de grado y posgrado, ponencias, capítulos de libro y un libro. La búsqueda de antecedentes se focalizó entre el año 2000 y la actualidad, período de crecimiento de las discusiones sobre estos temas. En cuanto a los criterios de selección bibliográfica, escogimos investigaciones realizadas en países latinoamericanos y publicadas en portales de acceso abierto, en cuyo título y/o palabras clave se hallase al menos uno de los siguientes términos de cada categoría: 1) trabajo reproductivo, cuidado/s, trabajo doméstico y/o trabajo no remunerado; 2) mujeres rurales, espacios/territorios/ámbito rural/agrario/agropecuaria¹. El análisis interpretativo del corpus de textos se orientó a identificar

¹ Somos conscientes de que el recorte planteado excluye información pertinente que brindan investigaciones sobre el trabajo en general de las mujeres rurales, o de manera más específica, sobre su trabajo productivo/asalariado, pues al hablar del trabajo femenino rural las/os autores/as usualmente se refieren al trabajo reproductivo. Este recorte se explica en el marco de nuestros intereses, que buscan relevar los estudios que tienen como principal objeto de análisis el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado.

tendencias y vacíos, como también a sugerir preguntas futuras de investigación.

En las páginas que siguen presentamos, primero, un breve recorrido conceptual acerca del tema en discusión; luego, una sistematización de los hallazgos de las investigaciones disponibles, según la identificación de núcleos temáticos. Para finalizar, las conclusiones señalan tendencias, vacíos y desafíos para comprender, medir y valorar el trabajo reproductivo que realizan las mujeres rurales de América Latina.

Mujeres, economía y trabajo reproductivo. Breve recorrido conceptual e hipótesis de trabajo

Las preguntas sobre la participación económica y laboral de las mujeres se remontan cuanto menos a los estudios sobre las diferencias salariales entre hombres y mujeres de 1930 en Gran Bretaña. Cabe mencionar los desarrollos de Jacob Mincer acerca de las razones de la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo y aquellos otros del reconocido economista Gary Becker en los años 60, cuando crece el interés de la economía ortodoxa por el funcionamiento de la unidad doméstica (Benería, 2005).

Sin embargo, son los debates sobre el trabajo doméstico que se desenvuelven en la década de 1970 (Esquivel, 2011) los que van a marcar un antes y un después en los estudios feministas y de género en la temática, pues es en este momento, y en vínculo estrecho con la tradición marxista, que pensadoras de Europa Occidental y Estados Unidos reflexionan deliberadamente sobre la invisibilización del trabajo de las mujeres y su concentración en tareas reproductivas y no remuneradas (Benería, 2005). Algunas de sus principales exponentes (Molyneux, 1979; Gardiner, 1975; Dalla Costa, 1972; Federici, 1976) protagonizaron un debate de carácter estructural, que buscaba comprender la

relación entre el capitalismo y la división sexual del trabajo (Esquivel, 2011). En este recorrido, pusieron en cuestión la noción restringida de trabajo (trabajo = trabajo asalariado) y pugnaron por el reconocimiento –en algunos casos, salarial– de la labor realizada por las mujeres en sus hogares, que, al tiempo que reproducía la fuerza de trabajo presente y futura, aseguraba la perpetuación del sistema capitalista en su conjunto (Esquivel, 2011).

Aunque fructíferas, estas discusiones presentaron grandes limitaciones. Benería y Sen (1982) señalaron que los debates sobre el trabajo doméstico cuadraban bien para las sociedades urbanas e industrializadas, donde la familia nuclear era la forma básica de organización doméstica y donde el trabajo asalariado constituía la fuente principal de subsistencia familiar. Sin embargo, no eran adecuados para comprender la realidad de las mujeres de los países periféricos, en particular, de las mujeres campesinas (Benería y Sen, 1982 en Pessolano, 2018). Pues, como señala Arizpe (1986), para América Latina la división sexual del trabajo podía adoptar distintas formas según el tipo de economía agrícola de la que se tratara (haciendas, plantaciones y comunidades campesinas corporativas), y con ellas variaba la participación económica de las mujeres.

En vínculo con lo anterior, una parte importante de los grupos domésticos rurales en los 80 eran campesinos, lo que imprimía –y sigue imprimiendo– diferencias sustanciales con las familias urbanas –más aún de países industrializados–. En este sentido, el trabajo doméstico o reproductivo asume características distintivas, que dificultan diferenciar procesos productivos y reproductivos claramente (Benería y Sen, 1982). Según Benería y Sen, dicho trabajo en las economías de subsistencia no solo se aboca a la *transformación* de bienes para el consumo, sino que se orienta también a *producirlos* sin la intermediación mercantil, y genera así una diferencia sustancial con otras formas de trabajo doméstico que dependen exclusivamente del salario para la provisión de materias primas.

En la década de 1980 se desarrolló un debate, mucho menos conocido, acerca de *la mujer de América Latina y el Caribe* (León, 1982), que se abocó a reflexionar sobre las trabajadoras del agro. Si bien no refiere específicamente al trabajo reproductivo, constituye un antecedente relevante, puesto que refleja las preocupaciones acerca de la división sexual del trabajo en el contexto agropecuario regional.

En estas latitudes, la emergencia de los estudios de la mujer/género se caracterizó por ser relativamente reciente, coincidiendo –no casualmente– con el retorno a las democracias luego de las dictaduras militares, y por presentar un vínculo estrecho con las políticas de desarrollo y los organismos internacionales (León, 2007). En este sentido, las investigaciones que compila León (1982) tratan acerca de las mujeres rurales y las economías campesinas, y sobre la participación femenina en el mercado laboral –principalmente– agrícola (Roldán, 1982; Young, 1982; Deere y León, 1982; Campaña, 1982 y Aranda Baeza, 1982). Estas pesquisas brindaron evidencia de las contribuciones económicas de las mujeres y de que el desarrollo no constituye un proceso unilateral y progresivo (Appendini, 2002). Asimismo, priorizaron analíticamente las categorías “mujer” y “clase social” y se focalizaron en la relación entre procesos y actividades productivas y reproductivas (León, 1982).

Recién a comienzos del nuevo milenio, luego de una década larga de políticas neoliberales, que tendieron –mediante los procesos de ajuste estructural– a depositar de manera cada vez más profunda los costos de la reproducción en los hogares, y dentro de estos, en las mujeres (Benería, 2005), en nuestra región va a reinstalarse la problemática específica del trabajo reproductivo no remunerado. Con la economía feminista como gran impulsora, se incrementan los estudios sobre el trabajo de cuidados y la economía de cuidados, tributarios de los debates setentistas sobre el trabajo doméstico (Esquivel, 2011; Rodríguez Enríquez, 2005 y 2015), pero desanclados ya totalmente del concepto marxista de trabajo (Carrasco, 2009).

De la revisión teórica y de los años que llevamos estudiando mujeres campesinas y asalariadas agrícolas migrantes en nuestro país, intuimos que el revivir de este interés por el trabajo de cuidados reproduce a su manera algunas limitaciones presentes en los debates sobre el trabajo doméstico, y relegan las realidades de las mujeres trabajadoras agropecuarias que residen en ámbitos rurales. Esto, que constituye nuestra hipótesis de trabajo, nos llevó a preguntarnos: ¿qué cantidad de producciones latinoamericanas tienen como objeto específico de estudio el trabajo reproductivo en territorios rurales o agrarios? ¿En qué países localizamos mayor cantidad de investigaciones? ¿Qué metodologías utilizan? ¿Qué ejes temáticos profundizan? ¿Cuáles son sus hallazgos más relevantes?

Resultados. Una aproximación al trabajo reproductivo en zonas rurales según fuentes disponibles

En términos globales, la búsqueda realizada localizó escasa bibliografía, en comparación con las producciones disponibles sobre trabajo reproductivo no circunscritas al medio rural. Este aspecto indica que es una temática poco explorada en la actualidad. Argentina es el país con mayor cantidad de producciones sobre el tema, seguida por Brasil y México.

Las estrategias metodológicas utilizadas con más frecuencia son cualitativas y acotadas a un territorio, una población o un tipo de producción agropecuaria. Son menos habituales los abordajes cuantitativos y los estudios de escala nacional o regional. El primer antecedente es del año 2004 y la gran mayoría de los trabajos son posteriores a 2010. Los hallazgos fueron agrupados en seis núcleos temáticos generales, que serán presentados a continuación, y que buscan sistematizar los principales intereses por los que discurren los estudios analizados².

² No obstante esta clasificación, algunos textos realizan aportes a más de un eje temático.

Particularidades del trabajo reproductivo en ámbitos rurales/agropecuarios

Las características del trabajo reproductivo se definen en el seno de procesos económicos y culturales que no son idénticos en las ciudades y los ámbitos rurales, razón que impide extrapolar linealmente los análisis de unas a otros (Farah, 2004). La relación que las mujeres tienen con estas tareas, los recursos de los que disponen para su desempeño y la carga de trabajo que suscitan es variable social e históricamente y demanda análisis situados. En ese sentido, un trazo distintivo del medio rural es la difusa diferenciación entre tareas productivas y reproductivas, cuyas delimitaciones físicas y simbólicas suelen ser ambiguas y poco claras.

Al considerar la situación de mujeres campesinas y agricultoras familiares, vemos que la producción, la residencia y el consumo se desenvuelven en un continuo espacial. Muchas tareas que ellas realizan pertenecen a distintas esferas de la vida y durante una misma jornada deben intercalar de manera irregular y fraccionada actividades productivas y reproductivas (Torres, 2004; Logiovine, 2017). La proximidad entre unas y otras tareas termina por confundirlas o por presentar las actividades productivas realizadas por las mujeres como si fuesen una extensión de las actividades domésticas, lo que oculta la importancia de los aportes económicos femeninos (Boni, 2005). Debido a esta difusa separación, algunas autoras afirman que los términos “trabajo productivo” y “trabajo reproductivo” no son adecuados para los medios rurales. Herrera (2016, 2019) afirma que las agricultoras familiares diferencian sus tareas espacialmente y las clasifican según se realicen dentro o fuera del hogar, y consideran que todo lo que hacen en su vida diaria es trabajo, independientemente de la naturaleza de la actividad en cuestión.

Para las asalariadas agrícolas las fronteras entre producción y reproducción también son porosas, aunque de un modo diferente. Las obreras rurales, cuando realizan

tareas estacionales en diferentes localizaciones geográficas, suelen residir en los predios de trabajo o acudir al espacio laboral junto a sus hijos/as por la falta de alternativas de cuidado. Aunque en este caso la diferenciación entre labores productivas y reproductivas puede ser más nítida, por cuanto las primeras son aquellas por las que reciben pago, ambas actividades son realizadas de manera simultánea. Las trabajadoras cocinan, amamantan y cuidan de sus hijos/as mientras cosechan, deshojan, podan, seleccionan frutos, aran la tierra o conducen el riego (Linardelli, 2018).

Otro asunto relevante es que las actividades domésticas requieren mayor dedicación temporal y esfuerzo físico en las zonas rurales, por cuanto los procesos de subsistencia se encuentran menos mercantilizados. El trabajo doméstico rural suele implicar la producción para consumo familiar que demanda el mantenimiento de huertas, la cría de animales pequeños y el abastecimiento de bienes básicos, como agua y leña (Torres, 2004; Herrera, 2016; Farah, 2004; Logiovine, 2017). Además, las obligaciones de cuidado, el acompañamiento de la escolaridad de niños/as y las actividades orientadas a cuidar de la salud familiar insumen tiempos y costos más elevados por la distancia con las instituciones educativas y sanitarias (Logiovine, 2017; Rojas, 2018). El trabajo reproductivo también se ve modelado por una mayor precariedad de los entornos rurales, que disponen de menos servicios públicos (como agua corriente, electricidad, caminos y transportes) y habitualmente carecen de tecnologías domésticas (Alberti-Manzanares et al., 2014).

La ambigua delimitación de esferas productivas y reproductivas, junto con la intensa carga que suponen las labores domésticas y de cuidado en los medios rurales, demanda complejas estrategias para sostener estas exigencias. Tanto para las campesinas como para las asalariadas del agro, el solapamiento temporal y espacial de actividades productivas y reproductivas implica una intensificación del esfuerzo y una extensión de su jornada de trabajo (Farah,

2004; Linardelli, 2018; Sifuentes Ocegueda, Rivera Flores y Sifuentes Ocegueda, 2018; Herrera, 2019).

Cambios productivos en ámbitos rurales/agropecuarios y su incidencia en la reproducción cotidiana

El trabajo reproductivo no constituye la contracara ni lo opuesto del trabajo remunerado, sino su cimiento, por cuanto produce y reproduce la fuerza de trabajo (Federici, 2013). Una parte de los estudios analizados explora esta relación de mutua determinación entre las actividades de producción y las de reproducción, comprendidas como esferas de la realidad profundamente integradas. Se trata de investigaciones que describen las peculiaridades de este vínculo de acuerdo con los rasgos distintivos de la producción agropecuaria y la domesticidad rural.

Hay estudios focalizados en los cambios del trabajo de las mujeres vinculados con las profundas transformaciones económicas, sociales y culturales de la ruralidad latinoamericana a partir de los años setenta (Farah, 2004). Este proceso –denominado por algunos/as autores/as como “nueva ruralidad”– supuso una “nueva domesticidad” entre algunos grupos rurales, atravesada por la reconfiguración espacial de lo doméstico, cierta incorporación de tecnología y las modificaciones en las relaciones comunitarias (Amariles y López, 2019). Entre productores familiares relativamente capitalizados (tamberos/as en Argentina, por ejemplo), la incorporación de tecnología y la creciente mercantilización dejaron de lado el carácter artesanal de muchas tareas domésticas y generaron mayor disponibilidad de tiempo para las mujeres, que permitió una dedicación creciente al trabajo productivo (Pardías, 2017). No obstante, se mantuvo intacta la tradicional división sexual del trabajo que les asigna las responsabilidades domésticas.

Los estudios también señalan que los cambios tecnológicos de las actividades agropecuarias inciden en la inserción productiva femenina. Mientras las producciones

permanecen poco tecnificadas, orientadas al autoconsumo y con ingresos limitados, son tradicionalmente sostenidas por mujeres y sus hijos/as (Farah, 2004). El caso de la producción lechera en el litoral argentino o las agroindustrias familiares del sur de Brasil muestran que la refuncionalización, mecanización y reorientación comercial de las actividades agropecuarias las masculiniza, o supone que las decisiones productivas y el manejo del dinero queden en manos de los varones (Bonifazi, 2005; Pardías, 2017). A la inversa, cuando las actividades productivas habitualmente asignadas a los varones pasan a ser realizadas por mujeres (porque emigran ellos, por ejemplo), disminuye su valor social, lo que las convierte en una extensión del trabajo reproductivo (Vizcarra-Bordi et al., 2013).

Otras investigaciones destacan que la asignación de las mujeres al trabajo de cuidados redonda en una posición desvalorizada en el empleo, palpable en el hecho de que las asalariadas rurales ocupan las inserciones laborales más precarias, temporales e inestables (Farah, 2004; Mingo, 2016). Por una parte, los roles tradicionales que desempeñan en lo doméstico les provee un cúmulo de saberes valiosos para ciertas etapas de la producción, pero cuya naturalización y falta de reconocimiento social impiden considerarlos una cualificación laboral. Concebir las tareas de las mujeres como poco calificadas es una de las razones detrás de los bajos salarios que perciben. Por otra parte, por ser las responsables principales de los cuidados, se justifica su contratación durante ciclos cortos como un “beneficio” que les permite sostener la doble presencia (Mingo, 2016).

Las investigaciones situadas en diversas localidades rurales latinoamericanas evidencian que las transformaciones de la estructura productiva agropecuaria y la búsqueda de alternativas de subsistencia de las familias rurales descansan en el trabajo de las mujeres. Precariedad laboral, desigualdades de género en la división de las tareas domésticas, invisibilidad del trabajo de las mujeres y falta de reconocimiento de sus contribuciones económicas resultan

rasgos sobresalientes de la ruralidad en la región (Sifuentes Ocegueda et al., 2018; De Moura, 2019).

En el marco de acentuados estreñimientos económicos, las mujeres rurales combinan ocupaciones agrícolas y no agrícolas, ocultan embarazos a sus empleadores para evitar ser despedidas, salen y regresan periódicamente al empleo asalariado y despliegan alternativas de autoempleo. Para sostener las tareas reproductivas, seleccionan sus trabajos remunerados según la posibilidad de complementarlos con los cuidados y establecen acuerdos solidarios con otras mujeres, entre los que tienen preponderancia los arreglos intergeneracionales familiares o los lazos solidarios con allegadas de sus comunidades (Mingo, 2016; Rojas, 2018; Linardelli, 2018, Sifuentes Ocegueda et al., 2018).

Significados y percepciones sobre el trabajo reproductivo de las mujeres rurales

Una de las aristas relevantes del debate feminista sobre el trabajo reproductivo radica en identificar percepciones y significados contradictorios y en tensión de las propias mujeres sobre dicho trabajo. Las investigaciones aquí analizadas, enfocadas en trabajadoras agropecuarias y campesinas, presentan resultados divergentes y ciertas coincidencias.

Algunos estudios acentúan la desvalorización de las tareas desarrolladas por las mujeres, junto con su consideración como menos relevantes, más livianas y poco exigentes respecto a las realizadas por varones (D'Angelo, 2011; Salva, 2013). Aunque ellas se desempeñan tanto en la producción agrícola como en la esfera doméstica, persiste la banalización de los trabajos que realizan. Según el estudio de Salva (2013), los varones consideran que las tareas domésticas son *livianas* y poco exigentes, razón que explicaría su asignación a las mujeres. Para ellas, las tareas domésticas son una imposición que resulta ineludible, pero aburrida y menos importante, en cuanto produce bienes y

servicios *que no duran*. Por otra parte, sus actividades productivas son estimadas –especialmente por los varones– como *una ayuda* al trabajo del productor principal o como tareas sencillas y menores, aunque las mujeres trabajan en las chacras a la par de sus compañeros. El escaso reconocimiento de su participación económica las excluye del control del proceso productivo (Salva, 2013).

