

Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Doctorado en Ciencias Sociales

Tesis de Doctorado

Experiencias de cuidados de mujeres migrantes bolivianas en la
trama de relaciones con el sistema público de salud en Mendoza

Autora: Mg. Gabriela Cecilia Maure

Directora: Dra. Patricia Schwarz

Codirectora: Dra. María Albina Pol

2022

ÍNDICE

DEDICATORIA	7
AGRADECIMIENTOS	8
RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	12
Antecedentes de estudio. Investigaciones sobre cuidados, salud y migraciones	17
La categoría experiencia en las epistemologías feministas. Algunas precisiones sobre esta propuesta teórico-metodológica.....	21
 PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO	
 CAPÍTULO I: LOS CUIDADOS DESDE LOS FEMINISMOS Y OTRAS TEORÍAS CRÍTICAS	
CRÍTICAS	28
1. Las relaciones entre los cuidados y la producción industrial capitalista en clave histórica: aportes feministas que diluyen las fronteras entre lo público y lo privado	29
2. ¿Cómo contribuyen los cuidados en las economías capitalistas y por qué sus aportes se encuentran ocultos?	32
3. Algunos apuntes sobre la organización social de los cuidados y la reproducción de desigualdades económicas, de género y raciales	34
4. La ética del cuidado	42
 CAPÍTULO II: BIOMEDICINA	49
Marcos de lectura sobre la biomedicina	49
1. Apuntes sobre las condiciones de emergencia de la medicina moderna, precursora del modelo biomédico	55
1.1 Reflexiones sobre los procesos de consolidación de la hegemonía médica y el rol de los varones en la biomedicina.	58

2. Características del modelo biomédico	61
2.1 Biologismo: el cuerpo fuera de contexto	62
2.2 El carácter patriarcal, jerárquico, racista y heteronormativo de la biomedicina.....	63
2.3 Normalización funcional, sexual y racial	64
2.3.1 Cuerpo máquina, fragmentado y en escalas	65
2.3.2 Sobre la sexuación de los cuerpos: binarismo como destino	70
2.3.3 Racialización: la desigualdad en la piel y la articulación con el sexismo y el adultocentrismo	73
3. Medicalización: lecturas en clave histórica y definición	77
3.1 La epidemiología del riesgo y la expansión medicalizadora de la vida	79
3.2 Los cuerpos en los dispositivos de medicalización	83
3.2.1 Medicalización de los procesos reproductivos	83
3.2.2 La salud mental en la mira	85
3.2.3 Algunas reflexiones sobre el escenario actual de los procesos de medicalización	89
4. Los cuidados y sus abordajes biomédicos en los procesos de salud y enfermedad	91
4.1 Interrogatorio biomédico e historia clínica: el cuerpo como código descifrable de la enfermedad	91
4.2 Principio de separación.....	93
4.3 Estandarización de los cuidados	95
4.4 Paternalismo biomédico	98
4.4.1 Dos estrategias atenuadas frente al paternalismo: el consentimiento informado y la <i>eHealth</i> ...	100
5. La doble faz de la autoatención: autonomía/heteronomía	104
6. Formación biomédica en medicina y algunos contrastes con la enfermería centrada en los cuidados	108

CAPÍTULO III: APARTADO METODOLÓGICO **113**

1. Autorreflexión e itinerario de la investigadora	113
1.1 Mapa del itinerario	117
1.2 Aproximaciones exploratorias al campo y delimitación del objeto de estudio	122
1.3. Contextualización e historización de los ejes de investigación.....	124
1.3.1. Breve descripción de las características del sistema público de salud en Mendoza	130
1.3.2. El acceso de personas migrantes a la salud pública argentina en los últimos veinte años	132
1.3.3. Interculturalidad en las políticas públicas de salud en Argentina: el caso del Programa de Salud Indígena	133
1.3.4. La salud, los cuidados y las migraciones: situación de las mujeres migrantes bolivianas en Argentina y en Mendoza	139
2. Precisiones sobre la estrategia metodológica	142
2.1 Delimitación de la muestra, unidades de observación y unidades espaciales de referencia	143
2.3 Técnicas de construcción de datos	146
2.4 Técnica de análisis de datos.....	152

SEGUNDA PARTE: EXPERIENCIAS DE CUIDADOS: DIÁLOGOS EN EL CAMPO

CAPÍTULO IV: EXPERIENCIAS DE CUIDADOS EN LAS INFANCIAS Y JUVENTUDES EN LOS CAMINOS DE LA MIGRACIÓN 155

1. El contexto previo a la migración	156
2. Apegar con otrxs: redes de cuidados por fuera de la familia tradicional	162
3. Fusión de trabajo productivo y reproductivo y trabajo extra en los recorridos migratorios de las mujeres en sus infancias	165
3.1 Hacerse grande trabajando: el trabajo como morada y escuela a cielo abierto	168
3.2 Una tarea imposible: la escolarización para las infancias trabajadoras y migrantes	171
3.3 El trabajo de cuidar en la infancia en zonas urbano-marginalizadas: la experiencia de Lohana	176
3.3.1 El adultocentrismo del sistema sanitario	178
4. “Yo era la mujer maravilla”: cuidar jugando.....	180
5. La huella amorosa y discontinua del cuidado de sus madres	183
6. Síntesis del capítulo.....	185

CAPÍTULO V: EXPERIENCIAS DE CUIDADOS EN LA ADULTEZ 187

1. Experiencias de cuidados y su vínculo con el trabajo productivo	189
1.1 Lxs cuidados de lxs hijxs y el trabajo productivo	192
1.2 Ruralidad y violencias	196
2. Que sus hijxs no vivan lo que ellas vivieron: una ética de los cuidados	200
3. “Que no vayan por mal camino”: el trabajo de cuidar en contextos sociales marginalizados	203
4. “Me solté cuando tuve a los chicos porque no tuve otra” y “yo de la tele aprendo mucho”: experiencias y condiciones que marcaron el acercamiento inicial de las mujeres al sistema de salud.....	208
5. El trabajo para acceder al sistema de salud	211
5.1 El problema de los turnos	211
5.2 La vinculación con el sistema de salud cuando no se aprendió a leer ni a escribir	217
5.3 La rotación continua de profesionales y la falta de medicamentos	219
5.4 “Como en la familia nadie te va a cuidar”: hogarización de los cuidados complejos de la salud	221
6. Dimensiones de un buen encuentro cuidador con el sistema público de salud	227
7. Cuidados de sí.....	229
7.1 La ESI como dimensión de los cuidados.....	233
8. Diversidad de paisajes	237
9. Síntesis del capítulo	239

CAPÍTULO VI: LXS AGENTES DE SALUD, SU FORMACIÓN Y SUS PRÁCTICAS.....	241
1. “La vocación es una construcción de sentidos no relacionados con una misma”: algunos apuntes sobre la decisión de estudiar carreras en el campo de la salud	243
2. Los años de facultad en la carrera de medicina: el ingreso a “ <i>otro mundo</i> ”	249
2.1 “Hay un abismo entre ser estudiante y ser realmente médico”: cuestionamientos a la formación biomédica en la Facultad de Medicina	253
3. Los años de residencia médica	255
4. Los procesos formativos de una promotora de salud intercultural y una enfermera que trabajan en el sistema público de salud en Mendoza.....	261
5. Paisajes del trabajo cotidiano en servicios de salud pública en Mendoza	265
6. “Yo tampoco me acercaría ni hablaría si las instituciones me responden desde la sanción”: algunas reflexiones sobre la comunicación entre lxs agentes de salud y las mujeres migrantes	270
7. Usos de la categoría cultura en lxs agentes de salud.....	276
8. “ <i>Tuve que poner el cuerpo para poder pensar la intervención de otra manera</i> ”: experiencias de trabajo con migrantes en un equipo de salud mental de Tupungato.....	283
9. Síntesis del capítulo	287
CONCLUSIONES.....	289
EPÍLOGO	311
BIBLIOGRAFÍA	314
ANEXO METODOLÓGICO	344
Perfil de lxs entrevistadxs, datos de las entrevistas y algunas precisiones sobre el trabajo de observación.	344
Mujeres bolivianas	344
Agentes de salud	346
Entrevistas grupales con agentes de salud	347
Otrxs informantes clave	347
Observaciones.....	348

DEDICATORIA

A mi hermana Dani y a Francisca

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres que compartieron conmigo su tiempo, sus historias de migración y sus experiencias de cuidados.

A lxs profesionales de la salud, especialmente a lxs de la posta sanitaria de La Consulta, que me permitieron acompañarlx durante meses en sus labores de atención.

A CONICET, por haberme otorgado una beca que me permitió cumplir los requisitos del doctorado, realizar el trabajo de campo y escribir gran parte de esta tesis.

A mi directora de doctorado, Patricia Schwarz, por su confianza y generosidad, por dedicarme su tiempo, y por enseñarme paciente y amorosamente a escribir una tesis.

A mi Co-directora, María Albina Pol, por aceptar el acompañamiento de tesis en un momento de mi vida y del doctorado muy enmarañado. Por su lectura y sus aportes metodológicos.

A Claudia Anzorena y María José Magliano, por guiarme durante los primeros años de la beca.

A val Flores, por ayudarme a mejorar en la difícil tarea de escribir.

A mis compañerxs de militancia en Ultravioletas y La Malona, por los días de lucha y de fiesta compartidos.

A mis compañerxs del grupo Estudios de Género y Teoría Crítica del INCIHUSA, por las conversaciones, reflexiones y los mates compartidos en el espacio de trabajo. Un agradecimiento especial a la Nati Encinas, amiga y compañera de aventuras interdisciplinarias, escriturales, fotográficas y de lectura.

Al equipo del CAP Adriá en Barcelona.

A Paula Zabala, Paula Arancibia, Gri, Sabri, Lu, Euge, Lili Sevilla, Norma Carrasco, Tachi y Cande, por la complicidad, las largas charlas, las aventuras, la historia y el presente compartido.

A Clara Álvarez, por su confianza y presencia amorosa a lo largo de los años.

A mi mamá (Liliana) y mi papá (Alejandro), por el afecto y por acercarme sus curiosidades que luego hice propias.

A mis hermanas (Dani, Nati, Juli y Flor), por la alegría compartida.

A mi nono Ángel, mi nona María, mi abuela Norma y mi abuelo Alcides, por el amor inmenso y por contarme historias sobre sus infancias.

A mi compañera de vida Maca, por sostenerme, por escucharme mientras leía en voz alta, y por hacer hogar y jardines en cada uno de los lugares por los que andamos juntas. A mi perro Atole.

RESUMEN

Título

Experiencias de cuidados de mujeres migrantes bolivianas en la trama de relaciones con el sistema público de salud en Mendoza

Resumen

El objetivo de la presente investigación es comprender las experiencias de cuidados de mujeres migrantes bolivianas respecto de las relaciones que establecen con el sistema público de salud en Mendoza. Para llevar a cabo este objetivo, exploramos los intersticios que conectan el universo de tareas reproductivas y de cuidados que realizan las mujeres con las prácticas de atención de agentes de salud que trabajan en efectores públicos de la provincia. La estrategia metodológica empleada es cualitativa. Las técnicas utilizadas fueron la observación participante y la entrevista en profundidad. Como es propio del diseño cualitativo, el mismo se basó en la flexibilidad y el diálogo permanente entre la teoría y el trabajo de campo. El marco teórico de esta tesis convoca producciones que, desde los feminismos y otras teorías críticas, abordan discusiones sobre economía, organización social y ética de los cuidados. Asimismo, se describen las principales características del modelo biomédico y los modos en que configuran el funcionamiento de las instituciones sanitarias, la formación y las prácticas de agentes de salud. La evidencia construida nos permitió reconocer, por un lado, condiciones que crean y reproducen una carga desigualmente distribuida en el trabajo de cuidar para las mujeres migrantes. Por otro lado, identificamos cortocircuitos entre abordajes sanitarios biologicistas, reduccionistas y punitivos y las experiencias y necesidades de cuidados de las mujeres.

Palabras clave: experiencias de cuidados, migraciones, sistema público de salud, feminismo.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados se constituyen a partir de un conjunto de actividades que posibilitan la satisfacción de necesidades básicas para la existencia y el desarrollo de las personas, la vida comunitaria, los territorios y la variedad de seres vivos y fuentes de vida que lo habitan (Pautassi y Zibecchi, 2013; Vega Solís, 2019). Son un trabajo¹² esencial para garantizar la integridad corporal y la supervivencia. No obstante, no se limitan a la reproducción mecánica de un orden natural u orgánico, sino que también, a través de los cuidados, las personas adquieren elementos simbólicos para vivir en sociedad (Pautassi y Zibecchi, 2013).

Los cuidados dejan huellas a nivel subjetivo y comunal y, a su vez, en ellos pueden observarse los rastros de las formas colectivas de organización política, económica, cultural y de los acontecimientos históricos que signan una época. En ellos hay algo que se reproduce continuamente y algo que se crea en esa repetición. Espacio de incesante resistencia y recreación de la experiencia compartida, los cuidados son la raíz que nutre la diversidad de paisajes, corporalidades, sentidos de vida y relaciones sociales y, a su vez, en ellos encontramos las marcas de relaciones de dominación, desigualdades, contradicciones y conflictos sociales (Merhy, 2017; Puig de la Bellaseca, 2017; Vega Solís, 2019).

Los cuidados se construyen relacionamente, de forma intersubjetiva (Puig de la Bellaseca, 2017). Las relaciones de cuidados, y la conciencia de dichas relaciones, están

¹ En esta tesis entendemos los cuidados como un trabajo, no obstante, utilizaremos con mayor frecuencia la categoría cuidados en lugar de trabajo de cuidados. Esta decisión se fundamenta en el hallazgo de una mayor amplitud de significados y discusiones teóricas en torno a la categoría cuidados (Esquivel, 2015) que son un insumo para el marco teórico de esta investigación.

² Seguimos la definición generosa de trabajo propuesta por Dorothy Smith, que alude a “todo lo que las personas hacen que es intencional, implica esfuerzo, habilidades y se realiza en un tiempo y lugar particulares y bajo condiciones locales definidas” (Smith, 2006, citada en Yañez, 2011, p.10).

atravesadas por la manera en que se experimenta, se problematiza y se actúa en torno a lo que Hill Collins (1998) denomina una matriz de dominación. Esta matriz implica comprender cómo interactúan el colonialismo, el racismo, el adultocentrismo, el capacitismo, la heterosexualidad obligatoria, las relaciones de género y el clasismo en el ordenamiento del mundo.

Dentro del universo de relaciones de cuidados, nuestra preocupación y el objetivo de esta tesis es comprender las experiencias de cuidados de mujeres migrantes bolivianas en la trama de relaciones que establecen con el sistema público de salud y sus agentes en Mendoza. ¿Cómo se cuidan, cuidan a otros y demandan cuidados las mujeres migrantes en Mendoza? ¿A quiénes cuidan? ¿A quiénes demandan cuidados? ¿Con qué ámbitos de la vida se relacionan los cuidados? ¿A qué dimensiones de los cuidados atienden las prácticas de atención de los agentes de salud? ¿Cómo se cuidan y cuidan a otros los agentes de salud? ¿Con qué ámbitos de la vida relacionan los cuidados los agentes de salud? ¿Cómo son las relaciones de cuidados entre los agentes de salud y las mujeres que migran desde Bolivia?

Para atender a nuestras preguntas y llevar a cabo el objetivo de esta investigación, exploramos los intersticios que conectan el universo de tareas reproductivas y de cuidados que realizan las mujeres – respecto de los procesos migratorios, diferentes etapas vitales y sus modos de acceder al sistema sanitario- con las prácticas de atención de agentes de salud que trabajan en efectores públicos de Mendoza.

