

estudios de género

Symploké



Integrantes de la Revista

Saavedra, Lucía D. :: Directora
 Fernández Romeral, Juliana :: Directora
 Fabbio, Rocío P. :: Directora
 Kreis, Manuela :: Cordinadora
 Saavedra, Jimena V. :: Correctora
 Mauri, Evangelina M. :: Comunicación
 Cisneros, Evelyn :: Collage digital de tapa

La Revista

Comité científico

Alvarez Broz, Mariana :: Dra. en Sociología por la Universidad Nacional de San Martín
 Cassouto, Gisela :: Lic. en Psicología por la Universidad de Buenos Aires
 Fernández Vázquez, Sandra S. :: Mg. en Ciencia Política por la Universitat Autònoma de Barcelona
 Lenta, María Malena :: Mg. en Psicología Social Comunitaria por la Universidad de Buenos Aires
 Marentes, Maximiliano :: Lic. en Sociología por la Universidad Nacional de San Martín
 Moreno, María Luz :: Prof. de enseñanza media y superior en Filosofía por la Universidad de Buenos Aires
 Perla, Laura Mariel :: Lic. en Psicología por la Universidad de Buenos Aires
 Pierri, Carla :: Mg. en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud por la Universidad Nacional de Lanús

Consejo científico externo

Barrancos, Dora :: Profesora Consulta (UBA). Investigadora Principal (CONICET)
 Benno de Keijzer :: Dr. en Salud Mental Comunitaria (UNAM/Universidad Veracruzana)
 Bleschter, Facundo :: Magister en Clínica Psicoanalítica (UCSF, UCSE)
 Butler, Judith :: University of California, Berkeley
 Fabbri, Luciano :: Dr. en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires
 Sanchez, Ariel :: Lic. en Ciencias de la Comunicación (UNLP/Instituto Masculinidades y Cambio Social)
 Tajer, Débora :: Dra. en Psicología por la Universidad de Buenos Aires
 Tarducci, Mónica :: Dra. en Antropología por la Universidad de Buenos Aires

Revista Symploké
 ISSN: 2468-9777
 hola@revistasymploke.com
 www.revistasymploke.com
 Pacheco 2558
 CP 1431
 Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 Argentina

Nota de las Directoras

Estimadxs lectorxs y autorxs, tenemos la alegría de compartir con ustedes el segundo número de nuestra revista. Una revista que nace del compromiso y la convicción de que la escritura habilita un tiempo y un espacio reflexivo. Espacio necesario para poder observar y atender a la compleja realidad que habitamos y nos habita. En este sentido, nuestro objetivo es acompañar aquellas producciones que se interesan, desde los estudios de género, por las problemáticas y preguntas que recorren nuestro presente, armando una urdimbre y un diálogo con la atenta mirada de nuestrxs lectorxs.

Por ello queremos agradecerles profundamente por compartir este espacio y este tiempo con nosotras, puesto que ustedes son el motor de nuestro trabajo diario.

Les invitamos así a leer este número que cuenta con cinco artículos y una reseña, deseando que la lectura les resulte motivadora y les acompañe en sus procesos de pensamiento, lectura, diálogo y escritura de esta fracción del mundo.

Lucía Saavedra
Juliana Fernández Romeral
Rocío Fabbio
Directoras

Índice

Nota de las Directoras Lucía Saavedra - Juliana Fernández Romeral - Rocío Fabbio	3
Cuidados generizados en salud Débora Tajer.....	5
Tres interrogantes para seguir pensando en el campo de género: sobre la academia, la militancia y el psicoanálisis Alejandra Lo Russo	17
Poder y micromachismos en varones feministas Ezequiel Frydman	25
Cuidados en tiempos de pandemia. Reflexiones en torno a prácticas profesionales de un Centro de Salud desde la perspectiva de género Sofía Lovrich	31
Género y pandemia. Formas de relación y consideraciones de gestión de la pandemia Manuel I. Quintana	43
Deutscher, Penélope (2019), Crítica de la razón reproductiva. Los futuros de Foucault Lautaro Colautti	50

Cuidados generizados en salud

Débora Tajer
Dra. en Psicología, UBA

¿A que llamamos cuidados?

Para definirlo, tomaremos algunas conceptualizaciones del reciente informe presentado por la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado que se ha conformado por primera vez en nuestro país para el diseño de una política pública integral en el campo (Mesa Interministerial de Políticas De Cuidado, 2020).

Dicho informe señala que la problemática social de los cuidados presenta una alta complejidad dada la multiplicidad de aspectos que la conforman. La categoría cuidados estaría conformada por todas aquellas “actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad” (Rodríguez Enríquez y Marzoneto 2016). Entendemos por reproducción social a aquellas actividades que permiten que la vida cotidiana sea posible.

Por lo tanto, los cuidados son una dimensión central en la vida de las personas: “Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza, compra y preparación de alimentos) y la gestión del cuidado (coordinación de horarios, traslados, supervisión del trabajo de cuidadorxs remuneradxs, entre otros)” (Rodríguez Enríquez y Marzoneto 2016). El cuidado permite atender las necesidades de las personas requirentes de cuidado por su edad o por sus condiciones/capacidades (niñxs, personas mayores, enfermas o con capacidades especiales) y también de las que podrían auto proveerse dicho cuidado (Rodríguez Enríquez, 2015). Esta actividad puede ocurrir en forma no remunerada, basada en lazos familiares o comunitarios, proveerse en el sector público o puede estar comercializada y ser adquirida en el mercado mediante pago.

De estas primeras definiciones podemos identificar a lxs actorxs del cuidado: Estado, mercado, comunidad y familias. Hay que consignar que en diferentes etapas de la vida el cuidado de terceros se vuelve una necesidad para asegurar la autonomía: en la primera infancia, en la vejez, en el caso de personas con discapacidad que requieren apoyo. Sin embargo, los requerimientos de apoyo en el cuidado también lo tienen personas fuera de estas circunstancias que dependen de que alguien les ayude en estas tareas para poder ellas trabajar en otras. Llamamos **organización social del cuidado** (Rodríguez Enríquez, 2015) a la forma en que se relacionan lxs actores que producen y reciben cuidados. Este concepto está asociado al de **redes de cuidado** (Pérez Orozco, 2006) conformadas no sólo por las personas que proveen y reciben cuidados sino por las legislaciones y regulaciones, las tramas mercantiles y comunitarias; prácticas dinámicas y, por lo tanto, transformables. Para dimensionar el rol económico de estas tareas hablamos de “**economía del cuidado**”, un término que nos permite

vislumbrar la interrelación y rol del cuidado entre lo productivo y lo reproductivo. En palabras de Valeria Esquivel (2015) el concepto de “economía del cuidado”

(...) permite enfatizar el hecho de que el cuidado es la piedra angular de la economía y de la sociedad. (...) desnaturalizar el cuidado como lo propio de las mujeres y desplazarlo del ámbito privado de las opciones personales para hacerlo público y politizable. Para ello, se lo reformuló como un concepto que entrelaza lo económico –la forma en que las economías se benefician del trabajo de cuidados que no es reconocido ni remunerado–, lo social –las relaciones de clase y género– y lo político –lxs distintxs actorxs que demandan sostienen o implementan políticas públicas que directa o indirectamente moldean la prestación y recepción de cuidados– (p.1).

¿Quiénes cuidan en nuestra sociedad?

Si bien el trabajo de cuidados es central para el sostenimiento de la vida, y de la propia economía, en nuestra sociedad contemporánea las tareas que dicho trabajo implica terminan siendo subvaloradas e invisibilizadas, altamente feminizadas y, en muchos casos, no remuneradas. Más allá de las numerosas aportaciones en torno de estos debates, se puede coincidir en una afirmación de punto de partida: cuando hablamos de cuidados nos referimos al núcleo duro de la desigualdad de género provocado por la división sexual del trabajo que regula las esferas de lo público y lo privado, lo productivo y lo reproductivo y también el imaginario de estos mundos como ámbitos escindidos. Es decir, partimos de la evidencia de que la distribución del cuidado entre lxs actorxs sociales es inequitativa, recayendo mayoritariamente sobre las familias y dentro de estas sobre las mujeres, personas travestis y trans u otras identidades feminizadas asociadas a “naturales cuidadorxs”, repercutiendo en el desarrollo vital, los trayectos formativos y laborales de estas personas.

Esta situación tiene una contracara, a las mujeres con discapacidad y con sufrimiento psíquico severo se les presume que no pueden ser cuidadoras y no se les brindan los apoyos que pudieran requerir para ejercer ese rol. Incluso en muchos casos, se las aleja de sus hijxs por un riesgo incierto que se presume para estxs sobre la base de prejuicios imperantes.

En el caso de las identidades LGBTI y demás identidades subalternizadas en el marco de las composiciones tradicionales de hogares hereditarios del paradigma heteropatriarcal, también encarnan la figura depositaria del mandato del cuidado cuando no son excluidas de sus familias y dependen exclusivamente del cuidado comunitario de sus pares cuando sí lo son.

El mismo informe también refiere que es necesario abordar la problemática desde un **enfoque interseccional**¹, dado que el trabajo de cuidado no remunerado no sólo está distribuido desigualmente entre varones, mujeres y otras identidades sino también entre los distintos estratos socioeconómicos. La organización social del cuidado actual es factor de reproducción de la desigualdad social y de género. Así como las mujeres realizan más trabajo no remunerado que los varones, las mujeres de menos recursos económicos hacen en promedio más trabajo no remunerado que las mujeres de más recursos. Las mujeres más pobres tienen más demandas de cuidados y menos posibilidades de resolverlas si el Estado no lo garantiza. Desde este mismo enfoque interseccional debemos resaltar la existencia de **“cadenas migratorias de cuidados”** donde las tareas de cuidado en países centrales suelen ser tercerizadas a mujeres migrantes. Esta misma dinámica se repite dentro de nuestro propio país con dinámicas de migración limítrofe e interna hacia los centros urbanos de mujeres muchas veces provenientes de comunidades rurales o indígenas o de países limítrofes, según el Informe citado (Mesa Interministerial de Políticas De Cuidado, 2020).

¹ Este concepto se usa para identificar cómo diferentes categorías de discriminación, construidas social y culturalmente, interactúan en múltiples y, con frecuencia, simultáneos niveles, contribuyendo con ello a una sistemática desigualdad social entre las cuales podemos ubicar el género, la etnia, la clase u orientación sexual entre otras categorías de desigualdad social. Las cuales, lejos de ser “naturales” o “biológicas”, son construidas y están interrelacionadas.

Esta problemática intersectorial presenta sus particularidades en lo que respecta al campo específico de la salud².

Pero antes de entrar a lo específico de los cuidados generizados en salud, nos detendremos en la pregunta: **¿Qué significa hablar de género y salud?**

Implica incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-cuidados (S-E-C) (Michalewicz, Pierri, Ardila Gómez, 2015) de ambos grupos genéricos. Asimetrías jerárquicas entre los géneros que, articuladas con otras diferencias entre las personas que también son fuentes de inequidad en nuestras sociedades: edad, etnia, clase social y orientación sexual, establecerán perfiles de morbimortalidad específicos, así como modelos de gestión de la enfermedad diferencial. ¿Cómo operan entonces estas asimetrías sociales entre varones y mujeres en el proceso salud-enfermedad-cuidados de cada género en tanto colectivo? Estableciendo vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado. Lo cual determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidxs y morir (Tajer, 2012).

Y una vez establecida esa pregunta, la segunda pregunta es: **¿Cuándo hablamos de género y salud, solo hablamos de varones y mujeres?**

Podemos señalar que en la actualidad la agenda de género y salud ha adquirido al mismo tiempo mayor visibilidad al tiempo que se ha complejizado.

Tiene un doble desafío: seguir trabajando el eje del impacto desigual en el proceso S-E-C de los colectivos de mujeres y varones dado el desigual reparto de poder en nuestra sociedad³, al mismo tiempo que incorpora la visualización de los procesos S-E-C de las personas de los colectivos LGTBI+⁴ que incluye la diversidad sexual (prácticas de sexualidad por fuera de lo heteronormativo) y la diversidad identitaria (las identidades de género por fuera de la bipartición incluyendo las que están en tránsito).

Una vez planteado este escenario, podemos mencionar que en lo que refiere al eje de los cuidados en salud, tenemos dos componentes principales: **la producción institucional y la producción doméstica de los cuidados en salud** (Duran Heras, 2002) cada una de las cuales puede ser analizada desde la perspectiva de género del siguiente modo:

a. **La producción institucional de los cuidados de salud** que incluye las prácticas de cuidado en salud realizadas por lo que conocemos como **sistema de salud** (en nuestro país conformado por subsector público, subsector de obras sociales y subsector privado) dentro de la cual se puede valorar la distribución y composición por género de lxs trabajadorxs del sector salud y su impacto en las condiciones de trabajo y en las prácticas en el sector. Así mismo como la presencia o ausencia de capacitación en género que tiene el personal de salud.

b. **La producción doméstica de los cuidados de salud** que refiere a las tareas que la sociedad en general, con especial énfasis en la organización familiar y en algunos casos comunitaria, en la cual podemos identificar la distribución por género de los cuidados en el hogar y en las comunidades de lxs enfermxs, niñxs y adultxs mayores y personas con capacidades especiales puntuales o permanentes y destacar la importancia de su visibilización.

a. La producción institucional de los cuidados de salud

En lo referente a los equipos de salud, en lo relativo a la formación podemos señalar que esta perspectiva (salvo algunas excepciones) recién está comenzando a ser incorporada en las currículas de formación de grado⁵ y posgrado en el campo. Por lo tanto, la mayor inequidad al respecto está dada

2 Para este apartado usaremos la información previamente publicada en Tajer D. (2012)

3 Lo cual ha sido más trabajado por los Estudios de Género, rama académica del Movimiento Feminista

4 Lo cual ha sido trabajado por los Estudios Queer, rama académica del movimiento LGTTBI+ que trabaja académicamente los estudios sobre la diversidad sexual e identitaria

5 A excepción de nuestra Facultad de Psicología de la UBA que tiene una Cátedra de Estudios de Género desde 1987 fundada por Ana María Fernández y desde 2013 a mi cargo.

por la invisibilización que existe al interior de cada una de las disciplinas y prácticas de los sesgos de género en la mirada y resolución de problemas. De hecho muchxs de lxs profesionales que han incorporado esta perspectiva lo han hecho por cuenta propia y en muchxs casos en espacios de militancia social tal como se evidencia en la referencia de lxs mismxs actorxs en investigaciones que hemos realizado al respecto (Tajer, 2020b).

En lo relativo a trabajo cotidiano de las disciplinas y especialidades del equipo de salud, nos encontramos con lo que podemos caracterizar como las **inequidades en la distribución del saber y el poder en salud**, las cuales aparecen transversalizadas por el género. Ejemplo de esto es la distribución desigual de la composición por género de las distintas profesiones de la salud y al interior de las especialidades médicas. Siendo que las profesiones con “menos poder” al interior de los equipos de salud regidos aún por la hegemonía médica suelen ser las más femineizadas: enfermería, trabajo social, psicología, terapia ocupacional, nutrición, entre otras. Y aunque la medicina sea la profesión con más poder aún en los equipos al interior de las especialidades médicas vemos como las especialidades clínicas, que son más **mano de obra intensiva** y por lo tanto “facturan menos”⁶ están más femineizadas. Cabe destacar que las mismas son las que incluyen muchas veces un abordaje con mayores grados de integralidad en la consulta (Tajer, 2012). Mientras que las especialidades quirúrgicas y las que utilizan mayores grados de tecnología, es decir que son más **capital intensivas**⁷, suelen estar aún proporcionalmente más a cargo de los varones⁸.

En la relación entre subsectores público y privado en salud, incluyendo como variable el progresivo deterioro y desfinanciamiento de lo público desde la Reforma Neoliberal de los 90, estamos asistiendo a una progresiva feminización de este sector. Al mismo tiempo existe una selección negativa de mujeres en el sector privado⁹.

A modo de ejemplo podemos destacar que en lo que refiere al proceso de feminización del sector salud, según datos que han sido elaborados para Chile (OPS/OMS, 2002), mientras que el mercado laboral en general hay 1 mujer cada 2 hombres, en el sistema de salud hay 1 mujer cada 0.5 hombre.

Es importante desagregar estos datos para observar cómo se produce la distribución por género según grado de calificación, remuneración y profesión. Según un trabajo pionero en la región (Geldstein R, Wainerman C, 1989), tendencia que convalida trabajos más recientes (Pautassi, 2001, 2007), se observó que la presencia de mujeres en los sectores de más alta calificación en salud es mayoritaria en tareas de apoyo e investigación, mientras que en otros grados de calificación como la enfermería alcanzan su más alta gravitación (90%). Según este trabajo, los hombres se concentran en unos pocos títulos tradicionales: 83% son médicos, 8% odontólogos y 5 % licenciados en química y/o bioquímica. El 44 % de las mujeres son médicas, y éste es el único título, entre los cuantitativamente relevantes, en que las mujeres son notablemente minoría (sólo el 20% del total). La enfermería aparece como una profesión altamente femenina, así como la asistencia social, mientras que los varones se ubican preferentemente como técnicos radiólogos y de laboratorio. La mayoría de lxs auxiliares y ayudantes del sector salud 84,6% son mujeres. Motivo por el cual sería conveniente empezar a pensar, en términos de planificación de políticas públicas para el sector, que una de las características actuales del mismo es que predominan personas (mujeres), que por razones de la distribución de cargas actuales entre los géneros (cargas domésticas a predominio femenino), en sus hogares realizan una segunda jornada de trabajo y son las que tendrán probablemente que ausentarse para hacerse cargo de sus familiares en caso de necesidades de cuidados domésticos por problemas de salud.

6 Nos referimos al hecho de que las especialidades médicas que utilizan mayor cantidad de tecnología suelen fundamentalmente en mercado privado recibir mayor retribución pues cobran la consulta y la práctica.

7 Esta diferencia entre prácticas en salud mano de obra intensiva y prácticas de salud capital intensiva es una distinción que se encuentra en detalle en los aportes del sanitarista argentino José Carlos Escudero

8 Recuerdo un alumno que luego de leer la primera versión de este texto (2012) me refería que tuvo que hacerse una cirugía de miopía en un centro especializado y que ya utilizando “anteojos de género” se había dado cuenta al leer la pizarra que todo el plantel profesional de dicha clínica era masculino.

9 Según nos refería de forma confidencial un informante clave de una investigación, directivo de una institución muy importante privada, a igual currículum prefieren contratar un varón que una mujer

Con respecto a la presencia de población LGTBI+ en los equipos de salud, no contamos con estudios que evidencien su real participación. Sabemos que la visibilidad de la población trans/travesti en el sector enfermería está aumentando. En nuestra experiencia de investigación, al indagar en equipos de salud infantil sobre su experiencia con hijxs criadxs por familias diversas, lxs profesionales en 2010 nos refirieron que no tenían consulta, pero sí colegas que estaban criando en dichas configuraciones. Esta información nos permite constatar que una parte significativa del sistema de salud ha “salido del armario”, pero que aún no cuenta con relevamientos que identifiquen el peso de esa tendencia.

b. La producción doméstica de los cuidados de salud

Entre las funciones que socialmente se les asigna a las familias, el cuidado doméstico de la salud de sus miembrxs en una de las funciones principales, incluyendo su contrapartida negativa que es la enfermedad, el dolor y la muerte (Durán Heras MA, 2002). La autora desglosa para visibilizar, cuáles son los servicios que los hogares prestan a sus miembrxs en relación con los cuidados relativos a la salud– enfermedad:

Servicios de infraestructura básica: alojamiento, alimentación, limpieza, seguridad, compañía, relaciones sociales, etc.

Los servicios no remunerados relacionados directamente con la enfermedad: pre diagnóstico, compañía, aplicación y vigilancia de tratamientos

La gestión del consumo de servicios sanitarios: elección, tramitaciones, pagos, información, compra de medicamentos, etc.

Por otra parte, según un informe¹⁰ la mayor parte del cuidado de las personas mayores recae sobre mujeres, especialmente cónyuges o hijas. Siendo que el 12% de lxs cuidadorxs llevan ejerciendo ese papel más de 15 años. El informe señala no solo la mayor dedicación de las hijas al cuidado de lxs padres, sino el tipo diferente de relación emocional que establecen: mientras los varones tienen más facilidad para marcar los límites de la situación que están dispuestos a soportar, aceptan menos cuidar padres con fuerte pérdida de autonomía y les cuesta menos tomar la decisión de que sus padres deban ingresar en una residencia para ancianxs. Las mujeres, por su parte en el cuidado de sus padres mayores, manejan menos su tiempo libre, cortan más las redes externas a la familia, la vida profesional y las aficiones por lo cual tienen más consecuencias psicosomáticas en relación al cuidado de lxs padres ancianxs.

Así como las mujeres más jóvenes o adultas medias de la familia suelen hacerse cargo del cuidado de lxs adultxs mayores, las mujeres adultas mayores suelen ser más autónomas y en promedio resultan menos afectadas por la vejez para el desempeño de las labores del hogar, mientras que los varones mayores buscan con más frecuencia soluciones alternativas al autocuidado¹¹. Por lo tanto, en los diferentes ciclos de la vida las mujeres cuidan más y son menos cuidadas.