La percepción del trabajo doméstico como atributo de las mujeres comienza a construirse en la temprana infancia en los medios rurales. En escenarios donde el trabajo de niños/as es habitual, suele repetirse el patrón tradicional de división sexual del trabajo. Existe una mayor proporción de niños que trabajan en el mercado agrícola asalariado, pero las niñas están presentes activamente en el trabajo a domicilio. Los niños participan en las tareas domésticas y de cuidado solo cuando son los hijos mayores y en ausencia de sus madres o hermanas, siempre con menor intensidad de participación que las niñas. Para ambos/as, el trabajo reproductivo es parte de las obligaciones de género que las niñas deben sostener (Caro, 2018).

Otros estudios reconocen sentidos contradictorios atribuidos al trabajo reproductivo. Si bien las mujeres identifican la sobrecarga de trabajo y sus efectos limitantes (falta de tiempo libre, afectación del autocuidado y de la realización personal), paralelamente conciben estas tareas como un don y un medio para la demostración de amor, profundamente ligado al género femenino (Amariles y López, 2019; Herrera, 2019).

Hay quienes señalan que las percepciones sobre el trabajo de las mujeres rurales se modifican de la mano de procesos de organización social. Las mujeres que forman parte de organizaciones comunitarias de la agroecología en Brasil conciben su trabajo cotidiano (doméstico y extradoméstico) como algo productivo, integrado a la dimensión económica de los espacios rurales y, por lo tanto, digno de derechos. Además, perciben al trabajo doméstico y de cuidados como una práctica que trasciende la lógica mercantil,

no se focaliza en la retribución económica, sino que ubica en el centro el bienestar de las personas (De Moura, 2019). En vínculo con lo anterior, el núcleo doméstico rural es percibido como el lugar donde se desarrollan las partes más importantes de la vida cotidiana, relacionadas con intereses y necesidades que van más allá de la participación en el mercado. Se percibe que las tareas de cuidados realizadas por las mujeres –dirigidas a atender las necesidades de las personas, las plantas y los animales– no persiguen una lógica lucrativa, sino que la intención es proporcionar a los seres vivos una mejor calidad de vida (Herrera, 2019).

En debate con las perspectivas que consideran los cuidados únicamente como una carga, una investigación postula que los repertorios de cuidados de mujeres rurales pueden ser considerados como prácticas sociopolíticas (Kunin, 2018). El estudio destaca que las mujeres construyen *nociones émicas de cuidado y maternalistas*, que las habilitan a participar en espacios colectivos. Su ingreso en ciertos ámbitos públicos se facilita al esencializar y reforzar su lugar de “mujeres que cuidan”. Sin resistir las marcaciones tradicionales de género, la posición de madres y cuidadoras les permite desplegar una agencia relacional, que no se dirige a generar cambios progresistas, sino a lograr continuidad y estabilidad, aspectos relevantes para mujeres que han sido modeladas por tradiciones no liberales.

Los hallazgos evidencian la relevancia de indagar en los significados que tienen las tareas reproductivas para las mujeres rurales, por cuanto su extendida desvalorización resulta una arista central de la permanencia de la división sexual del trabajo y contribuye a opacar los aportes económicos que ellas realizan. Lo dicho no debe soslayar que los sentidos construidos en torno a estas tareas son diversos e incluyen, en algunos casos, el reconocimiento de la importancia que tienen las mujeres y sus trabajos para la reproducción doméstica y comunitaria.

La medición y valoración del uso del tiempo en los espacios rurales latinoamericanos

Un conjunto de autores/as desarrolla investigaciones enfocadas en la medición y/o valorización del uso del tiempo, según diferencias género-sexuales, en ámbitos rurales.

Quienes llevan adelante estudios locales (es decir, circunscritos territorialmente) y construyen información primaria recurren a categorías que buscan dar cuenta de los volúmenes *reales* de trabajo, como *carga global de trabajo* (Batthyány, 2011; Gallardo, 2016) y/o *jornada de trabajo total* (Dos Santos et al., 2020) y con ello establecen relaciones directas y de interdependencia entre trabajo productivo y trabajo doméstico y de cuidado. En particular, el artículo de Alberti-Manzanares et al. (2014) se caracteriza por trascender la medición y otorgar a las horas de trabajo doméstico y de cuidados un valor dinerario, buscando mostrar la participación de este trabajo no remunerado en el PBI nacional.

Estos/as investigadores/as recurren a encuestas de uso del tiempo nacionales y estaduales de sus países de referencia y/o de otros países de la región, con la finalidad de contextualizar sus datos empíricos acotados y ponerlos a dialogar. Sin embargo, dejan traslucir que se trata de un tipo de información estadística poco relevada en la región³, en particular para los espacios rurales. Batthyány (2011) y Peña y Uribe (2013) argumentan que son pocos los estudios que indagan en zonas rurales las desigualdades de género en la dedicación horaria al trabajo no remunerado y sus consecuencias para las mujeres.

Esta última investigación citada recoge fuentes secundarias de información sobre tres casos de estudio (México, Colombia y Uruguay), con el propósito de identificar los avances en la valorización y visibilización del trabajo no remunerado de las mujeres rurales, principalmente jóvenes.

³ El estado incipiente de la medición y valorización del uso del tiempo es corroborado por autoras referentes en la temática (Salvador, 2015).

Destacan que los métodos utilizados dificultan medir el trabajo no remunerado de las mujeres rurales en relación con la misma medición en mujeres urbanas. En principio, informan que, si bien es usual que porciones de la producción agrícola sean utilizadas para el consumo familiar, se contabilizan como producción de mercado. Luego, no se mide adecuadamente la producción autoconsuntiva que constituye un componente significativo del trabajo no remunerado de las mujeres, por ejemplo, los huertos familiares, la cría de animales de granja, los tejidos y la provisión de combustible y de agua (Peña y Uribe, 2013).

Finalmente, estimar la simultaneidad de las actividades es un problema que también se agudiza y complejiza más para mujeres rurales, puesto que en el ámbito doméstico las fronteras entre tareas productivas y reproductivas, entre producción para el consumo y la venta, son difíciles de discriminar.

Ortega Carpio y Méndez Anchaluísa (2017), a partir de un estudio mixto cuanti-cualitativo, sugieren una serie de modificaciones para la Encuesta de Uso del Tiempo de Ecuador (2012), a fin de compatibilizarla con las realidades de las mujeres rurales. Para captar la simultaneidad de las tareas proponen incorporar la variable multitrabajo, especialmente relevante en territorios campesinos “[...] donde es muy frecuente que las tareas agrícolas para autoconsumo (cosecha, desgranar, moler granos, ordeñar vacas) estén acompañadas de actividades de cuidado y supervisión de los hijos (amamantar, supervisar el esparcimiento de los hijos) [...]” (Ortega Carpio y Méndez Anchaluísa, 2017: 58).

Asimismo, evalúan conveniente ampliar las unidades de análisis más allá de la familia nuclear, incorporando redes de relaciones más amplias, como el hogar ampliado, el hogar compuesto y la organización comunitaria. Sugieren también cambios que demandarían el rediseño de la encuesta, como ampliar los rangos etarios para contabilizar la contribución al trabajo productivo y reproductivo de las

y los niños de entre 6 y 12 años, que en el ámbito rural es destacado (Ortega Carpio y Méndez Anchaluiza, 2017).

En síntesis, la mayoría de los y las autoras recuperan mediciones del tiempo destinado al trabajo, remunerado y no remunerado, para los siguientes países: México (2009), Colombia (2007), Ecuador (2008, 2012), Brasil (2008, 2015) y Uruguay (2007). Y si bien los datos se analizan de forma comparativa, advierten que no se aplica en todos los casos una clasificación de actividades equivalente, ni el mismo tipo de cuestionario y método de contabilización (Batthyány, 2011; Peña y Uribe, 2013). Aun así, a partir de estos, establecen tendencias generales que develan principalmente la brecha de género en el uso del tiempo, pero también brechas por lugar de residencia.

En todos estos países las mujeres tienen cargas globales de trabajo superiores a los varones tanto en el medio rural como en el urbano. La brecha de género en Uruguay (2007), por ejemplo, alcanza en zonas urbanas las 23 horas de trabajo por semana, y en zonas rurales, las 34 horas (Batthyány, 2011). De todas formas, al desglosar dichas cargas de trabajo identifican que los varones (en la totalidad de los casos) concentran gran parte de las horas de trabajo remunerado y las mujeres, por otro lado, asumen las mayores cargas de trabajo no remunerado.

Nos interesan particularmente las brechas que se producen por lugar de residencia, pues mujeres de ámbitos rurales y urbanos no presentan las mismas cargas de trabajo. De los cinco países referenciados más arriba, se registran mayores cargas en las mujeres rurales en México, Colombia y Uruguay⁴ (Batthyány, 2011; Peña y Uribe, 2013). Asimismo, quienes construyen sus datos estadísticos primarios con base en estudios de caso identifican en esos ámbitos rurales una división sexual del trabajo conservadora y

⁴ En Ecuador las autoras que recuperan esta información presentan datos distintos. Unas registran mayores cargas de trabajo en las mujeres rurales (Peña y Uribe, 2013) y otras en las mujeres urbanas (Batthyány, 2011).

tradicional, lo que se ve reflejado en cifras (Dos Santos et al., 2020; Batthyány, 2011; Alberti-Manzanares et al., 2014).

Cambios y continuidades en el trabajo reproductivo según procesos migratorios nacionales y/o transnacionales

Estos antecedentes observan el trabajo reproductivo a la luz de los procesos migratorios. Sostienen que las migraciones pueden profundizar inequidades de género preexistentes (Sifuentes Ocegueda et al., 2018), producen impactos diferenciales en las zonas de origen según se trate de procesos feminizados o masculinizados (Vizcarra-Bordi et al., 2013) e incrementan significativamente las responsabilidades y trabajos de las mujeres que se quedan cuando los migrantes son los cónyuges varones (Vizcarra-Bordi et al., 2013; Kral, 2006).

En la región costera de Nayarit (México) las familias migran para el corte y ensarte de tabaco, en un contexto de alta precariedad. Las jornaleras, además de trabajar en los cultivos de sol a sol, “emigran con la responsabilidad de los trabajos de cuidados a costas” (Sifuentes Ocegueda et al., 2018: 121), pues deben “armar un hogar” en las parcelas, albergues o patios de los contratantes, donde puedan cocinar, cuidar a sus hijos/as y enseñarles el oficio de jornalero/a, al que también contribuyen con su trabajo (Sifuentes Ocegueda et al., 2018).

La extensa experiencia de migración mexicana a los Estados Unidos ha creado una cultura de la migración, que involucra a las comunidades rurales (Kandel y Massey, 2002 en Kral, 2006). Las autoras que estudian la migración internacional hacia dicho país y Canadá indican que son predominantemente masculinas y que obtienen como resultado la intensificación del trabajo femenino, particularmente el incremento del trabajo reproductivo (Kral, 2006; Vizcarra-Bordi et al., 2013).

En las comunidades indígenas mazahuas del Estado de México, la ausencia de los varones induce a las mujeres a asumir las actividades productivas que ellos realizaban, “[...] pero al trasladarse al dominio femenino [...] se integran a la lista de actividades domésticas no remuneradas” (Vizcarra-Bordi et al., 2013: 212). En efecto, se adicionan el cobro de remesas y su gestión, el cuidado de la parcela y las responsabilidades que los varones contraen habitualmente a nivel comunitario, en el contexto de una sociedad patrilocal donde cada movimiento y conducta de las mujeres está sujeta a un estricto control y vigilancia por parte de los/as familiares del marido. Esto mismo es identificado también por Kral (2006) en Rancho Chihuahua (frontera norte de México)⁵.

Kral destaca, particularmente, la acentuación del trabajo de parentesco como parte del trabajo reproductivo, orientado a fomentar y mantener los vínculos entre parientes biológicos y políticos, pues los procesos de migración transnacionales demandan el fortalecimiento de las relaciones sociales y la creación de una red de apoyo para emigrantes, que se traduce en el mantenimiento activo de la comunicación (cartas, llamadas telefónicas), en reunir a los/as parientes en festividades y celebraciones y en intercambiar favores de transporte y cuidado de niños/as, entre otros (Kral, 2006).

Las mujeres identifican que su rol en la familia y en la comunidad es importante (Kral, 2006); sin embargo, dadas las concepciones tradicionales de género, muchas de ellas dependen económicamente de las remesas –que no siempre alcanzan o son enviadas–, no les es permitido desarrollar trabajos remunerados libremente y se encuentran muy controladas (Vizcarra-Bordi et al., 2013; Kral, 2006). Sus cónyuges, al tiempo que delegan en ellas muchas

⁵ Esta zona es ganadera, por lo que, además, se hacen cargo de la ganadería en ausencia de sus cónyuges.

responsabilidades, se esfuerzan por mantener su autoridad como jefes de hogar (Vizcarra-Bordi et al., 2013).

Respecto de los procesos de migración femenina en búsqueda de trabajo productivo, tanto Vizcarra-Bordi et al. (2013) como Kral (2006) indican que las mujeres se dirigen a otras localidades cuando son jóvenes, luego se casan y vuelven a las comunidades a desempeñarse en papeles domésticos y de cuidado familiar. En las comunidades mazahuas, particularmente, la migración femenina ha mostrado un leve incremento, y se caracteriza por activar una serie de apoyos también femeninos para el cuidado de hijos e hijas y por un mayor compromiso de las mujeres migrantes con sus familias de origen, en cuanto a sus responsabilidades económicas y de cuidados (Vizcarra-Bordi et al., 2013).

Incidencia del trabajo productivo-reproductivo en la salud de las mujeres rurales

Como vimos, para las mujeres rurales producción y reproducción se entremezclan en la vida diaria y sus fronteras resultan difíciles de trazar, razón por la cual la incidencia del trabajo en su salud debe abordarse en las circunstancias de un trabajo continuo y deben considerarse los riesgos derivados tanto del empleo como del trabajo doméstico (Medel y Riquelme, 1995).

Los pocos estudios disponibles sobre el tema en medios rurales destacan las extensas jornadas, los exigentes ritmos de trabajo y los intensos esfuerzos físicos que demanda la conjunción del trabajo agrícola y el reproductivo, caracterizada como una carga excesiva generadora de diferentes padecimientos. Algunas autoras destacan el estrés, asociado a la falta de tiempo libre y recreación, como también una acumulación de dolencias y síntomas señalados por las trabajadoras como “gajes del oficio” (Logiovine, 2017).

Entre los malestares psíquicos provocados por las tareas reproductivas se destaca que, en cuanto se las considera como atributo propio de las mujeres y como una

obligación de género, si no se realizan “de forma correcta”, las mujeres vivencian sentimientos de culpabilidad, ira, frustración, estrés e incertidumbre sobre el rol de cuidadoras asumido. Adicionalmente, puesto que cuidar se presenta como una responsabilidad inherente a las mujeres, es poco habitual que puedan manifestar abiertamente el desagrado o inconformidad que estas tareas les provocan (Amariles y López, 2019).

Otros trabajos (Linardelli, 2018) señalan que el solapamiento y la tensión entre obligaciones productivas y reproductivas sostenidas por las asalariadas agrícolas produce una morbilidad laboral específica, que combina enfermedades dermatológicas y respiratorias debido al uso de agrotóxicos y pesticidas, dolores posturales por la intensa demanda física del trabajo, recurrentes accidentes laborales y malestar emocional por la intensidad y extensión de la carga global de trabajo. Además, el limitado acceso a los servicios de salud, vinculado con la residencia rural y las precarias condiciones de trabajo, obliga a las trabajadoras a postergar la búsqueda de atención médica hasta límites que ponen en riesgo su integridad física.

En conjunto, se verifica que la carga de tareas domésticas y de cuidados de las mujeres rurales, junto a la forma particular en que estas se combinan con las exigencias productivas, exhibe acusados procesos de afectación de la salud. Sin embargo, la investigación disponible aún resulta incipiente para señalar resultados categóricos.

Reflexiones finales

La revisión bibliográfica nos permitió identificar 24 escritos científicos en América Latina que indagan sobre el trabajo reproductivo en zonas rurales como parte de su principal objeto de análisis. Aun cuando se trató de una búsqueda

acotada y en gran medida exploratoria, logramos detectar ciertas tendencias y hallazgos relevantes.

En una primera y rápida observación advertimos que el corpus es reducido, es decir, son pocos los antecedentes científicos recabados. Para nosotras esto es indicativo de un aspecto fundamental: el resurgimiento del interés por el trabajo reproductivo (o de cuidados) de los estudios de género y/o feministas no aplica significativamente a los espacios rurales/agrarios. Asimismo, esta escasez nos lleva a interrogarnos acerca de la poca presencia que el tema tiene en los estudios sociales agrarios, campo de conocimiento que podría involucrarse en estas discusiones. No es casual que una parte considerable de las investigaciones citadas manifiesten una preocupación por contribuir a visibilizar y valorizar el trabajo productivo y reproductivo de las mujeres rurales. Dicha finalidad refleja, primeramente, la vocación de destacar la participación de las mujeres en la vida social, frente al dominio histórico del androcentrismo científico; luego, el incipiente estado de conocimiento sobre el tema, que demanda con insistencia *hacer visible lo invisible*.

Otras inquietudes transversales se relacionan con generar conocimiento para contribuir a las políticas públicas y de desarrollo rural, y con mostrar las implicancias que las cargas de trabajo tienen para las mujeres en términos subjetivos, en su salud, en su posición social y en sus oportunidades económicas, formativas, recreativas y de organización política. Además, de fondo, estas investigaciones ponen en evidencia (aunque no lo expresan en estos términos) que reiteradamente el trabajo de las mujeres funciona como variable de ajuste sobre la que descansan cambios productivos, de los modelos de desarrollo y de los procesos de acumulación.

Con la revisión temática identificamos estudios que aportan a: 1) conocer aspectos característicos del trabajo reproductivo en el medio rural, 2) examinar las interacciones y mutuas modificaciones entre trabajo productivo y reproductivo, 3) comprender la manera en que dicho

trabajo es significado y percibido por las mujeres, 4) medir y valorizar el uso del tiempo a partir de la comparación de las cargas de trabajo de mujeres y varones en zonas rurales, y la revisión de los instrumentos de medición, 5) conocer los cambios que inducen los procesos de migración en el trabajo reproductivo y 6) determinar la incidencia que tiene el trabajo productivo-reproductivo en la salud de las mujeres rurales.