Involucramos al sistema biomédico porque detenta el poder y tiene un papel fundamental en el control, la regulación y estandarización de los cuerpos y experiencias de cuidados (Davis Floyd, 2004). Estas prácticas se materializan en abordajes preventivos, diagnósticos y terapéuticos que se focalizan y persiguen la salud unidimensionalmente asociada a los aspectos biológicos/normativos de la vida. Es lo que podemos nombrar usando la categoría de biologismo médico (Menéndez, 2009). A partir de mi experiencia como médica en hospitales públicos y centros de salud de Mendoza, y ulteriormente en la revisión bibliográfica para esta tesis, pudimos advertir cómo las prácticas de

estandarización y control son especialmente violentas en la atención de mujeres migrantes bolivianas (Aizenberg, Rodríguez y Carboneti, 2015; Cerrutti, 2010). En este sentido, el heterosexismo, el racismo y el adultocentrismo, entre otras instituciones que configuran relaciones de poder, son constitutivas del modelo biomédico de atención y reproducidas en abordajes y prácticas de lxs agentes de salud.

La definición de cuidados que proponemos es amplia y no alude únicamente a los cuidados de la salud. Esta decisión se relaciona con posicionamientos teóricos que orientan nuestras indagaciones. En primer lugar, que la salud como objeto de estudio y horizonte social tiene resonancia con los problemas de la reproducción social y, por lo tanto, involucra dimensiones psicológicas, sociales, económicas, y no solamente aspectos biológicos de los cuerpos individuales (Samaja, 2014). En segundo lugar, y en relación con la afirmación anterior, que los cuidados no son actividades que puedan clasificarse en compartimentos estancos, diferenciados. La atención de los cuerpos no se encuentra al margen del aprovisionamiento y gestión del agua, de la organización de un espacio habitable, la provisión de alimentos y las condiciones ambientales necesarias para el resguardo de la salud (Vega Solís, 2019). En este sentido, las prácticas de cuidados que surgen de las relaciones entre las personas y el sistema biomédico se encuentran interconectadas de forma cooperativa, coordinada y conflictiva con el universo de tareas reproductivas que se llevan a cabo (en mayor medida por mujeres) en las unidades domésticas y en las redes sociales más amplias (vecindad, amistades, etc.).

Para la correcta contextualización, análisis y presentación de nuestra investigación hemos optado por dividir la presente tesis en dos partes compuestas cada una por tres capítulos, a los que hay que añadir las conclusiones, el epílogo, la bibliografía y un anexo metodológico. En la introducción, además de explicitar la definición de cuidados y el objetivo de este trabajo, se desarrollan los antecedentes de estudio sobre el cruce temático entre cuidados, salud y migraciones y algunas precisiones teórico-metodológicas sobre la categoría experiencia.

En la primera parte, presentamos el marco teórico-conceptual y la metodología de nuestra investigación. El capítulo I, se aboca a las producciones teóricas que, desde los feminismos y otras teorías críticas, profundizan sobre tres aspectos: la economía de los cuidados, la organización social de los cuidados y la ética de los cuidados. De esta forma, se construye una lente que permite analizar, en clave histórica y situada, la relación entre la dimensión estructurada de los cuidados y las experiencias de cuidados de las mujeres migrantes.

El capítulo II contiene, en una primera instancia, una historización sobre la emergencia de la medicina moderna como precursora del modelo biomédico y los procesos de consolidación de la hegemonía médica y el rol de los varones en la biomedicina. En segundo lugar, se describen las principales características del modelo biomédico y el modo en que estas características configuran y condicionan el funcionamiento de las instituciones de salud, los procesos de formación y las prácticas de atención y cuidados de lxs agentes de salud.

El capítulo III describe la estrategia metodológica desarrollada en esta tesis. En primer lugar, se explicitan los itinerarios vitales, académicos, de trabajo como médica y militancia política que gestaron mi interés por el tema de esta tesis. Asimismo, damos cuenta de los modos en que dichos itinerarios delimitaron el objeto de estudio y configuraron las perspectivas teóricas a partir de las cuales abordarlo. En segundo lugar, realizamos una contextualización sobre los ejes de investigación: sistema público de salud, migraciones y cuidados en Mendoza. En tercer lugar, fundamentamos la elección de una estrategia metodológica cualitativa para el desarrollo de esta investigación, delimitamos la muestra, las unidades de observación y espaciales de referencia, precisamos las técnicas de construcción de datos y, finalmente, nos referimos a la técnica de análisis de datos.

En la segunda parte de la tesis presentamos los resultados de la investigación dejándonos guiar por los relatos de lxs diferentes actorxs. Su presentación se ha estructurado en tres capítulos. El capítulo IV aborda las experiencias de cuidados en las infancias y juventudes de las mujeres entrevistadas. En primer lugar, analizamos algunas

características de los contextos sociales, familiares, económicos y políticos que abonaron la decisión de migrar. En segundo lugar, nos referimos a las relaciones de cuidados que construyeron para transitar los caminos de la migración. En tercer lugar, retomamos las experiencias de trabajo productivo y de cuidados en la infancia y los vínculos entre cuidados, trabajo productivo y escolarización. En cuarto lugar, analizamos los modos en los que el juego impregnó sus modos de hacer en el trabajo productivo y de cuidados. Por último, retomamos algunas experiencias de cuidados en relación con sus madres.

El capítulo V gira en torno a las experiencias de cuidados de las mujeres en la adultez. En esta parte de la tesis, analizamos los modos en que la maternidad, los cuidados de sí y de otrxs y el acceso al sistema sanitario se entrelazan y tensionan con los trabajos remunerados de las mujeres. En una primera instancia, analizamos la ligazón que establecen entre sus propias experiencias de cuidados en la infancia -con privaciones económicas, de afecto por parte de sus madres y padres y la imposibilidad de escolarizarse, entre otras experiencias- y las prácticas de cuidados hacia sus hijxs. En segundo lugar, analizamos las experiencias de cuidados en los vínculos pasados y presentes con el sistema público de salud en Mendoza. Especialmente, en relación con el trabajo que les implica acceder al sistema sanitario, experiencias de atención con agentes de salud y la falta de soporte por parte del Estado para el cuidado de familiares con enfermedades crónicas. En cuarto lugar, presentamos algunos relatos de experiencias sobre los procesos de aprendizaje para cuidar de sí mismas. Por último, nos referimos a la diversidad de paisajes cotidianos, musicales, afectivos, culinarios y vegetales que crean las mujeres para garantizar la subsistencia y los cuidados de sí y de otrxs.

El capítulo VI, por su parte, aborda las experiencias de formación y las prácticas cotidianas de atención de agentes de salud que trabajan en servicios sanitarios públicos de la Provincia de Mendoza. Específicamente, nos aproximamos a las prácticas de atención que despliegan con mujeres que migran desde Bolivia. Se abordan algunas percepciones y valoraciones de lxs agentes sobre las prácticas de cuidados de las mujeres migrantes. A partir de estas percepciones, se analiza cómo operan la formación, los abordajes biomédicos

y características estructurales del sistema público de salud en Mendoza en sus prácticas discursivas sobre la migración, la cultura y los cuidados y en sus modos de atención.

A modo de cierre, las conclusiones retoman los principales hallazgos de esta tesis, para finalizar con algunas reflexiones finales respecto de algunas características que identificamos como problemáticas en los abordajes biomédicos. El epílogo, por su parte, se plantea como una apuesta teórica y política que, a partir de algunos hallazgos en esta investigación, sugiere una punta de ovillo para desandar características problemáticas de los modos de atención.

Antecedentes de estudio. Investigaciones sobre cuidados, salud y migraciones

La definición del objeto de estudio, relativo a las experiencias de cuidados de mujeres migrantes respecto de las relaciones que establecen con el sistema público de salud y sus agentes en Mendoza, implicó un recorrido previo por los antecedentes de investigación que dan cuenta de lo que se conoce en determinados campos temáticos en los que se inscriben nuestras indagaciones.

El primero de estos campos es el de las familias transnacionales. A partir de metodologías cualitativas y desde perspectivas atentas a las desigualdades de género, este corpus de trabajos se aboca al estudio de la organización y las características del trabajo de cuidar en el marco de familias transnacionales³ (Gil Araujo y Pedone, 2014; Herrera, 2016; Pedone y Gil Araujo, 2016; Pérez Gañán, 2017). Los estudios sobre familias transnacionales han visibilizado el rol de las mujeres como primer eslabón en las cadenas migratorias de

³ Una familia transnacional es aquella cuyos miembros, a pesar de vivir separados en diferentes territorios nacionales, movilizan recursos y desarrollan vínculos que permiten sostener, entre otras dimensiones relacionales, intercambios económicos y otros cuidados a la distancia (Pérez Gañán, 2017).

cuidados, como sostén económico de las familias transnacionales y como líderes en los procesos de reagrupación familiar (Pedone y Gil Araujo, 2016).

El segundo campo temático, que aborda el tema de los cuidados y las migraciones desde una perspectiva de género e interseccional, incluye una serie de trabajos que desde perspectivas cualitativas analizan las trayectorias laborales de mujeres migrantes en trabajos de cuidados remunerados, tanto en las migraciones sur-norte, como entre países del sur (Magliano y Zenklusen, 2021; Mallimaci y Magliano, 2018; Mallimaci, 2016; Pérez Orozco, 2010). Dichos trabajos incluyen desde la realización de tareas reproductivas en ámbitos domésticos, comerciales e institucionales, hasta los cuidados directos de personas con mayores grados de dependencia. Uno de los aportes centrales de estas investigaciones es visibilizar la segregación laboral a partir de activos procesos de racialización, etnización y generización que recaen sobre determinadas poblaciones (Magliano y Zenklusen, 2021).

El tercer campo temático en el que se inscriben nuestras indagaciones es cuidados, salud y migraciones. En este caso, nos focalizamos en las producciones en el contexto argentino. Si bien la organización federal del sistema público de salud configura contextos diversos de atención sanitaria en Argentina, hay problemáticas comunes y singulares respecto de otros países en relación con el acceso de poblaciones migrantes al sistema público de salud. Este campo muestra mayor volumen de producciones a partir del año 2000 (Basualdo, 2017). Algunas investigaciones relacionan este hallazgo con la mayor visibilidad que adquirieron las migraciones desde países limítrofes durante los noventa y, posteriormente, a partir de 2004, tras la sanción de la Ley de Migraciones 25.871 que venía a reemplazar el marco normativo previo de la última dictadura militar en Argentina (Basualdo, 2017 y Cerrutti, 2010).

Respecto de este tercer campo, lo integran tres grupos de trabajos. El primero, nuclea investigaciones que comparten un interés común por indagar en la accesibilidad y el cumplimiento de derechos en materia de salud para personas migrantes. Aquí destaca el trabajo de Lourdes Basualdo (2017) sobre el acceso de poblaciones migrantes a trasplantes de órganos en Argentina. Mediante una estrategia cualitativa que combina el análisis

documental y entrevistas a funcionarios del Estado, analiza el proceso de configuración de acciones estatales que restringen el acceso a trasplantes de órgano para dichas poblaciones. Este grupo de estudios, también incluye una serie de informes producidos a partir de investigaciones impulsadas por organismos de derechos humanos como el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), asociaciones civiles sin fines de lucro como el Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES) (Jelin y otrxs, 2006) y organismos internacionales como Naciones Unidas (Cerrutti, 2010) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (Courtis, Liguori y Cerrutti, 2010). Con enfoques metodológicos mixtos, que articulan fuentes cuantitativas de datos -censos y encuestas sobre migraciones- con información cualitativa a partir de entrevistas en profundidad dirigidas principalmente a agentes de salud, se describen las condiciones sanitarias de poblaciones migrantes en diversas zonas del país y se analizan las barreras que afectan la calidad de atención y el acceso a derechos sexuales y reproductivos.

El segundo grupo, incluye trabajos que abordan el tema de la interculturalidad en el ámbito de la salud. Algunas veces alineados teóricamente con determinadas corrientes de la perspectiva intercultural⁴ y, otras, con posturas críticas respecto de este enfoque, analizan diversas temáticas relativas al acceso a la salud de poblaciones migrantes y pueblos originarios en Argentina (Aizenberg y Baeza, 2021; Feltri y otrxs, 2006, Mombello, 2006; Orzuza, 2014). La mayoría de los estudios, a partir de metodologías cualitativas, se enfocan principalmente en la perspectiva de lxs agentes de salud sobre las barreras y facilitadores de los encuentros biomédicos con dichas poblaciones. Otros estudios, por su parte, a partir del análisis documental, reflexionan sobre los problemas y las limitaciones del enfoque intercultural en el diseño y ejecución de programas de salud. Principalmente, alertan sobre la tendencia de ciertos abordajes interculturales a anular la complejidad de relaciones y dimensiones sociales, económicas y políticas implicadas en la situación de salud de comunidades de pueblos originarios y poblaciones migrantes (Feltri y otrxs, 2006; Lorenzetti, 2017).

⁴ Sobre esta perspectiva nos referiremos en el apartado metodológico de esta tesis.

Para finalizar, el tercer grupo de trabajos dentro del campo cuidados, salud y migraciones recoge investigaciones que, desde perspectivas teóricas ligadas a los estudios de género, los feminismos y la Salud Colectiva, analizan las redes y estrategias de auto-atención y cuidados que despliegan las mujeres (Baeza, Aizenberg y Barría Oyarzo, 2019; Baeza, 2013; Biondini, 2021; Linardelli, 2021; Linardelli y Anzorena, 2021; Linardelli y Goldberg, 2018). En este corpus de trabajos destacan, en primer lugar, una investigación realizada en las ciudades de Córdoba y Comodoro Rivadavia que analiza de forma comparativa las percepciones de equipos sanitarios y mujeres migrantes bolivianas en torno al cuidado de la salud. En segundo lugar, un estudio situado en la provincia de Mendoza que, a partir de una investigación etnográfica, analiza las experiencias de salud, enfermedad y cuidados de trabajadoras agrícolas oriundas de Bolivia y del nordeste argentino (Linardelli, 2021; Linardelli y Anzorena, 2021). Este trabajo de investigación señala, por un lado, los efectos sobre la salud de las cargas de trabajo productivo y reproductivo y, por otro lado, las dificultades que las mujeres migrantes enfrentan en el acceso a la atención médica.

En el tercer grupo, también incluimos investigaciones que analizan las percepciones de lxs agentes de salud en torno a las mujeres migrantes de origen boliviano, especialmente respecto de las prácticas de cuidados durante los procesos reproductivos y en relación con la maternidad (Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015; Cernadas y Pena, 2014). Estos trabajos dan cuenta de sanciones hacia las mujeres por parte del personal de salud, debido a que lxs agentes consideran que las migrantes se alejan de los modelos hegemónicos de maternidad y cuidados.

A partir del recorrido bibliográfico realizado, es posible considerar que la producción académica en el campo cuidados, salud y migraciones, especialmente respecto de los trabajos que indagan en la atención sanitaria de poblaciones migrantes, desarrollan abordajes metodológicos que priorizan el punto de vista de unx actorx social y, en escasas investigaciones, se plantea un enfoque relacional con la inclusión de todxs lxs actorxs significativxs para abordar las problemáticas que se estudian. En relación con este vacío, el abordaje metodológico que plantea la presente investigación para comprender las

experiencias de cuidados de mujeres migrantes en relación con instituciones y agentes de salud del sistema público, al incluir el punto de vista de ambxs actorxs, puede constituir un aporte a dicho campo de estudios.