Esta autora a su vez llama la atención sobre un tema de vital importancia. Muchos de los programas que se diseñan de apoyo estatal, o institucional en general, de cuidados a domicilio para adultxs mayores y también para personas con padecimiento psíquico grave se apoyan implícitamente en un modelo de familia que cada vez es menor abundante. La autora llama la atención sobre la importancia de visibilizar que la garantía de derechos debe ir de la mano de visibilizar quien en lo concreto se ocupará de satisfacerlos. Lo cual incluye saber si dispone de la voluntad o recursos para ello, planteando el tema de que muchas de estas medidas de bien público, deben ser elaboradas tomando en cuenta si

10 IV Programa Cuatrienal de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo “Cuidado familiar de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea” (1993)

11 Usamos en varias partes del texto el concepto de autocuidado porque proviene de estudios que utilizan esa categoría. Desde la Salud Colectiva en la actualidad preferimos el concepto de auto-atención (Ménendez, 2003) -a fin de diferenciarlo del de auto-cuidado, ligado a la biomedicina- el cual incluye además del individual, otros niveles de análisis tales como las condiciones materiales de existencia y los modos de vida. La auto-atención implica representaciones y prácticas que la población usa a nivel individual y grupal para explicar, diagnosticar, atender, curar y prevenir procesos que afectan su salud (Michalewicz, Pierri, Ardila Gómez, 2015).

a quienes serán transferidas estas responsabilidades, en su mayoría mujeres, están dispuestas o no a aceptarlas y realizarlas.

Refiere además estudios que señalan que con respecto al cuidado de personas con capacidades especiales la valoración de la ayuda recibida de varias instituciones: familia, amigxs, compañerxs de estudio y trabajo, asociaciones e instituciones privadas e instituciones públicas, la institución más valorada y citada fue la familia. Con lo cual existiría una tensión entre quienes se tendrían que ocupar y quienes necesitan el cuidado.

Este campo de los cuidados domésticos en salud es especialmente importante pues a diferencia de las enfermedades en que la aspiración a la mejoría o la cura hace aumentar la relevancia del papel de las instituciones sanitarias y el equipo de salud (en especial de lxs médicxs), en el campo del cuidado de las capacidades especiales y también de los problemas en salud crónicos, entre los cuales se encuentran muchos del campo de la salud mental, la aspiración fundamental es el alivio del impacto de la discapacidad en la vida cotidiana, tarea en la cual la familia adquiere un papel fundamental.

Estos estudios e información dan luz acerca de la importancia de la introducción temprana en los procesos de crianza de los varones en la lógica del cuidado de sí y de lxs demás. Dado que, si no se cambian los modos desiguales en la crianza que en otras etapas etarias se develan en una distribución desigual de las responsabilidades de los cuidados por género, la necesidad humana de cuidados seguirá recayendo de forma desigual en las mujeres.

Cambios en los tipos de familia y la relación con el sistema sanitario

Las formas tradicionales de la familia han ido perdiendo fuerza en la actualidad. En los hogares de edad intermedia y joven se ha generalizado el acceso de las mujeres al empleo, lo que cambia radicalmente su disponibilidad de cuidadora de enfermxs o prestadora doméstica de servicios de salud. Paradójica y concomitantemente, son las que aún actúan como cuidadoras de la salud familiar quienes menos tiempo dedican a cuidarse a sí mismas, especialmente cuando combinan el papel de amas de casa y de mujeres activas en el empleo.

Los hogares compuestos por parejas con uniones de hecho en muchos casos tienen como consecuencia que cada unx pertenezca a otro sistema de cobertura sanitaria y consecuentemente no puedan, entre otros ejemplos, compartir un médicx de familia. Por otra parte, han aumentado las convivencias de parejas que han decidido no procrear.

La frecuencia de los hogares solo compuestos por una pareja tiende a aumentar. Las parejas jóvenes en muchos casos dependen de la ayuda de sus familias de origen que les dan cobertura sanitaria que actúa como “suplemento de clase” y las parejas mayores muchas veces dependen de lxs hijxs de cada quien con múltiples impactos en las decisiones de vida y muerte y también en los casos de decisiones de ingreso a instituciones geriátricas.

Por otra parte, en los centros urbanos han aumentado los hogares unipersonales debido al aumento de la esperanza de vida, en los cuales viven fundamentalmente mujeres de edad avanzada dado que la esperanza de vida en nuestro país es de 7 años más en mujeres y además todavía para esa generación subsiste el modelo de casarse con un hombre mayor, lo cual aumenta la cantidad de años de viudez en mujeres. Las cuales a causa de su edad, la relación con los servicios de salud no es espontánea ni directa, necesitando la mediación de lxs familiares para acompañarlas, gestionar la relación con el sistema sanitario y seguir la aplicación de un tratamiento.

También han aumentado las familias monoparentales en las cuales predominan mujeres con hijxs, incorporadas al mercado de trabajo y en precaria situación económica. A las cuales la sobrecarga de papeles hace difícil su supervivencia si no cuentan con la ayuda de la familia extensa para los cuidados sanitarios (Duran MA, 2002). Aquí también hay que incluir la categoría de períodos de vida monoparentales en personas que han concebido hijxs en pareja pero por las separaciones crían cotidianamente en solitario. Categoría que, por los usos y costumbres de nuestra sociedad patriarcal, está sobre representada por mujeres (Meler, 2013)

En síntesis, las familias han descendido en su tamaño promedio, simultaneo al aumento de la espe-

ranza de vida y el descenso de personas disponibles en los hogares para hacerse cargo de lxs enfermxs y adultxs mayores. Este conjunto de situaciones permiten prever dificultades crecientes en la satisfacción de la necesidad de cuidados por enfermedad en el modo en que tradicionalmente se ha venido haciendo en el interior de los hogares, en especial las crónicas y de larga duración, lo cual amerita la necesidad de realizar un fuerte cambio de valores y actitudes para resolver estos problemas sanitarios en situación creciente incluyendo los cuidados comunitarios y la redistribución democrática entre los géneros de las tareas de cuidado.

¿Por qué las mujeres participan tanto de las tareas de cuidado?

Podemos identificar que, en la división sexual del trabajo característica de este período del patriarcado, encontramos una gran diversidad entre regiones geográficas que alcanzan un gran abanico con mayores y menores grados de equidad entre los géneros. Para nuestra región latinoamericana, aun cuando las mujeres han avanzado mucho en su presencia en el espacio público, se espera que continúen siendo las principales cuidadoras de la familia y las agentes del sistema de salud en los hogares basándose en su capacidad empática, receptiva y comprensiva. Por lo tanto, existe en simultáneo y casi sin entrar en crisis una mayor aceptación de la entrada masiva de las mujeres al mercado de trabajo asalariado, pero sin una legitimación de la redistribución de las tareas domésticas. Lo cual implica que las mujeres trabajadoras tienen, como mínimo, dos jornadas de trabajo, que se incrementa a tres jornadas si hay algún familiar enfermxx o que necesita cuidados que siempre son realizados por las mujeres de la familia. Esta triple jornada en varios países es promovida por el propio sistema de salud, ejemplo de esto es la incorporación de los planes de apoyo con dinero a las madres de familia para que compren servicios mínimos de salud para su familia relativos a programas de focalización. Estos planes bastamente conocidos en la región y en otras regiones del tercer mundo, son implementados bajo dos argumentos principales: el primero basado en la idea de que las mujeres son más honestas y eficaces que los varones para utilizar esos escasos fondos. El segundo, que abona estos planes que incluyen un elemento de capacitación de estas mujeres, es que la morbilidad infantil está asociada con el indicador instrucción de la madre. Un componente adicional es que se espera educar a las niñas para que puedan, en las próximas generaciones, seguir reproduciendo eficazmente este rol de amortiguadoras de la pobreza extrema (Tajer, 2012).

Vale la pena detenernos en la contra argumentación de estos supuestos. En primer lugar, pondremos en duda que las mujeres sean más honestas que los varones. Ya que posiblemente esta valoración este basada en que el menor grado de ciudadanía las hace más dóciles, mejores administradoras de fondos escasos y más fácilmente “cooptables” por planes discrecionales, pues al tener muy poco poder en los hogares, cualquier dinero que se les otorgue es visto como fuente de micropoder al interior de la unidad familiar. En segundo lugar, la educación de la madre es un indicador secundario de situación socioeconómica (actual o acumulada) por lo tanto está asociado a mejores indicadores en lo referente a la morbilidad infantil. Pero no es asimilable confundir grado de instrucción con capacitación para un programa específico. En tercer lugar, pensar que las niñas deben ser educadas para establecer un reemplazo generacional de este rol, es condenarlas a una brecha irrecuperable con las niñas de los otros sectores sociales más beneficiados y con los niños de su propio sector social. Y, por último, un argumento transversal a los anteriores está representado por el hecho que no se ha considerado que la supuesta mayor eficiencia de estas mujeres para el sistema se basa en la sobrecarga de las mismas, con su consiguiente aumento del desgaste. Por lo tanto, con una mayor carga de malestar y morbilidad para aquellas elegidas para mejorar los indicadores de salud de la familia. En lo relativo a las mujeres como usuarias directas del sistema de salud, podemos decir que las mismas son las que realizan la mayoría de las consultas puesto que es habilitado socio- subjetivamente para el género femenino el expresar y consultar por su malestar en salud, con lo cual suelen hacer consultas más precoces que los varones (Tajer, 2012).

¿Por qué los varones participan poco de las tareas de cuidado?

A los varones en esta división social del trabajo, les toca cumplir con un rol de proveedor económico y social, siendo sancionado cuando no pueden o quieren cumplir con dicho rol. Esto genera perfiles epidemiológicos específicos por sobrecarga laboral y por empeoramiento de las condiciones de su concreción. Para que los varones puedan cumplir las expectativas relativas a su rol social, su socialización primaria les inhibe la capacidad de registro de sus propios malestares, lo cual tiene efectos negativos en su propia detección temprana de enfermedad. Los varones llegan a los servicios de salud cuando ya no dan más, por lo tanto con cuadros más avanzados lo cual complejiza su pronóstico (Tajer, 2009). Si queremos abordar la salud desde una perspectiva de equidad de género, nos percatamos que los problemas femeninos están basados en su mayoría en cuestiones relativas al empoderamiento y carencia de recursos. Por su parte las problemáticas de los varones son del orden de los costos de poder sostener o no la hegemonía, por lo tanto son cuestiones más ligadas a los excesos y a la exposición a riesgos de sí y de lxs demás (Tajer D., 2009).

En una investigación terminada recientemente sobre la salud de los varones adolescentes (Tajer 2020) pudimos identificar como se va conformando tempranamente una masculinidad que cuida poco y se cuida poco. Cómo se va constituyendo de distinta manera las respuestas que ponen de relieve los vectores de riesgo que caracterizan a la masculinidad hegemónica (De Keijzer, 1997): el riesgo hacia otros varones, el riesgo hacia sí mismos y el riesgo hacia mujeres y niñxs.

Entre pares se juega la aprobación de la virilidad, que nunca es del todo garantizada, a través de *poner el cuerpo* al servicio de acciones violentas, *ofrecer el cuerpo* o el riesgo hacia sí mismos: “Como adolescentes, aprendemos que nuestros pares son un tipo de policía de género, constantemente amenazando con desenmascaramos como afeminados, como poco hombres” (Kimmel, 1997, pág.10).

En esa investigación (Tajer y col, 2019) se observó cómo luego de la infancia en la cual son llevados al sistema de salud fundamentalmente por las madres (Tajer y col., 2015), en la adolescencia los varones disminuyen significativamente las consultas al sistema de salud y su presencia se observa con prevalencia en la guardia. En las voces de lxs actorxs esta situación aparece del siguiente modo:

“hay muchos que no vienen porque deben sentir que no hay nada para ellos aquí” (Psicóloga, Hospital de Comunidad).

“me tengo que estar por desmayar para ir” (Varón estudiante secundario).

“mucho por mi salud no pregunto, excepto cuando veo ya problemas” (Usuario CeSAC).

“Es difícil plantearlo del sistema de salud hacia afuera porque como no vienen, no llegamos” (Médico Pediatra, Hospital Público)

Al mismo tiempo, en esa etapa etaria vemos cómo van subiendo los índices de mortalidad por causas externas (homicidios, accidentes y suicidios) promovidos por los mandatos de masculinidad: construcción de una identidad de género ligada a la minimización de la necesidad de cuidados y conductas de riesgo.

“si sos hombre tenés que ser más violento, más fuerte (...) se busca que vayas al conflicto. Incluso algunos padres nos motivan al conflicto” (Usuario CeSAC).

“Creo que socialmente se los pone como modelo y a la vez como el cordero del sacrificio” (Psicólogo, Hospital de Comunidad).

“no es de machito ir al médico: va al médico el que tiene problemas o es débil; eso también es un condicionante muy fuerte, cada vez más fuerte” (Médico Pediatra, Hospital de Comunidad).

Al mismo tiempo afortunadamente hay quienes están trabajando para promover nuevos modelos que incorporen a los varones adolescentes en la prevención y la promoción de la salud propia y de lxs demás:

“hacer con creatividad, sentido común, no con una cuestión policial de perseguirlos sino de enseñarles a cuidarse mejor” (Psicólogo, Hospital de Comunidad).

“Aprovechamos los aptos médicos para el colegio para hacer una entrevista de salud integral” (Médica generalista, CESAC).

Algunxs profesionales reconocen que el sistema de salud está diseñado para su usuaria más ha-

bitual: la mujer cuidadora. Está habituado a las mujeres como mediadoras con el sistema de salud y, aunque lo identifican, asumen la dificultad para cambiar.

“las políticas de salud no están muy dirigidas al varón, siempre es materno infantil. No es paterno infantil, es materno infantil, además cuando ya no sos niño no entras” (Médica Hebiatra, CeSAC).

Estos modos de subjetivación generizados (Tajer, 2020) que interiorizan los mandatos sociales ligados a la distribución por género de las tareas de cuidado tiene efecto en la toma de decisión vocacional y ocupacional que establecerá preferencias a la hora de elegir una carrera o postularse para un empleo. Motivo por el cual las mujeres aún se inclinan más fuertemente que los varones por las ocupaciones y profesiones basadas en las necesidades sociales de cuidados. Por lo tanto, si tenemos interés en una distribución más democrática de esta necesidad social es preciso poner foco también en las infancias y en las crianzas.

Cuidados, género y pandemia. Lo que el covid 19 puso en evidencia

Durante la pandemia muchos de estos temas de larga data se amplificaron al suspenderse el poder contar con las redes más extensas de cuidado incluyendo las institucionales como la escuela. En ese contexto, la sobrecarga a un sector de la sociedad como las mujeres madres con niñxs chicxs aumentó. El ideal de que se entretengan con actividades acordes a la edad y que puedan realizar a su vez la educación online, mientras las familias continuaban trabajando fue y está siendo complejo.

La pandemia hizo su entrada en una sociedad que aún no había repartido las tareas de cuidado de manera equitativa entre mujeres y varones, lo cual hizo eclosión en las mujeres subjetivadas aún en el modelo patriarcal (Tajer, 2020b). Presentando tensiones internas el ideal de la maternidad contemporánea: que da cultura, que da entretenimiento, que da producción de subjetividad, al mismo tiempo que se desarrolla profesionalmente tensión que se incentiva en momentos de crisis por el aumento de la carga de las tareas de cuidado y de reproducción social.

La crisis sanitaria evidenció además que aun en las relaciones más democráticas de pareja “la agenda” de lxs niñxs siempre está en la cabeza de la mujer. Los varones que participan reportan, hacen, pero las mujeres son aún las “secretarias ejecutivas” de las familias teniendo en la cabeza la agenda de todo el mundo.

Otro aspecto de la organización social de los cuidados que estalló en pandemia ha sido la evidencia de la importancia social de los sistemas de salud y de educación y la poca protección y retribución acorde a su importancia social que tienen quienes trabajan en ambos sistemas. Nuevamente los cuidados son esenciales, están invisibilizados o solo se ven cuando no están y no están remunerados de acuerdo a su valor social.

Y lo que también salió a la luz es que personas que acuerdan en que quienes cuidan se cuiden no tienen respaldo de cuidados para sostener todo este tipo de cuestiones.

Lo mismo aconteció con el cuidado de adultxs mayores, grupo de gran vulnerabilidad en esta pandemia que cayó fundamentalmente en manos femeninas con poca posibilidad de cuidado en los primeros tiempos por cuidadorxs profesionales. Lo cual incrementó la sobre carga, porque las epidemias incrementan las necesidades de lo que se llama cuidados domésticos que son todas las tareas de reproducción social, y cuando aumentan las personas que las hacen se exponen más a tener sobre carga y por supuesto es peor su salud porque se cansan más y están más expuestas al virus porque circulan más.

Por otro lado, la paradoja es que pareciera ser que este virus biológicamente afectó más a los varones. La tasa de letalidad en varones registrada en los primeros tiempos fue el doble que la de mujeres. Por lo tanto, se observa que lo que tiene que ver con el impacto social de la enfermedad y la exposición a la vulnerabilidad por el desgaste y por el tipo de tareas afecta más a las mujeres en la determinación biológica afecta más a los varones.

Las epidemias muestran las tramas que existen en lo social y parte de la trama, son las relaciones de género.

Voy a dar algunos ejemplos que fueron públicos de cómo operan las relaciones de género y su

interiorización en las conductas de cuidado y autoatención observadas en la pandemia.

En pleno comienzo del confinamiento se hizo pública la actitud de un varón de mediana edad que no se quiso autoaislar después de haber vuelto de un viaje al exterior. El vigilador del edificio intentó detenerlo y fue golpeado. Ahí se observa un tipo de impunidad incorporada que tiene matriz interseccional de género y clase que se puede expresar en las siguientes enunciaciones: “yo no me cuido y no cuido” y “¿vos quién sos (varón de clase trabajadora) para detenerme y coartar mi libertad?”. Y ahí se observa el modo en el cual la masculinidad y la clase hegemónicas impactan el sistema de cuidados en sus modos de producción de subjetividad.

Otro ejemplo de hegemonía de clase combinada con desigualación de género, es el de una mujer de mediana edad de Uruguay, que volvió de Europa en marzo 2020, no se autoaisló, fue a una fiesta de 500 personas, fue a la peluquería y estuvo con la mamá de 84 años y se convirtió en una “contagiadora serial”. Aquí muestra el modo en el cual para una mujer tradicional de clase media-alta, el tema de la agenda social “no se suspende por pandemia” más allá del cuidado del otro y del autocuidado. Hace unos años al trabajar género y construcción de la vulnerabilidad coronaria (Tajer, 2009) habíamos detectado ese tipo de comportamiento, pero para un tipo de problema en salud que solo perjudicaba a quien lo porta porque no es contagioso. Nos había referido una entrevistada cardióloga el caso de una mujer que empezó con dolores de pecho por la mañana, pero como tenía una cena muy importante en la que ella era anfitriona esa noche, postergó su consulta, recibió a todo el mundo y al otro día fue a atenderse. Había cumplido su rol social mientras cursaba un infarto y estaba en riesgo (Tajer y col., 2013).

Otro cruce de género, clase y cuidados que se evidenció en la pandemia, fue el caso de una cuidadora de comedores comunitarios que pertenecía a un grupo de riesgo para covid, mujer de sector popular que no dejó de atender el comedor popular, cumpliendo su rol de cuidadora aún cuando se le fue la vida en ello.

También hemos visto diversas situaciones de las fuerzas de seguridad que debían cumplir funciones de cuidado mal utilizando su rol aumentado por la pandemia, se aprovecharon para maltratar personas del colectivo LGTBI*.

A modo de conclusión, podemos señalar que entramos en la pandemia tal como ya éramos previamente como sociedad en términos de cuidados y género. Con varones no subjetivados aún en la lógica del cuidado de sí y de los demás y con una sobrecarga en mujeres que se vio aumentada. Hemos visto en las casas y en las calles que las mujeres acatan más que los varones las recomendaciones médicas y de expertxs las medidas para prevenir la expansión del covid (distancia social, uso de barbijo, mantenimiento de higiene, prestar atención a necesidades de salud de otrxs, frecuencia lavado de manos, presencia en la primera línea de las actividades esenciales, entre otras). Esto ha sido observado y contabilizado en investigaciones, en EEUU donde no era de uso obligatorio pero si recomendado, que han medido que las mujeres usan más barbijo (57%) que los varones (42%) (World Economic Forum 2020). Lo cual coincide con la observación en nuestro medio.

Todo lo cual nos lleva a considerar que toda estrategia de cuidados debe incorporar esta información para contar con mensajes específicos para cada población que incluya la perspectiva de género y subjetividad, así como una propuesta que incluya redes comunitarias, tendiendo a una desfamiliarización (Ceminari, Stolkiner, 2018), democratización, jerarquización y profesionalización de los cuidados.