Debemos mencionar que esta forma de organizar la información tiene algunas limitaciones. La construcción de ejes temáticos permitió un acercamiento exploratorio e identificar temas o procesos relevantes; sin embargo, en esa búsqueda se diluyen algunas diferencias relevantes que existen entre las mujeres rurales, vinculadas con la clase social, la relación con la tierra, las desigualdades raciales y la condición migratoria. Nuestra intención no es presentar una aparente homogeneidad, sino reconocer posibles desafíos y problemáticas comunes, que planteamos a continuación.

El trabajo de las mujeres rurales guarda especificidades que exigen realizar análisis singulares y no extrapolar la situación de las ciudades. Uno de los trazos distintivos del medio rural es la difusa delimitación –física y simbólica– entre tareas productivas y reproductivas, hecho que oculta la importancia de los aportes económicos de las mujeres y su carga global de trabajo, al tiempo que intensifica y extiende las labores que ellas sostienen. La domesticidad rural, además, requiere una ardua dedicación debido a la menor mercantilización de la subsistencia y la mayor precariedad de los entornos rurales. Este escenario demanda a las mujeres complejas estrategias para responder a las exigencias productivas y reproductivas, con repercusiones profundas en su salud, que sugieren la existencia de una morbilidad laboral específica asociada con la doble presencia.

En cuanto a los y las autoras que estudian el trabajo reproductivo desde un enfoque estadístico, indican que en las zonas rurales las brechas de género en el uso del tiempo

son significativas, pero también lo son para algunos países las brechas por lugar de residencia (rural o urbano). Marcan, asimismo, las dificultades metodológicas que este tipo de instrumentos tiene para captar las particularidades del medio rural.

Los significados construidos sobre trabajo reproductivo evidencian las contradicciones que su ejecución suscita en las mujeres. Junto a la habitual desvalorización de estas tareas y la identificación de las limitaciones que imponen, surgen sentidos sobre la contribución que realizan al bienestar de las personas, los animales y las plantas, como también la centralidad que tienen para la calidad de vida en el mundo rural. Las significaciones en tensión revelan un cierto reconocimiento de la carga y el valor de estas labores. Por ejemplo, en el caso de los “hogares partidos” (Kral, 2006) por motivos de migración del cónyuge, las mujeres que se quedan expresan ser los pilares de la familia, e incluso de la comunidad, pero también sienten que deben asumir obligaciones excesivas sin poder elegir. Pues la migración de este tipo, además de depositar en las mujeres las tareas que realizaba su cónyuge, incrementa el trabajo reproductivo del que ya eran responsables.

Para finalizar queremos destacar que el predominio de estrategias cualitativas y de estudios de escala local, aunque brindan información profunda y relevante, evidencia un cierto desbalance en el tipo de conocimiento disponible. Consideramos necesario producir datos agregados e información comparativa que ofrezca un panorama más amplio, identifique tendencias nacionales/regionales e indique núcleos problemáticos extendidos. La carencia de relevamientos estadísticos periódicos y sostenidos, que impide conocer la evolución temporal de la carga de trabajo reproductivo y realizar comparaciones entre países, es otro asunto que requiere ser subsanado. Atender estas vacancias y explorar la diversidad de situaciones en que trabajan las campesinas, agricultoras familiares, mujeres indígenas y migrantes que pueblan los territorios rurales de América

Latina son desafíos futuros para profundizar el conocimiento existente.

Bibliografía citada

- Alberti-Manzanares, Pilar; Zavala-Hernández, Mirna; Salcido-Ramos, Blanca y Real-Luna, Natalia (2014). "Género, economía del cuidado y pago del trabajo doméstico rural en Jilotepec, Estado de México". *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 11(3), 379-400.
- Amariles Padilla, Verónica Alexandra y López Moreno, Marhal Gesselle (2019). *Cuidados y nueva ruralidad: aportes para la política pública de mujer y género en el municipio de Chía, Cundinamarca* (Tesis en Trabajo Social). Universidad de La Salle, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Bogotá, Colombia.
- Appendini, Kirsten (2002). "La perspectiva de género en la teoría económica y en los estudios de desarrollo". *Umbrales*, 11, 131-162.
- Aranda Baeza, Ximena (1982). "El díptico campesina-asalariada agrícola". En Deere (Ed.), *Debate sobre la mujer en América Latina y El Caribe: discusión acerca de la unidad producción-reproducción* (pp. 161-178). Bogotá: ACEP.
- Arizpe, Lourdes (1986). "Las mujeres campesinas y la crisis agraria en América Latina". *Nueva Antropología*, VIII(30), 57-65.
- Batthyány, Karina (2011). "Uso del tiempo y trabajo remunerado: división sexual del trabajo y contratos de género. Un estudio de caso en el medio rural familiar". En Piñeiro, Vitelli y Cardeillac (Coords.), *Relaciones de género en el medio rural uruguayo: inequidades "a la intemperie"* (pp. 81-206). Montevideo: Universidad de la República.
- Benería, Lourdes (2005). "Los estudios sobre la mujer y el género en la economía: una visión histórica". En Bene-

- ría (Ed.), *Género, desarrollo y globalización. Por una ciencia económica para todas las personas*. Barcelona: Hacer Editorial.
- Benería, Lourdes y Sen, Gita (1982). "Acumulación, reproducción y el papel de la mujer en el desarrollo económico: una revisión de Boserup". En Deere (Ed.), *Debate sobre la mujer en América Latina y El Caribe: discusión acerca de la Unidad Producción-Reproducción* (pp. 23-38). Bogotá: ACEP.
- Boni, Valdete (2005). *Produtivo ou Reprodutivo: O trabalho das mulheres nas agroindústrias familiares-um estudo na região oeste de Santa Catarina* (Tesis de maestría). Universidad Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Brasil.
- Campana, Pilar (1982). "Mujer, trabajo y subordinación en la Sierra central de Perú". En Deere (Ed.), *Debate sobre la mujer en América Latina y El Caribe: discusión acerca de la unidad producción-reproducción. Las trabajadoras del agro* (vol. II, pp. 143-160). Bogotá: ACEP.
- Caro-Molina, Pamela (2018). "Infancia rural y trabajo productivo y reproductivo en el Valle de Aconcagua. Una mirada de género". *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 34, 169-191.
- Carrasco, Cristina (2009). "Tiempos y trabajos desde la experiencia femenina". *Revista PAPELES de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 108, 45-54.
- Dalla Costa, Mariarosa (1972). "Las mujeres y la subversión de la comunidad". En Dalla Costa y James, *El poder de la mujer y la subversión de la comunidad*. México: Siglo XXI.
- De Moura Varanda, Ana Paula (2019). "Gênero, trabalho doméstico e comunitário: Um debate a partir das organizações econômicas de mulheres rurais da zona da mata mineira (mg, Brasil)". *Finisterra*, LIV(112), 131-144.
- D'Angelo, Lucía Florencia (2011). "El vínculo entre trabajo productivo y reproductivo en las trayectorias de mujeres jóvenes rurales". *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 5(2).

- Deere, Carmen Diana y León, Magdalena (1982). "Producción campesina, proletarianización y la división sexual del trabajo en la Zona Andina". En Deere (Ed.), *Debate sobre la mujer en América Latina y El Caribe: discusión acerca de la Unidad Producción-Reproducción. Las Trabajadoras del Agro* (vol. II, pp.105-132). Bogotá: ACEP.
- Dos Santos, Jordan Brasil; Bohn, Liana y Almeida, Helberte João França (2020). "O papel da mulher na agricultura familiar de Concórdia (SC): O tempo de trabalho entre Atividades produtivas e reprodutivas". *Textos de Economia*, 23(1), 1-27.
- Esquivel, Valeria (2011). *La economía del cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. El Salvador: Procesos Gráficos.
- Farah, María Adelaida (2004). "Algunos elementos de análisis sobre el trabajo rural remunerado y no remunerado en América Latina desde una perspectiva de género". *Revista de Fomento Social*, 59, 801-821.
- Federici, Silvia (1976). "Salario contra el trabajo doméstico". *Debate feminista*, 22, 52-61.
- Federici, Silvia (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Gallardo, León Jesús (2016). *Aporte de las mujeres a la reproducción económica y social y los contenidos sociales y culturales de la distribución del trabajo no remunerado: estudio comparativo entre población indígena rural, afroecuatoriana y mestiza urbana* (Informe Final de Investigación de licenciatura). Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Gardiner, Jean (2005 [1975]). "El trabajo doméstico de las mujeres". En Rodríguez y Cooper, *El debate sobre el trabajo doméstico. Antología*. México: UNAM.
- Herrera, Karolyna (2016). "Da Invisibilidade ao Reconhecimento: mulheres rurais, trabalho produtivo, doméstico e de care". *Política & Sociedade*, 15, 208-233.

- Herrera, Karolyna Marin (2019). *A jornada interminável: a experiência no trabalho reprodutivo no cotidiano das mulheres rurais* (Tesis doctoral). Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis: Brasil.
- Kral, Karla (2006). "Somos todo aquí y allá: trabajo reproductivo y productivo de mujeres en una comunidad transnacional en Chihuahua, México". *La ventana*, 24, 406-439.
- Kunin, Johana (2018). "Prácticas de cuidado, mujeres y agencia en el interior rural de Buenos Aires". *Perifèria: revista de recerca i formació en antropologia*, 23(2), 43-69.
- León, Magdalena (2007). "Tensiones presentes en los estudios de género". En Arango y Puyana (Comps.), *Género, mujeres y saberes en América Latina. Entre el movimiento social, la academia y el Estado*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- León, Magdalena (1982). *Debate sobre la mujer en América Latina y El Caribe: discusión acerca de la unidad producción-reproducción*. Vol. I, La Realidad Colombiana; Vol. II, Las Trabajadoras del Agro; Vol. III, Sociedad, Subordinación y Feminismo. Bogotá: ACEP.
- Linardelli, María Florencia (2018). "Entre la finca, la fábrica y la casa: el trabajo productivo y reproductivo de trabajadoras agrícolas migrantes en Mendoza (Argentina) y su incidencia en la salud-enfermedad". *Salud Colectiva*, 14, 757-777.
- Logiovine, Sabrina (2017). *División sexual del trabajo y ruralidades: abordaje psicosocial sobre el uso del tiempo y trabajo no remunerado en mujeres rurales*. En IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Maletta, Héctor (2009). *Epistemología aplicada: Metodología y técnica de la producción científica*. Perú: CIES, CEPES, Universidad del Pacífico.
- Medel, Julia y Riquelme, Verónica (1995). "La estacionalidad del empleo y la salud de las temporeras de la

- fruticultura en Chile”. En Lara Flores (Coord.), *Jornale-ras, temporeras y bóias-frias: el rostro femenino del mercado de trabajo rural en América Latina* (pp. 147-162). Caracas: Nueva Sociedad.
- Mingo, Elena (2016). “Asalariadas en el sector agroindus-trial: pensar el lugar de responsabilidad colectiva en el trabajo de cuidado”. *Revista de Ciencias Sociales*, 29(39), 35-56.
- Molyneux, Maxine (2005 [1979]). “Más allá del debate sobre el trabajo doméstico”. En Rodríguez y Cooper, *El debate sobre el trabajo doméstico. Antología*. México: UNAM.
- Pardías, Silvina (2017). “Mujeres tamberas: transformacio-nes en el trabajo productivo y reproductivo en estable-cimientos lecheros familiares de Entre Ríos, Argenti-na”. *Antropologías del Sur*, 4(7), 179-198.
- Peña Ximena y Uribe, Camila (2013). *Economía del cuidado: valoración y visibilización del trabajo no remunerado*. Documento de Trabajo 191, IEP, Lima: Nuevas Tren-zas.
- Ortega Carpio, Sandra Patricia y Méndez Anchaluísa, Jorge Ivan (2017). *Análisis del trabajo reproductivo y de cuidado de las mujeres de zonas rurales a través de un estudio de caso, un enfoque de la organización comunitaria* (Informe Final de Investigación de Licenciatura). Universidad Central del Ecuador, Ecuador.
- Pessolano, Daniela (2018). *Puesteras, economía de la vida y persistencia campesina en territorios no irrigados. Un estu-dio de caso en el este de Mendoza* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.
- Rodríguez Enríquez, Corina (2005). *Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones*. En Trigésima octava reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe CEPAL. Mar del Plata, Argentina.
- Rodríguez Enríquez, Corina (2015). “Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el

- estudio de la desigualdad". *Revista Nueva Sociedad*, 256, 30-44.
- Rodríguez Enríquez, Corina (2019). "Trabajo de cuidados y trabajo asalariado: desarmando nudos de reproducción de desigualdad". *Revista THEOMAI*, 39, 78-99.
- Rojas, Johana Rocío Maribel (2018). "Mujeres jóvenes rurales, sus estrategias laborales y la economía del cuidado en la provincia de San Juan, Argentina". *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo*, 2(4).
- Roldán, Marta (1982). "Subordinación genérica y proletarianización rural: un estudio de caso en el noroeste mexicano". En Deere (Ed.), *Debate sobre la mujer en América Latina y El Caribe: discusión acerca de la unidad producción-reproducción. Las trabajadoras del agro* (vol. II, pp. 75-102). Bogotá: ACEP.
- Salva, María Cristina (2013). *Horticultoras, madres y cuidadoras: mujeres y subjetividad en espacios rurales*. En IV Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata.
- Salvador, Soledad (2015). "La valoración económica del trabajo no remunerado". En Batthyány (Ed.), *Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidado en Uruguay*. Montevideo: Inmujeres-Mides.
- Sifuentes Ocegueda, Ema Lorena, Rivera Flores, Karla Yanin y Sifuentes Ocegueda, Ana Teresa (2018). "Tiempos de vida de las mujeres en el medio rural. Trabajos de cuidados y opciones productivas en Nayarit, México". *Género. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, 23, 105-138.
- Torres, Graciela (2004). "Mujer campesina y trabajo. Su rol en la actividad productiva y reproductiva de los Valles Calchaquies". *Andes*, 15.
- Vizcarra-Bordi, Ivonne; Lutz, Bruno y Ramírez-Hernández, Roque (2013). "El mismo fogón: migración y trabajo reproductivo femenino en comunidades mazahuas". *Convergencia*, 20(61), 193-218.

Young, Kate (1982). "Formas de apropiación y la división sexual del trabajo: un estudio de caso de Oaxaca, México". En Deere (Ed.), *Debate sobre la mujer en América Latina y El Caribe: discusión acerca de la unidad producción-reproducción. Las trabajadoras del agro* (vol. II, pp. 55-74). Bogotá: ACEP.

La ética del cuidado en los acompañamientos feministas de mujeres que deciden abortar

*Reflexiones a partir del diálogo con una colectiva
feminista en Mendoza, Argentina*

GABRIELA MAURE

Introducción

Los acompañamientos feministas son una práctica política en la cual mujeres, lesbianas y personas trans acompañan a mujeres y personas con capacidad de gestar que deciden interrumpir sus embarazos. Esta práctica se lleva a cabo, sobre todo, en contextos donde se criminaliza la práctica del aborto. Los acompañamientos son instancias en las cuales se facilita e intercambia información sobre cómo realizarse un aborto seguro con pastillas.

Este trabajo busca acercarse a las prácticas y relaciones de cuidados de una colectiva feminista en Mendoza que, desde 2011 hasta la actualidad, brinda información y compañía a mujeres y personas gestantes que deciden abortar con pastillas. En estos años, la colectiva ha navegado por contextos cambiantes y convulsionados que han impactado en su hacer.

A su vez, me propongo reconocer y visibilizar los contrastes y diálogos posibles entre las prácticas y relaciones de cuidados que se construyen en el marco de los acompañamientos feministas y las prácticas biomédicas en las instituciones de salud. Este último interés tiene relación, por

un lado, con mi recorrido personal y político entrelazado con la militancia feminista, la medicina y el campo de las ciencias sociales y, por otro lado, con el hecho de que, en el transcurso de los debates legislativos por la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) que se dieron en 2018 en Argentina, y en el marco de las iniciativas de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, tomó cuerpo la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir en Mendoza. A partir de ese año, se inició un camino tenso de articulación entre el sistema de salud y las organizaciones territoriales y feministas para garantizar abortos seguros.

Para llevar a cabo los objetivos de este trabajo, en el marco de una metodología cualitativa, establecí un diálogo con tres compañeras de la colectiva en la cual milito desde el año 2016¹. A partir de encuentros informales que se pausaron entre fines de 2018 y principios de 2019, virtuales y presenciales, se construyó una conversación que se centró en la identificación de los valores y las prácticas que dan forma a las relaciones de cuidados que se establecen en los acompañamientos feministas de mujeres y personas con capacidad de gestar que deciden abortar con pastillas.

¿Por qué escribir sobre acompañamientos feministas? Lesbiana, médica y abortera

Cuando tenía alrededor de 20 años me acerqué, casi por azar, al feminismo. Fue un encuentro en el que, además de establecer vínculos de cuidado y confianza con otras mujeres, pude encontrar, en un proceso que fue colectivo, palabras para nombrarme, para nombrar experiencias vitales de violencia, como así también experiencias que potenciaban y ampliaban mis posibilidades de conocer el mundo y mi

¹ La identidad de mis compañeras se preservará utilizando nombres ficticios y no se mencionará el nombre de la colectiva.

deseo. El feminismo me permitió construir una lente nueva a través de la cual mirar las relaciones que se daban en los espacios que transitaba, y entre estos, mi espacio laboral. Algunos años después, me recibí de médica y comencé una residencia para especializarme como clínica.

Paralelamente a mi trabajo como médica, milité durante años en una colectiva lésbica feminista de Mendoza. Hubo un tiempo, durante el proceso formativo en medicina, en el que dejé la militancia porque me sentía escindida. Una sensación que podría nombrar, con palabras de Dorothy Smith (2005), como una conciencia bifurcada. Por un lado, era una médica que tenía un determinado lenguaje, que debía cumplir y trabajar en un espacio sexista, homófobo, paternalista y con una gran carga de trabajo y, por otro lado, participaba de un espacio de militancia feminista en el que comenzaba a entender y a poner en cuestión las normas impuestas, un territorio en el cual ejercitábamos la construcción de vínculos amorosos, horizontales y con cuidados, donde había lugar y tiempo para acoger nuestras corporalidades singulares, sus necesidades y nuestros deseos. Esa contradicción se tornó insostenible y dolorosa. Pasé los últimos años de la residencia pensando qué espacio de trabajo podría encontrar donde fuese posible ser médica, lesbiana y feminista sin pagar tan alto costo por ello.