La categoría experiencia en las epistemologías feministas. Algunas precisiones sobre esta propuesta teórico-metodológica

En el objetivo general de esta investigación hemos recurrido a la categoría experiencia para nombrar el aspecto fundamental de los cuidados que nos interesa comprender. La experiencia, tanto en su faz teórica como política -inseparables entre sí- es una noción central para los feminismos académicos y el activismo feminista. Los grupos de autoconciencia, organizados por mujeres que se consideraban radicales dentro del movimiento feminista a fines de los 60, fueron un espacio fundante para el reconocimiento de las opresiones patriarcales. Estos grupos tenían como eje la puesta en valor de las propias experiencias de dominación, violencia y resistencia, con el objeto de contrastarlas con la teoría y delinear estrategias políticas de lucha para transformar dichas opresiones (Trebisacce, 2016). Vedados de los debates en el espacio público e invisibles en las agendas y políticas de Estado, los asuntos de las mujeres eran considerados privados. Por el contrario, en los grupos de autoconciencia, las condiciones de vida marcadas por las sobrecargas de trabajo reproductivo, las violencias machistas, los abusos y los maltratos en el sistema de salud, entre otras situaciones problemáticas, encontraron un espacio donde ser nombradas que creó las condiciones para dar una presencia política a las experiencias compartidas (Smith, 2012). De estos grupos surgió la consigna feminista “lo personal es político” como una forma de des-privatizar el mundo de las mujeres y poder comprender sus narrativas vitales, no como acontecimientos individuales -aunque cada relato tenga su singularidad- sino en el marco de experiencias compartidas/bles vinculadas con la supremacía androcéntrica que se ejercía sobre ellas (Bach, 2010).

Las discusiones y las demandas iniciales del feminismo hegemónico de los 60 y 70 reflejaban las experiencias y las necesidades de mujeres blancas, heterosexuales y de clase media que se referían a la existencia de una sujeta mujer universal con un principal interés de lucha, derribar la supremacía masculina (Viezzler, 2004). Sin embargo, el patriarcado como sistema de dominación no constituye una estructura que iguala las experiencias de las mujeres como un todo homogéneo en relación con su posición de subalternidad. En este sentido, feministas afro-estadounidenses, chicanas, obreras y lesbianas comenzaron a hacerse escuchar y denunciaron que el patriarcado no era el único sistema de dominación, sino que se encontraba eslabonado con otras opresiones que experimentaban mujeres no blancas y no heterosexuales (Bach, 2010; Viezzler, 2004).

Un hito histórico en el cuestionamiento al sesgo blanco del feminismo de occidente aconteció en la tribuna del Año Internacional de la Mujer, organizada por las Naciones Unidas y realizada en México en 1975. En dicha oportunidad, Domitila Barrios, dirigente del movimiento sindical minero en Bolivia, confrontó a la reconocida feminista estadounidense Betty Friedan y a la presidenta de la delegación mexicana, que insistían en focalizar el encuentro y las discusiones hacia “la mujer” y la experiencia compartida de dominación masculina. La delegada de México instó a Barrios a “olvidarse por un momento” del sufrimiento de su pueblo, de las masacres, del hambre y del despojo capitalista para hablar de nosotras, “(...) de usted y de mí, de la mujer, pues” (Viezzler, 2004:165). A lo que Domitila respondió:

“Señora, hace una semana que yo la conozco a usted. Cada mañana usted llega con un traje diferente y, sin embargo, yo no. Cada día llega usted pintada y peinada como quien tiene tiempo de pasar en una peluquería bien elegante y puede gastar buena plata en eso; y, sin embargo, yo no. Yo veo que usted tiene cada tarde un chofer en un carro esperándola a la puerta de este local para recogerla a su casa; y, sin embargo, yo no. Y para presentarse aquí como se presenta, estoy segura de que usted vive en una vivienda bien elegante, en un barrio también elegante, ¿no? Y, sin embargo, nosotras las mujeres de los mineros, tenemos solamente una pequeña vivienda prestada y cuando se muere nuestro esposo o se enferma o lo retiran de la empresa, tenemos noventa días para abandonar la vivienda y estamos en la calle.

Ahora, señora, dígame: ¿tiene usted algo semejante a mi situación? ¿Tengo yo algo semejante a su situación de usted? Entonces, ¿de qué igualdad vamos a hablar entre nosotras? ¿Si usted y yo no nos parecemos, si usted y yo somos tan diferentes? Nosotras no podemos, en este momento, ser iguales, aun como mujeres, ¿no le parece?” (Viezzler, 2004:166).

El relato de Domitila muestra la potencia política de la experiencia situada como punto de partida para confrontar la pretensión de un sujeto y horizonte único en la lucha feminista y, a su vez, interpela las perspectivas occidentales, eurocéntricas y su modelo explicativo de la subordinación de las mujeres reducido al dominio patriarcal. Como contrapartida a un sujeto único del feminismo, debemos considerar “(...) la historia de muchas mujeres en muchos lugares-tiempos” (Curiel, 2009 en Yañez, 2016, p. 28) y la imbricación de los sistemas de dominación como el sexismo, el racismo, el heterosexismo y el capitalismo en dichas historias.

En el campo académico, la experiencia vino a disputar los sentidos sobre lo que se considera conocimiento y a resignificar la pretensión de universalidad y neutralidad de determinadas corrientes científicas, generalmente ligadas a las ciencias naturales. Como señala Trebisacce (2005, p.4), “la experiencia fue convocada para que pudiera hablar de aquello para lo cual la ciencia neutral no tenía ni palabras ni protocolo de experimentación”. De la mano de la *epistemología del punto de vista*, que toma como referencia las aventuras y las revelaciones que posibilitaron los grupos de autoconciencia, se restituyó un valor cognoscitivo a las experiencias particulares en la vida cotidiana, no como una forma de conocimiento fija y concluida sino como un terreno desde el que deben hacerse los descubrimientos (Smith, 2012). La *epistemología del punto de vista* procura hacer una sociología *para* las personas⁵ y, en este sentido, “(...) empezar por sus vidas de todos los días como modo de identificar qué situaciones, dentro de las relaciones naturales y/o sociales, necesitan ser investigadas y qué es lo que puede resultar útil para ellas que se

⁵ El punto de vista como teoría y método de indagación incluye las perspectivas de lxs desplazadxs o ausentes en los debates de la escena pública y cuyas experiencias como sujetxs de conocimiento no han sido tomadas en cuenta (Smith, 2012)

interrogue de esas realidades” (Bach, 2010, p. 77). De esta forma, se trata de descubrir lo social que se extiende más allá de las experiencias personales, de lo local y de lo cotidiano (Smith, 2012); el pasado biográfico, las proyecciones futuras, las configuraciones culturales, el momento histórico, las condiciones económicas, las conexiones entre las personas y las maneras compartidas de nombrar un mundo conocido (Bach, 2010).

En relación con la pretensión de neutralidad de la ciencia, independientemente de la variedad de posturas teóricas, las epistemologías feministas se posicionan en las antípodas de este presupuesto y parten de la premisa común de que quien conoce es alguien que está en una determinada situación, posición o circunstancia (Bach, 2010). El conocimiento que producimos se encuentra afectado por las configuraciones familiares en las que nacemos y las instituciones en las que sociabilizamos, en un espacio geográfico particular y en un momento históricamente determinado. La forma dominante de hacer ciencia, lejos de ser abstracta y representar valores universales, encarna los intereses de varones blancos occidentales y de clase media, que son quienes han detentado el poder y las condiciones materiales para construir, a partir de sus propias experiencias parciales, relatos universales sobre la historia, sobre los cuerpos, sobre las maneras en que hay que vivir, hacer política o ciencia.

¿Cómo se manifiesta la experiencia en la vida de todos los días? ¿Cómo se vuelve aprehensible e inteligible? ¿Es la experiencia un fenómeno puramente lingüístico? (Bach, 2010) La relación entre lenguaje y experiencia es conflictiva y ha generado debates al interior de las ciencias sociales y humanidades. En estos debates encontramos posiciones como la de Joan Scott, historiadora, que entiende que, al ser un hecho lingüístico, la experiencia se encuentra condicionada y es reductible a las posibilidades discursivas del entorno en el que acontece (Bach, 2010). Para Scott (2015), el valor de los relatos de experiencia para producir conocimientos radica en la posibilidad de contextualizarlos para

así comprender cuáles son los procesos y condiciones históricas que, a través del discurso⁶, posicionan a los sujetos y producen sus experiencias.

Otras autoras, por su parte, consideran que las descripciones detalladas sobre la experiencia, más que puntos finiquitados o datos que requieren iluminación teórica, son capaces de arrojar luz y enriquecer las teorías disponibles (Alcoff, 1997; Bach, 2010). Cabe concluir que, si bien nos constituimos producto del lenguaje y las estructuras que nos posicionan en los límites culturales y sociales, esta constitución no es fija, es cambiante y contradictoria, en un flujo que, a la vez que reproduce lo dado, actúa sobre ello y lo transforma (Bach, 2010).

Retomando las preguntas sobre las formas en que se manifiesta la experiencia y si es un fenómeno puramente lingüístico, algunas autoras responden que la experiencia tiene una dimensión cognoscitiva que desborda los límites del lenguaje y de lo textual y disputan el supuesto de que desempeña un papel en el conocimiento siempre y cuando sea articulada (Bach, 2010). Esta posición se fundamenta en la comprensión de la experiencia como un fenómeno encarnado⁷, que se vive y se hace con todo el cuerpo y no solo con la mente, y que no siempre es simbolizable (Bach, 2010). En este sentido, en palabras de Alcoff (1997 p. 127), deberíamos entender “la experiencia y el discurso como imperfectamente alineados, con zonas de dislocación”. Hay experiencias a las que, mientras ocurren, es imposible ponerles palabras y que, no obstante, cuando las condiciones lo permiten porque hay instancias de reflexión, que generalmente son colectivas y donde se comparten teorías, logran expresarse. A su vez, aunque no pueda articularse en el habla, la experiencia corporal tiene valor cognitivo para las acciones y decisiones de las personas, que sienten y se manejan, muchas veces de forma intuitiva, a través de la información no codificada que

⁶ Aquí la categoría discurso refiere al sentido que le otorgara Foucault (1987), como un orden previo a cualquier momento en la producción de una declaración que configura las posibilidades de lo que se puede decir y que nunca expresa la intención de quien habla o escribe, sino que se le impone y coacciona externamente.

⁷ Los desarrollos teóricos de las feministas que reconsideran el papel de la experiencia corporal en el desarrollo de conocimiento, y como una forma de fortalecer la autoridad y credibilidad epistemológica de las mujeres, se nutren de los aportes de la fenomenología de Merleau-Ponty, que busca trascender el dualismo cuerpo-mente y desarrolla una explicación sobre la forma en que podemos conocer el mundo que le otorga un lugar central a la percepción y a los sentimientos corporalmente vividos (Alcoff, 1997).

produce esa encarnación o ese *cuero práctico* (Bordo, 2001) sexuado cuando interactúa con el mundo exterior (Young en Bach, 2010).

A estas alturas, y luego de haber delimitado algunas cuestiones históricas, teóricas y metodológicas en relación con el lugar de la experiencia en las epistemologías feministas, nos parece oportuno explicitar la definición que retomamos en esta tesis, para que lxs lectorxs puedan encontrar una referencia a las dimensiones de la categoría que orientaron nuestra lectura de las entrevistas. En este sentido, la definición que más enriquece nuestro análisis es la de Ana María Bach (2010), por la complejidad de aspectos de la experiencia que toma en cuenta y por el esfuerzo por integrar los aportes de distintas teóricas feministas. Según esta autora:

La experiencia, pasada o presente, vivida por cada sujeto encarnado, sexuado y situado, que a la vez es artífice y artefacto de sus experiencias, es un proceso continuo a lo largo de su existencia. La experiencia aparece como contradictoria porque puede ser a la vez singular y compartida, registrada o no en varios niveles, articulada o inarticulable, rememorada y rearticulada a través de la reflexión, productora de conocimientos y producida por ellos, con el potencial de producir actos de resistencia. Puede darse en los márgenes o en los centros, y toda teorización en el campo de las humanidades o de las ciencias sociales debería tomarla como punto de partida (p.128)

A continuación, y atentas al espíritu de la categoría de experiencia, la intención es desarrollar un marco de lectura con voces que nos permitan interpelar nuestra propia matriz de inteligibilidad de las experiencias de cuidados (Trebisacce, 2016) y, a su vez, que puedan dialogar con las preocupaciones y problemas concretos que compartieron con nosotras las mujeres y lxs agentes de salud con lxs que conversamos en las entrevistas.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

CAPÍTULO I

Los cuidados desde los feminismos y otras teorías críticas

Al abordar los cuidados como objeto teórico sobresalen dos dimensiones que se entrelazan, se afectan y se alteran mutuamente. La primera, es la del encuentro cuidador (Seixas y otrxs, 2016), entendido como un locus de intercambio interpersonal o colectivo donde los cuidados se construyen en acto y donde hay una producción agenciada de lxs sujetxs, situadxs según su clase social, sexo, edad o racialización. A partir de estas posiciones se dialoga, se interfiere, se padecen y/o reproducen normas, jerarquías, mandatos o relaciones sociales de dominación en relación con los cuidados. La segunda, es la dimensión estructurada de los cuidados. Esta se instituye a partir del cruce entre instituciones sociales como la maternidad y la heterosexualidad obligatoria, y las relaciones capitalistas de producción que crean determinadas conexiones entre los hogares, los mercados y el Estado (Rodríguez Enríquez, 2012).

Este capítulo aporta una matriz teórica capaz de hacer inteligible el diálogo y las tensiones permanentes entre la dimensión estructurada de los cuidados y la potencia, los matices y los desvíos posibles en las experiencias, relaciones y encuentros de cuidados. Para tal fin, convocamos discusiones teóricas que, impregnadas por los enfoques feministas, de género, antirracistas y de los estudios sobre infancias y juventudes protagonistas, profundizan sobre tres aspectos: la economía de los cuidados, la organización social de los cuidados y la ética del cuidado⁸.

⁸ Cuando hablamos de cuidados en esta tesis nos referimos principalmente a los cuidados no remunerados que se realizan al interior de los hogares. Cuando hagamos referencia a los cuidados remunerados, haremos una mención explícita que los distinga.

Las discusiones sobre la economía de los cuidados, a partir de enfoques feministas, han visibilizado un trabajo que no es reconocido ni remunerado y del cual las economías se benefician (Esquivel, 2015). Los debates en torno a la organización social de los cuidados, de índole más sociológica, ofrecen una crítica detallada sobre el papel del Estado, el mercado, el sexismo, el racismo y las relaciones de clase en la configuración del acceso y las relaciones de cuidados (Esquivel, 2015). Por último, las discusiones sobre la ética del cuidado, en el intersticio entre lo público y lo privado, configuran un campo de estudio atento a examinar los arreglos políticos y sociales que se imprimen en las prácticas y valores sobre los cuidados (Held, 2005).

A continuación, para comenzar, haremos una breve historización sobre la relación y los conflictos entre los cuidados y la producción industrial a principios de siglo XIX. Conflictos que sentaron las bases de los roles sexuales y la división sexual del trabajo, que asignó el espacio público para los varones y el privado para las mujeres.

1. Las relaciones entre los cuidados y la producción industrial capitalista en clave histórica: aportes feministas que diluyen las fronteras entre lo público y lo privado

Con el avance de los procesos de industrialización en Europa hacia principios del siglo XIX se observa una transformación en la organización social para el sostenimiento de la vida (Carrasco, Borderías y Torns, 2019). Mientras que en épocas preindustriales las actividades reproductivas⁹ y productivas coincidían en los hogares, con el desarrollo

⁹ Actividades reproductivas alude a la categoría marxista reproducción social, entendida como “las tareas, los trabajos y las energías que se despliegan para la reproducción de la población y las relaciones sociales, en particular, la fuerza de trabajo” (Carrasco y otras, 2019, p. 29). En la actualidad, la reproducción social es denominada ampliamente como trabajo de cuidados (Rodríguez Enríquez, 2012) y, en algunos casos, como cuidados, incluyendo en este último caso discusiones teóricas que desbordan los aportes del feminismo marxista sobre la temática (Esquivel, 2015).

industrial se impone una separación de la vida cotidiana en dos esferas. La esfera pública, por fuera del hogar, en las industrias, donde lxs trabajadorxs vendían su fuerza de trabajo¹⁰ a capitalistas que, al contar con los medios de producción¹¹, desarrollaban emprendimientos cuyo objetivo era aumentar exponencialmente sus ganancias (Hobsbawm, 2013). Y la esfera doméstica, que se constituyó como espacio privado del cual se esperaba que fuera capaz de garantizar la reproducción social. Este último propósito, el de garantizar la reproducción social a partir de las actividades desarrolladas en la esfera doméstica, estuvo en crisis y en tensión con la esfera productiva desde los inicios, ya que la participación en el trabajo industrial incluía tanto a varones como a mujeres y a niñxs (Federicci, 2018).