Bibliografía

- Ceminari, Y., Stolkiner, A. (2018, Noviembre). El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV, Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina
- Costa A.M., Tajer D., Hamman E. Organizadores (2000) "Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas".. Editorial Universidad de Brasilia, Brasil

- Durán MA. (2002). Los costes invisibles de la enfermedad. Fundación BBVA, Madrid, 2ª edición.
- Esquivel, V. R. (2015). El cuidado: de concepto analítico a agenda política. Fundación Foro Nueva Sociedad; Nueva Sociedad; 256; 11-2015; 63-74. Recuperado de https://nuso.org/media/articles/downloads/4104_1.pdf
- Geldstein R, Wainerman C, (1989) "Trabajo, carrera y género en el mundo de la salud" Cuadernos CENEP, 42, Bs As.
- Matamala M (2001) El Proceso de Reforma de la Salud en Chile: Factores Políticos, Económicos y Técnicos que Condicionan el Proceso y sus Resultados. Paper presentado en II Jornadas Australes Interdisciplinarias - "Mujer y Desarrollo: Construyendo el Derecho a la Igualdad." Valdivia, Chile. 4- 8 Diciembre 2001.
- Meler, Irene, *Recomenzar: amor y poder después del divorcio*, Editorial Paidós, Bs. As., 2013.
- Menéndez, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 185-207.
- Mesa Interministerial de Políticas De Cuidado (2020). Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros. Jefatura de Gabinete y Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidades de la Nación. Documento de Trabajo.
- Michalewicz, A., Pierri, C., Ardila Gómez, S. (2015). Del Proceso Salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: Elementos para su conceptualización Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología, XXI(1), 217-224.
- OPS/OMS (2002) Serie Género, equidad y reforma de la salud en Chile, cuaderno 1-4.
- OPS (2010) Curso Virtual Género y Salud. Guía del módulo 4: Diseño de políticas y programas desde los enfoques de género, diversidad y Derechos Humanos.
- Perez Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de economía crítica*, 5, 7-37.
- Pautassi, L C. (2001). *Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina. Santiago, CEPAL, Mujer y Desarrollo, 30.*
- Pautassi, L. (2007) "El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos", en Serie Mujer y Desarrollo N 87, Santiago de Chile, CEPAL.
- Rodríguez Enríquez, C. M., & Marzonetto, G. L. (2016). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año 4 N° 8 (enero-Junio 2015) ISSN 1853-9254.*
- Rodríguez Enríquez, C. M. (2015). Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Revista Nueva Sociedad No 256, marzo-abril de 2015, ISSN: 0251-3552.*
- Tajer D (2001) " Género y Generación en el Trabajo en Salud Mental". En Los Espejos de la desigualdad Cuadernos Mujer Salud/6. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLC), Santiago de Chile, 2001
- Tajer D. (2003) "Aportes de la Perspectiva de Género a la Medicina Familiar" En Revista Zona Franca N° 11/12. Centros de Estudios Interdisciplinarios sobre las Mujeres. Facultad de Humanidades y Artes. Rosario, ISSN 0329-8019,18-24
- Tajer D (2004) "Violencia y salud mental de las mujeres". "Políticas Públicas, Mujer y Salud", Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán Colombia, 181-195
- Tajer D. (2009) "Heridos corazones: Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres", Paidós, Buenos Aires.
- Tajer D. (2012) "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud". En Tajer D (comp.) "Género y Salud. Las políticas en acción". Lugar Editorial.
- Tajer D., Reid G., Gaba M, Lo Russo A., Barrera MI. (2013) "Investigaciones sobre género y determinación psicosocial de la vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres" *Revista Argentina de Cardiología*, Vol.81, 4, Agosto 2013,344-352.
- Tajer, Débora, Reid, Graciela, Gaba, Mariana, Cuadra, María Eugenia, Lo Russo, Alejandra, Salvo, Irene y Solis, Mónica (2015). Equidad de género en la atención de la salud en la infancia. *Revis-*

- ta Psicoperspectivas, Vol 14, N° 1*, 103-113. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl>
- Tajer, Débora; Reid, Graciela; Cuadra, María Eugenia; Solis, Mónica; Fernández Romeral, Juliana; Saavedra, Lucía y Lavarello, María Laura (2019b). Varones adolescentes en Ciudad de Buenos Aires: barreras de género en la prevención y atención de la salud. En *Revista Salud Colectiva*. ISSN 1669-2381 (Versión impresa), ISSN 1851-8265 (Versión electrónica). Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2256/1556>
- Tajer, D. (Dir.) (2020a), “Niñez, adolescencia y género. Herramientas interdisciplinarias para equipos de salud y educación”. Editorial Noveduc.
- Tajer, D (2020b) “Psicoanálisis para todxs. Por una clínica pospatriarcal, posheteronormativa y poscolonial” Editorial Topía
- Tajer D, Castillo A., Sánchez A. (comp.) (2012) "Políticas Públicas y Equidad de Género en Salud: Desafíos para Centroamérica y Caribe"., Ediciones ALAMES, en CD-ROM, 2012. ISBN 978-987-33-2698-1
- World Economic Forum (2020) Las mujeres tienen más probabilidades de seguir las medidas de seguridad de COVID-19, muestra un estudio. Recuperado de <https://www.weforum.org/agenda/2020/10/women-more-likely-to-follow-covid-safety-measures/>

Tres interrogantes para seguir pensando en el campo de género: sobre la academia, la militancia y el psicoanálisis

Alejandra Lo Russo
Psicología - UBA

Resumen

Este artículo se orienta a continuar pensando temas de género, con tres interrogantes: 1. ¿Qué pasó y qué pasa actualmente en las instituciones donde formamos en género? ¿Cuáles fueron los procesos institucionales y en qué momento estamos hoy? 2. ¿Cómo fueron las relaciones entre la academia y lo social? ¿Cuáles son los conflictos y diálogos entre la academia y el feminismo? 3. ¿Cuáles son los aspectos subjetivos que se ponen en juego en estos recorridos de formación y de militancia? ¿Qué aporta el psicoanálisis para entender los devenires de las subjetividades que somos parte inherente, donde ponemos cuerpo y corazón, en este proceso?

Palabras clave: Género - Academia - Feminismo - Militancia - Subjetividad.

Summary

This article aims to continue thinking about gender issues, with three questions: 1. What happened and what is currently happening in the institutions where we train in gender? What were the institutional processes and where are we today? 2. How were the relations between the academy and the social? What are the conflicts and dialogues between academia and feminism? 3. What are the subjective aspects that are put into play in these training and militancy routes? What does psychoanalysis contribute to understanding the developments of the subjectivities that we are an inherent part of, where we put body and heart, in this process?

Keywords: Gender - Academy - Feminism - Militancy - Subjectivity.

Este artículo es producto de la celebración de las Jornadas por los 30 años de la Cátedra Introducción a los Estudios de Género, de la Facultad de Psicología, de la Universidad de Buenos Aires. Ese espacio de intercambio con las referentes históricas más importantes en el tema, colegas docentes de diferentes épocas de la Cátedra, estudiantes, graduadxs, tesistas, docentes de otras cátedras de nuestra facultad y de universidades del interior de nuestro país y de otros países, me condujo a sistematizar algunos interrogantes y ensayo de respuesta sobre temas que resulta de sumo interés para este espacio institucional y también más allá de él, para quienes trabajamos, militamos, capacitamos en las áreas de género. Me interesa pensarnos en nuestra propia inserción, en nuestra implicación en los espacios de género y en los efectos sobre nuestras subjetividades.

Ingresé como docente de grado en esta materia en 1998. Gran parte de estos años he estado trabajando como jefa de trabajos prácticos y como investigadora en distintos proyectos UBACyT como también en otros proyectos de extensión universitaria y de investigación, incluida mi propia tesis de maestría. La misma la realicé con una beca (Concurso 2004) del Ministerio de Salud de la Nación, en la temática de infancia y género (2011) y me permitió articular mi trayectoria hospitalaria en el sector público de salud. Desde 2018 participo en el área de formación de posgrado. Todo este recorrido me impulsa a traer a la reflexión la tarea como formadorxs de nuevas generaciones de profesionales. Me conduce a pensar, primero y fundamentalmente, qué orientación y contenidos damos en esta formación, sobre la especificidad que trae la lectura de género en el campo psi, y la transversalidad en todos los campos y materias de formación de profesionales y de la población en general. Este es un punto permanente en la reflexión, desde mi óptica la orientación constante de estar en relación a lo actual de la realidad, a las necesidades sociales y a ubicarse en apertura a esos problemas. En segundo lugar, pensar nuestro propio rol, nuestra implicación y para quienes abrazamos esta apuesta durante tan largo tiempo, cómo involucra no solo nuestra profesionalización sino también nuestras vidas mismas. Es interesante tomar nota de las experiencias de colegas que se encuentran insertxs como docentes, investigadorxs y hacen género en diferentes instituciones y países, haciendo su trabajo a contra pelo de esas resistencias y tantos poderes. Sobre cómo han ido, y cómo hemos ido, haciéndonos un lugar en estas instituciones universitarias tan resistentes al discurso que se posiciona transformador. Hay en la actualidad una sensación muy grata al ver la enorme transformación de los escenarios sociales e institucionales en los cuales desarrollamos nuestras distintas actividades.

Me interesa situar tres interrogantes, para seguir pensando:

1. ¿Qué pasó y qué pasa actualmente en las instituciones donde formamos en género? ¿Cuáles fueron los procesos institucionales y en qué momento estamos hoy?
2. ¿Cuál fue y cuál es la relación que podemos establecer entre la academia y lo social, en lo específico que hacen a los temas de género? ¿Cuál es la relación, conflictos y diálogos entre la academia y el movimiento político de mujeres?
3. ¿Cuáles son los aspectos subjetivos que se ponen en juego en estos recorridos de formación, de investigación, de militancia? ¿Qué nos puede aportar un psicoanálisis con enfoque en el género, qué permite visibilizar, con qué herramientas contribuye para entender los devenires de las subjetividades que somos parte inherente, que ponemos el cuerpo y el corazón en este proceso?

1. Sobre los procesos institucionales. En las instituciones donde capacitamos en el enfoque de género percibimos en la actualidad una transformación de nuestra población de estudiantes. Jóvenes que se acercan buscando sentirse en conexión con interrogantes nuevos, con algo que forma parte del circuito cercano donde experimentan sus vidas. Vienen a nutrirse de un discurso transformador, a buscar argumentos y herramientas. Muchxs se encuentran sensibilizadxs por aquello que aquí denominamos la dimensión política de las subjetividades, algunxs traen lecturas previas sobre género, otrxs con alguna experiencia militante, del campo del feminismo, las diversidades sexuales e identitarias y de lo comunitario. También profesionales en posgrado, con más o menos años de experiencia

en distintos campos que buscan actualizarse en sus marcos conceptuales.

Algunxs vienen a interrogarnos con sus experiencias y saberes previos, nos realizan refrescantes y provocadores planteos, sobre aquello que eventualmente pueden identificar en nuestra propuesta como algún resto patriarcal, binario o hegemónico de los saberes heredados. La posición desde la que se acercan no es en absoluto pasiva sino más que activa y en construcción conjunta. Este es uno de los rasgos que destacamos como más interesantes de la tarea docente en diferentes niveles: poder alojar las preguntas, planteos y transformar el pensamiento de modo recíproco.

Ocurre en los espacios de formación sobre género que la mayoría de nuestrxs estudiantes conocen de la temática y traen preguntas para poner en debate. A diferencia de lo que ocurría en otros momentos, ya no sucede que se deba argumentar la existencia de una materia como esta en la universidad, una materia que es verdaderamente pionera en toda Latinoamérica. Lxs estudiantes saben que la temática de género ha impregnado muchas universidades así como espacios militantes. Hoy la mayoría de nuestro estudiantado acuerda en la relevancia que tiene esta materia y en la solicitud que estamos planteando para que sea parte de la currícula obligatoria de la licenciatura, en consonancia a los objetivos que propone la Ley Micaela¹. Compartimos con nuestro equipo docente en la UBA la emoción al ver esta transformación actual. Nuestro trabajo no ha culminado, ya que hay mucho por delante por hacer, pero este es un momento de alegría, de disfrutar de esta valorización actual de los recorridos que marcamos en esta historia.

Desde lo institucional, durante mucho tiempo ha sido una tarea árida y a veces angustiada y solitaria del equipo de esta Cátedra de Género en Psico UBA, pequeño en lo numérico pero siempre grande en la propuesta académica y política, de traer a los espacios de formación e investigación estos debates contra hegemónicos, por más de 30 años. Muchas veces a lo largo de ese tiempo hemos tenido que justificar y visibilizar ante la institución misma la presencia de esta Cátedra en las aulas, para continuar existiendo y produciendo. Actualmente, hay una mayor apertura a incorporar programas, en grado y posgrado que tengan de modo transversal o específico la temática de género. Pero se presentan otras complejidades en la actualidad, las posturas son sumamente heterogéneas en la pirámide institucional. Obviamente existe diversidad de pensamiento y la dimensión ética suele tener vaivenes. No siempre se valorizan justamente las trayectorias, los estados del arte producidos por los equipos docentes especializados, referentes en el área, que han construido herramientas teóricas y acumulado experiencia real en las prácticas. El reconocimiento de la relación simbólica de filiación en un campo de saber (Lo Russo, 2020) no solo es cuestión de honestidad intelectual sino que hace a una asunción ética, al interior del propio campo de género, feminista, como hacia el universo cultural e institucional. En esta transformación que estamos señalando, en los escenarios de puja intrainstitucionales se suelen capitalizar para sectores hegemónicos lo forjado hasta el momento por el movimiento que ha sido vanguardia de género en la propia institución. Esta tracción (o extracción) hacia sectores de poder institucional tampoco se realiza siempre en función de la agenda de género, sino más bien incorporando la terminología del cambio muchas veces para una ficción de transformación. Este problema no es exclusivo del área de educación superior sino también ha ocurrido a lo largo de la historia en otros sectores². ¿Podríamos hablar entonces de una forma de extractivismo académico? Tal vez, tomando el concepto en un sentido muy amplio. Se da un proceso de despojo de las trayectorias y recursos simbólicos al interior de la propia institución, invisibilizando a quienes los han producido. Movimiento que conlleva a una despolitización, despotencialización y mercantilización del campo de género en su propuesta. Por lo cual, afecta de modo directo a las personas en la institución, en su inserción académica y en sus posibilidades de crecimiento, pero también y fundamentalmente con consecuencias para la población general. Este proceso se ha ido gestando durante largo tiempo,

1 La ley Micaela, es una ley de nuestro país del año 2019 que obliga a la capacitación en género a todas las personas que se desempeñen en la función pública en todos sus niveles.

2 Por ejemplo en el sector salud. La descripción que aporta la lectura de género sobre las subjetividades femeninas, entre ellas las habilidades de cuidado, fueron capitalizadas por algunas políticas para ponerlas al servicio de cubrir necesidades familiares y sociales de salud, perpetuando así estereotipos de género, y desresponsabilizando a otros actores en lo social. Por lo cual, no siempre los aportes del enfoque de género son aprovechados para su propia agenda emancipatoria.

con movimientos pequeños insidiosos, grandes o groseros en su accionar. Se articula a la historia de varias décadas de precarización laboral de academicxs, que trabajan *ad honorem* o con salarios ínfimos. No es algo en contra de “género” sino que forma parte de un tramo en el proceso total de la acumulación de poder institucional.

2. Continuemos pensando la relación entre academia y militancia. Hay una transformación del escenario social, con la marea verde (el movimiento Ni Una Menos y el logro reciente del aborto legal), con las nuevas generaciones de estudiantes, que se presentan de modo renovado, y con el movimiento militante feminista y de las diversidades en los espacios universitarios. El movimiento Ni Una Menos ha dado un empuje importante desde nuestro país y a toda Latinoamérica y se ha extendido por países de Europa e incluso Asia.

En décadas pasadas hubo una mayor separación entre el movimiento militante, la producción de teoría feminista y el espacio académico. Las relaciones entre academia y feminismo según los países y momentos históricos han sido variadas y mutantes. Solo por citar un ejemplo, como lo refiere Rosi Braidotti en EEUU hubo desde el inicio una fuerte escisión entre los Estudios de la Mujer y el feminismo, “mundos que no se miran entre sí” (Braidotti, 1999). En Europa, según en qué lugares lo analicemos, la relación histórica fue más cercana. Y con el ingreso posterior de los Estudios de Género, conceptualización más amplia a la vez que controversial, implicó un compromiso progresivo en las instituciones universitarias, donde se sumaron las masculinidades y diversidades sexuales. Actualmente, en nuestro país hay una relación interesante de diálogos y continuidad muy fuerte de las controversias entre feminismo y academia, con la incorporación de varones en espacios de producción de conocimiento y militancia y de los Estudios Queer.

Mi postura en este tema (Lo Russo, 2020) es que se trata de espacios necesariamente entrelazados: el movimiento político requiere de las producciones y argumentos del espacio intelectual, con mayor o menor institucionalización y el espacio académico recibe la vitalización y la fuerza del movimiento social. Las mujeres, lxs mayores y jóvenes activistas circulan sin prejuicios y libremente por esos diferentes espacios. Existen procesos de conflictividad históricos y persistentes, y no debemos idealizar un equilibrio no conflictivo. Se hace necesario que sostengamos la relación de interdependencia de ambos. De hecho, la valorización actual de las propuestas que traen los estudios de género proviene no solo de la circulación de saberes, de publicaciones, *papers* y conferencias en el ámbito académico y científico, sino de la divulgación masiva de estos sólidos conocimientos por parte de la acción de diferentes grupos en los escenarios sociales. Asimismo, las luchas políticas se han nutrido de los saberes profesionales y de especialistas para sostener proyectos y dar fuerza a demandas como recientemente ocurrió con la legalización del aborto. Por lo tanto, requerimos perseverar en el trabajo de aceptación de la especificidad e incidencia de cada tarea, desde cada lugar y de valorar lo que cada quien se encuentra en condiciones de aportar en esta historia. Justamente estamos tratando de derribar los procesos de desjerarquización, desigualación del otrx, no solo allí afuera, en el sistema social general sino también al interior de nuestro propio de género.

Una particularidad de los espacios de las Universidades Nacionales tiene que ver con la política de derechos, de inclusión y de acceso a la educación. Muchxs jóvenes, mujeres de diferentes generaciones provenientes de barrios periféricos a las esferas de la ciudad, accedimos y acceden hoy a las universidades justamente por los movimientos de ampliación de derechos. Ampliación que obviamente no se ha dado de modo natural y que ha implicado una lucha por ese objetivo. En este sentido, traigamos a la historización nuestras movilizaciones, docentes y estudiantiles, relacionadas con la Ley de Educación Superior (1995), que pusieron de manifiesto la resistencia de la comunidad universitaria a los intentos de arancelamiento, privatización y recorte de presupuesto que prevalecieron fuertemente en la década del 90.

La movilización militante y académica con fuerte toma de posición ética atraviesa esta historia. En nuestro ámbito, en la Universidad de Buenos Aires, en 1987 la Dra. Ana María Fernández crea esta Cátedra, y desde 1989 se dicta sin interrupción. Diferentes generaciones de profesionales fuimos formadxs durante varias décadas en esta Cátedra, posteriormente llamada Estudios de Género, junto

a la Profesora Adjunta Regular a cargo Dra. Tajer. Nuestras referentes, que contribuyeron con excelencia a la formación de cabezas complejas y sensibles que apuntan a una forma diferente de pensar y hacer en lo psi. Muchxs formadxs en este espacio se encuentran hoy trabajando en diferentes áreas del Estado, dirigiendo servicios comunitarios, implementando políticas de género, haciendo investigación y trabajando con este enfoque en el sector privado. Espacios donde se valora altamente la formación obtenida aquí, por lo que nuestrxs graduadxs y docentes son muy requeridxs por diversas instituciones.

Señalemos otra arista de esta historia, en el recorrido de todos estos años el movimiento ha llevado a que docentes formadxs en nuestra Cátedra, también se encuentren transitando y capacitando en las aulas de otras universidades públicas y privadas. Ha sido muy compleja la dinámica de expansión del sistema de educación superior en nuestro país, con sus idas y vueltas, avances y retrocesos en lo que hace a derechos educativos, conviven movimientos restrictivos con la creación de nuevas universidades nacionales, como lo ocurrido en el conurbano bonaerense³. Varixs colegas se encuentran en instituciones locales, llevando este enfoque a la vez que militando⁴. Por lo cual, es importante que podamos reconocer estas mixturas, los diversos orígenes y dejar de sostener falsos antagonismo entre la academia y el activismo.

3. En este último punto, detengámonos sobre algunos de los aspectos subjetivos que se presentan en quienes habitamos las instituciones, capacitamos, investigamos y militamos en género.

En esta área trabajamos mujeres de diferentes generaciones. Progresivamente se han ido incorporando varones y personas con identidades no binarias. El espacio se fue conformando de modo heterogéneo, aunque mayoritariamente lo continuamos habitando mujeres, por este motivo nos interesa pensarnos en nuestra inserción.