Decidí, alrededor de 2014, dejar por un tiempo la práctica asistencial y comenzar un proceso de formación en las ciencias sociales vinculadas a la salud y trabajar como docente en la Universidad. Esta decisión propició que reemergiera el deseo de participar en algún espacio de militancia política. Un lugar por fuera de los centros de salud y hospitales. Un espacio en el cual fuera posible aportar algunos conocimientos y experiencias valiosas que aprendí de la medicina y, a la vez, reaprender a acompañar y a cuidar tomando como guía las experiencias vinculares y de cuidados que hicimos con mis compañeras de militancia, algo que podía identificar intuitivamente como una ética del cuidado feminista. Ética no en tanto norma, sino

entendida como *morada*, como espacio de pertenencia y de encuentro colectivo donde lxs sujetxs reflexionan sobre sus prácticas, se reconstruyen, se revaloran y producen significados “para poblar de sentido el desierto” (Cano, 2015: 60), como categoría potente para abordar los variados aspectos y expresiones sociales y subjetivas de las relaciones de cuidados (Held, 2005).

En el 2016, gracias a la invitación de una compañera de trabajo que formaba parte de una colectiva socorrista, pude acercarme a los acompañamientos feministas en Mendoza.

Debates en torno a la ética del cuidado feminista

La ética del cuidado feminista se constituye a partir de un mosaico de discusiones teóricas que, con la intención explícita de alejarse de relatos abstractos y universales, proponen miradas y diálogos sensibles a los matices y a las narrativas contextuales sobre las relaciones sociales y de cuidados (Held, 2005). Esta intención coexiste en tensión con el esfuerzo por buscar activamente puntos de encuentro en el universo de experiencias de cuidados que tienen las personas, inmersas en comunidades y en contextos sociales singulares. A partir de estas aproximaciones, se produce un conocimiento que, lejos de ocupar el lugar de una prescripción normativa, se propone como un mapa de ruta siempre flexible y en revisión que refleja el diálogo entre las experiencias cotidianas de cuidados y la forma en que instituciones como la maternidad, la heterosexualidad obligatoria, el racismo y la división sexual del trabajo dan forma a esas experiencias (Rich, 2019). A partir de este diálogo, se interrogan, se interpelan y se intentan transformar las relaciones, las prácticas y los valores que reproducen dominación y violencia, que sobrecargan y oprimen a quienes cuidan y son cuidadxs.

Este es el sentido que le damos a la ética del cuidado feminista en este trabajo. No obstante, hay una serie de discusiones que expresan desacuerdos y cuestionamientos entre las diversas posiciones teóricas y políticas que fueron constituyendo el campo y que, desde nuestra perspectiva, son uno de los insumos más fértiles para reflexionar sobre los cuidados y la organización social de estos. A continuación, recorreremos algunos de los debates históricos y actuales de la ética del cuidado y, a través de este itinerario, damos a conocer las perspectivas teóricas que orientaron nuestro análisis.

Carol Gilligan (1982) inaugura el debate y las reflexiones sobre la ética del cuidado con su libro *In a Different Voice*. En este trabajo la autora responde a las afirmaciones de su colega Kohlberg sobre una supuesta debilidad moral de las mujeres en relación con los varones. La autora concluye que la ética del cuidado consiste en “prácticas reflexivas enmarcadas en el seno de una red de relaciones donde las particularidades, entendidas como diferentes transiciones y experiencias de vida, son necesarias para actuar y tomar decisiones en relación con los otros” (Gilligan, 1985: 277).

En opinión de Joan Tronto, el debate alrededor de la ética del cuidado no debe centrarse en discusiones acerca de las diferencias de género, sino en cuestionar el lugar de los cuidados en las sociedades (Tronto, 1987). Por otra parte, identifica que tanto las investigaciones de Carol Gilligan como los trabajos de Kohlberg tienen la limitación de haber sido desarrollados únicamente en personas de clases aventajadas. En este sentido, la tarea es situar las interpretaciones de las investigaciones sobre la moral en relación con las distinciones de clase, raza y etnia. Según esta autora, las feministas no deberían celebrar una ética del cuidado como factor de distinción de género que apunte a la superioridad de las mujeres, sino que deberían empezar la ardua tarea de construir una teoría completa del cuidado (Tronto, 1987). En este sentido, para comenzar, propone una definición de cuidados que incluye:

Todo aquello que hacemos para mantener, dar continuidad y reparar nuestro mundo de manera que podamos vivir tan bien como sea posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestros yo-es (*selves*) y nuestro entorno, todo lo cual tratamos de entrelazar en una red compleja que sostiene de la vida (Tronto, 1993: 103).

La definición de Tronto, al hablar de una red compleja que sostiene la vida, tiene resonancia con la ontología relacional de Donna Haraway (Puig de la Bellacasa, 2011). Según esta propuesta, los seres no preexisten a sus relaciones y, en este sentido, hay una relación ontológica entre cuidados y relación. Entre los seres vivientes, humanos y no humanos, y en relación con el entorno, existe una interconexión ineludible, “esencial para la existencia de seres dependientes y vulnerables, una interdependencia que no es un contrato, tampoco un ideal moral: es una condición” (Puig de la Bellacasa, 2011: 2).

Siguiendo con la revisión bibliográfica, me interesa destacar las aportaciones de Sabina Lovibond (1995), profesora de Filosofía en Oxford, que escribió un artículo donde explica la relación genealógica y argumentativa entre la ética del cuidado y la ética maternal desarrollada por Nel Noddings (1984) y Sara Ruddick (1990)². La autora recorre los puntos conflictivos de la ética del cuidado y maternal y, particularmente, se detiene en las críticas feministas a las posturas esencialistas sobre el cuidado materno. Lovibond advierte que, si bien Noddings y Ruddick se esfuerzan por dejar en claro que ciertos valores asociados a los cuidados, desarrollados como habilidades por las mujeres, responden no a una característica biológica de los cuerpos, sino a la división sexual del trabajo patriarcal que ha existido históricamente, hay un cuestionamiento fundamental que está

² “Para el aparato conceptual del maternalismo la obligación primera y permanente es encontrarme con el otro como persona que-cuida y la clave para eso es aprehender la realidad del otro, sintiendo lo que siente de la forma más cercana posible” (Lovibond, 1995).

ausente en la ética maternal: “¿Hasta qué punto es deseable que las mujeres se identifiquen activamente con los valores del ‘cuidado’ o con su estructura de carácter?” (Lovibond, 1995: 17). Esto la lleva a su principal razón de descontento con respecto a dicha propuesta: su falta de razonamiento crítico contra el hecho de que todas las mujeres tengan que tolerar la identidad de “mujer” o “madre” tal como se constituye en la sociedad de la cual emergen sus reflexiones.

Una ruptura con la identidad de mujeres es la que producen las lesbianas, más aún, aquellas que ejercen la maternidad. La representación de las lesbianas como sujetos no reproductivos se encuentra enraizada socialmente y se fundamenta en la idea de que no son sujetas apropiadas para maternar (Schwarz, 2008). Por este motivo, “ser lesbiana y madre rompe con la normativa de la ética maternal y produce una disociación entre sexo y procreación” (Schwarz, 2008: 195). En este sentido, hay trabajos que, además de visibilizar la experiencia de la maternidad en colectivos de la disidencia sexual (Schwarz, 2016), exploran otras posturas que desestabilizan la ética maternal, al visibilizar las experiencias de mujeres que se arrepienten de la maternidad, que deciden abortar (Pérez-de la Merced, 2016) o que muestran la experiencia de maternar en sus más variados aspectos, incluidas sus contradicciones (Rich, 1986).

Otra crítica feminista a la ética maternal y de los cuidados tiene que ver con entender que estas propuestas no cuestionan el rol especializado de cuidado en la esfera privada y no apuntan a demandar un compromiso de la esfera pública hacia esta actividad. Con esta estructura intacta, dice Lovibond (1995: 22), “no hay necesidad de que los grupos conservadores tengan miedo de la sugerencia académica de que los varones también pueden ejercer la actividad maternal”. La exaltación y el reconocimiento de la ética del cuidado maternal y la apuesta a que los varones aprendan y desarrollen estas mismas habilidades para el cuidado, o que se compartan sus cargas en el ámbito privado,

no constituyen una arena de disputa en tanto no estén incluidos en la agenda del Estado. La apuesta radical consiste en desestabilizar los arreglos sociales que presuponen que el trabajo de cuidar no estará combinado con un compromiso completo de la esfera pública, principalmente por parte del Estado, en la organización social de los cuidados (Pautassi, 2016). De otra forma, dentro de la familia, la existencia de ese rol de dadora de cuidados prepara la escena para una ruptura crónica de la justicia distributiva, es decir, la justicia en la distribución de los beneficios y cargas de la vida social (Lovibond, 1995: 21).

Dos autoras estadounidenses, Henderson y Allen, casi una década después de la publicación de *In a Different Voice*, escribieron un artículo en el cual proponen un marco teórico interpretativo para reflexionar en torno a los cuidados y a la ética del cuidado. La propuesta era analizar las limitaciones y las posibilidades que habilitan los cuidados. Por un lado, decían, los cuidados condicionan las posibilidades de decidir sobre el uso del tiempo libre, y esto termina reproduciendo condiciones de desigualdad y explotación hacia las mujeres (Henderson y Allen, 1991). Por otro lado, estas autoras rescataban lo que ellas consideraban como posibilidades emanadas de la ética del cuidado. Estas posibilidades tienen que ver con las relaciones de apoyo y amistad que las mujeres construyen con otras mujeres, relaciones que la poeta lesbiana feminista Adrienne Rich nombró bajo la categoría de *continuum lesbiano* (1999). Las relaciones de amistad a lo largo de la vida “proveen un complemento, así como también una alternativa a las restricciones que establece el matrimonio y otros lazos familiares” (Henderson y Allen, 1991: 12).

Sobre las relaciones de apoyo y cuidado entre mujeres, Mari Luz Esteban, quien realizó una etnografía sobre el amor, identificó que las feministas que

participaron de la investigación tendían a estar incluidas en redes o agrupaciones estables de personas:

[...] De tamaño variable (desde un grupo pequeño hasta decenas de personas), caracterizadas por el hacer conjunto y el compartir elementos muy distintos: protección mutua, apoyo económico, material, psicológico y moral, actividades de mantenimiento de la vida cotidiana, cuidados relativos a la salud o la crianza, o actividades de entretenimiento, sociales y políticas [...] agregados de personas basados en la reciprocidad y la solidaridad que funcionan de modo permanente, si bien suelen intensificar sus vínculos en momentos concretos, como puede ser la aparición de una enfermedad, cambios en la situación laboral o personal o el nacimiento de una criatura (Esteban, 2017: 10).

Las redes feministas compuestas por mujeres de diferentes edades, formas de convivencia y experiencias sexuales y reproductivas desafían los límites de la familia nuclear heterosexual como espacio principal donde se establecen y se estudian las relaciones de cuidados (Esteban, 2017). A su vez, en este tipo de redes se comparten dimensiones de la vida que superan los significados atribuidos a la categoría de cuidados, mayormente asociada con la atención de la dependencia. En este sentido, la autora propone el uso simultáneo de la categoría de apoyo mutuo, que incluiría un universo de prácticas compartidas que incluyen desde la cooperación económica hasta tiempo libre y actividad política.

Las reflexiones de Mari Luz Esteban sobre las relaciones de apoyo mutuo y de cuidados entre feministas tienen resonancia con algunas experiencias y sentidos que se comparten en las colectivas feministas que acompañan a mujeres que deciden abortar. Esto nos da pie para introducir el siguiente apartado, en el cual nos centraremos en historizar y contextualizar las prácticas de acompañamiento feminista y las relaciones de cuidados que allí se construyen.

Los acompañamientos en clave histórica

Los acompañamientos entre mujeres y sujetxs subalternizadx para atravesar procesos de salud y enfermedad, embarazos, abortos y otros asuntos ligados a la sexualidad, a los eventos reproductivos y a las crianzas tienen profundidad histórica. Bárbara Ehrenreich y Deirdre English dan cuenta de esto en su libro *Brujas, parteras y enfermeras: una historia de sanadoras*. Aquí, las autoras rescatan los conocimientos que las mujeres de pueblos medievales tenían sobre herbolaria, mujeres que también eran doctoras, cirujanas y parteras. Recibían su paga por parte de los gobiernos urbanos o se mantenían a expensas de la compensación que recibían de sus pacientes (Ehrenreich, English, 1998; Federici, 2010). Sin embargo, sus saberes se transformaron en una amenaza para el proyecto masculino capitalista y su necesidad de producción y reproducción de la fuerza de trabajo, dado que quienes decidían cuándo gestar y cómo parir eran las propias mujeres. En este sentido, coinciden los años de la Peste Negra, y la gran declinación demográfica que esta epidemia causó en Europa, con el inicio de la caza de brujas (Watts, 2000). Según Silvia Federici (2010), la caza de brujas, junto con la división sexual del trabajo y la mecanización del cuerpo proletario, fueron las condiciones estructurales fundantes para el desarrollo capitalista.

Las mujeres sanadoras fueron sistemáticamente perseguidas y sus conocimientos fueron progresivamente apropiados por médicos varones con el apoyo de la Iglesia católica y otros sectores dominantes (Ehrenreich y English, 1998). En la base de la construcción de los saberes biomédicos se encuentra el despojo de otrxs sanadorxs, principalmente de las mujeres. No obstante, aun en contextos de persecución de mujeres y otrxs sanadorxs, a lo largo de la historia y en diversas geografías encontramos experiencias que, con mayor o menor

grado de institucionalidad, disputaron los valores occidentales y patriarcales que iba adquiriendo la práctica médica y sostuvieron prácticas de cuidados relativamente autónomas (Davis Floyd, 2004). En el marco de estas disputas se encuentran los acompañamientos de mujeres que deciden abortar en la actualidad (Salud Feminista, 2019).

En Argentina, miles de mujeres, amigas, hermanas, cuñadas, feministas y no feministas, lesbianas y trans, organizadas en colectivas o no, acompañan a otras mujeres en su decisión de interrumpir un embarazo. En un contexto histórico y político de criminalización de la práctica, uno de los objetivos centrales de los acompañamientos es evitar que mueran mujeres por abortos inseguros o que sufran complicaciones. No obstante, los acompañamientos no son solo una práctica que subsana las falencias y violencias del mercado y del Estado, sino que se inscriben y se nutren en la historia de brujas, mujeres, doulas y otrxs portadorxs de saberes que nos han permitido, a través de los tiempos, sobrevivir, tomar decisiones sobre nuestros propios cuerpos y atravesar procesos vitales como embarazos, partos y puerperios en comunidad, al romper el cerco de muerte, individualismo y aislamiento que impone el capitalismo en alianza con el patriarcado.

El contexto político y social de los acompañamientos y del aborto en Mendoza y Argentina

Hasta enero de 2021, cuando entra en vigor la ley 27610, que regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto en Argentina, solo se habilitaba la interrupción legal del embarazo según el artículo 86 del Código Penal en tres causales: riesgo para la salud, riesgo de vida para mujeres o personas gestantes y violación.

Bajo estas causales, el ejercicio de derechos estaba restringido por la judicialización innecesaria, por la violencia institucional de los agentes de la salud y por la objeción de conciencia³.

Según estimaciones no oficiales, en nuestro país estas prácticas institucionales han arrojado a más de 500.000 mujeres al año a abortar en la clandestinidad (Pantelides y Mario, 2009). Esto implica no poder acceder (o acceder con dificultad) a la información y a los recursos necesarios para realizar un aborto seguro. Por este motivo, durante los últimos 30 años las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones inseguras han sido la primera causa de mortalidad de mujeres gestantes y han representado un tercio del total de esas muertes⁴. La clandestinidad no está dada solo por la violencia institucional, sino también por la sanción moral hacia quienes deciden interrumpir un embarazo y resistirse al mandato de la maternidad obligatoria. Esto produce sentimientos de culpa que generan aislamiento y dificultades para pedir ayuda y acceder a información, acompañamiento y a una práctica segura (Mizrahi, 2011).

Los contextos políticos y sociales donde se aborta y se acompaña son diferentes en los distintos puntos del país. Si bien la práctica estaba penalizada en todo el territorio, algunas provincias ponían mayores obstáculos a los ya existentes para abortar de forma segura. En Mendoza, desde 2012 una ley provincial sancionada en 2009 restringe el acceso al misoprostol al ámbito hospitalario⁵. La prohibición para la venta de misoprostol obstaculiza el acceso al método que recomienda la Organización Mundial de la

³ La objeción de conciencia es la negativa a realizar actos o servicios invocando motivos éticos o religiosos.

⁴ Comité contra la tortura. Quinto y Sexto informe periódico. Situación del aborto en Argentina.

⁵ La ley 8116 limita el expendio, suministro y/o fraccionamiento de medicamentos asociados al misoprostol. La venta está prohibida en el mercado. Solo se permite la dispensación en las farmacias de hospitales o clínicas públicas y privadas.

Salud (OMS) para abortar de forma segura, tanto por la restricción en su distribución como por los costos que genera el mercado clandestino. Estas especificidades territoriales hacen que los acompañamientos sean singulares en cada espacio, con problemáticas y estrategias propias para lidiar con la clandestinidad.

A partir de 2018, la recién conformada Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir en Mendoza⁶, en apoyo a la demanda histórica del movimiento de mujeres y disidencias en la provincia, reclamó la adhesión del gobierno de Mendoza al Protocolo de Atención a Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), confeccionado por primera vez en el año 2007 y rechazado por la Legislatura provincial en noviembre de 2012. El gobierno respondió con la elaboración de una guía técnica que, si bien no se institucionalizó sistemática y homogéneamente en todos los efectores de salud, constituyó una instancia para abrir el debate sobre el aborto en el interior del sistema sanitario y poder acceder, con menos obstáculos, al recurso del misoprostol. La presentación de la guía se hizo en el marco de capacitaciones para el personal de salud, donde se advirtió sobre sus obligaciones en cuanto a garantizar abortos seguros en las tres causales previamente mencionadas. En este contexto, comenzó un lento y trabajoso proceso de articulación entre los acompañamientos feministas de la colectiva y las prácticas de lxs trabajadorxs de la salud, con la intención de poder garantizar un acceso al misoprostol y al aborto que no estuviese desligado de

⁶ Si bien en Mendoza la Red se conforma en 2018, en algunas provincias de la Argentina ya se encontraba activa desde 2014, año en el que, a partir de un encuentro de efectores de la salud que se llevó a cabo en el marco de las acciones por el Día de la Lucha por la Despenalización y Legalización del Aborto en América Latina y el Caribe, se decide conformar una red de profesionales para impulsar los debates sobre el aborto y la necesidad de garantizar la práctica en las instituciones de salud. Para más información, visitar la página <https://bit.ly/2T4tnql>.

las dimensiones político-afectivas de los acompañamientos que vienen construyendo los feminismos en Argentina.