Con jornadas laborales de más de 14 horas se volvió prácticamente incompatible para las mujeres, a quienes el movimiento obrero consideró como las principales responsables del trabajo reproductivo y de cuidados (Carrasco y otras, 2019), trabajar en las fábricas y, a la vez, hacerse cargo del hogar, sobre todo para aquellas que no contaban con una red de acompañamiento vecinal o familiar que les permitiese compartir los cuidados de las infancias, la elaboración de alimentos, la confección de vestimentas y la atención de enfermedades, entre otras actividades (Carrasco y otras, 2019; Ehrenreich y Deirdre, 1988; Scott, 1993). En este contexto, con regímenes de trabajo intensivo, una salud urbana deficiente y mala alimentación de lxs trabajadorxs, la expectativa promedio de vida en la Inglaterra de 1850 era de alrededor de 40 años (Federicci, 2018). Estas condiciones de vida y trabajo fueron motivo de demandas por parte del movimiento obrero, principalmente de las mujeres, que reclamaban una reducción de la jornada laboral y el establecimiento de guarderías que permitiesen a las infancias estar a resguardo mientras ellas trabajaban (Carrasco y otras, 2019).

En paralelo a estas tensiones entre la esfera productiva y reproductiva, que se volvieron un obstáculo para la acumulación capitalista dado que la reproducción de la

¹⁰ Fuerza de trabajo es la energía humana empleada en el proceso de trabajo. La fatiga que se observa luego de una jornada de trabajo es la expresión de esa energía gastada, desgaste que requiere de la alimentación y el descanso para ser recuperada (Harnecker, 2005).

¹¹ La categoría medios de producción se refiere a “todos los objetos materiales que intervienen en el proceso de trabajo” (Harnecker, 2005, p. 36).

fuerza de trabajo se encontraba en riesgo, se construyeron las premisas para una naturalización de roles sexuales binarios y para la división sexual del trabajo (Federicci, 2019). Con el auxilio de las ideas médicas sobre higiene y crianza de la época, se estipuló que el lugar de las mujeres, para cumplir con su destino biológico de crianza y con toda una serie de tareas destinadas al mantenimiento de lo doméstico y al cuidado de otros, era el hogar. Para los varones, por el contrario, su espacio natural era la vida pública, el trabajo fuera de los hogares, en las fábricas, con tal de garantizar su rol de proveedores a través del salario familiar obrero masculino¹² (Federicci, 2018).

Con la naturalización de estos roles sociales se intentó borrar la estrecha interconexión entre trabajo reproductivo y productivo para las economías capitalistas y las implicancias de la división sexual del trabajo en la subordinación y la dependencia económica de las mujeres (Carrasco y otras, 2019). Sobre estos dos borramientos interviene la economía feminista y elabora sus principales aportes a partir de la década de los 90, al reactualizar los debates de los 70 entre feminismo y marxismo sobre trabajo doméstico¹³ (Curiel, 2012; Federicci, 2018; Rodríguez Enríquez, 2015). Con herramientas ampliadas de la economía clásica, que es ciega a la contribución del trabajo reproductivo en sus análisis económicos convencionales, la economía feminista restituye la conexión profunda entre reproducción y producción y analiza el modo en que las relaciones de género y raciales atraviesan el funcionamiento del sistema económico develando los motivos del ocultamiento de dichas relaciones (Carrasco y otras, 2019; Rodríguez Enríquez, 2012).

¹² Para Federicci (2018, p. 18), el salario “no es una cierta cantidad de dinero, sino una forma jerarquizada de organizar la sociedad”. “Con la introducción del salario familiar las mujeres que trabajaban en las fábricas son “rechazadas y enviadas a casa, de forma que el trabajo doméstico se convierte en su primer trabajo y ellas se convierten en dependientes (Federicci, 2018, p. 17) y los varones en los supervisores de su trabajo no pago.

¹³ Estos debates visibilizaron el rol del trabajo doméstico no remunerado en el proceso de acumulación capitalista, y las implicancias en términos de explotación de las mujeres, tanto por parte de los capitalistas como de los maridos y padres (Rodríguez Enríquez, 2015)

2. ¿Cómo contribuyen los cuidados en las economías capitalistas y por qué sus aportes se encuentran ocultos?

Según Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns (2019, p.49), “lo que permanece oculto no es tanto el trabajo doméstico y de cuidados en sí mismo sino la relación que mantiene con el sistema de producción capitalista”, esto es, la necesidad que tiene la producción de mercado de un trabajo previo de cuidados sobre la vida humana, que se desarrolla en el ámbito de lo doméstico y que permite la reproducción de la fuerza de trabajo y sus capacidades. El trabajo reproductivo y de cuidados que desarrollan principalmente mujeres y sujetxs racializadxs reduce los costos de la fuerza de trabajo para las empresas y aumenta sus tasas de ganancias al asumir tareas que, de otro modo, deberían realizarse de forma remunerada o con un costo extra traducido en mayores salarios (Federicci, 2018).

De tal magnitud es el rol económico sistémico de los cuidados (Rodríguez Enríquez, 2015) que, según el informe elaborado por la Dirección de Economía, Igualdad y Género perteneciente al Ministerio de Economía en Argentina, el Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado (TDCNR) representa un 15 % del Producto Interno Bruto (PIB)¹⁴ y es el sector de mayor aporte en toda la economía, seguido por la industria y el comercio (D´Alessandro y otros, 2020). Este aporte aumentó durante la pandemia por COVID-19 dada la mayor demanda de cuidados, apoyo educativo y tareas de limpieza y mantenimiento del hogar en un contexto de aislamiento social y con instituciones educativas que funcionaron de manera virtual. Situaciones que dificultaron la externalización de los cuidados y pusieron en evidencia, en la sociedad en general y a nivel gubernamental, lo crucial de estas tareas para el sostenimiento de la vida y la esfera productiva. Según

¹⁴ El producto interno bruto (PIB) es un indicador económico que refleja el valor monetario de todos los bienes y servicios finales producidos por un país o región en un determinado periodo de tiempo, normalmente un año. Se utiliza para medir la riqueza que genera un país (D´Alessandro y otros, 2020).

cálculos oficiales, durante este proceso socio-sanitario la contribución del TDCNR al PIB aumentó hasta un 21,8% (D'Alessandro y otros, 2020).

La medición y valoración de las actividades de cuidados no asalariadas, en términos de tiempos que insumen o de su contribución a la renta de un país, generan un impacto al visibilizar los cuidados como un trabajo esencial que aporta sustancialmente a la macroeconomía (Rodríguez Enríquez, 2015). De esta forma, las herramientas de medición en manos de la economía feminista se erigen como insumos estratégicos para poner a los cuidados en agenda, con la intención de que esto decante en políticas públicas integrales que garanticen la organización por parte del Estado de una arquitectura de protección social, con servicios y recursos económicos destinados a garantizar los cuidados de la población (Rodríguez Enríquez, 2015).

No obstante, desde el propio campo de la economía feminista se advierten las limitaciones de medir y valorar los cuidados con las mismas herramientas con las que se miden las aportaciones del trabajo de mercado (Carrasco y otras, 2019; Rodríguez Enríquez, 2012). Es posible que actividades como el planchado o el lavado de ropa sean fácilmente cuantificables en relación con el tiempo que insumen y su valor monetario en el mercado, pero, dado que los cuidados rebasan este tipo de tareas e involucran la supervivencia biológica de los cuerpos, el cuidado de enfermedades, la crianza, el afecto y la enseñanza de habilidades humanas para la relación y la comunicación con otros, el ejercicio de asignar un valor económico a estas labores se vuelve difuso y complejo (Carrasco y otras, 2019). Más aún, cuando estas actividades se realizan en simultáneo y cuando los tiempos que requieren para ser desarrolladas no son lineales. Un ejemplo de la no linealidad del tiempo en las tareas de cuidados puede verse en el acompañamiento de procesos de salud y enfermedad¹⁵, que en muchos casos tienen tiempos de desenlace inesperados, con complicaciones o manifestaciones físicas cambiantes que demandan una

¹⁵ La categoría proceso de salud-enfermedad alude a la salud y a la enfermedad como partes de un único proceso cuyo carácter es eminentemente social e histórico (Laurell, 1982). El carácter social e histórico se manifiesta en una serie de fenómenos que se pueden constatar empíricamente: los diferentes perfiles de morbi-mortalidad, esperanza de vida, crecimiento y envejecimiento en función del contexto social, histórico y la clase social, entre otras dimensiones.

atención constante e intensiva, sobre todo cuando se trata del cuidado de infancias o personas dependientes (Yañez, 2016).

En definitiva, aunque la economía feminista pone en valor el aporte a la renta nacional de los cuidados mediante algunas mediciones, su intención no es establecer un sistema que permita determinar equivalencias entre el valor económico de los cuidados y el valor económico del trabajo en el mercado. El propósito de la economía feminista es visibilizar el rol sistémico de los cuidados en las economías capitalistas, reconocer las implicancias que la organización social de los cuidados tiene para la vida económica de las mujeres y, de manera sinérgica con las demandas feministas y de otros movimientos sociales, poner en el centro el bienestar de las personas y la sostenibilidad de la vida (Pérez Orozco, 2012; Rodríguez Enríquez, 2015).

3. Algunos apuntes sobre la organización social de los cuidados y la reproducción de desigualdades económicas, de género y raciales

Producto de las transformaciones económicas y sociales que acontecieron con la consolidación del modelo industrial capitalista de producción a principios del siglo XIX, y con ayuda de la medicina y de corrientes higienistas y eugenésicas que consideraban que era imprescindible que las mujeres se capacitaran sobre crianza y labores domésticas para garantizar la fuerza de trabajo futura, se consolidan las bases para una división sexual, racial e internacional¹⁶ del trabajo. Por aquellas épocas se construye el modelo de familia

¹⁶ En *El Patriarcado del Salario*, Silvia Federicci menciona que la revolución industrial, su creciente expansión en el siglo XIX y la acumulación capitalista en dicha época se sostiene, no solo por los regímenes incansables de trabajo industrial, sino también, por el trabajo esclavo en las plantaciones de territorios colonizados de África y América Latina, desde donde se extraían las materias primas para productos de comercialización. “El sistema de plantación fue un paso clave en la formación de una división internacional del trabajo que integraba el trabajo de los esclavos en la (re)producción de la mano de obra industrial europea a la vez que les mantenía separados social y geográficamente” (Federicci, 2018, p. 15). Estas formas de

nuclear constituida por un varón proveedor o *breadwinner*, por una mujer ama de casa y por lxs hijxs de ambxs (Carrasco y otras, 2019). No obstante, este modelo de familia ha funcionado más como un ideal social que como una realidad, solo “plenamente accesible para las familias blancas, burguesas, heterosexuales” (Precarias a la deriva 2004, p. 8). Mujeres obreras, racializadas y migrantes han tenido una presencia constante en el mercado laboral y han debido organizar los cuidados en red con familiares, vecinxs y amigxs, ampliando de tal forma la noción de familia tradicional (Davis, 2004; Lorde, 2002; Precarias a la deriva, 2004; Rich, 2019).

A partir de la década de los setentas, producto de la crisis de sobreacumulación capitalista¹⁷ y, también, a partir de las demandas feministas de la época que cuestionaron los roles sexuales, hubo una reconfiguración en la organización familiar y social de los cuidados cuando las mujeres emprendieron su ingreso en el mercado laboral (Precarias a la deriva, 2004). Esto implicó para ellas una doble presencia¹⁸, en los hogares y en el trabajo de mercado (Carrasco y otras, 2019).

La presencia de las mujeres en el mercado laboral no significó una transformación en el rol que socialmente se les había asignado como responsables de la gestión y el desarrollo de tareas reproductivas. En Europa, en América Latina y en otras geografías, estas siguen siendo actividades que se desarrollan en los hogares y que hacen las mujeres, que vieron ampliadas sus cargas de trabajo por la superposición de las labores domésticas y el trabajo fuera de sus casas (Carrasco y otras, 2019; Precarias a la deriva, 2004; Rodríguez Enríquez, 2015; Rosales Nava, 2002).

deslocalización del capital, según la autora “prefiguraban el actual uso de la fuerza laboral migrante” (Federicci, 2018, p. 15).

¹⁷ En los setentas toma forma un nuevo modelo económico centrado en la apertura y desregulación del sector financiero que generó una batalla en contra de los trabajadores como mecanismo para fracturar los compromisos hechos durante la época de la posguerra, incluidos aquellos relacionados con el sostenimiento de Estados de bienestar en Europa (Hawkins, 2010).

¹⁸ Doble presencia es el nombre propuesto por la socióloga italiana Laura Balbo, a finales de los 70, para representar la coordinación de tareas simultáneas que llevan adelante las mujeres entre las actividades domésticas y el trabajo fuera del hogar (Ruiz López y otros, 2017).

La crisis capitalista de los 70 y la emergencia del neoliberalismo, que aceleraron la salida de las mujeres de los hogares para sumar otra fuente de ingresos, provocaron una crisis en la sostenibilidad de la vida (Pérez Orozco, 2012) que perdura hasta nuestros días. Esta crisis puso de manifiesto “las dificultades de amplios sectores de la población para cuidarse, cuidar o ser cuidados” (Ezquerro, 2012, p. 176) en el contexto de una progresiva retirada de los Estados de estos asuntos y la negación de los mercados de alguna responsabilidad social por la reproducción de la vida (Carrasco y otras, 2019).

La crisis de los cuidados y de la sostenibilidad de la vida en países periféricos, como los de América Latina, se encuentra, además, agravada por el despojo, la privatización de recursos naturales y la escasez de tierras que son tomadas para emprendimientos económicos transnacionales (Precarias a la deriva, 2005). No contar con tierras para cultivo, con viviendas y agua potable transforma la supervivencia cotidiana de las personas en un trabajo pesado, sobre todo para pueblos originarios, pero también para poblaciones rurales y para el tejido comunitario de zonas urbano marginalizadas en las grandes ciudades (Precarias a la deriva, 2005).

Las situaciones de hostilidad y violencia barrial, que se han consolidado al compás de la agudización de los procesos de relegación urbana y desigualdad social, condicionan las prácticas de cuidados y la disponibilidad de tiempo libre para las mujeres que maternan (Ierullo, 2015). Sobre ellas recae la responsabilidad principal de accionar para garantizar la integridad física y la supervivencia de lxs jóvenes en relación con la xenofobia en las escuelas (Adaszko y Kornblit, 2008), las peleas y los homicidios producto de confrontaciones entre grupos barriales, del racismo y el odio de clase. En relación con dichas violencias, y en consonancia con las reflexiones de bell hooks (2014) respecto del rol del hogar como espacio de resistencia antirracista, el espacio doméstico, en ocasiones, adquiere una dimensión política radical como espacio de protección y confrontación frente a las hostilidades y las exclusiones en diversos espacios públicos.