La literatura feminista ha sido y es en gran parte autobiográfica y si bien no relataremos aquí experiencias personales, de algún modo los temas que elegimos, las preguntas que nos formulamos y las formas de su abordaje provienen de nuestra propia posición subjetiva, de algo que toca nuestro interés y fibra íntima. Desde los nuevos paradigmas de las ciencias, los discursos disciplinares y el campo de la subjetividad, cuestionamos el ideal positivista de objetividad a la vez que lo sostenemos como horizonte de trabajo. Se nos va revelando a cada paso el dualismo sujeto/objeto y nuevamente volvemos a cuestionarlo para reconocernos como parte inherente de lo que estudiamos y vivimos. Por este motivo nos resulta relevante poner en consideración: cómo trabajamos las mujeres en la academia y en la ciencia, cómo se articula la militancia, qué nos acontece en nuestros recorridos institucionales docentes, qué otras áreas de nuestras vidas se ven afectadas, cuáles son los desafíos que enfrentamos, cuáles los vectores que dirigen nuestro accionar y toma de decisiones y qué costos subjetivos cargamos.

Pensarnos en nuestras afectaciones, mujeres en el espacio académico, puede resultar para algunas miradas una tarea de acotada significación. Resuena incluso alguna crítica, que nos señala como un sector privilegiado, en comparación a las múltiples vulnerabilidades de otras mujeres, lo cual es sin ninguna duda un hecho que verificamos real. Existen relaciones de poder intragénero, no negamos lo que es un existente. Pensarnos en este lugar, en nuestras especificidades, es una tarea necesaria. En la lógica que sostenemos todo padecimiento merece ser alojado y transformado, el de unas y otras. El establecimiento de una jerarquía entre los malestares es contrario a toda perspectiva feminista.

Investigaciones de los estudios de género han abordado las trayectorias laborales femeninas (Burrin, 2004, 2011) y proporcionado herramientas conceptuales que se muestran vigentes. Uno de los conceptos es el llamado "techo de cristal" que refiere a cómo las mujeres nos topamos con una superficie superior invisible que nos impide ascender a puestos jerárquicos a pesar de haber alcanzado altas

3 Varias de mis compañeras docentes (me incluyo en este grupo) hemos capacitado en distintas universidades públicas del conurbano bonaerense: Quilmes, San Martín, La Matanza, Moreno, General Sarmiento, Hurlingham. Y en la ciudad de La Plata, entre otras importantes universidades de la región.

4 No me detendré en este tema tan importante a la vez que complejo en su devenir histórico pero quiero dejarlo señalado.

calificaciones y formación educativa superior, incluso mayor a la de muchos varones en el mismo estrato. Este techo remite a obstáculos de orden material y subjetivo. Otra noción, “pisos pegajosos” refiere al proceso de quedar estancadas en puestos de trabajo de menor calificación. Situación que es evidente aun en las instituciones de educación superior y del ámbito “psi” donde predominamos mujeres. La expresión “laberintos de cristal”, nos proporciona una buena imagen de reiteradas experiencias femeninas, de ir en distintas direcciones en los recorridos laborales y las dificultades en la búsqueda de igualdad de oportunidades.

El principal de los obstáculos, lo sabemos hace mucho tiempo, tienen que ver con la posibilidad de conciliar la vida profesional con la amorosa y familiar. En cuanto a las tareas de cuidado y domésticas, nuestro mundo aún carece de una simétrica distribución entre los géneros, distribución de las condiciones materiales y subjetivas, y en particular para quienes de nosotras desean tener hijxs y criar. Vivimos un momento de transformación en lo intersubjetivo, pero este continúa siendo el núcleo de la problemática.

Algunas particularidades han sido exploradas por un estudio realizado por Menárguez (2019). Las mujeres dedicamos más tiempo que los compañeros varones a tareas que nos alejan de la investigación y ralentizan el ascenso profesional. Es el trabajo doméstico universitario, múltiples tareas invisibles, no remuneradas, que no cuentan para promocionar y progresar en la carrera académica. Este estudio es coincidente con nuestra experiencia cotidiana. En parte son muchas tareas burocráticas dentro de los procedimientos que exigen las instituciones. También el tiempo dedicado a gestiones para el funcionamiento de los equipos de trabajos, aspectos interpersonales y comunicacionales inter o intrainstitucional (correos electrónicos, redes). Asimismo, el tiempo y energías dedicado a la relación con estudiantes, contacto y acompañamiento en sus procesos, tutorías, asesorías, contención y resolución de conflictos, entre otras cosas. El cambio hacia la docencia en virtualidad, mediante nuevas tecnologías, que requiere una mutación de las metodologías y procedimientos educativos, afecta tantas docentes que trabajamos con esta modalidad de inserción. El ejercicio de docencia virtual exige mayores contactos y presencia, más dedicación para crear condiciones nuevas de aprendizaje en un entorno nuevo, tiempo para intercambios sociales, todo lo cual es contrario al imaginario existente sobre la virtualidad como menos trabajo, más comodidad, menos tiempo, etc. Esto frecuentemente no es reconocido por las instituciones educativas.

Estos conceptos intentan construir un marco simbólico para dar cuenta de nuestros devenires profesionales y los obstáculos de orden material, institucional y de relaciones de poder. Poner palabra a lo que sucede y visibilizar que el devenir profesional no depende solo de nuestros esfuerzos, méritos y capacidades. El psicoanálisis con enfoque de género puede venir en nuestra ayuda en esta tarea. Nos interesa poder tomar nota de los resortes internos, subjetivos, que hacen síntoma en nuestras vidas singulares y que aparecen en forma de dilemas sin salida que cada una de nosotras en muchas ocasiones encarnamos y nos vemos conducidas a dirimir (Lo Russo, 2020).

En parte estas dificultades se articulan al llamado “síndrome de la supermujer” (Ares, 2000) como una forma de autoexigencia de ser lo mejor posible en todas las áreas de la vida. Según Tajer (2009) es un estresor específico para las mujeres, que se caracteriza por la hipervaloración de la productividad, la velocidad y la polifuncionalidad, presente en los varones y acentuado en las mujeres. Esta autoexigencia es muy bien capitalizada por las instituciones universitarias que siempre exigen un poco más y nos conducen a la sensación subjetiva de que nunca es suficiente lo realizado. Las universidades disponen mecanismos de control de producción que nuevamente no conducen a un aprovechamiento de los saberes para la sociedad, sino que se constituyen en mecanismos nocivos (García-Quero, 2014) que fuerzan a la producción de *papers* en cantidad, proyectos de investigación sucesivos en breves periodos de tiempo, con bajos estímulos a la continuidad y permanencia, y al pensamiento crítico y de calidad. En este contexto muchas investigadoras y docentes continuamos luchando para hacer de la universidad un espacio vivible y útil a la sociedad. Es un punto muy sensible, con este ideal femenino de dar lo máximo en todos los ámbitos, en confluencia con la militancia, en la búsqueda de resultados, de transformación como parte inherente de esta perspectiva.

Este malestar se asocia al sostenimiento de múltiples ideales simultáneos, según Chasseguet-Smir-

gel (1991) “enfermedad de idealidad”. Muchas consignas actuales relacionadas con la transformación hacia lo nuevo se instituyen como otros tantos mandatos, para sí mismas en las carreras laborales, los logros de la militancia en lo colectivo, y el desempeño en el ámbito familiar. Estas tensiones conducen a mecanismos de defensa psíquica que finalmente fracasan, despersonalización, normalización del dolor y racionalizaciones, como modo de lidiar con las multitareas, sumatoria de ideales, agotamiento y frustración. Otras investigadoras (Guzmán Benavente et al., 2018) han señalado la existencia de negligencias en el autocuidado y padecimiento de enfermedades, que muestran la vulnerabilidad sanitaria de las feminidades en este grupo. Hay una enorme disociación entre lo sabido cognitivamente, como cuidado necesario de la salud, y lo vivenciado diariamente en el cuerpo. La exposición a estas exigencias de múltiples fuentes conduce a frecuentes manifestaciones de angustia por vía somática. Los dolores de cabeza, contracturas y cefaleas de intensidad que derivan en síndromes vertiginosos, son síntomas sumamente comunes en el ámbito “psi”.

Finalmente, veamos otro aspecto que forma parte de estos laberintos y dilemas. Tiene que ver con la búsqueda de referentes femeninas con quienes identificarse, para jóvenes profesionales que se inician y para quienes acumulamos ya experiencias en el mundo laboral. Estas referentes pueden brindar nuevas significaciones para pensarnos, herramientas para atravesar tanto situaciones novedosas y deseadas, como las adversidades que nos tocan de forma diferente a cada una en nuestras historias.

Estas referentes que Burin (2011) denomina mentoras no siempre son figuras fáciles de hallar o no están disponibles por diferentes razones subjetivas para constituirse como tales. Esta relación implica para las más jóvenes el movimiento de investir libidinalmente a esa mentora e ir dirimiendo los conflictos de ambivalencia siempre presentes, dado que esta figura es destinataria de las proyecciones de la propia sujetx. Estos conflictos articulan las dos direcciones. De un lado, los modos específicos de ejercicio de poder al que han accedido unas y su trabajo psíquico y decisorio de constituirse o no en ese lugar referencial. Del otro lado, en las otras, las formas que toma la relación a la autoridad, a la figura que ocupa el lugar de liderazgo, es decir, el modo de la relación al poder en la asimetría.

Uno de los temas es que muchas referentes pueden ubicarse como tales en el campo laboral pero no se encuentran tan accesibles respecto de las formas de conciliación con la vida personal. Entonces, el trabajo al que toda mujer se enfrenta, de desprendimiento de referentes femeninas intrafamiliares, se produce con mucha dificultad y sin las contribuciones que podrían provenir de vínculos subjetivantes por fuera del circuito familiar. Se trata de procesos de diferenciación de la figura materna o sustitutas maternas, que traen códigos tradicionales y que en muchos casos pueden alentar el crecimiento de las hijas pero de modo ambivalente, temeroso, aferrativo o expulsivo, culposo, sin propiciar la diferenciación, según sea el caso. Con frecuencia para muchas mujeres las referencias para el ejercicio de lo laboral continúan proviniendo de varones, profesores, jefes, sustitutos paternos, con las dificultades que ya conocemos de disociación de la vida afectiva y la idealización de la individualidad. En los universos simbólicos patriarcales donde habitan nuestras redes familiares, la singularización femenina es especialmente a través del amor identificatorio al padre, “ese espejo mágico que refleja tal como se quiere ser” (Benjamin, 1988).

Hay mujeres referentes que vamos hallando en este camino. En la transmisión intergeneracional, las que vamos acumulando experiencias podemos constituirnos en esa referencia para las generaciones subsiguientes. En este sentido eventualmente podemos ofrecer algunas claves mediatizadoras entre la vida profesional y afectiva. Alguna alternativa de cómo dirimir la conjunción de tan valorados ideales pero que hacen parte de ese padecer de la idealidad. Sin caer nuevamente en un pensamiento binario, estar presa del ideal o la resignación como el mecanismo tradicionalmente libidinizado por las mujeres ante dilemas como estos. Desamarrar de modo consciente, subjetivado, aquello que se impone como fuente de malestar, para que algo sea posible, mientras navegamos hacia transformar nuestro mundo. No se trata de recetas a seguir disciplinadamente sino de un empuje a realizar el propio camino con lugar para la diferencia. A veces esa referente se ofrece sin saber lo que brinda, simplemente es una disposición generosa a ello, a veces es una elección propia ubicarse allí. Estas figuras pueden dejar pistas para enfrentar adversidades, para no desfallecer frente a ellas, y también brindar nuevas significaciones para los momentos de alcanzar metas, para no reproducir patriarcali-

dad en los éxitos. Que unas puedan constituirse en mentoras y otras investir las, depende en parte de que podamos ir deconstruyendo las fantasías de totalidad, de reciprocidad plena, la idealización y las demandas cruzadas de reconocimiento total, lo cual no es una tarea sencilla.

Para finalizar, dejemos consignada la importancia que adquieren los lazos horizontales en la búsqueda del crecimiento laboral y en la tramitación de dilemas amorosos, conflictos de conciliación familiar y de pareja. La sororidad frente a los tropiezos y la percatación real, desidealizada, de los vínculos que establecemos entre pares, mujeres.

Mi reconocimiento va hacia ellas, mis referentes y compañeras. Continuemos pensando juntas. ¡Gracias!

Bibliografía:

- Benjamin, J. (1996). *Los lazos de amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación* (Piatigorsky, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Obra original publicada en 1988)
- Burin, M. (2011). Cuestiones de género en el desarrollo laboral de las mujeres. La hermana, la madre, la abuela y la mentora. *Página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-169304-2011-06-02.html>
- Burin, M. (2004). Género femenino, familia y carrera laboral: conflictos vigentes. En *Subjetividad y procesos cognitivos*. Buenos Aires: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Recuperado de: https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/mabel_burin/articulo_mabel_burin.pdf
- Braidotti, R. (1999). Un feminismo deleuziano. Entrevista a Rosi Braidotti. *Mora. Revista del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género*, (5), 20-32. Recuperado de: <http://repositorio.filo.uba.ar/xmlui/handle/filodigital/8223>
- Chasseguet-Smirgel, J., (1991). El ideal del yo. Ensayo psicoanalítico sobre la “enfermedad de idealidad”. Buenos Aires. Amorrortu.
- García-Quero, F. (2014). Crisis y Universidad: de intelectuales a hacedores de 'papers'. *El diario.es*. Recuperado de: https://www.eldiario.es/opinion/zona-critica/crisis-universidad-intelectuales-hacedores-papers_129_4850307.html
- Benavente, M. D. R. G., Hernández, G. P., Vargas, K. M. R. y Rivera, C. F. M. (2018). Género, Salud y Autocuidado en Académicas Universitarias. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 7(2), 1657-1680.. Recuperado de: <https://www.hipatiapress.com/hpjournals/index.php/generos/article/view/3089>
- Ley N° 27499. Ley Micaela. Capacitación obligatoria en la temática de género y violencia contra las mujeres. Fecha de sanción 19-12-2018. Boletín Nacional, Argentina. 10 de Enero de 2019.
- Ley N° 24.521. Ley de educación superior. Fecha de sanción: 20 - 07 - 1995. Boletín Nacional, Argentina. 10 de Agosto de 1995.
- Lo Russo, A. (2011). Infancia, violencia y género: análisis de discursos parentales. Tesis de Maestría. Buenos Aires: FLACSO. Sede Académica Argentina. Recuperado de: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/3959>
- Lo Russo, A. (2020). Diálogos claves en psicoanálisis, géneros y diversidades sexuales. *Revista Topia*. Mayo de 2020. Argentina.
- Lo Russo, A. (2020). Mujeres contemporáneas en análisis. Intersubjetividad y ética del cuidado en pandemia. *Revista El Sigma*. Noviembre de 2020. Recuperado de: Mujeres contemporáneas en análisis. Intersubjetividad y ética del cuidado en pandemia | Género y Psicoanálisis - ElSigma
- Menárguez, A. T. (2019). La trampa del ‘trabajo doméstico’ universitario lastra la carrera de las profesoras. *El País. El periodico global*. Recuperado de: https://elpais.com/sociedad/2019/05/28/actualidad/1559033676_753637.html
- Tajer, D. (2009). *Heridos Corazones. Vulnerabilidad Coronaria en Varones y Mujeres*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Poder y micromachismos en varones feministas

Ezequiel Frydman
Psicología - UBA

Resumen

El presente artículo parte de una investigación llevada a cabo en el marco de la Tesis de Grado de Psicología de la Universidad de Buenos Aires en la que, mediante la realización de entrevistas semi-dirigidas, se analiza el discurso y el ejercicio del poder en varones identificados con el feminismo. De esta forma, se indagan las significaciones compartidas vinculadas a los micromachismos, se estudia el papel que juega la virilidad y validación homosocial en el comportamiento y se explora la atribución, percepción y autopercepción de comportamientos micromachistas. Para finalizar se examinan en profundidad discursos y conductas utilizando las distintas categorías de micromachismos.

Palabras clave: Poder – Micromachismo – Virilidad – Validación homosocial – Masculinidades

Abstract

This article is based on an investigation carried out within the framework of the Graduate Thesis of Psychology at the University of Buenos Aires in which, by means of semi-directed interviews, the discourse and exercise of power in men identified with feminism is analysed. In this way, the shared meanings linked to gender micro-violence are investigated, the role played by virility and homosocial validation in behaviour is studied, and the attribution, perception and self-perception of gender micro-violence behaviours are explored. Finally, discourses and behaviours are examined in depth using the different categories of micromachisms.

Keywords: Power – Micro-violence - Virility – Homosocial validation – Masculinities

Introducción

Este artículo sienta sus bases en la pregunta sobre los modos en los que se presenta el poder, en aquellos sujetos que cuestionan el ejercicio del mismo buscando dilucidar las diferencias que pueden existir entre el plano discursivo y el de las prácticas.

El objetivo principal de la investigación es analizar el ejercicio del poder poniendo especial énfasis en los micromachismos y para esto se realizaron entrevistas a distintos varones cis heterosexuales que se consideran feministas y que mantienen una relación de pareja estable. Asimismo, se buscó identificar los imaginarios sociales existentes en relación a los micromachismos, analizar los discursos

sobre sus conductas e indagar la percepción y autopercepción sobre los comportamientos vinculados al ejercicio del poder.

En este sentido, la investigación busca alejarse del análisis de los cambios identitarios superficiales de las nuevas masculinidades, para enfocarse en las prácticas de poder. Como indica Carballo (2017) “Cuestionar nuestros movimientos desde una perspectiva feminista y hacernos temblar como hombres significa, necesariamente, generar espacios incómodos pero productivos para poder asumir medidas de cambio con un mínimo de profundidad” (p.109).

Metodología

Se realizó un muestreo de tipo intencional seleccionando a cuatro varones de entre 23 y 30 años, residentes en Capital Federal, cis heterosexuales autoproclamados como feministas que se encuentren en una relación de pareja. Se eligió un diseño descriptivo por su alta capacidad de estudio de propiedades y características en distintos tipos de personas, grupos, fenómenos y situaciones. (Sampieri et al., 2004).

Resultados

Imaginario sociales en relación a los micromachismos

Cornelius Castoriadis (1975) define a los imaginarios sociales como un conjunto de representaciones compartidas que ordenan y regulan el decir, el sentir, el pensar y el accionar de las y los sujetos de un determinado grupo o colectivo.

Para analizar el magma de significaciones imaginarias sociales que existe en los entrevistados, al comenzar cada entrevista, se indagó sobre las creencias que cada uno tenía sobre la definición del concepto “micromachismos”. En todas las respuestas aparecieron distintas expresiones características de dicho concepto como lo no visible, lo vincular y el poder. Entre las definiciones que los entrevistados brindaron se encuentran: “*situaciones no tan visibles que afectan directamente a las mujeres en la sociedad, por lo general en el vínculo entre varones y mujeres*”; “*comportamientos cargados de sentido, ideología, opresión, que son tan pequeños y potentes que los tenemos naturalizados*” y “*comportamientos chiquitos de abuso de poder*”.

Si bien se encontraron diferencias en el lenguaje empleado y en el grado de certeza desde el que cada entrevistado brindó sus respuestas, resulta evidente la existencia de creencias compartidas sobre qué son los comportamientos micromachistas.

Percepción y autopercepción de micromachismos

Desde la construcción de la entrevista modelo, se partió de la idea de que para los entrevistados podría ser más sencillo visualizar micromachismos en otras personas que en ellos mismos. Incluso se pensó que esto podría facilitar la autopercepción de conductas micromachistas propias. Esta fue la razón por la cual al comienzo de cada entrevista se realizó una primera exploración sobre los comportamientos micromachistas de los entrevistados, y luego de dialogar sobre conductas ajenas, se volvió a indagar sobre la propia persona.

En la totalidad de los entrevistados, quedó corroborada la hipótesis sobre la facilitación que genera señalar comportamientos micromachistas en otros para luego pasar a la autopercepción. Uno de los participantes comenzó la entrevista convencido de no tener comportamientos micromachistas con su pareja por tener una “*relación muy sana*”. Sin embargo, luego de conversar sobre esta clase de comportamientos en sus amigos, interrumpió su relato para aclarar: “*creo que con mi pareja probablemente tenga comportamientos micromachistas, pero quizás no los identifico*”. El resto de los participantes siempre sostuvo tener comportamientos micromachistas, pero presentaban dificultades en encontrarlos o mencionarlos. No obstante, luego de conversar sobre conductas percibidas en otros, la

totalidad de los entrevistados logró identificar comportamientos específicos propios. Incluso algunos de los entrevistados se percataron de los efectos de la facilitación. Uno de ellos expresó: *“creo que hablando de mi papá puedo ver actitudes similares que yo pueda tener. Hablando de mis amigos también algo de lo mío puede salir a la luz, pero bueno, verse a uno mismo es un poco el punto ciego”*. En esta misma línea, otro de los entrevistados enunció: *“ver afuera es más fácil que ver adentro. Y uno ve micro prácticas que uno piensa que no hace, pero al verlas en otro, salen a la luz.”*

Atribución de sus comportamientos

Al preguntar el motivo por el cual los entrevistados creían ejercer micromachismos, se encontró una alta uniformidad en las respuestas basadas en la influencia social. Algunos justificaron sus comportamientos por ser *“cosas muy arraigadas”*, otros creían actuar de este modo por vivir en una sociedad que *“fue impresa de esa manera”*. En la misma línea, se encontraron argumentaciones como: *“es cultural. Es la vida misma. Las representaciones en la televisión, los libros, la escuela, el lugar asignado al hombre, a la mujer”*.