A continuación, a partir del diálogo con compañeras de militancia, intentaré dar cuenta de los recorridos, las prácticas y los valores que dan forma a la ética del cuidado en los acompañamientos feministas de la colectiva.

Acerca del proceso de conformación de la colectiva y de las tareas cotidianas de organización de los acompañamientos

La organización toma forma en el año 2011⁷, cuando algunas colectivas emprenden la tarea de articularse en una red nacional, Socorristas en Red (SenR), que define como estrategia política acompañar y dar información sobre el uso seguro de misoprostol (Maffeo et al., 2015). En 2018 la colectiva se desprendió de SenR por diferencias políticas, y esto marcó la necesidad de articular con otras organizaciones e instituciones, como la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, teniendo en cuenta el difícil contexto antes descripto.

La colectiva realiza alrededor de quince acompañamientos semanales grupales, en los cuales dos consejeras se reúnen con tres mujeres por encuentro. En los acompañamientos se comparte información sobre el uso seguro de misoprostol, se delinean estrategias para realizar abortos acompañados por familiares, parejas o amigxs, se habla sobre las medidas de cuidados ante posibles complicaciones y sobre las condiciones actuales de acceso a las pastillas. A

⁷ El germen que dará lugar posteriormente a la colectiva está en algunas integrantes de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito en Mendoza que, interpeladas por la "Línea Aborto: más información menos riesgos" y por el libro *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas. Lesbianas y feministas por la descriminalización del aborto* (AA. VV., 2010), decidieron organizarse para empezar a acompañar.

su vez, cuando el encuentro lo permite, se conversa sobre el contexto político actual en relación con el aborto en Argentina, sobre la historia de militancia de la organización y la articulación con otras colectivas que en diversos territorios también acompañan.

Otro aspecto singular de los acompañamientos es que se realizan, en general, al aire libre y en espacios públicos. En plazas y otros lugares verdes, donde podemos sentarnos en ronda, a la misma altura, se construye un espacio protegido para que, a lo largo de los encuentros, se vaya gestando un reconocimiento mutuo y para que cada quien vaya articulando en sus propios términos aquello que quiere o necesita compartir de la experiencia que la/x trajo al encuentro.

En cuanto a las integrantes de la colectiva, la mayoría tiene empleos remunerados, aunque algunos también precarios; algunas, además, estudian, y otras se encargan del trabajo de cuidados de sus hijxs. Las compañeras con las que conversamos manifiestan dificultades cotidianas para garantizar las consejerías y conciliarlas con el trabajo fuera de sus casas, con el trabajo de cuidados y el estudio. A pesar de las dificultades, este espacio de militancia feminista es un espacio elegido.

Desde que existe la Red de Profesionales, en los encuentros también se brinda información para que las mujeres puedan contactar con esta organización: números telefónicos de contacto y orientación sobre efectores y agentes de salud amigables. En ocasiones, la tarea de acompañar se realiza de manera conjunta con la Red, se reparten tareas y se trabaja de manera articulada para garantizar la práctica.

En el siguiente apartado, la idea es compartir algunas de las reflexiones que la colectiva viene amasando en su historia de militancia sobre el tipo de prácticas y relaciones de cuidados que se construyen en los encuentros y que, desde su perspectiva, son la base de un acompañamiento feminista.

Los acompañamientos como arena de disputa sobre los sentidos del cuidado

A menudo, tanto desde la academia como desde los movimientos sociales y feministas, el trabajo de cuidados aparece solo en su dimensión económica y como un mandato opresivo sobre lxs sujetos feminizados. Por las condiciones en las que se cuida en un sistema capitalista, racista y heteropatriarcal, quedan solapadas dimensiones y condiciones de los cuidados que lo convierten en una práctica creativa, transformadora (Held, 2005) y de resistencia, como en el caso de sexualidades no heteronormativas o de mujeres racializadas que, en sus experiencias de maternidad o de cuidado de otrxs, deben desarrollar estrategias que les permitan abrirse paso por instituciones normativas como la escuela o las instituciones de salud y, a la vez, resistir a sus mecanismos de dominación (Yañez, 2016; Rich, 2019).

Sobre esto nos dice Martina (26):

Hay pensadoras feministas que han problematizado la división sexual del trabajo, apuntando a la visibilización y el reclamo de que las tareas de cuidado caen en manos de las mujeres. Esto se refiere a que las personas menos autónomas de nuestra sociedad (niñxs, ancianxs) dependen de las mujeres. Yo creo que las socorristas nos salimos de ese esquema vertical de cuidado de lxs más pequeños y más grandes, arrebatamos ese significante y pugnamos su significado. Miramos hacia el costado, no hacia arriba o hacia abajo. Y decidimos crear esa atmósfera de cuidado mutuo entre nosotras, que tan ninguneado está (Martina).

En el relato de Martina aparece la dimensión de disputa de sentidos en el cuidado:

Yo, desde mi lugar, veo en el cuidado socorrista la lucha por imponer un significado no opresivo a la palabra “cuidado”. Hay una arena de combate por cargarla de significado y nosotras batallamos ese (Martina).

Una de las prácticas que pugna por construir sentidos menos opresivos sobre las relaciones de cuidados es *mirar hacia el costado*, un ensayo permanente para construir vínculos horizontales, con las personas que acompañamos y entre las acompañantes. Ahora bien, ¿qué forma concreta adquiere este mirar hacia el costado en los acompañamientos de la colectiva? Ariel (23) propone algunas estrategias:

En primer lugar, correrse del foco del protagonismo. En varios sentidos, pero en este caso, pensando y posicionando el lenguaje y los discursos desde la empatía con las mujeres. Respetando a fondo sus creencias, sus concepciones, sus valoraciones. No es prioridad manifestar, relucir o validar mi perspectiva, mi lugar. Yo estoy ahí para ella, no a pesar o a través de ella. Yo solo facilito información y ofrezco mi compañía. No soy yo quien está tomando una decisión sobre mi cuerpo y mi vida, es ella.

En los acompañamientos se crea un espacio material, en términos de tiempo y disposición subjetiva para la escucha, para que los sentidos, las necesidades y aquello que las personas ponen en valor sobre sus vidas *protagonice* los encuentros. A su vez, otra dimensión relevante para que se produzca el encuentro, y que fue rescatada en repetidas oportunidades, es la inclinación a dejarnos interpelar por las historias, las contradicciones, el sufrimiento y las certezas que traen las mujeres que deciden interrumpir un embarazo:

Es importante aclarar que una transita procesos, sensaciones, protagonismos en la propia vida y en el quehacer de los acompañamientos. Nos empapamos y atravesamos nuestra subjetividad, está bien y es necesario. Para esas instancias hay otras estrategias, con nuestras compañeras, con las cuales se dan otros cuidados. Son otros sentidos y otras esferas (Ariel).

En este punto aparece la idea de experimentar, en el cotidiano de los encuentros de cuidado, algo que sitúe a quienes cuidan en un lugar de interrogación. Quienes

acompañan ven *atravesadas* sus subjetividades por las historias de las mujeres y esto interroga las certezas que se traen con los saberes aprendidos, sobre la vida y las necesidades de lxs otrxs. En los encuentros emerge un espacio de intersubjetividad emancipadora entre sujetxs que piensan y actúan colectivamente (Breilh, 2002).

Otra práctica central de cuidados que aparece en el marco de los acompañamientos feministas es el apoyo mutuo entre quienes acompañamos. Instancias de encuentro, de disfrute, reflexión y aprendizajes técnicos sobre el aborto con pastillas entre compañeras son centrales para sostener la práctica de acompañamientos. Aquí hay un gran aporte para pensar las lógicas aprendidas sobre el acto de cuidar, tanto por quienes trabajan en el ámbito de la salud como también en el interior de las unidades domésticas o entre pares (parejas, amigxs). Interrogar la incondicionalidad y los límites, pensar y construir los cuidados como una acción transformadora y creativa que se sostiene porque el trabajo es colectivo, porque existe la opción de procesar las experiencias y construir conocimientos en conjunto.

Contrapuntos y diálogos posibles entre los acompañamientos feministas y las prácticas institucionales de cuidados de agentes de salud

Diagnosticar, medicar, controlar, seguir, protocolizar, tratar, informar, definir, resucitar, curar, mantener con vida: salvo el verbo “cuidar”, todo esto aparece en el vocabulario cotidiano de agentes de salud bajo el modelo médico hegemónico⁸. Sí existe, sin embargo, la figura de “familiar

⁸ El concepto de modelo médico hegemónico (MMH) fue ideado por Eduardo Menéndez (2009) a principios de la década de 1970, con la idea de sistematizar las características de la biomedicina, que es la forma de pensamiento y atención médica dominante en la mayoría de las sociedades a nivel mundial.

al cuidado del enfermo”. Esto nos plantea algunos interrogantes: ¿qué significa cuidar? ¿Quiénes cuidan? ¿Cómo se aprende a cuidar? ¿Se puede enseñar en una materia de la facultad? ¿Se puede aprender en un hospital? No es nuestro interés dar respuestas inmediatas a estos interrogantes, sino utilizarlos como guía para darle continuidad a algunas reflexiones abiertas, complejas e inacabadas.

La formación biomédica se empeña en enseñar con minuciosidad y sistematicidad a desaprender los saberes adquiridos sobre cómo cuidar, saberes aprendidos del cuidado y del afecto que hemos recibido de otrxs humanos. Lxs agentes de salud en formación son instados a dejar estos aprendizajes de lado para asimilar conocimientos, técnicas y tecnologías de control sobre lxs otrxs bajo el fundamento de la ciencia. Esto ocurre principalmente en el caso de lxs médicxs. Es una pedagogía del alejamiento. De forma similar al extrañamiento del que hablan lxs antropólogxs como condición de objetividad, lxs médicxs simulan ser humanos desencarnadxs, que observan desde afuera los padecimientos ajenos.

En cuanto a los encuentros médicos en las instituciones de salud, la duración cada vez menor de la consulta acaba por reducir cada vez más la palabra de las personas y se consigna escasa información sobre la evolución y la trama en la que se produce el padecimiento (Valls-Llobet, 2011). La biomedicina⁹, a través de la medicalización, se ha

⁹ La biomedicina se caracteriza por una serie de rasgos técnicos, profesionales, ocupacionales, sociales e ideológicos que construyen distanciamiento, subordinación, exclusión o negación de otros saberes y formas de atención. Según Eduardo Menéndez (2009), el rasgo dominante de la biomedicina es el biologicismo, que es un modelo de pensamiento que no solo aporta el fundamento científico a la biomedicina, sino que, además, es el elemento que lo diferencia de otras formas de atención. El biologicismo en la medicina es una forma de pensamiento que estructura la mirada sobre los procesos de salud y enfermedad y se enfoca en las causas biológicas e individuales de estos, y que otorga un lugar subsidiario a los procesos culturales, económicos y políticos que dan forma a las experiencias de salud y enfermedad de las personas.

transformado en un dispositivo cuya función es silenciar de forma inmediata los síntomas. Junto con la medicalización, el interrogatorio biomédico implica una limitación a la hora de construir sentidos, generar explicaciones sobre los procesos de salud y enfermedad y comprender las formas en que lxs sujetxs eligen atravesarlos desde un punto de vista terapéutico. Andrea (40), integrante de la colectiva, pone en relieve desde su experiencia algunas de las limitaciones del modelo biomédico y establece contrapuntos con los acompañamientos feministas:

En los acompañamientos me ha pasado de sentir que le tengo que explicar todo eso a la mujer para yo sentir, también, que ella va a estar mejor cuidada por ella misma al saber lo que le puede pasar, qué hacer ante una situación eventual. Más allá de una estar ahí o no. Más allá de la tutela, digamos, de la presencia tutelar, el cuidado ese de tener herramientas de conocimiento para saber lo que te puede pasar.

Creo que más allá de toda la elite médica, en el área de salud está esto del apuro, la velocidad, la productividad. Entonces no se acompaña al paciente, se lo atiende y se lo asiste desde un lugar distinto al lugar desde donde acompañamos nosotras. Hay detalles que no se le explican, que en general pasa en toda la medicina, entre el apuro, cierta indiferencia y ciertas cosas que no se les da la información, y creo que una buena herramienta es la información brindada y la escucha brindada también para estar atentos a los detalles.

Sin embargo, las ciencias médicas son un campo en disputa. Existen corrientes como la salud colectiva¹⁰, que surgió en los años setenta como parte del trabajo de profesionales de la salud que militaban y participaban en movimientos sociales y en partidos de izquierda en América

¹⁰ La salud colectiva “envuelve determinadas prácticas que toman como objeto las necesidades sociales de salud, como instrumentos de trabajo, distintos saberes, disciplinas, tecnologías materiales y no materiales, y como actividades, intervenciones centradas en los grupos sociales y en el ambiente, independientemente del tipo de profesional y del modelo de institucionalización” (Almeida Filho y Silva Paim, 1999: 16).

Latina. Emerson Merhy, representante de este movimiento, cuenta su experiencia de construir colectivamente, en el cotidiano de los servicios de salud en Brasil, encuentros que ponen en cuestión las prácticas biomédicas hegemónicas e interrogan lo que lxs trabajadorxs de la salud ponen de sí en sus trabajos, para la acción con el otrx.

Merhy propone, para desarmar las prácticas autoritarias de cuidados que caracterizan a la biomedicina, cambiar el eje que ordena el trabajo cotidiano en salud. Salir de la manera en que lxs trabajadorxs de la salud se ubican en las consultas médicas, que es una manera muy fuerte, centrada en que son lxs médicxs quienes tienen el conocimiento sobre los cuerpos de las personas y sobre la forma correcta en la que hay que vivir. La propuesta contrahegemónica que plantea Merhy apunta a transformar la idea de sujeto/objeto que ordena los encuentros de salud en las instituciones. Pone en relieve la importancia de aprovechar las propias experiencias de padecimiento y de cuidados de lxs trabajadorxs y agrega: “Cuidar en libertad, la vida del otro entra, nuestra fuerza cambia, nosotros nos tornamos menos fuertes” (Instituto de Salud Colectiva | ISCo-UNLa, 2021).

Lxs agentes de salud tienen dos núcleos que determinan sus prácticas. En primer lugar, un núcleo dirigido y ordenado por la formación profesional, es decir, por los saberes, tecnologías y prácticas específicas de cada disciplina (el núcleo del médico, el núcleo del psicólogo, etc.). En segundo lugar, un núcleo no profesional de manejo en el encuentro entre personas, un núcleo cuidador. El núcleo cuidador son todas las intervenciones que lxs agentes de salud podemos hacer para acompañar procesos de salud y enfermedad, pero que no son del dominio de una profesión específica (Instituto de Salud Colectiva | ISCo-UNLa, 2021).

Desde nuestra perspectiva, el núcleo no profesional puede ser expandido y potenciado por experiencias de militancia política, de trabajo social y de enfermedad o padecimiento de lxs propios trabajadores. En este punto, resulta esperanzador pensar en la posibilidad de transformar

prácticas biomédicas paternalistas y biologicistas a partir de los potentes cruces que pueden darse entre la Red de Profesionales en Mendoza y organizaciones feministas que acompañan la decisión de abortar. Los espacios de militancia feminista tienen mucho que aportar a las reflexiones sobre los cuidados y los tratos, en todos los campos del conocimiento, fundamentalmente, en el campo biomédico. En palabras de Boaventura de Sousa Santos:

El primer desafío es enfrentar este desperdicio de experiencias sociales, esta riqueza inagotable de experiencias sociales que es el mundo: tenemos unas teorías que nos dicen que no hay alternativa, cuando en realidad hay muchas alternativas. La gente sigue luchando por cosas nuevas, y ellos sí piensan que hay alternativas nuevas (2006: 8).

Los aportes de las experiencias de acompañamientos feministas resaltan la necesidad de dejarse *empapar y atravesar la propia subjetividad* como un ejercicio para experimentar el cuidado como un espacio de libertad y que respete la autonomía (relacional) de lxs sujetxs.

Tal vez se trate de poner en interrogación los lugares o roles que ocupan tanto trabajadorxs como usuarixs, inventar una manera de conversación en la que el conocimiento circule para tomar decisiones sobre la salud, los cuerpos y los cuidados que sean más propias y cercanas a los proyectos vitales de las personas: crear un espacio que genere las condiciones para una escucha atenta y un intercambio fructífero.

Como vimos a partir de los relatos de las compañeras que realizan acompañamientos, la construcción colectiva no solo posibilita sostener el espacio de militancia, ya que se trabaja codo a codo, sino que habilita un espacio de aprendizaje y de interpelación constante a la lente propia con la que miramos el mundo y a través de la cual pretendemos que lxs demás lo vean. El trabajo en conjunto permite politizar experiencias cotidianas, organizar procesos formativos que se enriquecen con la participación, las perspectivas y los

posicionamientos diversos (políticos, profesionales, de clase social) de quienes participan en el espacio de militancia.

No pretendemos equiparar los espacios de trabajo en las instituciones de salud con los encuentros de acompañamiento feministas: son espacios, recorridos y prácticas que, en ocasiones, son inconmensurables y heterogéneos y, por lo tanto, los diálogos no son sencillos. Sin embargo, entendemos que hay rendijas en el ámbito de la salud, con mayor autonomía y equipos de trabajo dispuestos, tal como sucedió con la conformación de la Red de Profesionales en 2018, que podrían ver enriquecidas sus experiencias de trabajo al establecer un diálogo o una escucha de las experiencias feministas.

Reflexiones finales

En las biografías de muchas mujeres, dada la negativa de los poderes del Estado para garantizar el derecho al aborto seguro y gratuito, los abortos aparecen como experiencias que son transitadas en soledad, con complicaciones e incluso con riesgo de muerte. En este marco de situación, los acompañamientos feministas hacen la diferencia porque facilitan el acceso a información sobre el uso seguro de pastillas y acompañan el proceso de abortar. Pero, además, habilitan un espacio para pensar y producir nuevos sentidos en la vida para sí y en la vida colectiva y para ampliar la experimentación existencial, tanto para quienes acompañan como para quienes son acompañadxs. Se pone en cuestión la maternidad como obligatoria, se interrogan los proyectos de vida, los sentidos previos y los prejuicios que se traen sobre el aborto a los encuentros, y se politizan experiencias personales de violencia de forma colectiva y cuidada.