Las dificultades para la supervivencia son uno de los motivos que impulsan a las personas a migrar, dentro de sus mismos países, o hacia países en el Norte Global (Carrasco

y otras, 2019). Como parte de una estrategia de movilidad social o de supervivencia, un/a/x integrante de la familia decide o es elegida/o/x para migrar y, a través del envío de remesas, sostiene a la familia en el país de procedencia (Pérez Gañán y Neira Molina, 2017). Cuando las que migran son mujeres, hay un impacto en la organización social y familiar de los cuidados en los territorios de origen y destino (Pedone, 2006). En el caso de mujeres con hijxs que estratégicamente deciden migrar solas, por motivos económicos y para afrontar las dificultades del (des) arraigo y las condiciones de trabajo en el nuevo lugar de vida, hay un traspaso de los cuidados directos de lxs niñxs a las abuelas (Pérez Gañán y Neira Molina, 2017). No obstante, el rol de cuidadoras de las migrantes continúa a la distancia con tareas de gestión de los cuidados, seguimiento de la escolarización de sus hijxs, o a través de aportes económicos a sus familias, entre otras preocupaciones y responsabilidades que se sostienen desde la nueva localización y con regresos temporales al país de origen (Magliano y Arrieta, 2021; Pedone, 2006; Pérez Orozco, 2006). Esta interdependencia entre las configuraciones familiares y otros parentescos no sanguíneos de los territorios emisores y las personas que se desplazan hacia nuevos destinos, resuena con el sentido de la migración expresado en la categoría experiencia migrante de Peggy Levitt (2018)

La experiencia del inmigrante no es un viaje lineal e irreversible de una pertenencia a otra. Por el contrario, los migrantes oscilan hacia adelante y hacia atrás entre el envío, la recepción y otras orientaciones en diferentes etapas de sus vidas. En cuanto sus vidas se fundamenten más en sistemas legales, de atención de la salud y de pensiones en ambos lados de la frontera, es más probable que continúen viviendo vidas transnacionales. Un número cada vez mayor de recién llegados no se asimilará por completo ni se mantendrá concentrado de manera total en sus países de origen, sino que elaborará una combinación de los dos contextos, variando durante el ciclo de vida. Sus vidas estarán posibilitadas y limitadas por múltiples repertorios e instituciones culturales. La movilidad social y la inclusión en un nuevo lugar, por tanto, están fuertemente conectadas con la condición social y la inclusión en el lugar anterior (p.4)

En algunas circunstancias migratorias, se observa que lxs niñxs asumen la responsabilidad de llevar la casa, vincularse con el sistema educativo y sanitario, y cuidar

de sus hermanxs pequeñxs, sus abuelxs y otras personas con grados variables de dependencia (Pedone, 2006). Esto último, viene a mostrar el papel de niñxs y adolescentes que asumen un protagonismo infantil espontáneo (Liebel, 2007) en el trabajo de cuidados, no solo en contextos migratorios, sino en la cotidianidad de configuraciones familiares que no tienen opción de externalizar estas tareas (Marco Navarro y Rico, 2013). Según Liebel (2007), protagonismo infantil espontáneo alude a:

Prácticas cotidianas individuales y colectivas de niños que, por su situación social, deben garantizar la propia supervivencia o de personas cercanas. El caso más común es el de los niños que viven en la calle y que deben mantenerse por su propia cuenta. Pero como forma espontánea, el protagonismo se expresa también cuando los niños se rebelan en contra de tratos injustos en sus casas, cuando exigen ser tomados en serio y respetados, cuando deben ocuparse de llevar la casa y cuidar a los hermanos pequeños, cuando la madre debe trabajar fuera de la casa, cuando en contra de su voluntad, deben trabajar y ayudar a sostener la familia económicamente (p. 128-129).

En relación con las tareas que realizan cotidianamente las infancias cuidadoras, se observa que también opera una división sexual del trabajo. La preparación de los alimentos, la limpieza y los cuidados directos de otras personas recae sobre las niñas, mientras que las refacciones hogareñas y las actividades lúdicas ligadas a la crianza son realizadas con mayor frecuencia por varones (Marco Navarro y Rico, 2013).

Además de contraer a menor edad obligaciones familiares y responsabilidades de cuidados, las infancias y juventudes de sectores populares y migrantes ingresan tempranamente al mundo del trabajo productivo, a trabajos más duros y menos atractivos que interfieren con la disposición de tiempo libre para el juego y las tareas escolares (Margulis, 2008). De esta forma, la idea de moratoria social (Margulis y Urresti, 1998), que alude a la postergación de las responsabilidades adultas y la participación social y laboral, refleja las experiencias de grupos de clases media y alta (Torres Pereyra, 2004). Lxs niñxs y jóvenes de sectores populares y migrantes realizan un trabajo extra en relación con personas de la misma edad y sexo de clases sociales medias y altas para generar las

condiciones materiales básicas de existencia, escolarizarse y garantizar la disposición física y emocional de los cuerpos para realizar dichas labores. Estos hallazgos nos invitan a mirar los recorridos existenciales de niñas y jóvenes no como un todo homogéneo y universal, sino como experiencias situadas y variables en relación con el contexto histórico, social, económico, político, cultural, la residencia urbana o rural, el género y la racialización, entre otras dimensiones (Krauskopf, 2004).

La crisis de los cuidados y de la sostenibilidad de la vida muestran relaciones económicas y de dominación que conectan a países centrales y periféricos (Precarias a la deriva, 2005). En esta conexión, las migraciones tienen un papel central, por un lado, como estrategia de supervivencia para personas de territorios empobrecidos y, por otro lado, porque a través del trabajo de migrantes, fundamentalmente de mujeres, se enmienda la crisis de los cuidados en los países centrales o en los centros de la periferia.

En relación con lo dicho en el párrafo anterior, entendemos que las migraciones son un proceso de doble faz para algunas mujeres. Ante un panorama de dificultades para sostener la vida familiar en los países de origen, o incluso en algunos casos debido a situaciones de violencia familiar y sexista, la migración como proyecto vital y como estrategia de supervivencia tiene la potencia de desafiar mandatos sociales de género y edad, y es una oportunidad de movilidad social (Mogrovejo, 2017, Pérez Gañán y Neira, 2017). A su vez, sucede que con las migraciones también se reproducen y recrudecen estereotipos y desigualdades de género. Tanto las mujeres que se quedan como las que migran son las principales responsables de los cuidados. En el caso de los trabajos remunerados en los países de destino, donde se suma la racialización como sistema de dominación, la crisis de los cuidados crea espacios de mercado que son ocupados en mayor medida por mujeres migrantes y que visibilizan una estructura de precariedad, informalidad, desigualdad y estrategias de externalización de tareas de cuidados (Pedone y Gil Araujo, 2016; Pérez Gañán y Neira Molina, 2017).

¿Cómo impactan concretamente la organización social y la crisis de los cuidados en las desigualdades socio-económicas que afectan a las mujeres? En primer lugar, es

necesario considerar que, si bien los cuidados se gestionan principalmente en los hogares y por mujeres, las cargas de trabajo y las desigualdades que genera la división sexual del trabajo y la privatización de los cuidados no son las mismas para todas (Pérez Orozco, 2012). La crisis de los cuidados no afecta de manera homogénea a todas las mujeres. Además del género, la sexualidad, el nivel de ingresos, la racialización, la condición migratoria y el territorio geopolítico configuran nuestras posibilidades de acceder a un trabajo remunerado y las maneras de dar respuesta ante las necesidades de cuidados propias y de otros. A su vez, estas situaciones condicionan nuestro accionar frente a los mandatos de género (Precarias a la deriva, 2004).

Las dificultades de amplios sectores de la población para cuidar y recibir cuidados se observan tanto en países del Sur como en países del Norte (Carrasco y otras, 2019; Rodríguez Enríquez, 2012). La diferencia entre estos dos territorios y entre países del Sur global en cuanto a la forma en que se afrontan dichas dificultades está relacionada con el tipo de arquitectura de protección social que despliega cada país (Martínez Franzoni y Voorend, 2013). Es decir, con el tejido de leyes, políticas, sistemas, programas, beneficios y servicios de los que dispone cada territorio para asegurar las necesidades sociales y los cuidados de las personas (Kusnir, 1996).

Si este tejido de protección social es robusto y tiene presencia, para las mujeres existe la opción de no ser responsables exclusivas de los cuidados y otras tareas reproductivas. Esto último, mejora sus posibilidades de acceder a trabajos remunerados a través de los cuales eventualmente se pueden externalizar dichas tareas (Martínez Franzoni y Voorend, 2013). A su vez, la protección social garantiza algún grado de responsabilidad colectiva sobre la reproducción de la vida cotidiana de las personas, especialmente durante procesos vitales que intensifican las necesidades de atención física y emocional, como la infancia, las enfermedades o algún tipo de discapacidad (Precarias a la deriva, 2004).

Sin embargo, aún en países con sistemas de protección social relativamente presentes, la ayuda estatal muchas veces resulta insuficiente y se debe acudir al trabajo de cuidados remunerado que se ofrece en el mercado. El problema es que la externalización, y la crisis

de los cuidados en general, se sostiene con los cuerpos y los trabajos de otras mujeres que, por género, edad, condición migratoria y estado de vulnerabilidad social, son destinadas a este tipo de tareas sin derechos laborales, con bajos salarios y con cargas horarias que no respetan los acuerdos laborales básicos de los regímenes formales (Precarias a la deriva, 2004).

Las mujeres que suplen la ausencia de aquellas que acceden en mejores condiciones a trabajos remunerados o a instancias de educación formal ven comprometido su propio autocuidado y sus proyectos educativos formales. Asimismo, deben buscar la forma de garantizar el cuidado de sus seres cercanos a partir de redes, también organizadas en función del género, constituidas por familiares, vecinxs y amigxs e incluso, en ocasiones, deben pagar a otras mujeres para que realicen este trabajo (Herrera, 2016; Pedone, 2006).

Cuando en los hogares no se pueden externalizar los cuidados, las mujeres pierden oportunidades laborales o bien su inserción en el mercado de trabajo se realiza en peores condiciones de ingresos y con menos chances de optar por trabajos que no sean a tiempo parcial (Rodríguez Enríquez, 2015). Pero no es solo económico el perjuicio. A los inferiores salarios se suma la pobreza de tiempo del que disponen para actividades de ocio o para descansar, dado que a las cargas y a las horas de trabajo que dedican a tareas reproductivas se suman las demandas del trabajo asalariado (Rosales Nava, 2002).

A lo largo de estos dos últimos apartados hemos abordado las relaciones entre economía capitalista, organización social de los cuidados y desigualdades socioeconómicas de las mujeres. Hemos hecho especial hincapié en el papel del trabajo de cuidados en la estructura económica de los países, papel ocultado por la retórica económica ortodoxa y androcéntrica que asume que los mercados son el epicentro de dicha estructura (Pérez Orozco, 2012). A su vez, analizamos los motivos de la actual crisis de cuidados y de sostenibilidad de la vida y dimos cuenta de la forma en que las sociedades, los Estados y los mercados atienden a esta crisis. Esto es, relegando “(...) la gestión de la vida y los cuerpos en el día a día” (Pérez Orozco, 2012, p. 12) a las esferas invisibilizadas de la economía y a los trabajos de cuidados remunerados y no remunerados, espacios en los que se absorben

los conflictos de la reproducción social y cuyas labores se encuentran organizadas y segmentadas según género, racialización, nivel de ingresos o condición migratoria, cuestión que sitúa a muchas mujeres en una posición de desigualdad.

En pocas palabras, podemos decir que, a partir de las crisis económicas de los últimos 50 años, las mujeres avanzaron hacia un mercado laboral que las recibió en condiciones desiguales en relación con sus pares varones y, mientras tanto, la organización social de los cuidados sigue siendo una responsabilidad de mujeres. La diferencia con el modelo de familia nuclear previo es su doble presencia, en el trabajo reproductivo y de cuidados y en trabajos fuera del hogar.

En el apartado que sigue, con una lente de mayor aumento que nos aportará el campo de producciones teóricas de la ética del cuidado, retomaremos algunas reflexiones sobre los sentidos que socialmente se les atribuyen a los cuidados, su presencia en la vida cotidiana de las personas y, especialmente, las huellas intersubjetivas, los conflictos, las asimetrías y las tensiones que generan los mandatos patriarcales y las formas de organización social de los cuidados en las relaciones de cuidados.

4. La ética del cuidado

La ética entendida como morada, espacio de pertenencia y encuentro colectivo donde lxs sujetxs reflexionan sobre sus prácticas, se reconstruyen, revaloran y producen significados (Cano, 2015), es una categoría potente para abordar los variados aspectos y expresiones sociales y subjetivas de las relaciones de cuidados (Held, 2005).

La ética del cuidado feminista se constituye a partir de un mosaico de discusiones teóricas que, con la intención explícita de alejarse de relatos abstractos y universales, proponen miradas y diálogos sensibles a los matices y las narrativas contextuales sobre las

relaciones sociales y de cuidados (Held, 2005). Esta intención coexiste en tensión con el esfuerzo por buscar activamente puntos de encuentro en el universo de experiencias de cuidados que tienen las personas, inmersas en comunidades y en contextos sociales singulares. A partir de estas aproximaciones, se produce un conocimiento que, lejos de ocupar el lugar de una prescripción normativa, se propone como un mapa de ruta siempre flexible y en revisión que refleja el diálogo entre las experiencias cotidianas de cuidados y la forma en que instituciones como la maternidad y la heterosexualidad obligatoria, el racismo y la división sexual del trabajo dan forma a esas experiencias (Rich, 2019). Se interrogan, se interpelan y se intentan transformar las relaciones, las prácticas y los valores que reproducen dominación y violencia, que sobrecargan y que oprimen a quienes cuidan y son cuidadxs.

Nos interesa retomar específicamente dos discusiones/reflexiones que han sido abordadas en el campo de la ética del cuidado feminista y por autoras que, aunque no circunscriben sus desarrollos al campo de la ética, interpelan ciertas lógicas interindividuales y colectivas de relación y de significación en torno a los cuidados. Las lógicas interpeladas son aquellas que se arraigan en el ideal de individuo autónomo de las sociedades capitalistas, en la organización social de los cuidados centrada en la familia nuclear y en el constructo social sano/patológico-enfermo, entre otras normativas.

En primer lugar, señalamos el desarrollo que interroga la idea de que los cuidados son un asunto individual (Pérez Orozco, 2012), relativo a las necesidades de ciertxs sujetxs que no alcanzan a cumplir con los ideales de autonomía, independencia económica o salud y que, por lo tanto, devienen lxs destinatarixs sociales de los cuidados. En esta tesis entendemos que los cuidados constituyen “una necesidad diaria de todas las personas, aunque en diferentes grados y dimensiones” (Pérez Orozco, 2012, p. 8), que no se satisface de manera individual sino de modo relacional o interdependiente (Pérez Orozco, 2012; Puig de la Bellaseca, 2018) y que no refiere únicamente a la atención de necesidades materiales y fisiológicas de los cuerpos, sino que incluye también a las emociones (Davis Floyd, 2004).

La dimensión ontológica relacional que subyace a los cuidados y la noción de interdependencia irrumpen sobre la dicotomía autonomía/dependencia y sobre las jerarquías sociales que se establecen en las relaciones de cuidados. Esto es, que hay personas que cuidan y otras que reciben cuidados y, a su vez, que existen personas autónomas y, por otro lado, otras que son dependientes de los cuidados (Pérez Orozco, 2012). Si retomamos las discusiones que hemos dado en párrafos anteriores sobre la economía y la organización social de los cuidados, podemos afirmar que incluso el sujeto autónomo ideal del capitalismo que vende su fuerza de trabajo en el mercado depende del trabajo reproductivo y de cuidados que se realiza en los hogares. Y si analizamos relatos experienciales de personas que, aún en etapas terminales de una enfermedad y con numerosas dolencias, continúan a cargo de la organización de tareas domésticas, de los cuidados y del sostén emocional de otras personas (Vázquez, 2015), vemos que esta división entre lxs que cuidan y lxs que son cuidadxs es aún más difusa. No obstante, acordamos con Amaia Pérez Orozco (2012) cuando afirma que

Negar una separación estricta entre personas autónomas y dependientes no implica negar que existen distintas situaciones con distintos requerimientos. Esta diversidad, ha de ser de hecho, reconocida y atendida en un debate en el que todas las voces estén representadas (p. 8).