La primera conclusión a la que se puede arribar a partir de los recortes seleccionados, es que los entrevistados atribuyen sus comportamientos al proceso que teóricamente se denomina como socialización. Es decir, la responsabilidad de que los sujetos tengan comportamientos micromachistas, estaría centrada en la forma en la que las personas de la sociedad interiorizan una determinada forma de ser, estar y relacionarse en el mundo. En este sentido, un solo entrevistado logró diferenciarse del resto, agregando que más allá de responsabilizar a la sociedad, hay un trabajo a realizar por parte de cada persona que posibilitaría un cambio en las conductas: *“la respuesta fácil sería culpar a la sociedad por tener arraigadas estas cuestiones. Pero también hay un trabajo que cada uno tiene que hacer. Por más que haya violencia en todos lados, es imperdonable que una persona tenga actitudes violentas.”*

Resulta imposible desvincular las conductas micromachistas del contexto en el cual éstas tienen lugar. Sin embargo, se puede inferir que cuando los entrevistados le otorgan la totalidad de la responsabilidad a la sociedad, esto puede funcionar como una defensa para no mirar las posibilidades que cada uno tiene a la hora de realizar cambios en sus conductas.

Virilidad y validación homosocial

La mirada de los hombres sobre la virilidad propia es un pilar fundamental en las masculinidades. Tal como indica Kimmel (1997): *“estamos bajo el cuidadoso y persistente escrutinio de otros hombres. Ellos nos miran, nos califican, nos conceden la aceptación en el reino de la virilidad. Se demuestra hombría para la aprobación de otros hombres. Son ellos quienes evalúan el desempeño”* (p. 54). En relación a esto, se indagó sobre los comportamientos que los entrevistados ven en sus grupos de amigos y sus reacciones ante la observación de actitudes micromachistas.

La variabilidad de respuestas de los entrevistados en este caso fue llamativamente alta. Se distinguen tres tipos de conductas: Por un lado, se pueden identificar las conductas evitativas caracterizadas por el silencio o el distanciamiento. En relación a esto, uno de los entrevistados explica su reacción al escuchar comentarios machistas en sus amigos: *“hago silencio. No hago demasiado para que no se hagan [los comentarios]”*. En la misma línea otro de los entrevistados dice alejarse de los grupos de amigos que objetivizan a las mujeres: *“tiene sus consecuencias, yo hoy en día no tengo tantos amigos, es una realidad. Y algunos vínculos los perdí porque yo me distancié (...) No creo que sea la mejor solución, pero es lo que me sale”*.

En las antípodas, se encuentran los comportamientos confrontativos. Uno de los entrevistados expresa: *“Por más que reciba bullying o jodas por estar diciendo lo que uno dice, hay que hacerlo. Creo que es un miedo que suelen tener mucho los varones que se identifican con el feminismo. Ven situaciones que saben que están mal, pero por miedo a ser rechazados se callan”*.

En una tercera posición aparecen los comportamientos adaptativos, es decir, aquellos que varían

según la situación: *“hay veces que me da pereza o no puedo intervenir demasiado porque no conozco tanto a las personas. Sí a veces trato de dar el ejemplo para cambiarlo, aunque a veces puedo y a veces no”*.

En los discursos, se puede vislumbrar el alto nivel de importancia que le otorgan los entrevistados a la validación homosocial. En esta línea, se distinguen distintos tipos de reacciones en función del costo que implica para cada uno la realización de acciones no legitimadas por sus pares.

Micromachismos coercitivos

Los micromachismos coercitivos sientan sus bases en el uso de la fuerza moral, psíquica, económica o de la propia personalidad para lograr ejercer el poder. En las entrevistas, se indagaron algunos de los comportamientos característicos propuestos por Bonino (1996) como el control del dinero, el uso expansivo – abusivo del espacio físico y del tiempo para sí, la insistencia abusiva, la imposición de la intimidad y la apelación a la “superioridad” de la “lógica varonil”.

En lo que respecta al manejo del dinero la mayoría de los entrevistados respondieron que con su pareja dividen los gastos comunes *“mitad y mitad”*. En relación al uso expansivo - abusivo del espacio físico y del tiempo para sí, tampoco se percibieron comportamientos de abuso de poder, sino más bien una horizontalidad y negociación. Todos manifestaron que el uso de espacios comunes y el desarrollo de tareas domésticas se negocia y se divide de manera equitativa.

Distinto fue el caso de la insistencia abusiva, la imposición de la intimidad y la apelación a la superioridad de la lógica varonil, donde los entrevistados dicen saber conscientemente que su comportamiento es desigual para con su pareja y acaban utilizando justificaciones del tipo *“es complicado”, “está muy arraigado”, “sucede”, “a veces pasa” o “se da”*.

Al indagar sobre la insistencia abusiva, es decir, el ganar por cansancio, los entrevistados justificaron su accionar por suceder en situaciones previas a una discusión: *“es una cuestión de insistencia para convencer, no de discusión”*; *“no somos de discutir, entonces en cosas chiquitas, alguien termina cediendo”*. De esta forma, consideran que la gravedad de la insistencia abusiva se incrementaría en caso de suceder en una discusión propiamente dicha. Por esto se puede deducir que eligen utilizar el poder en una etapa previa a la que ellos perciben como grave.

En relación a la imposición de la intimidad, todos los participantes coincidieron en que este comportamiento sucede o sucedió. Los matices se encontraron en las posibilidades de conversación y en la creencia de que este comportamiento se ejerce unilateralmente o no, entre otros. Sin embargo, dejando los matices de lado, la imposición de la intimidad resultó ser un comportamiento encontrado en la totalidad de los varones.

Por último, en relación a la superioridad de la lógica varonil, la mayor parte de los entrevistados admitió tener actitudes de esta índole, tanto en el ámbito doméstico, con sus parejas, como en lo laboral, con otras personas: *“en mi trabajo personalmente que es del ámbito inmobiliario, hace poco me di cuenta que, si tengo que llamar a inquilinos para reclamar algo, llamo a la mujer”*.

Micromachismos encubiertos

Los micromachismos encubiertos son aquellos que atentan contra la simetría relacional y la autonomía femenina cuando el varón oculta, e incluso se oculta a sí mismo, la dominación sobre el género femenino. En la mayoría de los casos, estas maniobras son tan sutiles que pueden pasar desapercibidas, razón por la cual son tan efectivas. A lo largo de las entrevistas salieron a la luz distintos tipos de micromachismos encubiertos, como por ejemplo el camuflaje del control en chistes aparentemente inofensivos, celos, paternalismos, entre otros.

A los varones que definen a su relación de pareja como “cerradas”, se les preguntó si alguna vez sintieron que su pareja les había sido infiel. Si bien todos aclararon que hoy en día no se perciben como personas celosas, también admitieron que tuvieron o tienen actitudes de control para con su pareja: *“alguna vez miré quién le puso “me gusta”*; *“los dos éramos más de celar... controlar a la otra*

persona en redes sociales”; “yo le hago chistes como de ‘bueno, pero no va a pasar nada con estos amigos...’ pero todo de chiste... aunque ahora que lo estoy hablando abiertamente es una actitud mía de control”.

En lo que refiere al paternalismo como maniobra de posesividad en la que el varón hace “por” y no “con” la mujer, aplacando su autonomía, los varones entrevistados diferenciaron dos situaciones de conflicto: por un lado, aquellas que ocurren en el seno familiar y por otro las que ocurren por fuera del mismo. En relación a las discusiones que suceden con sus familias políticas, todos los entrevistados explican que no suelen involucrarse, dejan que su pareja se defienda por sus propios medios y, si lo creen adecuado, al finalizar dicho conflicto, hablan de lo acontecido en privado. En contraposición, cuando su pareja tiene discusiones con terceros fuera del núcleo familiar, suelen involucrarse en el conflicto. Al indagar la causa de su paternalismo se encontraron respuestas como: *“sé que quizás está mal, pero en realidad también lo volvería a hacer. Es raro decirlo porque sé que puede no ser lo correcto, pero siendo completamente honesto, creo que, si sucede de nuevo, también lo haría de nuevo”*; *“me involucré de manera quizás un poco violenta, pero para bien”.*

Micromachismos utilitarios

Los micromachismos utilitarios, son aquellos que se realizan especialmente en el ámbito doméstico, sostenidos en las ideas de las habilidades naturales femeninas en relación al cuidado y el ámbito privado. Así, se evitan las responsabilidades domésticas y se delegan los trabajos en relación al cuidado y a lo vincular.

Para explorar este tipo de conductas, se indagó sobre la división de roles en relación a las tareas domésticas y a la potencial paternidad/maternidad. En la totalidad de los casos se percibió una simetría en la repartición de los quehaceres domésticos en donde cada uno desarrolla las tareas en las que tiene mayor facilidad. Esto mismo sucedió cuando se indagó sobre la proyección de los roles que tomaría cada parte de la pareja en caso de tener un hijo o hija: hay quienes no desean ser padres, quienes no pudieron responder a la pregunta y quienes imaginan que, si ahora los roles se dividen de forma simétrica, en el caso de que esta situación ocurra, sucederá de la misma manera.

Así como en las entrevistas hubo preguntas que interpelaron a los sujetos y que lograron que los mismos se replanteen sus formas de actuar, cuando estas se referían a los micromachismos utilitarios, ninguno mostró conflicto alguno al responder. Pareciera ser que en este aspecto no tuvieran ningún reproche para con sus propias conductas. Esto podría ser parte del cambio identitario superficial que hizo surgir a las llamadas “nuevas masculinidades”. Como explica Carballo (2017), se identificó un modelo altamente nocivo y desagradable que fue claramente repudiado con distintas características puntuales. Una de ellas, podría ser la del varón que espera a que la mujer realice todas tareas domésticas. Otra, la del varón paternando desde una posición distante, desimplicado afectivamente y poco involucrado en la crianza. Evidentemente los varones en cuestión, evitan reproducir ciertas prácticas puntuales que en otras épocas eran habituales y hoy en día, son altamente rechazadas.

Micromachismos de crisis

Los micromachismos de crisis aparecen ante una posibilidad de desequilibrio de poder. Como explica Bonino (2003), esta categoría se ve reflejada en el hipercontrol masculino, la victimización, las promesas y el hacer méritos y regalos para ser un “buen hombre”.

Para analizar este tipo de conductas, se indagó sobre los comportamientos que tienen los entrevistados luego de cometer distintos errores o cuando perciben el empoderamiento de sus parejas. En este sentido, se identificaron dos comportamientos en la muestra seleccionada. Uno de ellos confiesa: *“cuando cometo un error y lo veo, trato de pedir disculpas. Es difícil por una cuestión de orgullo, pero trato de hacerlo (...) A veces también puede haber deseos incumplidos de su parte, como cuestiones de ocio que yo no tengo ganas de hacer y quizás trato de remediar eso haciendo una actividad que más le guste a ella”.* Esta conducta puede ser leída en términos de “hacer méritos” o realizar cam-

bios superficiales, que posiblemente desaparecerán cuando su pareja perdona el error cometido por el varón. En segunda instancia otro entrevistado comenta su manera de afrontamiento ante ciertas situaciones de disgusto: *“mi manera de estar triste era alejarme de ella y siendo medio malo con ella también (...) creo que es algo que hago regularmente. En vez de hablar me distancio”*. Esta estrategia podría ser leída en términos de resistencia pasiva y distanciamiento, incluyendo también la desconexión, ejemplos de micromachismos de crisis.

Haciendo un balance entre las cuatro categorías, los micromachismos de crisis resultaron ser los menos frecuentes en la muestra en cuestión, por lo que se podría inferir que el empoderamiento y/o la autonomía de sus parejas no parecería ser un conflicto para los entrevistados.

Conclusión

A lo largo de la presente investigación, se evidenciaron en todos los varones vinculados al feminismo, distintas formas de dominación visualizadas en comportamientos micromachistas. En otras palabras, más allá de las buenas intenciones y del cuestionamiento teórico en relación al poder, este sigue ejercitándose en el día a día. Esta es la razón por la cual el presente artículo busca pensar al feminismo no como un punto de llegada, sino como uno de partida. Esto es, servirse de la teoría para revisar, repensar y modificar prácticas cotidianas vinculadas al ejercicio del poder existente en todas las relaciones.

Bibliografía

- Badinter, E. (1992). *XY, la identidad masculina*, Madrid: Alianza.
- Bonino, L. (1996). La violencia invisible en la pareja. En *1as. Jornadas de género en la sociedad actual*. Valencia: Generalitat Valenciana
- Bonino Méndez, L. (2003). *Micromachismos: La Violencia Invisible en la pareja*, disponible en: http://laciutatinvisible.coop/wp-content/uploads/2014/05/micromachismos_0.pdf
- Burin, M. (2000). *Construcción de la subjetividad masculina*. Buenos Aires: Paidós.
- Carballo, J.A. (2017). *Masculinidades y Feminismo*. Barcelona: Virus Editorial.
- Castoriadis, C. (1975). *La institución imaginaria de la Sociedad*. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Hernández Sampieri, R., Collado Fernández, C. y Lucio Baptista, P. (2004). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Kimmel, M. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En *Masculinidades: Poder y Crisis*. Chile: Isis Internacional y Flacso.
- Lo Russo, A. (2018). Los procesos actuales de deslegitimación de las violencias basadas en el género y las vueltas del patriarcado. En *Revista Symploké*.
- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*, Nueva York: Science House.
- Tajer, D. (2009). *Heridos Corazones*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Cuidados en tiempos de pandemia. Reflexiones en torno a prácticas profesionales de un Centro de Salud desde la perspectiva de género

Sofía Lovrich
Psicología - UBA

Resumen

Este trabajo reflexiona sobre la práctica de acompañamiento realizada en un centro de salud de CABA a mujeres -madres y jefas de hogar- que se responsabilizan por los cuidados de sus hijxs que contrajeron COVID-19. En tiempos de pandemia, las crisis actuales intensifican desigualdades sociales. Definimos el concepto de cuidados desde la perspectiva de salud integral y como derecho y analizamos las tareas de cuidados que a lo largo de la historia se han naturalizado como prioritarias en mujeres, asociadas al mito mujer = madre. La perspectiva de género permite tener una mirada crítica frente a nociones instituidas de cuidados.

Palabras claves: Cuidados - Mito mujer=madre - Autoatención - Perspectiva de género

Abstract

This work reflects on the accompaniment practice carried out in a health center of Buenos Aires City to women, who are mothers and heads of households, responsible for the care of their children. In pandemic times, current crises intensify social inequalities. We define the concept of care from the perspective of integral health and as a right, and we analyze the care tasks that, throughout history, have been naturalized as a priority for women, associated with the myth woman = mother. The gender perspective allows a critical view of the established notions of care.

Key words: Care - Myth woman = mother - Self-care - Gender perspective

Prácticas profesionales frente al coronavirus en un centro de salud

El presente trabajo busca reflexionar sobre la práctica de acompañamiento que se realiza en un centro de salud (primer nivel de atención) de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) a personas que han contraído coronavirus. Específicamente, al acompañamiento de mujeres – que son madres y jefas de hogar¹- que se responsabilizan por los cuidados de sus hijxs.

En tiempos de pandemia, encierro y crisis el cuidado de la vida es un acto político. En el recorrido de estas líneas realizamos un análisis respecto de las tareas de cuidado que a lo largo de la historia se han naturalizado como prioritarias en las mujeres e identidades feminizadas.

Actualmente el contexto de crisis mundial, económico, social, ambiental y sanitario permite visibilizar tareas de cuidados no reconocidas ni remuneradas llevadas a cabo principalmente por mujeres e identidades feminizadas, en tanto que este trabajo es el que sostiene y constituye la base sobre la cual se asientan los otros trabajos dentro de la estructura de la familia y de la sociedad. Esto demuestra cómo el sistema patriarcal descarga el cuidado de las personas mayores y de lxs niñxs en las mujeres, incrementando el peso del trabajo doméstico y la triple jornada laboral.

En Argentina, durante el 2020 con la conformación del Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad de la Nación se instala en agenda y como prioridad las tareas de cuidado creando el área de “Cuidados”. En este sentido se promueve como política pública, desde la perspectiva de género, diseñar sistemas integrales de cuidado que favorezcan la corresponsabilidad entre Estado, mercado, familias y comunidad.

La situación provocada por la pandemia de COVID-19 que afecta a Argentina, adquiere particularidades en función de los sectores sociales afectados. En marzo de 2020, nos encontramos con los primeros casos de COVID-19 que fueron exportados de países con gran circulación del virus. Se declaró la emergencia sanitaria promoviendo como estrategia de cuidado la cuarentena: quedarse en los hogares para evitar la circulación del virus. Dicha estrategia tenía como objetivo cuidar a las personas mayores y aquellas con factores de riesgo.

En la CABA, en un primer momento la mayor incidencia estuvo dada en los sectores altos o medios altos. Posteriormente, la circulación local del virus derivó en su expansión a otros sectores: barrios populares, en particular las villas, asentamientos y viviendas multifamiliares/colectivas².

Nuevas narrativas tuvieron lugar frente a la pandemia del COVID-19. Palabras que generan marcas: “guerra contra un enemigo invisible”; “aislamiento social preventivo obligatorio”; “cuarentena”; “el otro es peligroso”; “casas de resguardo”; “estoy en una lista”; “tapa bocas”.

Se establecieron nuevos modos de subjetivación en la construcción de estas narrativas. La “subjetividad heroica” (Lewkowicz y De La Aldea, 1999) que implica una metáfora bélica ubicando el sacrificio de la lucha del personal de salud contra el enemigo invisible. La “subjetividad punitivista” que permite el control biopolítico (Foucault, 2007) por las fuerzas de seguridad de preservar el orden y que la población se encuentre en sus hogares. Y “la subjetividad colectiva” que hace referencia a estrategias socio comunitarias. ¿Qué cuidados colectivos podemos construir en este momento socio histórico y político?

La pandemia del coronavirus, por un lado, visibilizó variables que refieren a la modernidad líquida (Bauman, 2007) donde prima la labilización de vínculos, el individualismo y la inmediatez de los momentos. Por otro lado, dio cuenta del sistema de salud de CABA fragmentado y desarticulado, tanto entre sus 3 subsistemas: público, privado y de obras sociales como entre los distintos niveles

1 La ‘jefatura de hogar femenina’ refiere a aquellos hogares mantenidos por mujeres, con o sin presencia de varones.

2 Viviendas multifamiliares/colectivas son aquellas que alojan a múltiples personas y/o grupos familiares, quienes comparten baño y/o cocina y/o habitación. Dentro de esta categoría están incluidos los hoteles, pensiones, inquilinatos, conventillos y casas ocupadas.

del subsector público (Centros Médicos Barriales, CeSACs y Hospitales). Para garantizar el cuidado continuo de la salud de la población es necesaria una mirada que incluya lo colectivo, lo diverso y heterogéneo en el reconocimiento de la salud en su complejidad (Morin, 1995).

Es así que el contexto actual instaló nuevos desafíos para el trabajo comunitario. En el centro de salud, nuestras tareas se vieron afectadas por la suspensión de las actividades comunitarias grupales. Nos reorganizamos en comisiones de trabajo interdisciplinario en donde promovemos que la diversidad de miradas y trayectorias se pongan en juego en busca de pensar y construir una práctica distinta, con estrategias nuevas para abordar el trabajo territorial, con una mirada ampliada y no centrándonos únicamente en lo biológico de la pandemia.

De esta manera se instaló una nueva práctica profesional en el centro de salud: acompañamiento a través de entrevistas telefónicas y/o territoriales a personas que contrajeron coronavirus. Las mismas consisten en acompañar a las personas durante el proceso de aislamiento como parte del tratamiento del coronavirus. No se trata solo de realizar un seguimiento en lo asociado con la enfermedad, sino desde una perspectiva de salud integral en su consideración de las personas y sus ámbitos sociales, culturales y ambientales. En algunas de las entrevistas a mujeres – que son madres y jefas de hogar- es usual escuchar algunas de las siguientes expresiones. “¿Cómo se puede haber contagiado mi hijx?” “¿Cómo es posible que sea positivo y yo negativa?” “¿Por qué no me enfermé yo?” “Si limpio como loca, no entiendo dónde se contagió”. “Soy una mala madre”.

¿Qué sucede con las mujeres – que son madres y jefas de hogar- que acompañan a sus hijxs que contrajeron coronavirus? ¿Cuáles son los roles de cuidado que se ponen en juego? ¿Por qué aparecen esas expresiones? A lo largo del tiempo, las mismas se vieron alimentadas por voces de culpabilización de parte de otrxs, referenciando que no hubo buenos cuidados.

Desde una perspectiva patriarcal se consolidan estereotipos de género que responsabilizan a las mujeres como las principales gestoras del cuidado de sus hijxs. Pero ¿cuáles son las necesidades de cuidado de lxs niñxs? ¿Qué factores determinan esos cuidados? ¿Qué concepción de cuidado se promueve desde las construcciones subjetivas de cada quién? ¿Cuáles son los imaginarios sociales que se ponen en juego? ¿Qué tipos de arreglos contribuyen a la equidad de género? ¿Cuáles, por el contrario, refuerzan los estereotipos de género? ¿Qué significa “cuidar bien”?