Entendemos que en los acompañamientos feministas se construye y reconstruye continuamente una ética del cuidado singular, que circula por los bordes de las instituciones.

Esta ética rebasa y disputa las significaciones sociales dadas a los cuidados y a las relaciones de cuidados, se apropia de los espacios públicos para generar encuentros y compartir conocimientos y responde con organización a las políticas de desresponsabilización del Estado que abandonan, que arrojan a la clandestinidad. La ética de cuidado de los acompañamientos de la colectiva se aleja de la pretensión de tutelaje, acompaña desde un lugar de respeto por la autonomía y desde un espacio de aprendizaje colectivo donde se comparten conocimientos, dudas, angustias y cargas de trabajo entre las compañeras de militancia.

Estos son algunos de los aspectos que visibilizamos de los acompañamientos feministas y que, desde nuestra perspectiva, configuran una ética del cuidado contrahegemónica a las lógicas y prácticas de la biomedicina. A su vez, pusimos en relieve experiencias fecundas en el ámbito de las instituciones de salud, como aquellas que emergieron en 2018 a partir de la conformación de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir en Mendoza, o las que identificamos en articulación con el movimiento de salud colectiva en Brasil, experiencias que tienen como común denominador su apertura al aprendizaje, siempre en tensión, con los movimientos sociales.

Bibliografía citada

- Almeida Filho, Naomar y Silva Paim, Jairnilson (1999). “La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos médico sociales*, 75, 5-30.
- AA. VV. (2010). *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*. Buenos Aires: El Colectivo.
- Breilh, Jaime (2002). “Por una subjetividad emancipadora”. En *Epidemiología crítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Cano, Virginia (2015). *Ética tortillera. Ensayos en torno al éthos y la lengua de las amantes*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Madreselva.
- Davis-Floyd, Robbie (2004). *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida.
- Sousa Santos, Boaventura de (2006). “La sociología de las ausencias y la sociología de las emergencias: para una ecología de saberes”. En *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social*. Buenos Aires: CLACSO.
- Ehrenreich, Barbara y English, Deidre (1988). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras* (trad., M. Bofill y P. Lingua). Valencia: Ediciones de les Donnes.
- Federici, Silvia (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Gilligan, Carol (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women’s Development*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Granda, Edmundo (2004). “A qué llamamos salud colectiva, hoy”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2). Disponible en <https://bit.ly/2T1oxKn>
- Held, Virginia. (2005). *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. Oxford: University Press.
- Henderson, Katherine y Allen, Karla (1991). “The Ethic of Care: Leisure Possibilities and Constraints for Women”. *Society and Leisure*, 14(1), 97-113.
- Instituto de Salud Colectiva | ISCo-UNLa. (31 de mayo de 2021). Micropolítica del cuidado en salud [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://bit.ly/3dTBo8X>.
- Lovibond, Sabina (1995). “Ética maternalista: una evaluación feminista”. *Feminaria*, 15.
- Maffeo, Florencia; Santarelli, Natalia; Satta, Paula y Zurbriggen, Ruth (2015). “Parteras de nuevos feminismos. Socorristas en red – feministas que abortamos: una forma de activismo corporizado y sororo”. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 20(44), 217-227.

- Menéndez, Eduardo (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Mizrahi, Liliana (2011). *Mujeres libres y crímenes sociales. La penalización del aborto y la aceptación del abuso*. Buenos Aires: M Ediciones.
- Noddings, Nel (1984). *Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press.
- Pantelides, Edith y Mario, Silvia (2009). "Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina". *Notas de Población*, 87, 95-120.
- Puig de la Bellacasa, María (2011). "Matters of Care in Technoscience: Assembling Neglected Things". *Social Studies of Science* 41(1), 85-106.
- Rich, Adrienne (1986). *Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution*. Nueva York: WW Norton.
- Rich, Adrienne (1999). "La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana". En Navarro y Stimpson (coords.), *Sexualidad, género, roles sexuales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ruddick, Sara (1990). *Maternal Thinking: Towards a Policy of Peace*. Londres: Beacon Press.
- Fundación Soberanía Sanitaria (2019). *Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón.
- Smith, Dorothy (2005). *Institutional Ethnography. A Sociology for People*. Toronto: Altamira Press.
- Schwarz, Patricia. (2008). "Las lesbianas frente al dilema de la maternidad". En Pecheny, Mario, Carlos Figari y Daniel Jones (Comps.), *Todo sexo es político: estudios sobre sexualidad en Argentina*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Schwarz, Patricia (2016). *Maternidades en verbo: identidades, cuerpos, estrategias, negociaciones. Mujeres heterosexuales y lesbianas frente a los desafíos de maternar*. Buenos Aires: Biblos.

- Tronto, Joan Claire (1987). "Más allá de la diferencia de género. Hacia una teoría del cuidado". *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 12, 1-37.
- Tronto, Joan Claire (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.
- Valls-Llobet, Carme (2011). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Watts, Sheldon (2000). *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*. Barcelona: Editorial Andrés Bello.
- Yañez, Sabrina S. (2016). *Una reflexión sobre la etnografía institucional como herramienta de análisis feminista*. En *V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales*, 16 al 18 de noviembre de 2016, Mendoza, Argentina. Disponible en <https://bit.ly/3eYwqZv>.

Abortar acompañadas en y frente a la clandestinidad

Cuidados en el marco de relaciones afectivas entre mujeres

NATALIA SANTARELLI

De esa experiencia siento [...] primero la seguridad de los vínculos que estuvieron, muy agradecida a eso, mucho apoyo, muchas amigas (Eluney).

Introducción

Los embarazos no deseados/abortos voluntarios configuran un entramado indisoluble con las condiciones y circunstancias –simbólicas y materiales, legales, sanitarias, culturales, sociales y subjetivas– en las que acontecen e implican un proceso de afectación a la salud con diversos malestares que las mujeres atienden. A partir de reconocer y aceptar la ausencia de deseo para sostener ese proceso biológico en curso –así como las inscripciones culturales que sobre este se montan– muchas mujeres emprenden un camino, obstaculizado, para concretar su voluntad de interrumpirlo. La mayoría de las veces, este camino no se transita en total soledad. Las mujeres gestionan apoyos de diversas personas y/o redes con las que intentan sortear, aminorar, resistir e incluso transformar las implicancias emocionales, físicas y políticas de la penalización legal y social de esta práctica. Es en el marco del vacío y la violencia de lo institucional que se da el encuentro con presencias

que sostienen y acompañan, haciendo estas experiencias más transitables, potentes y vitales. Dentro de estas presencias facilitadoras encontramos personas del entorno afectivo cercano, profesionales de la salud que actúan en consonancia con el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y activistas feministas que desde hace más de una década se organizan para acompañar y/o brindar información confiable sobre el aborto farmacológico.

En este capítulo nos centraremos en el trabajo de cuidados que ocurre entre mujeres que mantienen relaciones afectivas frente a situaciones de abortos farmacológicos voluntarios en contexto de ilegalidad y clandestinidad. Por un lado, introduciremos algunas reflexiones sobre la relación entre estas experiencias de abortos cuidados con las políticas penalizadoras y las prácticas que niegan y obstaculizan derechos. En este sentido, profundizaremos en cómo el abandono y las violencias por parte de las instituciones estatales –principalmente las de salud– moldean y exigen estrategias de cuidados de mujeres y entre mujeres. Por otro lado, visibilizaremos cuáles y cómo son estas actividades de cuidado entre mujeres que les permiten resistir frente a dichas violencias y atravesar los procesos de embarazos no deseados/abortos voluntarios de formas más saludables y menos sufrientes.

Conceptualmente, abordaremos las relaciones entre mujeres desde la noción multidimensional de cuidados entendidos como prestaciones de apoyos que delimita Carol Thomas (2011), producto del trabajo deconstructivo de teorizaciones desarrolladas por referentes de la corriente dominante en sociología y política social, y de la investigación feminista en el campo de los cuidados.

Nos apoyamos en un corpus empírico compuesto por relatos de mujeres que abortaron con medicamentos y contaron con la presencia de amigas, hermanas o madres, valoradas como facilitadoras del tránsito por la experiencia de embarazo no deseado/aborto voluntario.

Breve contextualización

En Argentina, a pesar de estar penalizados hasta fines del 2020, los abortos voluntarios han sido prácticas extendidas y cotidianas que forman parte de las trayectorias sexuales y (no) reproductivas de las mujeres y de otras personas con capacidad de gestar¹. En el país, las estimaciones indican entre 372.000 y 522.000 abortos clandestinos por año (Pantelides y Mario, 2009).

El Código Penal establecía, desde 1921 hasta 2020, la penalización del aborto salvo dos excepciones en su artículo 86: que el embarazo pusiera en peligro la vida o la salud de la mujer y no pudiera ser evitado de otro modo, o cuando fuera producto de “una violación o de un atentado al pudor sobre una mujer idiota o demente”. Si bien este texto regula lo permitido y lo prohibido legalmente sobre los abortos, sus interpretaciones y su consiguiente impacto en las prácticas de los servicios de salud han sido discutidos durante décadas, lo que da cuenta de que el derecho –los contenidos de sus leyes y las interpretaciones que posteriormente hacen los tribunales– es un espacio de luchas y tensiones en movimiento (Peñas Defago, 2013). Un avance normativo importante para la interpretación de la legislación sobre el aborto ocurrió en 2012 con la promulgación del fallo F. A. L. de la Corte Suprema de Justicia. Entre otras cuestiones, en este fallo se estipuló el alcance de la “causal violación” como derecho de toda mujer y se reafirmó la obligación del Estado de garantizar el acceso a este derecho, de remover obstáculos y de generar lineamientos precisos para atender los entonces llamados abortos no punibles. Este hito

¹ Nota aclaratoria: desarrollamos esta investigación y este escrito previamente a la sanción de la Ley Nacional 27610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en diciembre de 2020, la cual modifica las normativas legales que regían la realización de los abortos hasta hace unos meses. Esta ley establece, entre otras cosas, el derecho de personas gestantes que deciden abortar voluntariamente hasta la semana 14 de gestación a ser atendidas en los servicios del sistema de salud.

jurídico impulsó al Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, a generar un “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” en 2015, revisado y actualizado en 2019, dando mayor claridad también a la interpretación de la “causal salud” de forma integral y a las responsabilidades de los equipos de salud. Además, la edición del protocolo posterior al fallo F. A. L contempló un cambio en la denominación de la práctica –de abortos no punibles en 2007 a interrupciones legales de embarazos (ILE)– y con ello, se favoreció su inclusión en el ámbito sanitario como derecho a la salud (De Lellis et al., 2017). Es decir, que estas prácticas no solo ya no eran susceptibles de reprochabilidad y persecución penal, sino que incluso configuraban derechos que debían ser garantizados.

Si consideramos una noción integral de salud, en concordancia con el texto del último Protocolo de Atención (MSAL, 2019), toda situación de embarazo no deseado que la mujer o persona gestante evalúe como una afectación peligrosa para su propio bienestar da lugar a requerir una ILE encuadrada en la causal “peligro para la salud” y a ser realizada con el apoyo de los servicios de salud (Dosso, 2017; Santarelli y Anzorena, 2020). Sin embargo, y a pesar de los avances en la interpretación de la norma, el acceso a este derecho es desigual en las distintas provincias y localidades del país, y se ha encontrado minado de obstáculos como las interpretaciones arbitrarias y restrictivas de sus alcances, que desconocen los avances en este derecho por parte de quienes tendrían que garantizar su acceso: los profesionales de la salud y las instituciones a las que pertenecen. Dichos obstáculos han adquirido mayor fuerza al apoyarse en las políticas de penalización y en la falta de un monitoreo del acceso deficitario a las ILE como derecho.

En este contexto legal y sanitario lleno de trabas, los abortos igual se practican, utilizando métodos más o menos seguros. Desde tiempos inmemoriales, las

mujeres en general y las feministas en particular se han acompañado en las prácticas de aborto, para hacerlo de la manera más segura y accesible posible. Estas prácticas se vieron modificadas a partir de la circulación del conocimiento sobre el uso seguro del misoprostol, un medicamento que, administrado en determinadas dosis y por determinadas vías, logra estimular las contracciones musculares uterinas y la maduración cervical y, por lo tanto, expulsar el saco gestacional (MSAL, 2019). Se trata de un saber especialmente valioso en los contextos donde priman las restricciones legales, como lo es el latinoamericano.

Fueron las brasileñas quienes, a fines de la década de 1980, descubrieron su uso abortivo antes que la misma comunidad médica y popularizaron de manera descentralizada y espontánea este saber (Bahía, 2016). Respecto a Argentina, algunas hipótesis sostienen que fueron las paraguayas, y luego las habitantes de barrios populares en la capital del país, quienes socializaron de boca en boca el uso abortivo de misoprostol. Desde los espacios feministas, en alianza con profesionales de la salud “amigables”, se comenzó a sistematizar y fomentar esta difusión de saberes, y en diversos países de Latinoamérica se crearon líneas telefónicas feministas para dar información y acompañar a las mujeres que decidían abortar (Fernández Vázquez y Szwarc, 2018). En Argentina se destacan las iniciativas de atención telefónica y el manual elaborado por la agrupación Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto y editado por El Colectivo en 2010; desde 2012, las estrategias de acompañamiento directo de Socorristas en Red –feministas que abortamos– y de otros grupos feministas nucleados en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (articulación federal nacida en 2005), y la conformación en 2015 de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir.

Sobre la estrategia metodológica

Estas reflexiones se enmarcan en una perspectiva epistemológica de género feminista y en un diseño metodológico cualitativo. Utilizando el método biográfico, buscamos comprender las relaciones entre las significaciones que las mujeres construyen sobre sus experiencias de aborto farmacológico en un contexto de restricción legal y social y las condiciones de preservación, producción y afectación de la salud mental.

El corpus empírico se compone de 31 entrevistas en profundidad a mujeres que abortaron voluntariamente con medicamentos entre 2010 y 2019 en las provincias de San Luis y Mendoza (Argentina). Las entrevistadas fueron contactadas mediante un muestreo secuencial en bola de nieve. Eran residentes de zonas urbanas y pertenecientes a sectores socioeconómicos medios, con trayectos educativos secundarios, terciarios y/o universitarios. Tenían entre 22 y 40 años al momento de abortar. Los abortos se realizaron en sus domicilios o en los de personas allegadas, por fuera del sistema de salud y sin supervisión médica durante el proceso. Ninguna presentó complicaciones físicas que comprometieran la vida ni durante ni después del aborto, y tampoco consecuencias penales.

Dentro de lo que denominamos “presencias facilitadoras”, distinguimos tres grandes tipos: las activistas (principalmente conformado por grupos socorristas locales), las profesionales (principalmente profesionales de salud en medicina y psicología) y las afectivas. Las presencias afectivas son las que integran el entorno cercano de las mujeres y con quienes mantienen un vínculo afectivo, ya sea de pareja, de amistad o mediado por parentesco. En este escrito nos centraremos solo en las mujeres del entorno afectivo cercano, que en los relatos fueron valoradas como presencias facilitadoras del tránsito por la experiencia de embarazo no deseado/aborto voluntario. Principalmente, fueron amigas, hermanas y madres. En menor medida, fueron mujeres con

otro tipo de parentesco. En algunas ocasiones, la presencia afectiva y la activista se superpusieron en una misma persona. Las valoraciones sobre los modos en que las entrevistadas se sintieron cuidadas por otras mujeres del entorno afectivo permiten caracterizar la naturaleza de estos cuidados por y entre mujeres.

Relaciones de cuidados entre mujeres en y frente a procesos de embarazos no deseados/ abortos voluntarios en clandestinidad

La práctica de un aborto voluntario farmacológico implica mucho más que la autoadministración individual de mifepristol. Las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que necesitan abortar articulan diversas actividades para atender este proceso, que pueden incluir a los servicios formales de salud (por ejemplo, para la realización de ecografías, la provisión y administración de inmunoglobulina humana anti-D [Rh], consultas y atención psicológica), los saberes populares, las prácticas de información y acompañamiento de grupos feministas organizados, entre otras. Abortar implica, entonces, entablar una diversidad de interacciones sociales que, en ocasiones, son fuente de malestares y violencias, que conforman el proceso mismo de aborto y que también es necesario atender. Esta situación que afecta negativamente la salud se vincula con las condiciones sociales y legales que propician la clandestinidad. Los abortos voluntarios y quienes se los practican han estado sometidos a procesos históricos y políticos de clandestinización, de criminalización –proceso de atribuir un carácter criminal a lo que es una decisión (no) reproductiva y un proceso de salud– y de rechazo y estigmatización social. Las necesidades que las mujeres y otras personas con capacidad de gestar enfrentan aparecen moldeadas por estas limitaciones y por las dificultades impuestas para resolver la situación

crítica al amparo de garantías institucionales estatales, a la vez que a la deriva de múltiples persecuciones y violencias que se materializan en los contactos con los servicios de salud. Otras podrían ser estas necesidades si los contextos culturales que alojan las prácticas y los imaginarios sobre abortos dotaran de otras textualidades y condiciones a la realización de la práctica y a sus significaciones.

Los procesos de embarazos no deseados/abortos voluntarios clandestinizados ponen en evidencia cómo los condicionantes de género dan lugar a formas de padecimiento particulares y desiguales y a diferencias injustas y evitables en los procesos de cuidado de la salud (Ruiz Cantero, 2011). A su vez, estas relaciones de género interseccionan con múltiples atravesamientos (de clase, de racialización, de estatus migratorio, de edad, vinculados a la zona de residencia y a la adscripción religiosa, entre otras) que dan lugar a experiencias opresivas singulares. Estas experiencias tienen algo en común: ocurren entramadas en condiciones no elegidas que se relacionan directamente con la forma en que se presenta el Estado con sus instituciones, sus leyes y sus políticas que delimitan y limitan las formas de nacer, vivir y morir (Ciriza et al., 2011-2013; Anzorena, 2013) y, en este caso, de abortar. Estas políticas sexuales, cristalizadas en las regulaciones estatales, limitan los derechos (no) reproductivos y con ello la ciudadanización de las mujeres, a la vez que profundizan las diferencias intragénero al no asegurar igualdad de condiciones para todas (Ciriza, 2009).