Esta última enunciación, que exhorta a un debate con “todas las voces representadas”, nos ayuda a introducir la segunda reflexión que nos interesa retomar del campo de estudios sobre la ética del cuidado. Esto es, que las discusiones sobre cuidados, en sus dimensiones económica, organizacional y ética, se han centrado en un análisis que da voz a los sentidos, los conflictos y las relaciones de cuidados en los límites de la familia nuclear heterosexual de ciertos sectores sociales y, particularmente, al vínculo desigual en cuanto al reparto de tareas de cuidados que se establece entre varones y mujeres (Cano, 2015; Pérez Orozco, 2012; Precarias a la deriva, 2005; Vidarte, 2007).

De esta forma, se han velado conflictos, relaciones, desigualdades, sentidos y posibilidades en torno a los cuidados que emergen de relaciones y tramas sociales que

construyen sujetos y colectivos sociales que no siguen los itinerarios vitales tradicionales. Este ocultamiento, que es a la vez social, político y académico, produce efectos. Uno de ellos, privarnos del enriquecimiento existencial de recorridos que habilitan otras posibilidades de habitar el mundo y practicar cuidados entre las personas. Como las que brotan de las relaciones de apoyo y amistad entre mujeres que no necesariamente comparten lazos sanguíneos, a las que la poeta lesbiana feminista Adrienne Rich nombró bajo la categoría de continuum lésbico (1999), y que se constituyen como complemento, pero también como forma de resistencia a las restricciones que establece el matrimonio y otros lazos familiares (Henderson y Allen, 1991)

Sobre las relaciones de apoyo y cuidado entre mujeres, Mari Luz Esteban (2017), quien realizó una etnografía sobre el amor, identificó que las feministas tienden a estar incluidas en redes o agrupaciones estables de personas:

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

Las redes feministas compuestas por mujeres con diferentes edades, formas de convivencia y experiencias sexuales y reproductivas desafían los límites de la familia nuclear heterosexual como espacio principal donde se establecen y se estudian las relaciones de cuidados (Esteban, 2017). En ellas, se comparten dimensiones de la vida que superan los significados atribuidos a la categoría de cuidados, mayormente asociada con la atención de la dependencia, y que incluyen desde la cooperación económica hasta tiempo libre y actividad política. A su vez, los espacios feministas y otras circunstancias políticas que propician el encuentro entre mujeres, son instancias que permiten explorar posturas que

desestabilizan la ética maternal, entendida como el imperativo patriarcal y heterosexista de la maternidad intensiva (Hays, 1998, citado en Schwarz, 2016). En dichos espacios, se pone en cuestión la maternidad como obligatoria, se visibilizan experiencias de mujeres que se arrepienten de la maternidad, que deciden abortar, o que muestran la experiencia de maternar en sus más variados aspectos, incluidas sus contradicciones (Maure y Encinas, 2017; Rich, 1986).

Las prácticas feministas de cooperativización de lo vital (Azhar Lu, 2018) resuenan con algunas experiencias históricas del comunismo libertario, como aquellas que se dieron en algunas comunas españolas entre 1936 y 1937, cuando todavía no había sido derrotada la experiencia política de la Segunda República, y donde se ensayó, en paralelo a un cuestionamiento de los roles rígidos de género, la colectivización de la existencia material y de los cuidados de sus habitantes (Souchy Bauer, 2007).

Donna Haraway, por su parte, en su libro *Seguir con el problema. Generar parentesco en el Chtuluceno* (2019), insiste en que una alternativa para hacer frente a los mandatos del capital es la construcción de “parentescos extraños”, esto es, generar lazos que vayan más allá de lo sanguíneo y que incluso se construyan entre distintas especies. Como expresa Haraway (2019, p.21), “generar parientes en parentescos extraños (...) problematiza asuntos importantes, como ante quién se es responsable en realidad”. La noción “parentescos extraños” resuena con “apegar con otrxs”, una categoría emergente del análisis de entrevistas expresada por una de las mujeres entrevistadas para esta tesis. “Apegar con otrxs” significa crear vínculos inestables, circunstanciales y precarios, “con gente”, “con conocidos”, con la propia familia y con animales, como práctica ineludible para sobrevivir en el proceso migratorio y en contextos de crisis de los cuidados en las configuraciones familiares tradicionales. Estos vínculos no son necesariamente amorosos, aunque en algunos casos lleguen a serlo, no están exentos de reproducir relaciones paternalistas, el sexismo, el adultocentrismo o la división sexual y racial del trabajo, aunque en algunos casos subvierten dichas jerarquías.

Cuando los cuidados y la reproducción de la vida en general se ubican como prioridad central de la política y la vida colectiva, y cuando las mujeres no son responsables en soledad de las tareas reproductivas, se vuelve factible una contestación al mandato de disponibilidad permanente para los cuidados ligado a la construcción de lo femenino. No obstante, con Pérez Orozco (2012), entendemos que esta contestación debe ir de la mano con una recuperación de

(...) lo que haya de positivo en la reclamación feminista de la ética del cuidado (ese estar pendientes de las necesidades ajenas) y reconociendo las perversidades y desafectos que se mueven en las relaciones de cuidados (p. 8).

Las configuraciones familiares y las redes de cuidados no tradicionales ponen en evidencia conflictos y desigualdades sociales que se producen por el ordenamiento patriarcal, racista y heterosexista de la justicia y las políticas públicas (Anzorena, 2013; Pérez Orozco, 2012). En el campo de las políticas sociales y económicas, las acciones de los gobiernos afianzan el modelo de organización social de los cuidados centrado en la familia nuclear y el trabajo de las mujeres, que son las principales gestoras y administradoras de programas de protección social, pero en tanto cumplan con su rol de madres y cuidadoras, reforzando de esta forma, el mandato de la maternidad obligatoria (Anzorena, 2015). En el caso de mujeres sin hijos o varones que quieren ejercer la paternidad de forma responsable, el derecho a cuidar o a ser cuidadx deviene un privilegio, dado que no cumplen con los requisitos para ser destinatarixs de políticas de protección social y derechos laborales que permitan disponer del tiempo y los recursos económicos indispensables para cuidar o recibir cuidados (Pérez Orozco, 2012).

Para posicionar los cuidados en el centro, como esenciales e ineludibles para el desarrollo de la vida, consideramos que es clave interrogar algunos supuestos sobre quiénes son receptorxs de cuidados, quiénes los prestan y dónde se cuida. En relación con lxs receptorxs de cuidados, resulta crucial el entendimiento de que todas las personas, y no solo grupos específicos marcados socialmente por alguna fragilidad o condición específica, dependen del trabajo de cuidados para la existencia diaria y para su proyección futura,

personal y colectiva. Esta última afirmación nos invita a repensar las construcciones sociales de sentido sobre la vulnerabilidad y la dependencia y sobre lo que significa estar sanx o enfermxx ya que, a partir de estas construcciones, se delimita quiénes son lxs sujetxs legítimxs de los cuidados. Desde nuestra perspectiva, todxs lxs seres humanxs somos vulnerables en grados variables. Según nuestras condiciones socio-económicas, el género, la edad, o si estamos atravesando alguna dolencia, tendremos distintos requerimientos de cuidados y diferentes y desiguales posibilidades de organizar las tareas que sostienen lo vital (Pérez Orozco, 2012).

Respecto de quiénes cuidan, una apuesta para desestabilizar la asignación arbitraria de roles tiene que ver con interrogar y cuestionar la idea de que los cuidados son tareas ligadas a valores asignados a lo femenino. Argumento que ha condicionado a las mujeres y otrxs sujetxs feminizadxs para ser lxs destinatarixs principales del mandato de cuidar. En este sentido, resulta imprescindible desnaturalizar los roles sexuales a través del material teórico que nos aportan los feminismos que historizan sobre las condiciones económico-políticas en las que se gesta la división sexual del trabajo. El trabajo de desnaturalización y toma de conciencia sobre estos asuntos, tal como nos han mostrado los debates que analizamos en la primera parte de este apartado sobre la noción de experiencias, requiere de instancias colectivas de reflexión para las cuales los feminismos de base y académicos han aportado históricamente un espacio.

Asimismo, entendemos que, además de una desnaturalización de roles y la división sexual del trabajo, se requiere cuestionar el supuesto de que los cuidados son actividades de la esfera privada de las personas. En este sentido, la apuesta radical consiste en desestabilizar los arreglos sociales que presuponen que el trabajo de cuidar no estará combinado con un compromiso completo de la esfera pública, principalmente a nivel Estatal, en la organización social de los cuidados (Pautassi, 2016). De otra forma, cuidar seguirá siendo un trabajo de mujeres, una carga social desigualmente distribuida que genera inequidades en la distribución de recursos económicos y sociales, y un privilegio al que acceden solo aquellxs que pueden pagarlos.

Capítulo II

Biomedicina

Marcos de lectura sobre la biomedicina

La biomedicina¹⁹ es un tejido de relaciones de poder que se configura a partir de una urdimbre de estructuras jerarquizadas que organizan un saber hacer -legitimado por conocimientos científicos y validado por el Estado- referido a los procesos vitales, al funcionamiento de los cuerpos y a los comportamientos humanos. Los hilos estructurales y jerarquizados son los modos de producción (capitalistas y no capitalistas) y determinados rasgos técnicos e ideológicos de la formación médica, la producción de conocimiento científico y el trabajo en las instituciones de salud (Davis Floyd, 2004; Menéndez, 2009; Rose, 2012). En el marco de relaciones asimétricas, jerarquizadas, racistas, heterosexistas y clasistas, los conocimientos y prácticas que utilizan los colectivos sociales para dar respuesta a sus padecimientos dialogan e hibridan a la biomedicina (Menéndez, 2009). De esta forma, el tejido biomédico se configura de manera dinámica y sujeto a procesos de transformación según los momentos históricos, políticos, económicos y los contextos sociales -locales y generales-.

¹⁹ En esta tesis utilizaremos la categoría biomedicina para referirnos al modelo de atención médica imperante en contextos occidentales. No obstante, hay otras maneras de referirse a la biomedicina, tal es el caso del llamado modelo tecnocrático, categoría acuñada por la antropóloga estadounidense Robbie Davis-Floyd (2004). Menéndez (2009) se refiere a la biomedicina en términos de Modelo Médico Hegemónico (MMH), término que alude a una construcción metodológica que indaga sobre algunas características estructurales del saber biomédico. A lo largo de la tesis hablaremos de biomedicina y MMH como sinónimos.

Esta tesis retoma aportes de Michel Foucault respecto de las condiciones histórico-políticas de emergencia del saber biomédico, y sus teorizaciones sobre la forma en que se despliegan sobre los cuerpos mecanismos de regulación social sobre el sexo, la sexualidad y los comportamientos. Aun así, coincidimos con las críticas feministas a su pensamiento, que aluden a su indiferencia respecto de la dimensión sexo-genérica de la operatoria del poder disciplinario (De Lauretis, 2000; Rodríguez Magda, 2004).

Para comprender algunas aristas de la relación entre Estado, políticas públicas, biomedicina y la vida personal y colectiva de lxs sujetxs, rescatamos el potencial explicativo del biopoder en Foucault, entendido como una tecnología de doble faz (anatómica y biológica, individualizante y especificante, vuelta hacia las relaciones del cuerpo y atenta a los procesos de la vida) cuya función es invadir la vida enteramente (Foucault, 1986 en Toscano López, 2008). No obstante, advertimos que en sus reflexiones están ausentes, al menos de forma explícita, las improntas de los procesos de medicalización diferencial sobre los cuerpos de las mujeres, las esterilizaciones forzadas en numerosos países de América Latina y en Estados Unidos (Davis, 2004; Rodríguez Magda, 2004), la penalización del aborto y otras múltiples formas de violencias ejercidas sobre las mujeres y sujetxs feminizadxs y racializadxs. Estas ausencias dejan ver un sesgo androcéntrico y eurocéntrico en las reflexiones del filósofo francés del cual somos conscientes y sobre el cual intentaremos mantener una vigilancia epistemológica a partir de las reflexiones y críticas hechas desde los feminismos, para enriquecer sus supuestos (Rodríguez Magda, 2004).

Abordamos las transformaciones de la biomedicina en el último siglo y su rol en el gobierno de la vida a partir del trabajo de Nikolas Rose (2012). Rose es un teórico social británico que continúa el trabajo de Foucault y da cuenta de los últimos avances de la biomedicina en relación con el surgimiento del capital biológico y las mutaciones del biopoder. A diferencia del siglo XIX y casi todo el siglo XX, donde las responsabilidades sobre los cuerpos y los procesos vitales estaban en manos de los aparatos formales de gobierno, en el siglo XXI esas responsabilidades se transfirieron a cuerpos regulatorios casi autónomos como comités de bioética, empresas privadas y grupos profesionales (Rose,

2012). Asimismo, las personas devinieron responsables de sus asuntos de salud y consumidoras activas de productos y servicios médicos. En tanto ciertas tecnologías permitieron el desarrollo de nuevos conocimientos sobre las dimensiones biológicas de los cuerpos, la existencia vital se transformó en territorio privilegiado para la explotación bio-económica (Rose, 2012). Ya no se trata solamente de garantizar y optimizar la capacidad de trabajo de los cuerpos, entendidos como máquinas productivas, sino de extraer ganancias a través de la explotación de tecnologías disponibles para maximizar la vitalidad, enlentecer el envejecimiento, ajustar el metabolismo y expandir el rendimiento físico e intelectual de lxs sujetxs (Rose, 2012).

Para dar cuenta de las singularidades de la biomedicina en América Latina, es decir, para acercarnos con mayor detenimiento a las prácticas concretas de atención y cuidados que se dan en contextos más cercanos a los escenarios de indagación de esta tesis, nos hacemos eco de las teorizaciones del antropólogo argentino radicado en México Eduardo Menéndez. Lo significativo del aporte de Menéndez es que realiza una descripción en profundidad de los rasgos de la biomedicina, a la que llama Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 1990), a partir de investigaciones desarrolladas mayormente en México. La elaboración de la categoría MMH²⁰, y la descripción detallada de sus principales características, entre las cuales destaca el biologismo médico y la a-historicidad, permite comprender los sentidos e intereses ordenadores de la práctica biomédica. El biologismo refiere a la tendencia a naturalizar o a otorgar mayor jerarquía a factores biológicos en las explicaciones sobre los determinantes de los procesos de salud, enfermedad y atención (Menéndez, 1990). La a-historicidad, por su parte, alude al hecho de

²⁰ Los enunciados de este autor sobre las características del MMH no aplican de forma lineal y mecánica en la interpretación de las experiencias de salud, enfermedad y atención en los diversos y singulares contextos de estudio. Tal como aclara Eduardo Menéndez (2009), sus desarrollos sobre el saber biomédico son un modelo para comprender la realidad, más no la realidad. La materialidad que adquiere la biomedicina en el cotidiano de las instituciones de salud es más compleja, dinámica y con singularidades según los contextos sociales y tiempos históricos. Para darle profundidad a los modelos y teorizaciones sobre la biomedicina son necesarias las observaciones y la escucha de las voces de lxs actorxs involucradxs. Es necesaria una contextualización a partir de trabajos que, de forma situada, puedan mostrar qué aspectos del Modelo Médico Hegemónico se reproducen fielmente según la caracterización de su autor, y qué otros son novedosos y desbordan dicho modelo.

que, según la biomedicina, la enfermedad es un proceso natural que no tiene historia. Lo biológico es considerado como una dimensión constante y autónoma respecto de las posibles determinaciones sociales de las enfermedades (Menéndez, 1990). Este rasgo, según el antropólogo, queda en evidencia cuando se advierte la ausencia de series históricas en los estudios epidemiológicos.

Otro valioso aporte de Eduardo Menéndez, inscripto en el campo de la Antropología Médica Crítica (AMC) latinoamericana, es la categoría de autoatención. Esta categoría pone en diálogo las prácticas discursivas biomédicas con las prácticas de atención de la salud de los conjuntos sociales, que otorgan sentidos y dan alivio a los padecimientos y las enfermedades. En palabras del autor, la autoatención es definida como:

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 puedan ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 2009, p. 52).