Aquí es importante nombrar los aportes de Rodríguez Enríquez (2015) en relación a la Economía Feminista visibilizando el rol fundamental que el trabajo doméstico y de cuidado material y simbólico (de reproducción cotidiana de la vida) tiene para el funcionamiento del sistema económico. Visibilizar que el único trabajo existente no es el que se remunera en la relación salarial, sino que trabajo es también todas las tareas que sostienen la vida y que, por las características de una distribución social y sexual del trabajo injusta y estereotipada, se realizan mayoritariamente por mujeres y de manera gratuita.

En este sentido es necesario pensar cómo las relaciones de género, que estructuran relaciones sociales, tienen efectos concretos en las estructuras y las dinámicas no solo sociales sino también económicas, como por ejemplo la distribución y posesión de recursos materiales y simbólicos y el reparto del tiempo.

A lo largo de este escrito intentaremos profundizar los interrogantes aquí introducidos.

Consideraciones metodológicas

El presente trabajo se realiza en base a la práctica de acompañamiento, desde un centro de salud, a mujeres – que son madres y jefas de hogar – a cargo de las tareas de cuidado en sus grupos familiares, a través de la estrategia socio comunitaria, desde abril a septiembre de 2020, en el territorio de la zona sur de CABA.

Según el Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010 (INDEC, 2012) la zona sur de CABA se caracteriza por presentar los índices socioeconómicos más bajos comparados con la zona norte y presentar condiciones habitacionales vulnerables. La mayoría de los hogares presentan condi-

ciones de hacinamiento y hacinamiento crítico³. De acuerdo al Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la población que habita en hoteles-pensión, casas tomadas e inquilinatos en el área de responsabilidad del centro de salud 2012-2013 (RIEPS, 2014), la mayor parte de la población se sustenta con economías de tipo informal, precarias e inestables. El 52% posee trabajo informal, el 25% no trabaja. El 24% trabaja en empleo formal y el 15% en informal. La cobertura de salud exclusivamente pública es del 61 %. El 86% se conforma por familias nucleares monoparentales con jefatura de hogar femenina. Se verifica que para la atención de la salud el 77% de la población encuestada concurre a los hospitales públicos y Centros de salud de la CABA. Esta situación se correlaciona con la mencionada precariedad en las condiciones de trabajo: la mayoría de las unidades domésticas no accede a la cobertura de seguridad social o a la cobertura privada.

Estas particularidades dan cuenta de condiciones estructurales que impactan en la salud de la población. Es así que quienes residen en viviendas multifamiliares/colectivas, tienen imposibilitado, por las características de los lugares, la garantía del distanciamiento social recomendado y necesario para evitar el contagio del COVID-19.

En función del problema y objetivos planteados, como parte del acompañamiento, se utilizaron como instrumentos metodológicos la observación participante (Chizzotti, 1991) y entrevistas semiestructuradas (Grinnell y Unrau, 2007; como se citó en Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio, 2010). Las entrevistas fueron tomadas a mujeres de entre 19 a 55 años encargadas de los cuidados de sus hijxs que contrajeron coronavirus. Para el presente trabajo se tomó una muestra aleatoria simple (Ander-Egg, 1987) de 5 mujeres que habitan en viviendas multifamiliares/colectivas. Se sistematizó la información de las entrevistas con preguntas abiertas y cerradas en una base de datos de elaboración propia del equipo de salud. Se indagó sobre los siguientes tópicos: características sociodemográficas por grupo familiar (edad, fecha de nacimiento, DNI, teléfono y domicilio); características de viviendas multifamiliares/colectivas en las que habitan (si comparten baño, cocina y/o habitación); si presentan comorbilidades (factores de riesgo); último contacto con la persona que contrajo coronavirus de la vivienda colectiva; dónde y cuándo se realizó el test de coronavirus. A su vez, esto se registra en las historias clínicas de salud recuperando los impactos de la pandemia en la salud de las mujeres y los imaginarios sociales en torno a las tareas de cuidados.

¿Qué vino a develar el coronavirus?

Durante el proceso de seguimiento y entrevistas a mujeres - madres y jefas de hogar- surgían interrogantes con connotación negativa y de ser la única responsable por sus hijxs por haber contraído coronavirus.

La mayoría de las familias que acompañamos habitan en viviendas multifamiliares/colectivas, donde se comparte baño y cocina que es uno de los principales focos de contagio. En Argentina, desde el comienzo de la pandemia se consolidó la frase “*Quedate en casa*” como una estrategia de cuidado para reducir la circulación de la población en la vía pública, en espacios en común, y así se redujera la tasa de contagio del virus. Sin embargo, esta frase presenta heterogeneidades que no aplica del mismo modo en todos los hogares. Aquí vemos cómo las condiciones habitacionales impactan en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (Menéndez, 2003).

Entonces ¿por qué se autorresponsabiliza una mujer cuando sus hijxs han contraído esta enfermedad? Cuando en realidad operan cuestiones estructurales que establecen determinaciones sociales y condiciones de vida precarias.

¿De qué prácticas de cuidado y prevención hablamos cuando lo que mayormente aparecía era una preocupación desde el pánico, de no volver a contagiarse y de “estar lejos de la persona contagiada”? Frente a estas representaciones trabajamos la idea de “ocuparse” y no “preocuparse” desde una estrategia de cuidados preventivos (Leavell y Clarck, 1976). “Prevenir en el campo de la salud

3 Hacinamiento se refiere a los hogares donde hay dos o más personas por cuarto, incluyendo a aquellos con hacinamiento crítico, en los que hay más de tres personas por cuarto en la vivienda.

se asocia a tomar recaudos ante las situaciones de riesgo, a informar o anticipar sobre los riesgos, a fomentar una mejor calidad de vida y a propiciar conductas responsables y modos de vida saludables” (Zaldúa, 2011, p. 18). Es decir, no solo acompañamos a las personas en su evolución clínica respecto a la enfermedad, sino también buscamos promover la salud mediante acciones que apunten a mejorar las condiciones de vida de las personas (educación para la salud, mejoras en las condiciones habitacionales y de trabajo).

El marcador moral del cuidado de lxs hijxs “cuidarlxs bien”, traza un límite que es usado por las mujeres para establecer distinciones y jerarquías y movilizar tales valoraciones en la competencia por recursos materiales y afectivos, así como sociales. La estigmatización social de las mujeres que no se “adaptan” a las normas de lo que implica un buen cuidado, por transgredir los comportamientos asignados a las mujeres desde una perspectiva patriarcal genera importantes sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima que también operan como obstáculos en el acceso a la red de atención de su salud. En este sentido, Zaldúa (2011) plantea que “las prácticas sociales y discursivas se actualizan en las significaciones imaginarias, se naturaliza el mandato con prescripciones, deberes, sanciones, culpas como si fuera un destino que no puede transgredirse sin consecuencias” (p. 156)

En este acompañamiento es clave promover estrategias de promoción de la salud (Czeresnia, 2008) buscando “fortalecer la autonomía de los sujetos y de los grupos sociales” (p. 1). Dichas estrategias deben ser sensibles a:

los determinantes sociales en salud, visibilizando cómo las condiciones de vida de los sujetos impactan en su vida cotidiana, en las maneras de cuidar su salud, en las formas de ser asistidos, en el acceso al sistema de salud, en los modos de enfermar, morir, etc., no necesariamente en este campo se visibilizan las inequidades de género como determinantes en salud, es decir como generadoras de inequidades que vulneran de manera diferencial a mujeres y varones. (Attardo, 2012, p. 101)

Entender cómo los determinantes sociales en salud impactan en las subjetividades de las personas que acompañamos permite tener una mirada integral no solo de realizar un seguimiento de la enfermedad biológica del coronavirus sino todo lo que subyace a la misma, teniendo en cuenta la protección de derechos como estrategia fundamental.

Algunas mujeres – que son madres y jefas de hogar – cuando estuvieron aisladas con sus hijxs que contrajeron coronavirus, apelaron a las organizaciones sociales que forman parte para compartir el cuidado de sus otrxs hijxs. Si enfocamos la promoción en la comunidad damos cuenta de la potencialidad de ampliar las redes sociales y vínculos comunitarios que dichas mujeres ya tenían con otrxs vecinxs y compañerxs de organización. Pertenecer a una organización con sentido de cambio social promueve lazos solidarios, de confianza mutua y favorece competencias para organizarse y contener situaciones conflictivas en la organización o la comunidad.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de cuidados?

Todxs necesitamos cuidados a lo largo de nuestras vidas, ya que es un elemento central del bienestar humano. El concepto de cuidado es amplio y ambiguo. Siguiendo a Giménez (como se citó en Marco Navarro y Rodríguez Enríquez, 2010) el cuidado puede ser *directo* que comprende su prestación material y la atención de las necesidades físicas y biológicas, de tal manera que hay una transferencia de tiempo y una interacción cara a cara entre las personas que otorgan y reciben el cuidado. E *indirecto*, que consiste en la transferencia desde un componente de algún sistema social, especializado o no, de los mecanismos necesarios para que lxs individuxs generen por cuenta propia las atenciones que requieren.

Partimos de pensar el cuidado desde la promoción de la salud y como un derecho. Entender el cuidado desde un enfoque de derechos significa dejar de concebir al cuidado como una responsabilidad exclusiva de las mujeres y transformarse en una responsabilidad social colectiva. A su vez, entenderlo desde un enfoque integral que dé cuenta de factores como tiempo, dinero y servicios para cuidar.

Tronto (2009) define al cuidado como:

actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos para conservar, continuar o reparar nuestro “mundo” de modo que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades y nuestro entorno que procuramos entretejer conjuntamente con una red compleja que sostiene la vida (p.7).

Podemos describir que las mujeres que acompañamos en este contexto dan cuenta del concepto “mujer malabarista” (Faur, 2014) a modo de “radar” de estar pendiente de multitareas la mayor parte del tiempo que conlleva una carga mental. La disposición a cuidar a alguien es algo aprendido que surge a través de una práctica. La feminización de los cuidados impacta en la participación laboral femenina y ésta en los ingresos del hogar, a su vez también las pautas culturales que podrían influir en usos, costumbres y prácticas asociados al cuidado. ¿Por qué se naturalizan los cuidados femeninos? ¿Cómo repensamos nuestras propias construcciones subjetivas? ¿Cómo aprendemos a desandar ciertos aprendizajes? Pareciera que hasta que no surge “una excepcionalidad”, cuando falta la mujer como exclusiva en los cuidados de otrxs miembros de la familia, aparecen los varones. Abordamos el cuidado como *relación social*, por lo tanto desigual. Algunas personas, principalmente mujeres e identidades feminizadas asumen responsabilidades de cuidado mientras que otrxs se consideran eximidxs de hacerlas.

Ahora bien, nos preguntamos ¿cómo se da esta dinámica? ¿Qué prácticas y representaciones la sostienen?

Es fundamental tener en cuenta lo estructural y desde la perspectiva de la Epidemiología crítica apoyarse en lo expresado por Jaime Breilh (2003):

la reproducción social, los modos de vida y los estilos de vida y los procesos singulares se relacionan dialécticamente en un movimiento entre lo macro y lo micro en el orden social y la historicidad. Si solo se toman las conductas y las exposiciones al riesgo, se despeja a los fenómenos de su historicidad y de su inserción social (p. 26).

A *nivel micro* se puede dar cuenta de la carga y distribución de trabajo que suponen las tareas de cuidado y sus representaciones sociales. A *nivel macro* se tiene en cuenta el papel del Estado y otras instituciones en la organización social del cuidado. Esto permite discutir la forma de estructuración del sistema sociopolítico y económico. Siguiendo a Daly y Lewis (como se citó en Esquivel, Faur y Jelin, 2012) podemos hablar de cuidado social que implica “las actividades y relaciones orientadas a alcanzar los requerimientos físicos y emocionales de niños y adultos dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales éstas son asignadas y llevadas a cabo” (p. 285)

Uno de los principales desafíos para el diseño de políticas públicas es que se establezca una nueva forma de organización social y política de los cuidados, atenta a los derechos y a las necesidades de la población que provee y que requiere de cuidados. ¿Qué sucede cuando estos cuidados se naturalizan en términos de desigualdad: naturalizando que las mujeres asumimos responsabilidades de cuidado mientras que otrxs quedan eximidxs de hacerlo?

Tronto (2013) otorga una explicación:

La actual construcción de las identidades masculinas y femeninas, permite a los varones evadir la responsabilidad de asumir las tareas de cuidado asignadas a las mujeres (...) ser masculino es poder *pasar* de tener que pensar en cosas de mujeres, incluyendo las responsabilidades de cuidados (...) La idea de que las mujeres son buenas cuidando y que los varones no, es una característica de aquello que Raewyn Connell ha llamado la *masculinidad hegemónica*. (p.68)⁴

⁴ Traducción propia.

Acompañar subjetividades en contexto de pandemia permite preguntarnos sobre los impactos y “cargas” que conllevan los cuidados en el proceso de salud enfermedad-atención-cuidado (PSEAC). “Menéndez (1994) incluye a la atención, al considerar que los procesos de salud-enfermedad suponen respuestas sociales, y por tanto estas respuestas instituyen una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad” (Pagnamento et al., 2016, p. 4).

Consideramos imprescindible generar espacios y promover dispositivos de “cuidar a lxs que cuidan”: una red adecuada para repensar los mitos e imaginarios sociales que giran en torno al cuidado ¿Cómo desandamos lo aprendido?

Es necesario seguir (de) construyendo el concepto de cuidados que se asocia a lo femenino. Los cuidados son relacionales e interdependientes. Es una capacidad humana que no tiene cuestión de género ni de clase. Como expresan Faur y Jelin (2012) “las demandas públicas de las mujeres desde la maternidad pueden ser vistas (...) como un esfuerzo de politización del cuidado, como propuesta de una “ética del cuidado” como paradigma universalista, y no como moral femenina o maternal.” (p. 39). Tronto (como se citó en Esquivel et al., 2012) afirma que:

el cuidado no es una preocupación particularista de las mujeres, un tipo de cuestión moral secundaria, o el trabajo de los/as más pobres. El cuidado es una preocupación central de la vida humana. Es hora de que empecemos a cambiar las instituciones sociales y políticas para que reflejen esta verdad (p. 180).

Ante la pandemia del COVID-19 el sistema de salud, que es gobernado por el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2003), presenta tensiones a la hora de acompañar el PSEAC. Dicho modelo tiene como características estructurales “el biologismo y la ahistoricidad, asociabilidad e individualismo de su delimitación del objeto, centrada en la enfermedad” (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012, p.10). Frente a las tensiones entre una mirada sesgada solo por lo biológico y el testeado de la enfermedad y la necesidad de una mirada integral de los determinantes sociales de lo que enferma o produce impacto en las subjetividades surgen nuevas formas de resistencia y solidaridad. Es así, como algunas mujeres – mujeres y jefas de hogar – que resultaron negativas en el test de coronavirus pero algunxs de sus hijxs dieron positivo tuvieron que reorganizarse para asegurar el cuidado de sus otrxs hijxs. Al ser menores de edad deben ser acompañadxs en el aislamiento. Aquí las mujeres – madres y jefas de hogar – ocupan ese lugar de acompañamiento. El resto de sus hijxs fueron dejados bajo el cuidado de otras mujeres, vecinas o amigas de organizaciones sociales que forman parte. Vemos así cómo las mujeres han podido instituir redes solidarias y de apoyo para cuidarse y acompañarse entre ellas. Un cuidado en red que permite sostenerse no solo en la enfermedad, sino en todo aquello que acontece.

Faur y Pereyra (2018) expresan que es necesaria una estructura social que permita distribuir mejor las responsabilidades de cuidado, incluidos servicios de apoyo e instituciones abocadas a la tarea. Si esto no existe, el tiempo, los servicios y los recursos necesarios para cuidar recaerán sobre los hogares y, hacia su interior, sobre las mujeres.

Acompañar desde la perspectiva de género nos permite tener una mirada crítica frente a las nociones de cuidados. Permite develar la asimetría que existe en el ejercicio de poder entre varones y mujeres, a la vez que, identificar y reconocer que dicho ejercicio ha configurado, históricamente, desiguales oportunidades en el acceso a la educación, la justicia y la salud para las personas.

Podemos guiarnos por lo que dice Scott (como se citó en Zaldúa, 2011) “resignificar el cuidado en términos de géneros debe trascender la opacidad que el concepto plantea si se lo aísla de otras variables de opresión como raza, edad, cultura, clase social, etc” (p. 160).

¿Cómo opera el Mito mujer=madre?

A lo largo de las entrevistas de acompañamiento a mujeres – madres y jefas de hogar- se escucharon expresiones que dan cuenta del mito mujer = madre.

Los imaginarios sociales⁵ establecen producciones y construyen mitos sobre qué se espera de ser madre y padre. Es decir se plantea “la producción y reproducción de un universo de significaciones imaginarias constitutivas de lo femenino y lo masculino moderno que forman parte no solo de los valores de la sociedad sino también de la subjetividad de hombres y mujeres” (Fernández, 1994, p. 162). Los mitos están encarnados en nuestras subjetividades y tienen un objetivo biopolítico (Foucault, 2007) y de disciplinamiento de lo social, de los cuerpos y de la subjetividad. Estos mitos y los imaginarios sociales se sostienen en una dimensión política injusta y por la violencia simbólica, ya que son considerados desde una concepción esencialista invisibilizando las diferencias de sentido en relación con la maternidad y diversidad de prácticas de maternaje, dejando de lado la singularidad y la construcción socio histórica de la misma. Esto da cuenta de la ilusión de atemporalidad (Fernández, 1994), como realidades naturales y ahistóricas y por lo tanto inmodificables. Es importante destacar que los mitos operan por la repetición de sus narrativas, ya que diversos discursos reproducen esos argumentos como verdadero, único y natural.

El mito Mujer = madre (Fernández, 1994) establece que la maternidad es la función de la mujer y a través de ella se realiza como mujer. Esa es la esencia de la mujer, ser madre. Si no es madre, es menos. Se ordenan prácticas sociales que instauran esta modalidad de maternidad y el vínculo madre-hijx y prácticas individuales que establecen las propiedades de tener este proyecto de vida con respecto a otros proyectos vitales. Se establecen “un conjunto de creencias y anhelos colectivos que ordenan la valoración social que la maternidad tiene en un momento de la sociedad” (Fernández, 1994, p.162). De este modo, este mito promueve producciones de sentido y organiza determinadas prácticas; atribuye poder y control en la vida de sus hijxs, siendo la mujer = madre la principal responsable de preservar la estabilidad de la familia que es representada como afectiva en contraste con las dimensiones políticas y económicas. En este sentido, tener poder dentro del ámbito doméstico invisibiliza el poder que puede tener en otros ámbitos. Del mismo modo, se naturaliza que la mujer tiene un instinto materno que guía la crianza de sus hijxs, debido a una determinación psíquica de la biología, estableciendo una ilusión de naturalidad (Bonder, 1979). Se invisibiliza que la maternidad es una construcción socio histórica y no una condición intrínseca de la mujer. Este mito opera por violencia simbólica porque obtura la singularidad de cada mujer en la relación con su propix hijx.

En este sentido nos encontramos con un horizonte normativo presente en los discursos institucionales y en la sociedad en general, que reconoce a la “buena madre” como una mujer presente, cuidadora, cariñosa, tolerante y que está pendiente del bienestar de sus hijxs. Esto es, de una mujer que prioriza las necesidades de lxs hijxs frente a las propias (Hays, 1998; García y De Oliveira, 1994; Wainerman, 2005).

El mandato patriarcal de ser madre opera como eje organizador de la vida de las mujeres. Nos preguntamos cuáles son los imaginarios sociales que fueron arraigados en las mujeres que acompañamos y se reprochaban como las principales responsables de no haber proveído los cuidados adecuados a sus hijxs y haberse enfermado de coronavirus.

¿Deberíamos hablar de prácticas de maternaje para desimplicar los términos de mujer y madre? Si tomamos en cuenta los modos de organización que las mujeres – madres y jefas de hogar- establecieron durante su aislamiento para cuidar a sus otrxs hijxs, ¿podríamos considerarlo como una dimensión instituyente, disruptiva a dichos imaginarios sociales? ¿Será una propuesta de nuevos organizadores de sentido que permita producir un nuevo universo de significaciones que resigne la maternidad?

5 Se consolidan como fuerza reguladora de la vida colectiva y social, es decir, las representaciones de la realidad social, inventadas y elaboradas con materiales tomados del caudal simbólico que tienen una realidad específica que reside en su impacto sobre las mentalidades y los comportamientos colectivos (Bazcko, 1991). Los imaginarios sociales, aparecen como pieza del dispositivo de control social de manera que también es un lugar de conflicto, en tanto queda abierta la cuestión histórica por excelencia, esto es, el surgimiento de otras producciones de sentido (Castoriadis, 1983).

¿Qué valor se atribuye a la autoatención?

Es fundamental recuperar los saberes propios de cuidados que las mujeres desarrollaron frente al coronavirus desde la valoración de la autoatención (Menéndez, 2003). En la práctica nos parece fundamental rescatar y fortalecer dichas estrategias como las que comparten durante el seguimiento: determinadas técnicas de limpieza, infusiones con yuyos para mejorar la congestión, masajes en el pecho para “que vuelva el aire”, relatar cuentos para que “el encierro no pese tanto”.