Es a partir de y frente a las violencias y condiciones no elegidas que las mujeres y otras personas con capacidad de gestar gestionan, protagonizan y reciben los cuidados que consideran necesarios, utilizando vías no formales de atención y de apoyo, pero en articulación compleja y tensa con el sector formal de salud. Para ello, establecen relaciones y estrategias con otras personas de sus entornos afectivos cercanos, principalmente mujeres, que pensamos en términos de cuidados.

La polisemia de este último término merece clarificar el sentido de su uso y elegir un anclaje conceptual que le otorgue contenido. Carol Thomas (2011) formula un concepto unificador de cuidados a partir de una selección y análisis deconstructivo de las principales teorizaciones de la sociología y de la investigación feminista. Entiende al cuidado como prestaciones de apoyos y delimita siete dimensiones para su análisis: la identidad social de la persona cuidadora y de la persona receptora de cuidados, la relación interpersonal entre ellas, la naturaleza de los cuidados, el dominio social, la relación económica y el contexto institucional. De esta manera, los cuidados son definidos como:

[...] La prestación remunerada o no remunerada de apoyo en la cual intervienen actividades que implican un trabajo y estados afectivos. Lo prestan principal, aunque no exclusivamente, mujeres, tanto a personas sanas como a personas dependientes y a los niños y niñas, en la esfera pública o en la esfera doméstica, y en una diversidad de marcos institucionales (Thomas, 2011: 169).

A continuación, elegimos tres de estas dimensiones para reflexionar sobre ellas a la luz de los procesos de embarazo no deseado/aborto voluntario y sus condiciones de ocurrencia: primero, la identidad social de las personas receptoras de cuidados y la necesidad a partir de la cual se establece la relación interpersonal con quienes cuidan, y segundo, la naturaleza de estos cuidados.

Sobre la situación de dependencia y la necesidad reconocida

La dimensión del cuidado referida a la identidad social de la persona que los recibe se define en función de la pertenencia a un grupo particular; por ejemplo, en función de la edad como “la adolescencia” o de un grupo social como

“la familia”. Su identificador clave es la situación de dependencia de ese grupo, definida en el marco de las políticas. En cuanto a la dimensión que alude a las relaciones interpersonales con quienes prestan dichos apoyos, se destaca que es a partir del reconocimiento de una necesidad que esta relación de cuidados se entabla, ya sea de manera contingente (entre desconocidas), atravesada por actividades de servicios (estatales o voluntarios) o teñida por diversos grados de familiaridad o amistad, como se trata en el tema que estamos abordando (Thomas, 2011).

Para analizar estas dos dimensiones del cuidado es necesario ubicar tanto la situación de dependencia como la necesidad reconocida que motoriza a las mujeres a solicitar la prestación de apoyos, en las condiciones generales en que ocurren los procesos de embarazos no deseados/abortos voluntarios y sus implicancias políticas. Considerando el contexto legal y sanitario en que las entrevistadas realizaron sus abortos, podemos observar dos condiciones que atraviesan todas las experiencias: la retirada de las instituciones de salud o el *dejar caer*² y la *maximización de las violencias*. Es decir, que los apoyos que las mujeres obtienen de sus entornos afectivos cercanos sostienen aspectos orgánicos, emocionales y sociales de un proceso de afectación de la salud que se desarrolla en el marco de desamparos, riesgos y violencias maximizadas, y que forman parte de ese mismo proceso. Estos marcos políticos hacen que entendamos los abortos clandestinos como experiencias precarizadas, apoyándonos en el sentido que Butler (2010, 2017) otorga al problema de la precariedad unido a la noción de vulnerabilidad humana.

² En función del contexto, la retirada de las instituciones aparece como la regla general en los relatos de estos abortos ocurridos entre 2010 y principios de 2019 en San Luis y Mendoza, aunque existieron excepciones en que intervinieron profesionales “amigables” que, a título personal, entendían los abortos como un derecho de la persona gestante y actuaban en consonancia, en el marco de diversos obstáculos institucionales.

La vulnerabilidad humana no es una situación contingente y pasajera, sino una condición inalterable, ligada a la dependencia de otros y de un mundo que nos sostiene y que es sostenido. Para sobrevivir requerimos de apoyos que son complejamente humanos y técnicos, y en esta dependencia fundamental vivimos en una exposición inevitable a la dañabilidad³ (Butler, 2017). La noción de precariedad viene a señalar el manejo desigual de la exposición a los daños que ya no es del orden de lo inevitablemente humano, sino que es políticamente inducido y recae sobre ciertos grupos y/o poblaciones. Es así que “la precariedad designa esa condición políticamente inducida en la que ciertas poblaciones adolecen de falta de redes de apoyo sociales y económicas y están diferencialmente más expuestas a los daños, la violencia y la muerte” (Butler, 2010: 46).

Nuestra persistencia está directamente ligada a contar con el apoyo o no de estructuras sociales, económicas y políticas que sustenten, y de instituciones sociales para tales fines. Son los arreglos biopolíticos los que definen cuáles vidas preservar y proteger (y con ello, otorgarles valor y reconocimiento), y cuáles no son merecedoras de protecciones frente al daño y la muerte (y por lo tanto son desechables).

Los abortos clandestinos son experiencias que comprometen potencial y exclusivamente a las personas con capacidad de gestar, es decir, son experiencias propias de las trayectorias biográficas personales y colectivas de las mujeres –y de personas con otras identidades de género que cuenten con la capacidad de gestar–. Las condiciones en que ocurren remiten a un manejo político que induce precariedad sobre este grupo y que incrementa su vulnerabilidad, en sintonía con las regulaciones políticas propias

³ En este sentido, nos centramos en el aspecto vinculado a la dañabilidad que Butler asocia a la condición vulnerable humana, sin desconocer otros sentidos que le otorga a este término y que comportan igual relevancia política, como la receptividad y la apertura.

de un ordenamiento de género opresivo. La ausencia de una trama social que desde lo institucional contenga dichas experiencias vitales maximiza la exposición a riesgos y violencias, frente a lo cual las mujeres deberán protegerse haciendo uso de sus recursos, que en el interior del grupo son diferenciales y desiguales.

En los relatos analizados, muchas de las violencias narradas fueron ejercidas por los agentes de salud que sostuvieron prácticas y discursos afines al *dejar caer*. Cuando se demanda apoyo a los servicios de salud, aparecen discursos disciplinadores y/o moralizantes sobre la sexualidad femenina y las decisiones no reproductivas, que no responden a dichas demandas. En cambio, configuran instancias de actuación y soporte del poder criminalizador, frente a lo cual las mujeres necesitan gestionar, por su cuenta, protecciones y amparos. Pero no es solo en la interacción concreta, sino también en el imaginario de las mujeres que, dadas las condiciones de restricción legal y penalización social, el sistema de salud y el sistema penal se asemejan y se confunden, y producen graves limitaciones en el acceso a derechos (Santarelli, 2019).

Frente a estos abandonos que producen riesgos y a esta maximización de la exposición a las violencias, la posibilidad de gestionar y contar con presencias afectivas –eslabonadas con otras presencias– cobra un valor vital. Interesa destacar que, tal como señala Butler (2017), actuamos desde el sentido de precariedad y en contra de esta cada vez que nos rehusamos a que nuestras vidas sean desechables.

Esta contextualización nos permite entender de un modo particular las relaciones de cuidado que se dan en los procesos de abortos farmacológicos clandestinizados, sobre todo en cuanto a sus dimensiones de análisis vinculadas a la situación de dependencia que ubica a las mujeres como receptoras de cuidados y a la necesidad cuyo reconocimiento entabla la relación de cuidado (Thomas, 2011). Al respecto caben dos precisiones.

Primero, en el aborto clandestinizado no es la política estatal la que identifica y define la situación de dependencia del

grupo –mujeres y otras personas con capacidad de gestar– y la que da lugar a poder recepcionar cuidados. Por el contrario, son los ordenamientos jurídicos y sanitarios punitivos que, en tanto reflejo de políticas estructurales de regulación de los cuerpos y las sexualidades, producen la situación de dependencia, desamparo y exacerbación de la necesidad de recibir apoyos para sobrevivir. En otras palabras, la situación de dependencia de este grupo específico –mujeres y otras personas con capacidad de gestar– está inducida políticamente en función del género.

Segundo, en los procesos de embarazo no deseado/aborto voluntario observamos que las mujeres receptoras de los cuidados no lo hacen pasivamente, sino que son ellas quienes activamente articulan los múltiples apoyos y formas de atención que logran ir agenciando. En estas relaciones no son meras receptoras: su rol activo inicial luego deriva en la provisión de dichos cuidados que son fundamentales para lograr tránsitos saludables por los procesos de abortos acompañados. Además, las presencias afectivas facilitadoras de otras mujeres dotan a las experiencias de aborto clandestinizado de un carácter relacional y, en este sentido, logran contraponerse a los modos dominantes impuestos de transitar los abortos, esto es, como prácticas que deben permanecer aisladas, solitarias y enquistadas en lo individual.

Sobre la naturaleza de los cuidados en el marco de relaciones afectivas entre mujeres

La tercera dimensión del cuidado que nos interesa abordar es su naturaleza, es decir, su contenido social primario, que involucra tanto actividades de trabajo (tareas, labores, gestión) como estados afectivos (Thomas, 2011). Para profundizar en el contenido de las relaciones de cuidados haremos uso de algunos *verbatim* ilustrativos que forman parte de los relatos de las entrevistadas.

Distinguimos dos grandes tipos de actividades entrelazadas entre sí, que se relacionan directamente con las condiciones de ocurrencia de los abortos y las actuaciones de profesionales de los servicios de salud. Por un lado, directamente relacionado con su retirada o con el *dejar caer*, las relaciones afectivas proveen apoyos en cuanto a la asistencia instrumental. En simultáneo, y estrechamente vinculadas a la *maximización de la exposición a las violencias*, desarrollan actividades de protección. Ambas actividades conllevan, además, un trabajo afectivo que es particularmente valorado por las mujeres que abortan.

En los momentos previos a la administración del fármaco, las mujeres gestionan en compañía de sus redes afectivas los elementos necesarios para preparar y concretar el aborto farmacológico. Los apoyos, que ubicamos en el orden de lo asistencial e instrumental, contemplan desde la provisión de información y los acompañamientos para buscar formas de atención que garanticen seguridad en el procedimiento hasta la gestión de insumos para el proceso.

En cuanto a la información, en muchas ocasiones son las mujeres del entorno afectivo cercano quienes facilitan el primer acceso a la posibilidad de pensar en el uso de la medicación para abortar como opción segura, lo cual es desconocido para algunas y negado desde ciertos servicios de salud. Es así como amigas y hermanas comparten sus propias experiencias de aborto farmacológico, en ocasiones antes silenciadas, o acercan información más o menos difusa sobre la existencia de la medicación y de grupalidades locales que acompañan. En las situaciones en que estas amistades también integran grupos feministas organizados, esta primera información cuenta con mayor robustez y precisión. En general, las amigas socorristas y/o activistas feministas otorgan una primera explicación que resulta orientadora y tranquiliza frente a la angustia de no saber cómo llevar adelante la decisión.

Entonces, hablé con mis amigas, de mis mejores amigas y también compañeras socorristas para, bueno, para entender el proceso y ver qué posibilidades tenía, porque no quería pasar por otro quirúrgico porque fue muy traumático para mí (Bárbara).

Las presencias afectivas también acompañan en las rutas críticas de interacción con otras personas, grupos o servicios que la mujer evalúa como necesarios para completar la información de la que dispone: principalmente, mediante la facilitación del contacto con grupos feministas locales que informan y acompañan y, en menor medida, del contacto con personal médico a fines de recibir orientación sobre el uso de la medicación.

Dentro de las tareas de acompañamiento y logística, que se encuentran estrechamente ligadas a las actividades de protección, podemos detallar varias. Por un lado, el acompañamiento físico y emocional en el encuentro con socorristas o en las consultas en servicios de salud previas a la práctica. Estas son situaciones novedosas y desconocidas donde se valora el poder contar con una persona auxiliar que retenga la información que se obtiene en un estado emocional de incertidumbre o ansiedad. En el caso de consultas médicas previas a los abortos, varios relatos describen los malestares generados por situaciones de humillaciones, comentarios reprobatorios, infantilizaciones, ridiculizaciones, indiferencia ante sus estados emocionales y hasta amenazas de denuncias penales por parte de profesionales de quienes buscaban orientación o información científica y correcta sobre el uso del medicamento. En el marco de una consulta para obtener información, Emilia fue acompañada de su amiga. Tras recibir una serie de insultos y amenazas de denuncia por parte de la médica, rompió en llanto y fue su amiga quien logró frenar los ataques:

Y estaba esta piba que es una grossa, le habló, le paró el carro, me agarró del brazo porque yo no me podía ni levantar, estaba como... Fue fuerte, fue un ataque (Emilia).

En este sentido, el atravesar estas situaciones con personas que ayuden a poner coto a estas violencias resulta un elemento de protección que disminuye notablemente los malestares.

También destacan la gestión y/o el acompañamiento en las ecografías previas al aborto. Si bien se trata de una práctica de salud enmarcada indudablemente en la legalidad, las mujeres anticipan que puede ser una experiencia difícil, al tener que exponer el estado de embarazo mientras se oculta la intención de interrumpirlo. El acompañamiento se convierte en una herramienta de protección frente a la anticipación de un ambiente hostil. En otras ocasiones son las presencias afectivas las que, a partir de contactos previos, gestionan turnos con personal que garantiza derechos y, de esta manera, se asegura un buen trato.

En cuanto al apoyo para gestionar los insumos necesarios, valoraron que las acompañantes anticiparan posibles necesidades físicas mientras se autoadministraran la medicación. Por ejemplo, contar con alimentos o con elementos que permitieran el control de síntomas secundarios, como termómetros o medicación para regular las sensaciones displacenteras asociadas a náuseas o vómitos. Y, muy especialmente, apreciaron la ayuda en la búsqueda y compra de la medicación, ya que la mayor dificultad no fue necesariamente el costo, sino el poder acceder. Esto generó alivio en las mujeres que iban a abortar, al restarles una tarea indispensable para concretar la práctica y, en general, les evitó exponerse a las opiniones y/o rechazos por parte de personal farmacéutico en una situación de fragilización emocional inducida.

Úrsula contó con gran estima que su amiga consiguió las pastillas y esto le permitió desentenderse de esta parte fundamental, mientras concurría sin éxito a diversas consultas médicas en busca de información sobre su uso (incluso recibió comentarios desalentadores y culpabilizantes en torno a su intención de abortar):

No eran caras [las pastillas], no conseguíamos la cajita entera, conseguíamos por 6, por 10... pero es algo que con mi amiga nunca hablamos, no sé cómo fue. “Yo me encargo de eso”. “Bueno”, jaja, ¡ves! Eso, es eso. El poder contar con alguien que se encargara de la logística [lo dice sonriendo], que en ese momento no tenés la cabeza, era ir todos los días a un médico distinto para escuchar cualquier barrabasada... (Úrsula).

Otra actividad fuertemente valorada es que las acompañantes puedan proveer o ayudar a acondicionar un lugar adecuado, limpio, cómodo y con privacidad para realizar la práctica. Contar con ese espacio seguro y privado resulta fundamental para evitar posibles malestares y malos tratos de parejas u otros familiares convivientes. Esto incluso actúa a modo de protección, al fantasear con una posible denuncia penal o con la obstaculización de la decisión de abortar por parte de personas del entorno cercano.

Durante el proceso de aborto, las presencias afectivas también colaboran con apoyos del orden de lo asistencial instrumental y del control de los síntomas, y las hace sentir protegidas y cuidadas. Finalmente, el apoyo en la verificación de la expulsión del saco gestacional es apreciado cuando no quieren o no pueden mirar. El relato de la experiencia de Amy, quien transitó un aborto farmacológico en su casa con amigas, ilustra estas formas de acompañamiento emocional y su efecto contenedor mientras ocurría la expulsión del saco gestacional:

Era invierno y... bueno, mis amigas [...] la verdad que muy divinas, leímos, meditamos, siempre meditábamos cuando estábamos juntas o cantábamos [...] Me estuvieron cuidando mucho. [Yo] temblaba... de miedo... como una hoja. Por eso mis amigas se acostaron una de cada lado, porque yo temblaba frenéticamente del pánico que tenía. Y ellas me calmaron un poco, ahí me dormí y ahí fue que terminó de salir todo (Amy).

Es decir que en el trabajo de acompañamiento emocional destacan dos grandes funciones de las acompañantes: el

desarrollo de estrategias de amenización y el sostén emocional. Fabiana nos contaba:

[...] Ella [la amiga] todo el tiempo sostenía que ese era mi momento, que yo era la que necesitaba toooodo lo que necesitara, así que la única protagonista en ese momento era yo. ¡Y fue muy bueno esto! Fue como decir: “Acá no importan las emociones de nadie más que las tuyas, y no importan las necesidades de nadie más que las tuyas. Estamos acá para atenderte a vos, así que vos dejate ser y nosotras respondémos”. Así. Y fue como... [suspira, se emociona, se le empañan los ojos] (Fabiana).

Por un lado, las estrategias de amenización consisten en distraer o distender para que la situación sea lo más amena posible. Se dan en forma de conversaciones sobre otros temas, ver películas, colocar música o aromatizar para que el ambiente resulte más agradable, o realizar actividades manuales en conjunto. Estas estrategias muestran que las acompañantes también se ocupan del estado emocional de la persona que está abortando farmacológicamente, y sus maneras de estar superan ampliamente la visión reduccionista sobre este proceso como meramente orgánico.

Por otro lado, la función de sostén emocional opera principalmente frente a las incertidumbres y los temores implicados en el proceso. La experiencia corporal de un aborto farmacológico clandestinizado se liga a la experiencia consciente y emocional sobre dicho proceso y sobre las dificultades, principalmente, la ausencia de supervisión médica y de garantías institucionales de seguridad, y las posibles persecuciones en caso de asistir a un establecimiento de salud.