Esta herramienta teórica es valiosa en tanto se refiere a lxs sujetxs y conjuntos sociales como agentes activxs en la producción de salud y no como merxs receptorxs pasivxs de las normativas y prácticas biomédicas.²¹ No obstante, encontramos una ausencia problemática en las reflexiones alrededor de esta categoría. En las actividades vinculadas a los procesos de autoatención, si bien el prefijo *auto* refiere al grupo, quienes se encargan efectivamente de su realización son casi exclusivamente mujeres y sujetxs feminizadxs del grupo (Maure, Linardelli y Anzorena, 2016), cuestión que es escasamente problematizada

²¹ En concordancia con la idea de que las personas son activas en la producción de salud y en las relaciones que establecen con el sistema biomédico, para referirnos a lxs sujetxs que demandan atención sanitaria utilizaremos el término usuarixs de servicios de salud (Lemus Alcántara y otrxs, 2017), intentando marcar una distinción con la categoría pacientes, que refiere etimológicamente a aquéllxs que padecen pasivamente o en silencio.

por Menéndez y que ha sido un objeto de análisis central de la teoría feminista en cuanto a la división sexual del trabajo (da Costa Marques, Linardelli y Maure, 2016).

Una dimensión de la biomedicina escasamente desarrollada por los autores que hemos mencionado hasta el momento es el carácter patriarcal del MMH. Encontramos una excepción en las teorizaciones de la antropóloga estadounidense Robbie Davis Floyd (2004). Seguimos a esta autora cuando remarca que el modelo tecnocrático²² en salud refleja los valores patriarcales de las sociedades occidentales y capitalistas, tanto en los conocimientos que produce sobre los cuerpos, la biología y los cuidados, como así también en lo referido al ordenamiento de la práctica asistencial. Por su larga experiencia de trabajo vinculada con la antropología de la reproducción, tiene presente la forma en que el patriarcado se integra más intensamente con la práctica biomédica en lo que respecta a la regulación de los cuerpos feminizados. A su vez, muestra una especial preocupación en describir y comprender las características de la formación biomédica y los procesos de construcción subjetiva que emergen de espacios de trabajo y estudio jerarquizados y regidos por lógicas según las cuales lxs pacientes son objetos y las emociones y la subjetividad de lxs trabajadorxs de la salud quedan por fuera de su práctica médica.

El movimiento feminista y la academia, en muchos casos estrechamente vinculados entre sí, han hecho sustanciales aportes a la crítica al sistema biomédico (Canevari, 2011; Colectivo de Mujeres de Boston, 1971; Esteban, 1994; Fundación Soberanía Sanitaria, 2019; Nari, 2004; Schwarz, 2016; Yañez, 2016; Rich, 2019). Sin estos aportes, las lecturas críticas sobre la biomedicina resultan insuficientes. No necesaria y únicamente porque sus aportes toman en cuenta las experiencias con servicios de salud de mujeres y personas LGTTTBIQ+, sino también, porque a partir de la teoría producida por el feminismo es posible advertir aristas en la configuración del modelo biomédico que son puntos ciegos para otrxs autorxs (Esteban, 1994). Los feminismos “han interpelado las bases del sistema de salud poniendo en cuestión el modelo basado en la jerarquía del saber, el biologicismo y una concepción binaria y heteronormativa de los cuerpos” (Fundación Soberanía Sanitaria, 2019, p. 11).

²² Sinónimo de biomedicina en nuestro trabajo.

Ya en los años setenta, el Colectivo de Mujeres de Boston organizó una serie de encuentros en el Boston's Emmanuel College con el objetivo de analizar el estado de salud de las mujeres y el vínculo problemático con las instituciones de salud. A partir de estos encuentros surgió el libro *Nuestros cuerpos, Nuestras vidas* (Colectivo de Mujeres de Boston, 1971), que es una compilación de trabajos que abordan distintos malestares y necesidades de las mujeres en términos de salud, y que aportan herramientas de cuidados que proveen distintos tipos de medicinas y saberes albergados y aprendidos entre mujeres. Se intenta recuperar el autoconocimiento sobre los cuerpos y promover una resistencia activa frente a las violencias sufridas en los centros de salud hegemónicos.

Desde distintos espacios geopolíticos, con mayor impulso luego de la publicación de *Nuestros cuerpos, Nuestras vidas*, los feminismos militantes y de la academia han tenido un papel fundamental en la crítica al sistema biomédico sobre algunos ejes fundamentales: el análisis y el desenmascaramiento del sistema médico-científico como uno de los principales pilares sociales que produce y mantiene la subordinación de las mujeres en esta sociedad (Esteban, 1994; Fausto Sterling, 2000), la crítica y denuncia del androcentrismo científico y las actuaciones médico-sanitarias racistas, sexistas, clasistas y heteronormativas (Fausto Sterling, 2000; Rich, 2019), la denuncia sobre políticas de población con prácticas como la esterilización forzada y el reclamo por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito (Anzorena, 2013; Esteban, 1994; Nari, 2004; Petracci, 2006).

A continuación, hacemos un recorrido por las condiciones históricas, políticas y económicas que fueron suelo fértil para las transformaciones de la práctica médica que acontecieron en la transición del siglo XVIII al XIX y que posibilitaron el desarrollo de la medicina moderna o científica, precursora del modelo biomédico actual.

1. Apuntes sobre las condiciones de emergencia de la medicina moderna, precursora del modelo biomédico

El modelo biomédico se consolida entre las décadas de los 30 y 60 ligado a la emergencia de una industria de la salud y a su importancia económica para el desarrollo y mantenimiento de las formas capitalistas (Menéndez, 1991). No obstante, su genealogía se remonta a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, período en el que se observan una serie de transformaciones en los conocimientos sobre los cuerpos y la práctica médica²³ que, atravesadas por revoluciones sociales en Francia y el auge de la revolución industrial en Inglaterra, marcan la emergencia y el desarrollo de la medicina moderna (Foucault, 2003; Menéndez, 1991; Watts, 2000; Rose, 2012).

La redefinición epistemológica, ontológica y técnica de la medicina que tuvo lugar a principios del siglo XIX (Rose, 2012) se gestó como resultado del desarrollo de conocimientos especializados sobre los cuerpos que se elaboraron en el marco de las necesidades de expansión capitalista de la época (Watts, 2000). En este contexto, los Estados le otorgaron a la medicina, además de recursos económicos para ampliar el horizonte de saberes sobre la biología, la anatomía y la fisiología de los cuerpos, nuevas funciones políticas relacionadas con el control de epidemias que diezaban poblaciones enteras y la regulación y atención de acontecimientos y funciones vitales como los nacimientos, las muertes, la reproducción y la sexualidad (Foucault, 2003). Para garantizar la disponibilidad de fuerza humana para las guerras entre Estados nacientes y asegurar la

²³ Hasta finales del siglo XVIII predominaron las teorías sobre los humores como modelos explicativos de las enfermedades. Bajo estos modelos, los causantes de los padecimientos eran el aire, las aguas, los ambientes en general, y no procesos que acontecían en la materialidad de los propios cuerpos (Watts, 2000). Asimismo, dado el predominio de una racionalidad religiosa, se adjudicaban las enfermedades a determinadas disposiciones morales y conductas desviadas de lxs sujetxs. Tal es así, que enfermedades como la lepra, la peste y la sífilis fueron asociadas con religiones no cristianas, a la vagancia y al alcoholismo, y debido a estos juicios de valor se produjo la estigmatización y, en muchos casos, el genocidio de grupos sociales acusados de portar los males sociales (Watts, 2000). Con la emergencia de la medicina moderna muchos de estos constructos sobre las enfermedades, asociadas a determinados grupos sociales, persisten ahora con el auxilio del racismo científico (Lewontin, Steven y Kamin, 1987).

fuerza de trabajo en las industrias en pleno desarrollo, la salud entendida como asunto político deviene una prioridad y la medicina como disciplina es la institución a la que se le otorga el poder y la legitimidad para alcanzar la salud individual y colectiva.

La medicina, que antes era una práctica con escasa eficacia para dar respuestas a las enfermedades, y a la cual accedían solo ciertos sectores de élite en el contexto de las monarquías en Europa, se convierte en un asunto de Estado, es decir, que se institucionaliza en el siglo XIX. En este sentido, la práctica médica comienza a ser objeto de nuevas regulaciones en cuanto a los requisitos para la formación y su ejercicio (Foucault, 2003; Rose, 2012). En Francia, por ejemplo, en 1776 se crea la Real Sociedad de Medicina, una institución encargada de controlar que fuese un cuerpo médico autorizado, y no el conjunto de lxs sanadorxs que existía anteriormente, el encargado de atender las enfermedades de los conjuntos sociales. Se regulan los libros que los médicos en formación deben leer, los cuidados que se deben prestar a las enfermedades y se penaliza a todxs aquellxs que incumplen estas normas (Foucault, 2003).

Las redefiniciones técnicas que diferencian a la medicina moderna de aquella que se practicaba con anterioridad, en paralelo a la consolidación del modelo científico como paradigma de producción de conocimiento que reemplaza al religioso, tienen que ver con el avance de dos disciplinas que, articuladas entre sí, son fundantes de la racionalidad positiva que la modernidad imprime sobre la medicina: la anatomía patológica y la clínica médica (Foucault, 2003). Tanto la clínica como la anatomía patológica vuelven su mirada sobre los cuerpos individuales como materia en la que se crean y alojan las enfermedades (Foucault, 2003). A través de la mirada y la disección se cree que es posible llegar a las causas de las fallas en el funcionamiento de los cuerpos y, por lo tanto, a la explicación sobre los orígenes de las enfermedades. Sin embargo, a pesar del desarrollo de estas técnicas, la eficacia terapéutica de la medicina y la confianza de la población hacia los médicos seguía siendo pobre.

Recién a fines del siglo XIX y principios del XX, con el trabajo del científico prusiano Roberto Koch sobre el microorganismo causante del cólera y, más adelante,

cuando se consolida la teoría microbiana de las enfermedades y el desarrollo de antibióticos y técnicas de esterilización, la medicina y sus prácticas preventivas y terapéuticas adquieren cierta eficacia para afrontar procesos de salud y enfermedad en sus aspectos biológicos y comienza la medicalización de occidente (Watts, 2000). Las dos guerras mundiales del siglo XX, pero fundamentalmente la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), fueron procesos políticos que impulsaron la producción a gran escala de antibióticos y el desarrollo de otras tecnologías para la prevención, el tratamiento quirúrgico y el diagnóstico de diversas enfermedades, principalmente traumáticas e infecciosas producto de los combates de guerra (Donovan, 1946; Sotomayor Tribín, 2008). Asimismo, es a partir de la década de los 40, en plena guerra mundial, que se consolida el derecho a la salud y, bajo la impronta del Plan Beveridge²⁴ en Inglaterra y las demandas de partidos laboristas, algunos Estados asumen la tarea explícita de garantizar la salud de sus habitantes (Foucault, 2018).

Antes de estos hitos científicos y políticos, la mayoría de las poblaciones europeas y no europeas acudían a su familia y a curanderxs para la atención de su salud (Watts, 2000). Se puede decir que estos descubrimientos le otorgaron a la medicina la legitimidad de la que carecía antiguamente en los conjuntos sociales y comenzó a enraizarse la idea de que fueron estos avances científicos los responsables de las mejoras en la expectativa de vida de las poblaciones. Sin embargo, algunos autores advierten que posiblemente tuvo mayor relevancia la creación de infraestructura para servicios básicos como el agua potable, la eliminación de excretas y la construcción de espacios verdes, más que la producción y el uso de antibióticos (Armus, 2007; Illich, 1978; Menéndez, 2009; Watts, 2000; Urquía, 2006).

²⁴ El Plan Beveridge, llamado así por el nombre de su autor, sir William Henry Beveridge, director de la Escuela de Economía de Londres, es un Proyecto de Seguro Social Obligatorio para Gran Bretaña que fue elaborado en el año 1942. A partir de este informe, en el cual el Estado asume la responsabilidad de garantizar el bienestar de los individuos, la salud entra en el campo de la macroeconomía (Foucault, 2018).

1.1 Reflexiones sobre los procesos de consolidación de la hegemonía médica y el rol de los varones en la biomedicina.

En párrafos anteriores aludimos a que, previamente a la emergencia de la medicina moderna, en Europa los conjuntos sociales resolvían mayormente sus problemas de salud en el ámbito doméstico y comunitario, generalmente con la ayuda de comadronas, curanderxs e integrantes de las propias familias. También mencionamos que las transformaciones científicas, políticas y económicas que acontecieron en Francia y el resto de Europa entre los siglos XVIII y XIX tuvieron eco en la medicina y consolidaron un modelo de atención y formación médica regulado por los Estados, dejando así en un lugar marginal a practicantes de la medicina y los cuidados que no cumplieran con determinados requisitos. En estas transformaciones políticas y científicas encontramos el germen de la consolidación de la medicina moderna instituyendo una relación de hegemonía con respecto a muchas otras prácticas de cuidados que se desarrollaron durante miles de años, empíricamente y con mayor grado de eficacia que las que podían ofrecer los médicos regulares (Watts, 2000). Esta relación de hegemonía marginó conocimientos, prácticas y a sus principales agentes, las mujeres. A partir del siglo XIX es posible encontrar normativas que excluyen u obstaculizan su formación y el ejercicio de la medicina (Davis Floyd, 2004; Watts, 2000). No obstante, el desplazamiento de las mujeres del arte de curar y acompañar procesos vitales como la regulación de la fertilidad, los partos, la enfermedad y la muerte se remonta antes en la historia, y encuentra su primer antecedente en la caza de brujas –que eran quienes portaban y colectivizaban los saberes sobre los cuerpos, la reproducción y los cuidados- durante la Edad Media (Federicci, 2010). El carácter patriarcal de la medicina tiene hilos que lo unen a procesos políticos previos en los cuales las mujeres, sus capacidades y saberes eran vistos como amenaza y fueron puestos bajo sospecha.

En los pueblos medievales las mujeres tenían conocimientos sobre herbolaria, eran doctoras, cirujanas y parteras. Recibían su paga por parte de los gobiernos urbanos o se mantenían a expensas de la compensación que recibían de sus pacientes (Ehrenreich y English, 1998; Federicci, 2010). Sus saberes se transformaron en una amenaza para el

proyecto masculino capitalista y su necesidad de producción y reproducción de la fuerza de trabajo, dado que quienes tenían una experiencia acumulada sobre el proceso de gestación y de parto, sobre anticoncepción y métodos abortivos, eran las propias mujeres (Rich, 2019). En este sentido, coinciden los años de la peste negra, y la gran declinación demográfica que esta epidemia causó en Europa, con el inicio de la caza de brujas (Watts, 2000). Según Silvia Federicci (2010), la caza de brujas junto con la división sexual del trabajo y la mecanización del cuerpo proletario fueron las condiciones estructurales fundantes para el desarrollo capitalista.

Las mujeres sanadoras fueron sistemáticamente perseguidas y sus conocimientos fueron progresivamente apropiados por médicos varones con el apoyo de la iglesia católica y otros sectores dominantes (Ehrenreich y English, 1998). Sin embargo, a lo largo de la historia y en algunas geografías, encontramos experiencias que con mayor o menor grado de institucionalidad disputaron los valores occidentales y patriarcales que iba adquiriendo la práctica médica.

En los Estados Unidos, el dominio masculino y la hegemonía biomédica en el campo de la sanidad se inició más tarde que en Francia o Inglaterra (Ehrenreich y English, 1998). En efecto, a comienzos del siglo XIX comenzó un movimiento popular para la salud a gran escala y del cual participaron mujeres sanadoras (Davis Floyd, 2004). El paradigma central de este movimiento socio-sanitario era que la curación se llevaba a cabo desde adentro hacia afuera (Davis Floyd, 2004). En este sentido, los abordajes terapéuticos tenían por objeto fortalecer al propio cuerpo mediante una buena alimentación, descansos y ejercicio para que pudiese sanarse a sí mismo. El éxito de esta propuesta se evidencia en el hecho de que “coexistió por más de 50 años con un rico y diverso conjunto de técnicas y tradiciones de sanación provenientes de la sabiduría popular médica, de los conocimientos de herbolaria en pueblos nativos o de la homeopatía proveniente de Europa” (Davis Floyd, 2004, p. 36).