Para Menéndez (2003) tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen hechos sociales, y por tanto, generan un conjunto de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y de ser posible solucionar la incidencia y las consecuencias generadas por los daños a la salud. Es por esto que se puede considerar que los conjuntos sociales construyen acciones, técnicas e ideológicas, frente a los procesos de salud-enfermedad para prevenir y/o evitar el desarrollo de ciertos padecimientos y/o favorecer la salud.

Es importante destacar cómo las mujeres definen y valoran sus propios problemas de salud y cuáles son los recorridos o formas de atenderlos. Menéndez (2003) por autoatención se refiere a:

las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la auto-prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma (p. 198).

En este sentido, en el acompañamiento, es fundamental incluir dichas lógicas de autoatención que promuevan la producción de actos de salud enmarcados en tecnologías blandas (Merhy, 2006), es decir impulsar prácticas basadas en lo relacional, en donde el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo. Habilitar el alojamiento, la escucha, la construcción de vínculos y una dimensión cuidadora. ¿Cómo construir un acto en salud que establezca un encuentro recuperando las prácticas de cuidado y el acompañamiento a una enfermedad biológica como es el coronavirus desde la perspectiva de salud integral?

En este punto nos preguntamos qué tipo de herramientas o estrategias podemos utilizar para mejorar nuestra forma de intercambio y de construcción de saberes de manera participativa, el cual reconocemos fundamental en el PSEAC tanto nuestro como de la población.

Promoción de salud y perspectiva de género

En la práctica profesional consideramos imprescindible trabajar desde la perspectiva de género, ya que permite promover la distribución equitativa de roles, cuestionando mitos y estereotipos de género que refuerzan el rol de las mujeres como las únicas calificadas para cuidar y criar a lxs niñxs, naturalizando que las tareas domésticas son solo femeninas y que los cuidados en una familia es solo responsabilidad femenina.

Como expresa Attardo (2012):

los estudios de género en el campo de la subjetividad permiten crear estrategias para que mujeres y varones deconstruyan y reconstruyan saberes, imaginarios y sentidos que forman parte de sus procesos de subjetivación en tanto los mismos reproducen inequidades y relaciones de poder injustas y opresivas, fundamentalmente para las mujeres (p. 98)

Buscamos promover la eliminación de las desventajas o desigualdades que los estereotipos y roles de género establecen a la hora acceder a dispositivos de atención y promoción de la salud. Para

esto es prioritario habilitar espacios de diálogo donde las mujeres e identidades feminizadas sean convocadas de modo participativo y democrático en el diseño y gestión de políticas públicas. Esto implicaría transversalizar la perspectiva de género al interior de los dispositivos de salud dando lugar a la promoción de equidad y derecho a la ciudadanía.

A su vez son necesarias estrategias de prevención en salud como pedagogías de cuidado fortaleciendo los vínculos, las redes y las prácticas de autocuidado que las mujeres que acompañamos han consolidado como propias y les dan sentido de pertenencia en las organizaciones que participan. Buscamos promover trabajo comunitario y en red, intersectorial para acompañar el PSEAC.

Promover salud implica reconocer y recuperar las creencias, mitos e imaginarios sociales que se imprimen sobre las subjetividades y a poder visibilizar y transformar inequidades y opresiones que impactan en la salud de las personas. “Estos modos de abordaje tienden a generar transformaciones en las condiciones de vida y garantizar la satisfacción de los derechos para promover comunidades más saludables.” (Attardo, 2012, p.100)

Reflexiones finales

Para concluir consideramos que es necesario promover espacios participativos de “cuidar a quienes cuidan”, donde se puedan repensar los roles de cuidado y los imaginarios sociales arraigados que promueven determinadas formas de actuar.

Hemos visto, que en el acompañamiento a mujeres – que son madres y jefas de hogar- debemos recuperar los saberes propios de cuidados que desarrollaron frente al coronavirus desde la valoración de la autoatención. A su vez, es clave promover estrategias de promoción de la salud entendiendo cómo los determinantes sociales en salud impactan en las subjetividades de las personas que acompañamos. Esto permite tener una mirada integral y no realizar, únicamente, un seguimiento de la enfermedad biológica del coronavirus sino todo lo que subyace a dicha enfermedad.

Es importante destacar la redistribución de las tareas de cuidado que las mujeres – madres y jefas de hogar – pudieron establecer con el sostén de otras mujeres, vecinas o amigas de organizaciones sociales que forman parte. Vemos así como las mujeres han podido instituir redes solidarias y de apoyo para cuidarse y acompañarse entre ellas; un cuidado en red de lo cotidiano.

En este sentido nos parece importante, a modo de ejercicio, construir una sistematización que dé cuenta de las voces y experiencias de las mujeres -madres y jefas de hogar- en los cuidados de sus hijxs que contrajeron coronavirus. Una memoria que permita, de forma instituyente, fracturas con el orden y la mirada patriarcal hegemónica de los cuidados. Así como también, dar cuenta de una práctica integral que incorpore la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetxs singulares.

Acompañar desde la perspectiva de género nos permite tener una mirada crítica frente a las nociones de cuidados, y de esta manera poder visibilizar y transformar inequidades y opresiones que impactan en la salud de las personas.

Bibliografía

- Ander-Egg, E. (1987). *Técnicas de investigación social*. 21a. ed. México: El Ateneo.
- Attardo, C. (2012). Psicólogos y psicólogas por el cambio. En *¿Por qué es pertinente incluir la perspectiva de género cuando trabajamos en la promoción de la salud?*
- Bauman, Z. (2007). *Tiempos Líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*. Barcelona: Tusquets Editores.
- Bazcko, B. (1991). *Los imaginarios sociales*. Nueva Visión: Buenos Aires.
- Bonder, G. (1979). La ilusión de Naturalidad y la Maternidad. Trabajo presentado en seminario *Ubicación de la mujer en la sociedad actual*. Buenos Aires.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.

- Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria*. Tusquets: Barcelona.
- Chizzotti, A. (1991). *Pesquisa em ciencias humanas e sociais*. Cortez: Sao Paulo.
- Czeresnia, D. (2008). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. Recuperado de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia_dina_el_concepto_de_salud_y_la_diferencia_entre_prevenccion_y_promocion_-_CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENCION.pdf
- Esquivel, V, Faur, E y Jelin, E (2012). *Las Lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el Mercado*. 1a ed - Buenos Aires: IDES.
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Faur, E. y Pereyra, F. (2018). Gramáticas del cuidado. En Piovani, J.I. y Salvia, A. *La Argentina del siglo XXI* (pp. 495-532). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fernández, A.M. (1994). Madres en más, mujeres en menos: los mitos sociales de la maternidad. En *La Mujer de la Ilusión: Pactos y Contratos entre Hombres y Mujeres* (pp. 159-184). Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- García, B. y De Oliveira, O. (1994). *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México: El Colegio de México.
- Hays, S. (1998). *Contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio* (5a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.
- INDEC (2012). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: censo del Bicentenario: resultados definitivos, Serie B n° 2. - 1a ed. - Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos –INDEC.
- Leavell, S. & Clarck, E. G. (1976). *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Lewkowicz, I. y De La Aldea, E. (1999). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. Recuperado de http://lobosuelto.com/wp-content/uploads/2019/09/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_la_aldea.pdf
- Marco Navarro, F. y Rodríguez Enríquez, C., (2010). Pasos hacia un marco conceptual sobre el cuidado. En *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo* (pp. 93-113). Cuadernos de la Cepal: Santiago de Chile.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 185-207.
- Merhy, E. (2006). Un ensayo sobre el médico y sus valijas tecnológicas: haciendo un ejercicio sobre la reestructuración productiva en la producción del cuidado. En *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Morin, E. (1995). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa Editorial
- Pagnamento, L., Weingast, D., Caneva, H., Castrillo, B., Hasicic, C. y Specogna, M. (2016). Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género: una propuesta conceptual para su análisis [en línea]. IX Jornadas de Sociología de la UNLP, 5, 6 y 7 de diciembre de 2016. Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8183/ev.8183.pdf
- RIEPS (2014). Salud y Vivienda: Reflexiones a partir de un Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la población que habita en hoteles-pensión, casas tomadas e inquilinatos en el área de responsabilidad del CeSAC 10 2012-2013. Trabajo presentado en *Jornadas Multidisciplinarias Hospital General de Agudos J. M. Penna*.
- Rodríguez Enríquez, C. (2015). Economía Feminista y Economía del cuidado. Aportes conceptuales al estudio de la desigualdad. *Revista Nueva Sociedad*, (256), 30-44.
- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva latinoamericana. *Ver-*

tex-Revista Argentina de Psiquiatría, XXIII (101), 57-67.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une éthique du care*. Paris: La Découverte.

Tronto, J. (2013). *Caring democracy. Markets, equality, and justice*. New York: NYU Press.

Wainerman, C. (2005). *La vida cotidiana de las nuevas familias. ¿Una revolución estancada?* Buenos Aires: Lumière.

Zaldúa, G. (2011). *Epistemes y Prácticas de Psicología Preventiva*.-1ª ed. – Buenos Aires: Eudeba.

Género y pandemia. Formas de relación y consideraciones de gestión de la pandemia

Manuel I. Quintana
UBA

Resumen

Los formatos de gestión de la crisis provocada por la pandemia que se han planteado a nivel mundial oscilan entre dos polos: o bien la no intervención estatal, como es el caso de Estados Unidos, o bien una profunda y vertical regulación, como es el caso de los países asiáticos. Analizamos las formas en las que opera la lucha feminista y cómo estas podrían ser útiles para generar una lógica comunitaria que ayude a enfrentar la pandemia, generando herramientas que descentralicen el poder y morigeren los efectos del virus.

Palabras clave: Pandemia - Coronavirus - Feminismo - Políticas comunitarias - Estudios de género.

Abstract

Different frameworks for managing the pandemic were adopted across different countries, ranging between two opposing settings: the lack of state intervention (strategy implemented by the United States, for example), whereas various asian countries applied a profound and transversal regulation. In this work, we study the role of public feminism debates, and the ways these discussions can be useful to create a collective logic that aids the struggle against the pandemic, yielding alternatives that decentralize the current power distribution and temper the social effects of the virus.

Key Words: Pandemic - Coronavirus - Feminism - Community policies - Gender studies.

Introducción

En el contexto actual de pandemia, el virus genera una situación similar en gran parte del mundo. De acuerdo con la forma de llevar a cabo la estrategia de enfrentamiento al Covid-19 por parte de los distintos estados, se desarrollan distintas configuraciones de gestión de la crisis. Las regiones que obtuvieron mejores resultados fueron aquellas en las que los mecanismos de control y vigilancia se encuentran más desarrollados. Byun-Chul Han expone los métodos de control llevados a cabo en los países asiáticos, pero principalmente en China, los cuales, mediante las nuevas tecnologías de geolocalización, seguimiento de actividades y rastreo de comportamientos, generan las posibilidades de control social y seguimiento de la evolución del coronavirus con mejores resultados a nivel mundial.

Siendo uno de los países con más densidad poblacional, China ha tenido consecuencias más leves que Europa y Estados Unidos. Sin embargo, esto no termina o comienza en el virus: las herramientas de control no son nuevas en estos países y tienen un elevado nivel de sofisticación, que se manifiestan en una coerción ideológica muy eficaz por funcionar a un nivel menos evidente que una orden directa. Por ejemplo, aquellas personas que tuvieran comportamientos saludables y opiniones afines a la ideología del gobierno, accederán a mejores formas de financiamiento y oportunidades, generando una movilidad económica ascendente, en una estrategia clara de disciplinamiento ideológico.

En el extremo opuesto se encuentra Estados Unidos, donde el gobierno ha demostrado una ineficiencia atroz, al punto tal que llegó a competir entre estados para la compra de respiradores y material de protección, elevando los precios según las leyes del libre mercado. También se generaron comunicaciones contradictorias, accionar propio de poderes descentralizados. En aquellos estados donde ganaron los demócratas, el discurso de Trump intenta morigerarse a través de los gobernadores. La comunicación ha sido un factor clave en este contexto y ha marcado diferencias también; la improvisación del presidente Trump provocó, por ejemplo, que varias personas se intoxicaran, luego de que declarara que se podía combatir el virus con la ingesta de desinfectantes. Los casos de intoxicación cayeron cuando los voceros de la comunidad científica desmintieron al mandatario. En Estados Unidos se ha producido lo que Malen Denis describió como un *laissez-faire* macabro (Denis, 2020).

Los casos de éxito de los países asiáticos, y especialmente China, plantean al resto de los estados del mundo la disyuntiva de poder generar una forma de convivencia social más efectiva a través de la implementación de técnicas de control, apurados por la crisis generada por la pandemia. El resultado de la aplicación de estos métodos es la pérdida de las libertades individuales, paralelamente con los riesgos de arribar en el totalitarismo de una sociedad de control. Al momento de escribir este artículo, el Ministro de Asuntos Exteriores de la Unión Europea, Josep Borell (Miguel, 2020) declara: “Esta es una crisis con consecuencias geopolíticas, porque pone de manifiesto la capacidad de las distintas potencias y su voluntad de presentarse como potencias. Se está librando una batalla para dirimir qué sistema político es el más capacitado para hacer frente a una situación como esta... (...) el mundo será más digital, nadie lo duda. Pero ¿quién va a controlar los nuevos sistemas de información y los sistemas de seguimiento que permiten conocer prácticamente todos los desplazamientos de una persona? (...) quizá Estados autoritarios. Eso plantea nuevas cuestiones sobre la organización de la vida social. Y a escala internacional, a escala de los equilibrios de poder, también”.

La pandemia parece estar generando un punto de inflexión. A partir del pánico por la amenaza del virus, las sociedades que la padecen se encuentran más dispuestas a aceptar y promover métodos de control.

Para nuestro análisis debemos considerar que el virus no tiene poder, no ejerce poder, sin embargo sí ejerce un fuerte condicionamiento. El poder sobre los sujetos sigue siendo ejercido de la misma forma que antes de la pandemia. La interseccionalidad que los afectaba sigue estando presente de la misma forma que antes, excepto el condicionamiento de la pandemia que en la mayoría de los casos ha agudizado las situaciones de opresión y vulnerabilidad, profundizando la desigualdad existente. En un primer momento se ha hablado de que el virus no distingue entre pobres y ricos, se dijo que todos nos encontramos ante el mismo peligro; sin embargo, la evolución de la pandemia ha demostrado que los efectos del virus son profundamente diferentes según las condiciones de vida, acceso a la salud e

inserción social. Las cifras muestran la inequidad en las muertes, por ejemplo en Nueva York casi el setenta por ciento de los fallecidos son miembros de la población latina o negra, pertenecientes a los barrios con más sobrepoblación y vulnerabilidad. En cuanto al género, el virus afecta más a la población masculina, tres cuartas partes de los fallecidos en Argentina pertenecen a éste género; estudios que se hicieron eco en los medios de comunicación aducen una posible causa al componente genético con base en la diferencia sexual; otra hipótesis es que la reclusión afectó más a la población femenina, siendo la masculina la que predomina en la esfera pública, donde se encuentran más vectores de contagio. A su vez, la población masculina tiende a un cuidado más relajado y presenta un temor menor a la enfermedad. (Bär, 2020). Ahora bien, lo que demuestra el caso de China es que existen formas de convivencia social que hacen posible un mejor afrontamiento de la pandemia. Estas formas de convivencia pueden instaurar (so pena de castigo) nuevas reglas de comportamiento, ordenadas de forma vertical e instauradas por métodos de coerción innovadores. A partir de estas perspectivas polarizadas, surge el siguiente cuestionamiento: ¿Existe la posibilidad de generar formas de convivencia social acordes a un contexto de pandemia que no sean de origen vertical? ¿La disyunción de gestión de crisis se agota en el *laissez-faire* macabro de Estados Unidos o el *gran hermano digital* de China? ¿Existe una alternativa eficaz de gestión de la pandemia que no sea el *panoptismo digital asiático*?

La respuesta a estas preguntas debe ser cabal: debemos aceptar, en primera instancia, que hay formas de sociabilidad que hacen posible la vida en un contexto de pandemia sin la necesidad de paralizarlo todo (todos los países, incluso China, adoptaron la cuarentena como primera medida de afrontamiento del virus. Pero se implementaron como respuesta a corto plazo; no podría plantearse esta medida a largo plazo), ni caer en un verticalismo que anule al individuo. Medidas como aislamiento voluntario en caso de presentar alguna sintomatología, distanciamiento social, normas de higiene y el uso de artefactos de protección como máscaras y barbijos, son medidas que en los países asiáticos se controlan a través de un panóptico digital, aunque podrían ser asimiladas y construidas de otra forma, que no sea vertical.

Feminismo

¿Cuáles son las características de la lucha feminista que podrían ser útiles en una situación como la actual? ¿Cuál es la relación entre el feminismo y una situación de pandemia?

El feminismo se enfrenta aun ejercicio del poder patriarcal, es decir, una sociedad regida por la dominación masculina, a diferencia de una situación de pandemia en la cual la sociedad se encuentra condicionada por el virus, pero que éste no ejerce poder por sí mismo. A continuación, señalaremos tres características estructurales de la lucha feminista actual y cómo podemos aprender de ellas.

El feminismo ha logrado muchos avances a nivel social, planteando discusiones muy profundas acerca de nuestros comportamientos, de los poderes que nos atraviesan, las esferas en las que se desenvuelve el patriarcado y prejuicios que nos constituyen. Asimismo, el movimiento ha demostrado ser muy creativo para comunicar y proponer herramientas de cambio.

En primer lugar, el feminismo ha roto la esfera de la privacidad estableciendo “lo personal es político”. “El movimiento feminista logró sacar el problema a la luz, con lo que contribuyó, además, a mostrar que la dicotomía entre lo público y lo privado, y entre lo personal y lo político es artificial, y consecuentemente, abrió el camino para que se plantearan demandas concretas de intervención estatal.” (Sagot, 2008). Frases como “cada familia es un mundo”, “las relaciones de pareja son complicadas” ocultaban la violencia y sometimiento de la mujer, estableciendo un silencio cómplice en el ámbito privado. Los cuestionamientos acerca de las formas de relacionarse han logrado romper el cerco de lo privado, cuestionando la asignación de roles según el género que se ejerza, irrumpiendo en la vida cotidiana. Asimismo, la reivindicación del placer modificó las formas en que nos relacionamos sexualmente, cuestionando el amor romántico y poniendo en valor el placer sexual. Así, no solo ha atravesado la puerta de la casa, sino que también ha levantado y sacudido “el sagrado acolchado”. Antes del feminismo, la mayor lucha instituyente ha sido la lucha de clases y no se había logrado una discusión tan fina acerca de lo que nos constituye como sujetos y cómo replicamos las conductas, que,

aun con las mejores intenciones como es el amor romántico, pueden ser sumamente crueles, cercenando las posibilidades de la mujer, que se ajusta a un patrón de vida en el ámbito privado sin poder desarrollarse en la vida pública, siendo éste un pilar en un esquema productivo patriarcal y capitalista. En él se ha incluido a la mujer dentro del esquema laboral, pero en evidente situación de desventaja de reconocimiento, posibilidades de desarrollo y añadiendo de forma naturalizada la realización de tareas domésticas, cuidado y crianza cargadas sobre sus espaldas. Es admirable cómo el feminismo ha planteado la discusión hasta llegar a la esfera de la vida privada, sitio que había estado libre de cuestionamientos hasta entonces.

En un contexto de pandemia, el ámbito privado también debe ser conquistado por las políticas de prevención. La confianza que generan los lazos estrechos pueden llevar al riesgo y contagio. Es por esto que, siguiendo el ejemplo del feminismo, es posible llevar la discusión al ámbito privado donde se dan los contactos más cercanos y donde el cuidado y la prevención podrían relajarse. Lo personal es político: en este caso, el del contexto de pandemia, podría ser “lo personal es social” promoviendo una responsabilidad social en un espacio que había estado libre de ella. En segundo lugar, el feminismo tiene una larga historia como “los feminismos”. En Estados Unidos, las divisiones entre feministas blancas y feministas negras, feministas blancas lesbianas, feministas trabajadoras y feministas de clase alta brindaron una discusión muy prolífica y, hay que remarcarlo, encarnizada. Luego de varias décadas de discusiones que interpelaron al movimiento, en su mayoría (pues sigue existiendo un feminismo transodiante, por ejemplo), ha logrado un tratamiento de la otredad que supera las diferencias en su lucha por reivindicaciones parciales. Las personas heterosexuales han luchado por el matrimonio igualitario; se ha desmitificado la necesidad de procrear como forma de realización y aquellos que no tienen interés en hacerlo, han reivindicado el derecho a la interrupción del embarazo ¿por qué han adherido a causas que no los involucran? Porque, como movimiento, han aunado criterios.