En ese momento del proceso, las incertidumbres y los miedos se vinculan con las consecuencias de la automedicación, es decir, cómo serán los síntomas, la expulsión del saco gestacional y las reacciones corporales particulares. En ocasiones, tanto la falta de estas señales corporales como la presencia de síntomas notables –en cuando a cantidad

de sangrado o intensidad del dolor— alimentan el temor de que existan riesgos corporales concretos, por ejemplo, a desangrarse o a que “el proceso salga mal”, en el sentido de que el aborto no se produzca y tener que recurrir a un servicio de salud donde se podrían recibir malos tratos y se podría efectivizar la penalización. En este contexto, las acompañantes guían y orientan en los sucesivos pasos por seguir (por ejemplo, en el modo e intervalo horario en que se deben administrar las pastillas), calman y tranquilizan con palabras y contacto físico afectuoso cuando los temores o incertidumbres se exacerban, se muestran disponibles y brindan recomendaciones y explicaciones para controlar los síntomas, que evitan tener que concurrir a una guardia hospitalaria. Ofrecen una gama de experiencias y saberes previos (ya sean abortos propios, abortos acompañados e incluso experiencias de contracciones uterinas por procesos de parto propios) que benefician a las mujeres que están abortando y otorgan aquellos apoyos negados por las instituciones de salud.

Posteriormente al uso de la medicación, una vez constatada la expulsión del saco gestacional y mermados los síntomas corporales del proceso de aborto, las presencias afectivas están allí para acompañar el alivio sentido y el bienestar recobrado tras verificar que ya no están embarazadas. Pero, también, en ocasiones están presentes para continuar asistiendo, conteniendo emocionalmente y protegiendo de diversas violencias que se sufren o se anticipan en las interacciones con el personal de salud, particularmente en situaciones de abortos incompletos donde las mujeres evalúan necesaria la intervención médica.

Además, las entrevistadas valoran la presencia de amistades con quienes expresar verbalmente sus sentimientos y seguir elaborando emocionalmente la situación que atravesaron, los riesgos y las violencias vividas. En estas narraciones que comparten con sus amigas, muchas logran integrar de maneras armónicas esta experiencia a su biografía y

significarla como una oportunidad para crecer en compañía. Así lo expresó Nadia:

Y después, casualmente, no sé por qué, [l]o que es la vida de nosotras! ¡Es así! Me empecé a encontrar con mujeres que les había pasado lo mismo pero que lo silenciábamos entre nosotras [...] Yo me empecé a encontrar en la mirada de otras mujeres que habían vivido como la misma situación, ¿viste? Y fue, para mí, básicamente hice una amistad muy grande con una chica que habíamos vivido el mismo proceso. [...] Entonces, a mí me sirvió un montón para pasar el proceso con otra mujer que había pasado lo mismo que yo. No es lo mismo, yo sentí que no era lo mismo hablar con alguien que te pudiese escuchar, alguien que te escuchara y te dijera: “A mí me pasó lo mismo” [...] eso realmente fue un sostén muy bueno, y muy muy muy positivo, y a la vez de crecimiento también. Crecés mucho también, no creo que volvés a ser lo mismo que eras, creo que está bueno eso (Nadia).

En síntesis, son acompañamientos elegidos, que se muestran respetuosos tanto de la decisión como del método elegido para abortar y de las diversas emociones que las mujeres sienten, sin ser desacreditadas. Generan ambientes de confianza y comodidad emocional. Están centrados en las necesidades físicas, pero también emocionales, de las mujeres que abortan, así como están disponibles para proteger y acuarpar si las interacciones sociales así lo requieren. Ofrecen saberes sobre experiencias similares o cercanas a la que se está atravesando, desde posicionamientos empáticos. Finalmente, no son sentidas como presencias tutelares ni como tratos que colocan en una posición de “enfermas” o “incapaces”, y todo ello reafirma el sentimiento de protagonismo en los propios procesos de construcción de salud en y contra las adversidades políticamente impuestas.

A modo de conclusión

Todo lo expuesto nos permite mirar simultáneamente las experiencias de embarazo no deseado/aborto voluntario, el trabajo de cuidado entre mujeres del entorno afectivo y las políticas penalizadoras que dan forma a dichas experiencias y que se materializan en los servicios de salud. Sobre este entramado, destacamos dos grandes conclusiones.

En primer lugar, la penalización del aborto voluntario y las dificultades para acceder a las interrupciones legales de embarazo en el marco de la causal salud integral generan condiciones de abandono y violencias que precarizan estas experiencias. En este marco, la gestión, recepción y provisión de cuidados en el proceso de aborto farmacológico configura una estrategia de supervivencia. Se sobrevive frente a la situación de dependencia y de necesidad inducida por las políticas estatales que sostienen formalmente la penalización y que generan condiciones de posibilidad para que las violencias recaigan, concreta o potencialmente, sobre los cuerpos y las subjetividades de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar. Aquellas tramas de contención que la organización sociopolítica institucionalizada niega son compensadas creativa y afectuosamente por microtramas relacionales que ellas mismas gestionan, no sin unos esfuerzos y unos malestares que también deberán atender. En este sentido, las políticas estatales que incrementan decididamente la precariedad de las mujeres en situación de embarazo no deseado/aborto voluntario, y que son un reflejo de los ordenamientos estructurales de género y de las sexualidades, las sobrecargan a ellas y a las redes afectivas dispuestas a cuidar.

En segundo lugar, es a partir de esa precariedad y en contra de ella que las mujeres y las personas con capacidad de gestar se convierten en gestoras de sus propios abortos y que se sostienen en las relaciones afectivas con otras que acompañan estos procesos. Ellas se organizan e instrumentan los recursos que tienen a su disposición, así como

también crean y producen recursos para sí mismas. Ponen en juego la capacidad de agencia y de encontrar soluciones, y en estos procesos se van afianzando ciertos micropoderes y se van validando encarnadamente los propios saberes que poseen. Son estos saberes, estas experiencias y estas formas de acompañamientos que se gestan en los márgenes de los servicios formales de salud los que nos brindan elementos para pensar y exigir cómo queremos que sean los cuidados cuando los servicios de salud alojan estas experiencias, mucho más a partir del reciente cambio normativo que regula el acceso a las interrupciones voluntarias de embarazos en dichos servicios. Queremos relaciones de cuidados empáticas, no tutelares ni invasivas. Las queremos sosteniendo respetuosamente nuestros propios procesos de construcción y de autoatención de la salud, en función de elecciones autónomas.

Bibliografía citada

- Anzorena, Claudia C. (2013). *Mujeres en la trama del Estado. Una lectura feminista de las políticas públicas*. Mendoza: EDIUNC.
- Bahía, Leticia (8 de julio de 2016). "La pastilla de la elección". Disponible en <https://bit.ly/3hxSP1l>
- Butler, Judith (2010). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. México: Paidós.
- Butler, Judith (2017). "Vulnerabilidad corporal, coalición y la política de la calle". *Nómadas*, 46, 13-29. Disponible en <https://bit.ly/2S1ZJ4k>
- ciriza, alejandra (2009). "Notas sobre ciudadanía sexual: el derecho al aborto y la ciudadanía de las mujeres en el debate argentino". En *Escenarios alternativos*. Disponible en <https://bit.ly/3oqWlfz>
- ciriza, alejandra; Fernández Hasan, Valeria et al. (2011-2013). *Lecturas críticas sobre las categorías de expe-*

riencia política, memoria, género y sus articulaciones. *Miradas desde la filosofía y las ciencias sociales*. Mendoza: UNCuyo.

- De Lellis, Martín; Berra, Andrea; Basilio, Malena; Da Silva, Natalia; Falk, Federico; Reck, Luciana; Russi, Mauro y Sonderegger, Eugenia (2017). “Opiniones y conocimientos de estudiantes universitarios sobre el aborto como problema de salud pública”. *Anuario de investigaciones*, XXIV, 2011-2220. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Disponible en <https://bit.ly/3v0QgsL>
- Dosso, Daniela (2017). “Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo”. En FUSA AC, *La salud como causal de acceso al aborto desde un enfoque integral* (pp. 7-36). Disponible en <https://bit.ly/3fu9TCJ>
- Fernández Vázquez, Sandra y Szwarc, Lucía (2018). “Aborto medicamentoso: transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina”. *RevIISE-Revista De Ciencias Sociales Y Humanas*, 12(12), 163-177. Disponible en <https://bit.ly/3eZMZ-V3>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2019). *Protocolo para la Atención Integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo*. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <https://bit.ly/3eXtFb1>
- Pantelides, Edith y Mario, Silvia (2009). “Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina”. *Notas de población* (87), 95-120. Disponible en <https://bit.ly/3hBJJOA>
- Peñas Defago, María Angélica (2013). “El derecho al acceso a los abortos no punibles en Argentina desde un enfoque de derechos humanos”. En Anzorena, Claudia C. y Ruth Zurbriggen (Comps.), *El aborto como derecho de*

las mujeres: otra historia es posible (pp. 55-169). Buenos Aires: Herramienta.

Ruiz Cantero, Teresa (2011). "Salud pública desde la perspectiva de género: hitos e innovación". *Feminismo/s*, 18, 11-14. doi: 10.4067/S0718-22362005000200002.

Santarelli, Natalia y Anzorena, Claudia C. (2020). "Experiencias emocionales y significaciones en torno al embarazo no deseado/aborto voluntario. Aportes a los alcances de la causal salud integral para la interrupción legal del embarazo en Argentina". *Clivajes. Revista de Ciencias Sociales*, VII(14), 206-228. Disponible en <https://bit.ly/33U6xnl>

Santarelli, Natalia (2019). "Discursos médicos disciplinadores y experiencias emocionales de aborto farmacológico de mujeres en Cuyo, Argentina". *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(2), pp. 78-99. Disponible en <https://bit.ly/3wglGdH>

Thomas, Carol (2011). "Deconstruyendo los conceptos de cuidados". En Borderías, Cristina, Cristina Carrasco y Teresa Torns, *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas* (pp. 145-176). Madrid: Catarata.

Sobre las autoras

alejandra ciriza

Profesora, licenciada y doctora en Filosofía por la UNCUIYO. Investigadora principal del CONICET con lugar de trabajo en el INCIHUSA, CCT-Mendoza y del IDEGEM-UNCUIYO. Profesora de grado y posgrado de la FCPyS, UNCUIYO y en numerosas instituciones nacionales e internacionales. Trabaja en el cruce entre filosofía política e historia procurando por la recuperación de genealogías feministas desde una perspectiva feminista situada, atenta a la clase y la racialización. Ha publicado más de cien trabajos en revistas científicas y capítulos de libros de circulación continental. Su último libro colectivo, publicado en 2019 por EDIUNC, se titula *Tiempos disruptivos. Lecturas sobre la centralidad de la política en los 70*. Ha dirigido más de cincuenta tesis para la obtención de títulos de grado y posgrado y ha realizado una amplia tarea de formación de investigadores. Ha obtenido subsidios de investigación otorgados por instituciones públicas. Es directora de la Maestría en Estudios Feministas de la UNCUIYO.

Claudia C. Anzorena

Licenciada en Sociología por la UNCUIYO, Especialista en Género y Políticas Públicas por el PRIGGEP-FLACSO, Magíster en Política y Gestión de la Educación por la UNLUJÁN y Doctora en Ciencias Sociales por la UBA. Es investigadora independiente del CONICET, con lugar de trabajo en el INCIHUSA, CCT-Mendoza. Es docente de posgrado y coordinadora académica de la Maestría en Estudios Feministas (FCPyS-UNCuyo). Integrante de la

comisión directiva del IDEGEM-UNCUYO y de la AAIH-MEG. Sus temas de investigación giran en torno a las relaciones entre reivindicaciones feministas y Estado, los procesos de institucionalización de la perspectiva de género, las políticas públicas dirigidas hacia mujeres y sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Ha publicado numerosos artículos en revistas científicas y en libros de divulgación nacionales e internacionales. Es autora del libro *Mujeres en la trama del Estado: una lectura feminista de las políticas públicas* (Mendoza: EDIUNC, 2013).

Patricia K. N. Schwarz

Licenciada en Sociología, Magíster en Investigación en Ciencias Sociales y Doctora en Ciencias Sociales por la UBA. Es investigadora adjunta del CONICET con lugar de trabajo en el INCIHUSA, CCT-Mendoza, también del CEDEHU-UNSAM y del IDEGEM-UNCUYO. Es profesora de posgrado de la UNCUIYO y de la UNSAM. Estudia las dimensiones de género y derechos de problemáticas de salud pública y sus vinculaciones con las tecnologías de información y comunicación. Ha publicado numerosos capítulos de libros y artículos de revistas científicas nacionales e internacionales. Entre los libros publicados más recientes, es autora de capítulos y co-compiladora de *Comunicación y salud. Emergencia y desafíos de eHealth* (Buenos Aires: Teseo, 2020) y *Feminismos y Populismos del siglo XXI. Frente al patriarcado y al orden neoliberal* (Buenos Aires: Teseo, 2019). Es autora del libro *Maternidades en verbo: identidades, cuerpos, estrategias, negociaciones. Mujeres heterosexuales y lesbianas frente a los desafíos de maternar* (Buenos Aires: Biblos, 2016).

Sabrina S. Yañez

Licenciada en Humanidades y Ciencias Sociales por la Simon Fraser University (Canadá). Doctora en Antropolo-

gía por la UBA. Becaria doctoral de 2009 a 2012 y posdoctoral 2016 a 2019 del CONICET con lugar de trabajo en el INCIHUSA, CCT-Mendoza. Docente de grado de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNCUIYO y de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Aconcagua. Ha dictado cursos de posgrado y actualización en numerosas universidades del país sobre temas vinculados a género, salud, maternidades y epistemologías feministas. Ha publicado artículos en revistas científicas en español e inglés, entre ellos “‘We Aren’t All the Same’: The Singularity of Reproductive Experiences amidst Institutional Objectification in Argentina’s Public Maternal Health Services” en *Journal of Feminist Scholarship* (2019).

Sofía da Costa Marques

Licenciada en Sociología y estudiante avanzada del Doctorado en Ciencias Sociales de la UNCUIYO. Becaria doctoral del CONICET de 2014 a 2019 (INCIHUSA, CCT-Mendoza). Es integrante del IDEGEM-UNCUIYO. Docente de grado y posgrado en el Hospital Universitario y en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNCUIYO. Sus temas de investigación se han referido al género y la salud, y actualmente trabaja el proceso de construcción de la estadística sanitaria, específicamente la razón de mortalidad materna, en Argentina. Co-coordinó el libro *Corpobiografías de sanación. Escrituras, cuerpos y saberes de mujeres* (Buenos Aires: Teseo Press, 2020).

María Florencia Linardelli

Licenciada en Trabajo Social por la UNCUIYO, Especialista en Salud Mental por el Ministerio de Salud de Mendoza y Doctora en Ciencias Sociales por la UNCUIYO. Becaria doctoral entre 2015 a 2019 y becaria posdoctoral de 2020 a 2022 del CONICET con lugar de trabajo en el INCIHUSA, CCT-Mendoza. Es docente de grado en la Facultad de

Ciencias Políticas y Sociales de la UNCUIYO y de posgrado en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNCUIYO. Sus temas de investigación refieren a las relaciones entre trabajo agrícola, migraciones y salud, la singularidad del trabajo de cuidados realizado por mujeres rurales y los vínculos entre la producción doméstica y la provisión institucional de cuidados de salud. Ha publicado diversos artículos en revistas científicas, entre ellos “Mujeres nada más quieren. Condiciones de trabajo productivo y reproductivo de mujeres migrantes en el agro de Mendoza”, publicado en *Revista Punto Género* (2020).

Daniela Pessolano

Licenciada en Trabajo Social y Doctora en Ciencias Sociales por la UNCUIYO. Becaria doctoral entre 2012 a 2017 y becaria posdoctoral de 2019 a 2021 del CONICET con lugar de trabajo en el INCIHUSA, CCT-Mendoza. Es docente de grado en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNCUIYO. Sus temas de investigación giran en torno a la participación económica de trabajadoras agropecuarias desde perspectivas feministas y es autora y coautora de distintas publicaciones, entre ellas “¿Las mujeres son más campesinas? Un estudio sobre persistencia campesina, trabajo y género” publicado en *Revista Temas Sociológicos* (2020), y “Sistema pastoril y división sexual del trabajo en el Este de Mendoza”, publicado en *Revista Huellas* (2020).

Gabriela Maure

Médica por la UNCUIYO y especialista en Clínica Médica por el Hospital Luis Lagomaggiore, Ministerio de Salud de Mendoza. Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud por la UNLA. Becaria doctoral entre 2015 y 2020 del CONICET con lugar de trabajo en el INCIHUSA, CCT-Mendoza. Profesora de la Facultad de Ciencias Médicas y de cursos de Extensión en la Facultad de Filosofía y Letras

de la UNCUIYO. Integrante de La Malona, colectiva feminista, desde 2016 hasta 2020. Sus temas de investigación giran en torno a las experiencias de cuidados de mujeres migrantes y de trabajadorxs de la salud en Mendoza. En 2020 publicó el capítulo “Acceso denegado. Dificultades en los procesos formativos en ciencias de la salud para mujeres, lesbianas, travestis y trans en Mendoza”, en el libro de divulgación solidario de autoría colectiva *La unión hace la ciencia*, disponible en <https://bit.ly/3c1slls>.

Natalia Santarelli

Licenciada en Psicología por la UNSL, Magíster en Igualdad y Género por la Universidad de Málaga y estudiante avanzada del Doctorado en Estudios de Género de la UNC. Becaria doctoral de 2016 a 2022 del CONICET con lugar de trabajo en el Departamento de formación profesional de la FaPsi-UNSL. Docente de la Facultad de Psicología de la UNSL. Obtuvo dos becas de AUIP para cursar el Máster y realizar una estancia de investigación en la Universidad de Granada. Sus trabajos fueron seleccionados en 2017 y 2019 para representar a la FaPsi-UNSL en las Jornadas de Jóvenes Investigadorxs de la AUGM, en Paraguay y Brasil respectivamente. Sus temas de investigación refieren a salud mental y experiencias de aborto clandestinizado. Ha publicado diversos artículos en revistas científicas, los más recientes “Religiosidad y experiencias emocionales de aborto”, en *Revista Conx* (2021), y “Aportes a los alcances de la causal salud integral para la interrupción legal del embarazo en Argentina”, en *Revista Clivajes* (2020), ambos en coautoría con Claudia C. Anzorena.