En este sentido, siguiendo a E. Drucaroff, el feminismo, a partir de los estudios de género, logra generar un discurso subversivo respecto del dominante, ya que niega las referencialidades hegemónicas de éste, dejando de ser un discurso simplemente opositor en el que lo contradice pero no escapa de las referencias que el discurso dominante impone (Drucaroff, 2015). M. Lamas conceptualiza género como “conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres.” (Lamas, 2000). Así el feminismo a través de los estudios de género, logra conceptualizar que, si las relaciones de dominio se encuentran constituidas por múltiples relaciones de poder en las cuales operan una multiplicidad de diferencias (de clase, étnicas, religiosas, de género, de opción sexual), se deben generar una multiplicidad de estrategias construidas colectivamente para conseguir emanciparse. A partir de los estudios de género, no se construye una identidad con respecto a una referencia hegemónica desde la cual comprenderla por una comparación con aquella; sino que subvierte la posición para entenderla en un contexto complejo, inmersa en un entramado relacional y debiendo abordarse de forma interdisciplinaria y colectiva. Así, la otredad es construida no en torno a la diferencia, sino permitiendo visibilizar más nítidamente la opresión común con las particularidades de cada subjetividad o colectivo, en su circunstancia.

El otro, antes de la pandemia, podía ser negado. Bastaba con obviarlo para no verlo y no tener que tratar con él, sin embargo, la pandemia nos pone enfrente del otro y eso ya no es posible. La relación que genera el compartir superficies, espacios y aire, pone al sujeto enfrente de un otro antes invisible (y cuando lo tiene enfrente, no quiere que tosa). Su riesgo es el del otro, por lo tanto, no pueden desentenderse mutuamente. Esta relación con el otro que plantea el contexto de pandemia debe tomar ejemplo del feminismo, que, como movimiento, ha logrado superar grandemente las diferencias, a fin de aunar criterios por un objetivo común: mayor libertad y soberanía sobre el propio cuerpo, principalmente. Según declara el epidemiólogo Manuel Franco (Franco, 2020): “Nos curamos todos, incluidos los más vulnerables, o seguirá circulando y nadie estará a salvo”, es decir, el otro no puede no ser tenido en cuenta.

En tercer lugar, el feminismo ha logrado la generación de redes que funcionan como dispositivos de contención, reflexión, asesoramiento, denuncia y acción, sumamente valiosas para producir

conocimiento, conciencia y cambio. Dichas redes se han adaptado inteligentemente a las distintas circunstancias en las que intervienen, en distintos territorios y ámbitos, logrando una gran plasticidad. Durante la pandemia, las estrategias de comunicación fueron fortalecidas a fin de poder estar presentes aún en el ámbito más recluso generado por la cuarentena. Por ejemplo, un gesto con la mano durante una video llamada, significa un pedido de auxilio ante violencia en el hogar, así como la creación y fortalecimiento de canales comunicacionales, como redes sociales o las líneas de mensajería instantánea. Los canales comunicacionales son innovadores y tienen un efecto práctico valioso asesorando, conteniendo y operando en situaciones sumamente complejas, delicadas y muchas veces urgentes. Desde esta perspectiva, las estrategias por las cuales el feminismo comunica y actúa, son dignas de admiración y estudio.

Conclusiones

Tomando estas tres características estructurales de lucha feminista, que son: abordar la esfera de lo privado, un tratamiento de la otredad que aúne posiciones y redes de contención, debate y acción, constituyen herramientas innovadoras y estructurales construidas por un movimiento que avanza rápidamente. Podemos decir que el feminismo tiene mucho que aportar en un contexto de pandemia. En efecto, la vida privada como lugar político y de conquista, el tratamiento de la otredad desde la cual lograr una comunicación efectiva que se centre en el bien común y la construcción de redes son tres pilares que, en una sociedad organizada en un contexto de pandemia, podrían colaborar para construir una sociabilidad que permitiera llevar adelante el devenir de la vida sin la necesidad de ejercer un poder vertical como en los países asiáticos, o el inviable *laissez-faire* de Estados Unidos. La estrategia de lucha del movimiento puede ser una respuesta a la alternativa del *panoptismo digital*, que hasta el momento es la propuesta más efectiva para enfrentar al virus. Las construcciones de nuevas formas de convivencia plantean desafíos para modificar comportamientos de sociabilidad, los que parecen estar en un punto de inflexión en la historia de las formas de relaciones humanas.

El ámbito privado debe ser abordado y concientizado a partir de los nuevos requerimientos que son necesarios para la vida en un contexto de pandemia, puesto que este no es ajeno a las precauciones y normas de prevención que instala el virus. En consecuencia, el abordaje debe ser realizado desde la construcción de un saber transversal que nos ubique en un rol activo como sujetos, en lugar de posicionarnos en un rol pasivo como generadores de datos que alimentan la big data.

Asimismo, la responsabilidad sobre el otro puede fortalecer los lazos sociales, en lugar de lo que ocurre a través de la implementación de las herramientas de vigilancia digital: generación de un individualismo extremo y el movimiento de rebaño propios de un estado autoritario. Establecer el objetivo de salud pública como bien común puede ser un punto de partida muy potente para la deconstrucción del otro, generando una mayor empatía que nos interpele a no mantenernos ajenos a las posibilidades del otro para hacer frente al virus.

Si asimilamos que no se puede negar al otro debemos sortear la diferencia, a fin de poder construir lazos que permitan una sociabilidad habitable. La diversidad no debe impedir el vínculo, porque la pandemia nos fuerza a él. La primera respuesta que han tomado todos los estados del mundo fue suspender la proximidad, la cuarentena nos lleva a un aislamiento que pausa los contactos por ser vectores de contagio. El modelo asiático muestra que, si esos vínculos son ordenados no sólo por epidemiólogos sino también por informáticos puede llevarse a cabo una gestión eficaz de la pandemia. La construcción de una vincularidad nueva, reflexionada y debatida en conjunto podría erigirse como alternativa a la mediación del panóptico digital y ser efectiva.

Queremos referirnos especialmente a la generación de redes de contención, lo cual es fundamental al momento de plantear nuevas formas de vincularidad. Por ejemplo, si una persona percibe un síntoma y plantea la necesidad de hacer cuarentena voluntaria como forma de responsabilidad social, las redes de contención pueden ser una estrategia efectiva para instrumentalizar la ayuda estatal, la orientación a la persona afectada, la proclamación de derechos en caso de que no pueda llevarla a cabo, etcétera. También, las redes como forma de construcción de un saber colectivo anulan la necesidad

de la intervención digital, desplazando la necesidad de la intervención verticalista.

Para finalizar, diremos que la crítica al verticalismo no es una crítica al estado, sino que es una defensa de un estado participativo y democrático. Asimismo, sostenemos que las organizaciones, redes y movimientos no reemplazan el rol del Estado y menos en un contexto de crisis como el que estamos atravesando. En todo caso, lo que pretendemos en esta reflexión es, por un lado advertir lo que serían nuevas formas del ejercicio del poder, con las posibles consecuencias negativas que traerían; y por otro lado, intentamos reflexionar sobre la demanda incondicional al estado, como lugar de todas las respuestas e intentar trocar la proclama de necesidades insatisfechas por el reclamo de herramientas, lo más específicas posibles. En último lugar, resaltar que los avances tecnológicos son muy positivos y pueden ser un diferencial para salvar vidas, pero el tratamiento y uso de estos debe ser tema de debate y legislación, promoviendo un uso transparente y orientado al bien común.

Bibliografía

- Bär, N. (09 de Abril de 2020). *La Nación*. Obtenido de www.lanacion.com.ar/ciencia/coronavirus-argentina-por-que-afecta-mas-hombres-nid2352596/
- Borrel, J. (25 de marzo de 2019). *La Vanguardia*. Obtenido de Europa, entre China y EE.UU.: <https://www.lavanguardia.com/internacional/20190325/461208061029/europa-china-eeuu.html>
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. España: Paidós.
- Carmen Sigüenza, E. R. (17 de mayo de 2020). *Página12*. Obtenido de Byung-Chul Han y el coronavirus: "La muerte no es democrática": <https://www.pagina12.com.ar/266458-byung-chul-han-y-el-coronavirus-la-muerte-no-es-democratica>
- Denis, M. (5 de abril de 2020). *Página12*. Obtenido de www.pagina12.com.ar/257529-manhattan-por-primera-vez-en-silencio
- Drucaroff, E. (2015). *Otro Logos*. Buenos Aires: Edhasa.
- Fernández, A.M. (2009). *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad, Vol. 1 La voluntad de saber*. Bs. As.: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *Vigilar y Castigar*. Bs. As.: Siglo XXI.
- Franco, M. (30 de Mayo de 2020). *www.laverdad.es*. Obtenido de <https://www.laverdad.es/salud/manuel-franco-coronavirus-20200505003120-ntrc.html>
- Han, B. C. (2013). *La sociedad de la transparencia*. Barcelona: Herder. Han, B. C. (2013). *La sociedad de la transparencia*. Barcelona: Herder. Han, B. C. (2014). *En el enjambre*. Barcelona: Herder.
- Han, B. C. (s.f.). *El País*. Obtenido de La emergencia viral y el mundo de mañana. Byung-Chul Han, el filósofo surcoreano que piensa desde Berlín: <https://elpais.com/ideas/2020-03-21/la-emergencia-viral-y-el-mundo-de-manana-byung-chul-han-el-filosofo-surcoreano-que-piensa-desde-berlin.html>
- Jacobs, A. C. (10 de abril de 2020). *NYTIMES*. Obtenido de Se está viviendo una tragedia: en el epicentro del virus en Nueva York: <https://www.nytimes.com/es/2020/04/10/espanol/mundo/coronavirus-queens-hospital-elmhurst-corona-jackson-heights.html>
- Lamas, M. (1998). *LA VIOLENCIA DEL SEXISMO*. UNAM, Facultad de filosofía y letras, Fondo de Cultura Económica.
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Revista Cuicuiló - Escuela Nacional de Antropología e Historia de México*, 1-24.
- Mendez, D. L. (s.f.). *MICROMACHISMOS: La violencia invisible en la pareja*.
- Miguel, B. d. (24 de mayo de 2020). *El País*. Obtenido de [www.elpais.com: https://elpais.com/internacional/2020-05-24/josep-borrell-de-esta-crisis-salimos-todos-los-europeos-juntos-o-no-sale-nadie.html](https://elpais.com/internacional/2020-05-24/josep-borrell-de-esta-crisis-salimos-todos-los-europeos-juntos-o-no-sale-nadie.html)

- Sagot, M. (2008). *Los límites de las reformas: violencia contra las mujeres y políticas públicas en América Latina*. *Revista de Ciencias*. San José, Costa Rica: Revista de Ciencias Sociales (Cr).
- Velazquez, S. (2003). *Violencias Cotidiana, Violencia de Género*. Buenos Aires: Paidós.

Deutscher, Penélope (2019), *Crítica de la razón reproductiva. Los futuros de Foucault*

Lautaro Colautti
Estudiante de filosofía - UBA

Deutscher, Penélope (2019), *Crítica de la razón reproductiva. Los futuros de Foucault*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Eterna Cadencia Editora, Prólogo de Alejandra Uslenghi, Traducción de Fernando Bogado. ISBN: 978-987-712-161-2.

Penélope Deutscher es una filósofa feminista australiana que actualmente enseña en la Universidad de Northwestern, su trabajo se centra en la filosofía francesa de los siglos XX y XXI y la teoría de género. En su libro no nos propone un estudio sobre el aborto o una historia sobre la conquista de los derechos reproductivos (aunque ambos temas son aparecen desarrollados), sino un análisis sobre la vida, la muerte, la responsabilidad parental, sobre qué lugar ocupan estas figuras en la preocupación biopolítica y sobre las formas de inversión e interés particular de los regímenes de poder contemporáneos en la procreación.

En la introducción, la autora nos indica que este es un libro sobre los hijos de Foucault en un amplio sentido de la expresión. A partir de lo desarrollado por el filósofo francés en *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, Deutscher busca extraer la caída de la hipótesis reproductiva a partir del rechazo foucalteano de la hipótesis represiva. En el último capítulo de dicho libro emerge la noción de biopolítica, que se ha vuelto relevante para diversas áreas de la filosofía contemporánea y las ciencias sociales. El punto de partida de la filósofa es explorar la hipótesis biopolítica en tanto esta no se centra en la represión social de las formas no reproductivas de la sexualidad, sino que busca las formas de este poder que son más efectivas en su capacidad de estimular formas de deseo, identidades, intereses, administraciones, entre otras estrategias, en vez de suprimir o reprimir. Es ahí donde Deutscher localiza la genealogía del interés gubernamental en la población incluyendo tasas de natalidad, higiene, saneamiento, planificación urbana, entre otros temas, sin abandonar la crítica a de la heteronormatividad en la reproducción que sostienen en general las teorías feministas.

Otra clave de los debates pos-foucaultianos que buscan reconfigurar la biopolítica en términos de tanatopolítica o necropolítica es la noción de *nuda vida* tomada de la obra de Giorgio Agamben. A partir de esta última nos disponemos a pensar un estatuto de vida humana cuya extinción y terminación puede no contar como muerte u homicidio. Este será un eje importante para la discusión que Deutscher mantiene con Judith Butler en torno a si la vida fetal puede ser enmarcada dentro de su

noción de *vidas precarias*, como se señala esta última al comienzo de su obra *Marcos de Guerra*.

El primer capítulo, uno de los más filosóficos del libro, explora las preguntas dirigidas por Derrida a la biopolítica foucaulteana problematizando las nociones de época y umbral con las que Foucault caracteriza el pasaje de la soberanía a la biopolítica; para ello, Derrida se sirve de la pena de muerte —elemento capital de la decisión soberana— como herramienta deconstructiva. El punto que la autora le concede al filósofo argelino tiene que ver con la vinculación que establece entre el problema de la pena capital y el problema de la diferencia sexual. A lo largo del capítulo, Deutscher explora las tensiones entre las maneras en las cuales ambos pensadores se refieren a lo biopolítico sin anular o decidir una posición ganadora; se trata de tomar la capacidad de Foucault de pensar los múltiples espacios y tiempos corporales de la biopolítica y de considerar la importancia de la diferencia sexual derrideana para franquear las reservas de la formulación del concepto de biopolítica en la obra de Foucault.

El segundo capítulo está basado en los desarrollos conceptuales del teórico Lee Edelman y su propuesta de pensar la posibilidad alternativa de ocupar el espacio de la negatividad *queer* en contraposición a la ocupación de los valores familiares por parte los activistas gays norteamericanos. Este debate se centra en las ideas de Derecho y de futurismo reproductivo, aquella figuración heteronormativa que deposita el futuro en la construcción de una figura imaginaria del Niño, depositario último de los valores del conservadurismo.

En *No al futuro*, Edelman define al *sinthomosexual* como la figura de antisocialidad y “antisignificado”, instando a las personas queer a abandonar las posiciones cómodas o integradas y a asumir la fuerza de una negatividad que él vincula con la ironía, el goce y, en última instancia, con la pulsión de muerte. Para ilustrar este concepto, Edelman analiza algunos textos clásicos de la literatura (Antígona como posible candidata a la *sinthomosexualidad* femenina) y, especialmente, algunas películas de Alfred Hitchcock donde se destaca *The Birds*, con su terror desconcertante y la predilección de estas aves malévolas por los niños. Deutscher aclara que las reivindicaciones negativas no son anti-niños sino anti-Niño, en tanto crítica a las imágenes sentimentalidades de las generaciones futuras. En este punto, la autora extrae la cuestión central que la llevó a indagar en la obra de este autor: “¿Cómo puede ser una política de elección reproductiva disociada de prometer demasiado el advenimiento de individuos *responsables, mejores* padres, o la producción de hijos *buscados*?” (p. 115, las cursivas son de la autora). Para Edelman se trata de asumir la carga figurativa y negativa de la *queeridad* no como medio para alcanzar un bien sino para anularlo, es decir, se trata de representar heroicamente la disolución de lo social. Sobre el final de este segmento, Deutscher remarca la necesidad de intersectar la política *queer* con la formación de los derechos reproductivos en el registro biopolítico.

En el tercer capítulo Deutscher relea *Historia de la sexualidad vol. I* analizando las figuras/objetos de saber propias de la administración de la reproducción: la mujer histérica, el niño masturbador, la pareja malthusiana y el adulto perverso. Estas figuras expresan la manifestación de “tipos” degenerados desde el punto de vista de las ciencias humanas de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, pero no son entendidos como objetos de represión sino como figuras intensificadas de interés, interpretación, identidad, identificación, autoidentificación y problematización.

Deutscher recopila y describe críticas a la biopolítica foucaulteana en tanto parece no dar cuenta de cómo ésta se vincula con el colonialismo, el capitalismo y también —con especial énfasis en esta crítica— con la reproducción o inclusión de las mujeres. Sobre este último punto, la autora señala que Foucault no se encuentra omitiendo enteramente la discusión en torno a la problematización de la conducta reproductiva y maternal de las mujeres, aunque no aborde centralmente el problema, sino que escribió principalmente mostrando las estrategias que atravesaron y utilizaron la sexualidad masculina, femenina e infantil, creando e invistiendo sujetos y objetos en dicha operación. Aquí se llega a un momento central del libro:

La reproducción se ha convertido en una conducta capaz de producir múltiples tipos de muerte, y las mujeres se han convertido en agentes de una vida y muertes simultáneas. El trabajo de Foucault nunca se centró tanto en la intersección de cuerpos y poblaciones como

cuando elaboró parcialmente esta creación de la muerte, sus factores, agencias y paradojas. (p.189)

El escenario se descubre así complejo: encontramos una superposición de fuerzas que varían entre los derechos reproductivos y la reproducción como conducta capaz de producir múltiples tipos de muerte, incluyendo la emergencia de la “mujer” como variable a controlar y regularizar en términos de segmento de daño, crecimiento impedido, mortalidad y muerte. Siguiendo esta argumentación, en el capítulo siguiente, Deutscher alude a Ruth A. Miller para plantear que el útero es caso paradigmático para pensar el espacio biopolítico.

En el cuarto capítulo, Deutscher avanza sobre los aportes de la biopolítica italiana, integrando los desarrollos teóricos de Esposito y Agamben a la discusión con Foucault. Si para este último el biopoder tiene el poder de muerte como contraparte –acá reparamos en el ejemplo de *Defender la Sociedad* respecto a la energía nuclear entendida como variante extrema y paradójica del poder soberano para matar–, para los italianos hay tanatopolítica (Esposito) y Estado de excepción (Agamben) en tanto dimensión paradójica de la biopolítica foucaultiana. A partir de este debate la autora va a sistematizar las diferencias de las posiciones entre los autores y a marcar diferentes críticas del feminismo que buscan integrar la diferencia sexual a dichas formulaciones. Además, encontramos un ejemplo curioso por su inusitada actualidad en relación con el COVID-19: la administración biopolítica es capaz de crear y desplegar un virus, pero si el virus muta o se vuelve incontrolable esto no sería la “contracara” de la biopolítica sino su límite, en otras palabras, un exceso desastroso para la gobernabilidad de la vida.

Volviendo sobre la hipótesis reproductiva, este capítulo contiene la información y la interpretación más desarrollada en libro sobre la cuestión de aborto. Nos encontraremos con un largo recorrido acerca de las leyes, entre las que podemos destacar aquellas que refuerzan la prohibición del aborto en tanto consideran solo situaciones de excepción a su ilegalidad, o la política reproductiva en la antigüedad limitada a la autoridad del ámbito doméstico. El capítulo concluye de cara al trabajo de pensar las nuevas subjetivaciones, es decir, las responsabilidades dadas por el nuevo interés administrativo colectivo sobre lo reproductivo y la salud teniendo en cuenta los nuevos tipos de ilegibilidad. En el último capítulo Deutscher explora un encuentro entre Foucault y Butler en torno al problema del aborto -una figura marginal para los intereses de ambos- y elabora una confección conjunta de nuevas formas de sujetos éticos a partir del espacio abierto entre ambos proyectos teóricos. Es importante destacar que no es frecuente encontrar una discusión frontal acerca del estatuto del feto como viviente entre tanto consiguismo, discutiendo con los enfoques feministas que enfatizan excesivamente la “materialidad” del feto en contraposición de su “forma” o carácter viviente: “El feminismo puede permitirse (...) registrar el estado anómalo y ambiguo de la vida embrionaria y reconocer que puede ser ‘una fuente de disonancia afectiva y problemas éticos’” (p.299). Es por esto que la autora propone el término “tacto ontológico” para caracterizar los protocolos médicos y sociales y la conducta a la que se accede en un número de clínicas contemporáneas. Esta posición de cuidado y responsabilidad de los sujetos nos empuja a salir de la comodidad de reclamar, por ejemplo desde una posición a favor o una en contra del aborto, que una mujer que ha elegido dicho procedimiento no tiene derecho a llorar o a tener sentimientos de culpa y pérdida, como si tenerlos en cuenta fuera negar el derecho a elegir el acto que los produjo.

Para finalizar, la traducción y publicación de *Crítica de la razón reproductiva* ha sido un aporte útil para todos aquellos que cultivan el interés de seguir pensando los problemas abiertos por la biopolítica foucaultiana e italiana, el feminismo y la teoría de género, pero también para quienes sienten la necesidad de buscar herramientas teóricas que nos permitan encauzar la discusión sobre derechos reproductivos y salud pública.