Esta convivencia de diversas prácticas curativas se interrumpe a principios de siglo XX debido a la publicación del Informe Flexner. Este informe, que contó con el aval de

asociaciones de médicos, fundaciones a cargo de empresarios y el gobierno de Estados Unidos, se sirvió de la teoría microbiana de Louis Pasteur (1828-1895), que daba un rol central a los gérmenes como causantes de enfermedades, para imponer transformaciones reduccionistas sobre la enseñanza y la práctica médica (Almeida Filho y Rouquayrol, 2011). El objetivo de estas transformaciones curriculares fue orientar los conocimientos y prácticas biomédicas hacia el causalismo de base biológica, separar la medicina curativa de la medicina preventiva, estigmatizar otras tradiciones médicas y crear una visión fragmentada de lxs pacientes, separándolxs de sus contextos y relaciones sociales (Andrade, 1978). Tras la publicación de este informe en 1910, las escuelas de medicina más pequeñas y más pobres, entre las que se contaban la mayor parte de las escuelas dedicadas a la formación de mujeres y población afroamericana, cerraron. “Flexner no las consideró dignas de ser salvadas, solo les quedaba la posibilidad de cerrar o bien continuar abiertas y ser denunciadas públicamente” (Ehrenreich y English, 1998, p. 30).

América Latina no estuvo ajena a la imposición de la medicina moderna como modelo de atención y formación hegemónica y de los varones como los practicantes legitimados por las instituciones estatales para el ejercicio de la medicina. Hasta la segunda guerra mundial, los países latinoamericanos estuvieron bajo la influencia de los modelos médicos francés y alemán y, posteriormente, siguieron el modelo estadounidense con sus reformas a partir del informe Flexner (Andrade, 1978). Lo que se observa como una constante, independientemente del origen de dichas influencias, es la exclusión y obstaculización sistemática de las mujeres para estudiar y ejercer la medicina (Barrancos, 2014; Palermo, 1998). En distintos países del sur, mujeres, casi siempre de clase media, educadas, y vinculadas a otras demandas sociales como el sufragio femenino, dieron una importante lucha para poder matricularse en carreras universitarias y para transformar esta situación de desigualdad. La primera mujer que obtuvo un título universitario de médica en América Latina fue Cecilia Grierson. En 1886, siendo estudiante, fundó la Escuela de Enfermería y Masajista en el Círculo Médico de Buenos Aires para que otras mujeres que se encontraban excluidas de la educación formal en universidades tuvieran un espacio de aprendizaje dedicado a las ciencias de la salud (Binda, Silveira y Krämer, 2010).

En el apartado que sigue, la intención es profundizar en las características del modelo biomédico, sus concepciones hegemónicas sobre los cuerpos y la sexualidad y, en este recorrido, identificar los legados de la medicina moderna que están presentes en la actualidad. A la vez, nos interesa advertir las transformaciones propias de un campo en disputa, que ha expandido sus fronteras de conocimiento científico subordinado a las directrices e intereses económicos de mercados que encontraron en la salud un nicho de ganancias.

2. Características del modelo biomédico

La biomedicina es el modelo de atención médica que refleja los principales valores de las sociedades capitalistas de Europa y Estados Unidos (Menéndez, 1990; Davis Floyd, 2004; Rose, 2012). Desde estas configuraciones sociales se exporta hacia otras sociedades capitalistas y socialistas en países centrales y periféricos y entra en disputa con otras formas de atención médica, con las cuales mantiene una relación de hegemonía y subalternidad (Menéndez, 1990).

Cuando decimos que la biomedicina refleja los principales valores capitalistas de occidente nos referimos a un modelo de atención en el cual “los éxitos están basados en la ciencia, afectados por la tecnología, y llevados a cabo a través de grandes instituciones gobernadas por ideologías patriarcales en el contexto de sistemas económicos que priorizan las ganancias” (Davis Floyd, 2004, p. 23). Estos valores se expresan en una serie de fundamentos ontológicos, epistemológicos y teóricos que traslucen las ideas que maneja la biomedicina sobre los cuerpos, el significado de salud, los factores que enferman a los conjuntos sociales y los que permiten alcanzar estados saludables, las relaciones humanas con la naturaleza y los orígenes de las desigualdades sociales.

2.1 Biologismo: el cuerpo fuera de contexto

Un elemento que estructura de manera central los conocimientos sobre la salud y la enfermedad, como así también las prácticas biomédicas en las instituciones de salud, es el biologismo médico. El biologismo es una perspectiva de abordaje de los procesos de salud, enfermedad, atención y tratamiento en función, primordialmente, de determinantes biológicos (Menéndez, 2009). Es decir que, de los múltiples aspectos que participan en la producción de la salud y enfermedad en las poblaciones, se aborda terapéuticamente, se construye, se clasifica y se explican las enfermedades a partir de determinantes biológicos relacionados con la disfunción de órganos y sistemas corporales, con factores genéticos y moleculares, y con la presencia de microorganismos como virus, bacterias o parásitos.

La forma en que los modos de producción afectan al medioambiente y recursos básicos como el agua y los alimentos, o los vínculos entre procesos de trabajo y salud, entre otros fenómenos estructurantes de la vida de lxs sujetxs, son elementos marginales para la biomedicina. Aunque se reconozca el papel de las determinaciones sociales en el desarrollo y mantenimiento de problemas de salud, “a nivel técnico e institucional el manejo biomédico de estos aspectos es limitado” (Menéndez, 2009, p. 43). A excepción de algunas corrientes contra-hegemónicas como la medicina social o el Movimiento de Salud Colectiva²⁵, las dimensiones sociales e históricas de los procesos de salud y enfermedad son objeto de mayor interés para las ciencias sociales que para la biomedicina (Castro, 2011).

²⁵ La Salud Colectiva “(...) envuelve determinadas prácticas que toman como objeto las necesidades sociales de salud, como instrumentos de trabajo, distintos saberes, disciplinas, tecnologías materiales y no materiales, y como actividades, intervenciones centradas en los grupos sociales y en el ambiente, independientemente del tipo de profesional y del modelo de institucionalización” (Almeida Filho y Silva Paim, 1999, p. 16).

2.2 El carácter patriarcal, jerárquico, racista y heteronormativo de la biomedicina

Uno de los hechos políticos que marca el carácter patriarcal del modelo biomédico tiene que ver con la historia de despojo y apropiación operados por la institución médica, con auspicio de sectores dominantes, sobre los saberes que tenían las mujeres, curanderxs y diferentes tipos de sanadorxs sobre los cuerpos y los cuidados.

La biomedicina es un saber hacer que se desarrolla al servicio del dominio masculino y de la producción y acumulación de ganancias para ciertos territorios geopolíticos y sectores sociales. La biomedicina aporta las bases científicas para un orden político-económico que, para producirse, reproducirse y perpetuarse, necesita legitimar las relaciones sociales de dominación entre dos clases de sexos (Curiel y Falquet, 2005) -a los que postula como únicos y complementarios-, la heterosexualidad obligatoria y el racismo. Según argumentos de la biomedicina y algunas ciencias afines como la biología, algunxs sujetxs y colectivos sociales se encuentran naturalmente predispuestos a ocupar el lugar de lxs explotadxs y otrxs el lugar de los privilegios (Nari, 2004).

El cuerpo prototipo para el desarrollo de conocimientos biológicos, clínicos o fisiológicos, y a partir del cual se establecen las normas de funcionamiento orgánico y de comportamientos, es el del varón, blanco, heterosexual, delgado y sin discapacidad. Cuando la biología y la sexualidad difieren de este referente, la biomedicina tiende a ver los cuerpos y comportamientos como inherentemente disfuncionales (Davis Floyd, 2004; Fausto Sterling, 2000). Esta mirada sobre ciertas corporalidades habilita una serie de prácticas innecesarias de medicalización sobre las mujeres durante los procesos reproductivos, sobre los cuerpos racializados, sobre personas con discapacidad y sobre corporalidades y sexualidades no cis-heteronormativas (Davis Floyd, 2004; Nari, 2004; Salessi, 1995; Schwarz, 2016; Yañez, 2015).

El carácter patriarcal y racista de la biomedicina se observa, a su vez, en la organización jerárquica de los cuidados al interior de los sistemas médicos (Davis Floyd,

2004). Lxs médicxs excluyen y subordinan los conocimientos, perspectivas y abordajes de otras profesiones del campo de la salud. Las disciplinas subordinadas a la medicina en el modelo biomédico son enfermería, nutrición y psicología, mayormente practicadas por mujeres y, en el caso particular de la enfermería, por un número en aumento de migrantes y sujetxs racializadx (Mallimacci, 2016). La exclusión y subordinación se evidencia respecto de las decisiones médicas en los abordajes terapéuticos, el trato interpersonal cotidiano, caracterizado por prácticas de desvalorización y violencia ejercida principalmente por médicxs varones (Castro y Erviti, 2015; Davis Floyd, 2004), y en la remuneración y otras condiciones de trabajo (horarios, días de franco, estabilidad laboral, superposición con el trabajo reproductivo). Las desigualdades laborales de profesiones como enfermería, que entre otras tareas se encargan de los cuidados directos de las personas, se relacionan con la consideración patriarcal de que no son trabajos, sino una extensión de las supuestas condiciones con las que la naturaleza ha dotado a las mujeres (Ramacciotti, 2019).

2.3 Normalización funcional, sexual y racial

Los discursos biomédicos sobre los cuerpos se han ido aggiornando de acuerdo a las transformaciones en la trama de relaciones sociales, políticas y económicas al interior del sistema capitalista en sus distintas fases históricas (Federicci, 2010; Foucault, 1974; Watts, 2000). Existe un vínculo inseparable entre dichas relaciones y la dirección que toma la biomedicina como saber hacer sobre la salud, la enfermedad, los cuerpos y los cuidados (Fausto Sterling, 2000; Rose, 2012). A fin de garantizar las condiciones para el sostenimiento de un orden capitalista, racista y patriarcal, la biomedicina y los conocimientos que se producen sobre la biología de los cuerpos tienen por objeto incidir en los planos de las prácticas individuales y colectivas, ambos interconectados entre sí (Fausto Sterling, 2006).

En este apartado nos interesa analizar tres construcciones discursivas de la biomedicina sobre los cuerpos y las respectivas contestaciones que provienen de corrientes

críticas como los feminismos o la Medicina Social: el cuerpo como máquina, la sexuación y la racialización de los cuerpos. Con la intención de mostrar los contenidos del discurso biomédico sobre cada una de estas construcciones, serán presentadas por separado. Sin embargo, queremos ser enfáticas al aclarar que entendemos que los discursos sobre el sexo están entrelazados con los discursos mecanicistas y racistas sobre los cuerpos.

Para examinar estas tres construcciones discursivas haremos referencia, en ocasiones, a dos ámbitos de la vida sobre los que opera el saber biomédico como herramienta de normalización y como reproductor de relaciones de dominación y desigualdades sociales: la sexualidad y el trabajo. En el marco de relaciones sexuales y raciales de dominación, la sexualidad y el trabajo son dos objetivos centrales de las prácticas de normalización y medicalización, a fin de garantizar el trabajo productivo y reproductivo sobre el que se sostiene la acumulación capitalista. La biomedicina establece las normas y ejecuta prácticas de control, mediante argumentos fundados en sus saberes específicos, destinadas a regular las condiciones y relaciones sociales de trabajo, las pautas de convivencia en espacios comunes, la sexualidad y la reproducción (Asa Laurel, 1982; Fausto Sterling, 2006; Foucault, 2003; Menéndez, 2001). Tiende a naturalizar y, a su vez, actúa como mediadora – por ejemplo, mediante la medicalización de la pobreza y los padecimientos derivados de condiciones precarias de trabajo- de las relaciones de dominación y de las desigualdades sociales que emergen en el contexto de sociedades capitalistas (Asa Laurel, 1982).

2.3.1 Cuerpo máquina, fragmentado y en escalas

La idea de que el cuerpo humano es semejante a una máquina emerge con el racionalismo mecanicista, movimiento filosófico del cual Descartes es uno de sus exponentes más reconocidos. Alrededor del siglo XVII, en épocas donde comienza a observarse un reemplazo progresivo de la mano de obra humana por diversas maquinarias para la producción industrial a mayor escala, se establecen analogías entre las máquinas y el cuerpo humano en términos de funcionamiento, organización y de su comprensión como materia (Davis Floyd, 2004; Foucault, 2003). El racionalismo de Descartes, a la vez que

establece estas analogías, deja a la conciencia y las emociones por fuera del cuerpo, confinadas al campo de la religión católica (Pert, 1993).

La idea de cuerpo-máquina se desarrolla orientada por una economía política que requiere de un cuerpo disciplinado²⁶, dócil, que sea eficaz y altamente productivo en la escuela, en la milicia y en procesos de trabajo estrictamente regulados al interior del modo de producción capitalista que se impone como sistema económico dominante en Europa.

Para Foucault (2002), en el contexto del paradigma mecanicista, el objeto de control ya no es la conducta o el lenguaje del cuerpo, sino la economía, la eficacia de los movimientos y su organización interna. El cuerpo humano se transforma en objeto de una anatomía política que, a partir de la relación cuerpo-saber biomédico, lo explora, lo desarticula y lo recompone. Esta mecánica de poder se suma a las formas previas de sujeción “que no pedían al cuerpo otra cosa que signos o productos, formas de expresión o el resultado del trabajo” (Foucault, 2002, p. 142), para acercarse a una modalidad de coerción ininterrumpida que vela sobre los procesos de actividad más que sobre su resultado.

Una de las premisas de los abordajes biomédicos, que tiene resonancia ontológica y epistemológica con el modelo mecanicista, es que el cuerpo puede ser aprehendido de forma fragmentada y separado de las condiciones más generales de vida para su estudio y tratamiento (Davis Floyd, 2004). La fragmentación tiene que ver con una comprensión de los procesos de salud y enfermedad como el resultado de fallas en alguna parte del sistema –mecanismos celulares, órganos y funciones- desvinculadas de la afectividad, las emociones o los padecimientos mentales que acontecen de forma entramada con otras

²⁶ La categoría disciplina hace referencia a las estrategias políticas que apuntan a la administración de los cuerpos individuales (Rose, 2012). La disciplina “aumenta las fuerzas del cuerpo y disminuye esas mismas fuerzas (en términos políticos de obediencia). Disocia el poder del cuerpo; de una parte, hace de este poder una aptitud, una capacidad que trata de aumentar, y cambia por otra parte la energía, la potencia que de ello podría resultar, y la convierte en una relación de sujeción estricta” (Foucault, 2002, p. 126).

manifestaciones²⁷ y que, en ocasiones, emergen como consecuencia de las experiencias de lxs sujetxs con el sistema biomédico.

Por su parte, la separación es la operación de aislar a lxs sujetxs de sus contextos vitales y relaciones sociales para poder observar y atender de forma precisa dichas fallas biológicas y, de esta forma, reestablecer cierto equilibrio orgánico (Davis Floyd, 2004). La separación es observable tanto en los modelos explicativos biologists sobre las enfermedades, como en relación con los dispositivos institucionales de atención sanitaria, especialmente en el caso de la internación hospitalaria.

Los abordajes biomédicos derivados del paradigma “cuerpo máquina” se entroncan con la economía como un instrumento para el mantenimiento y la reproducción de la fuerza de trabajo (Sibrian, 2016). Bajo la perspectiva economicista de los cuerpos, la funcionalidad y la integridad corporal, asociada a determinados criterios construidos de normalidad²⁸, son valoradas positivamente, mientras que la discapacidad es interpretada como una condición devaluante del ser humano que precisa ser reparada o mejorada (Toboso Martín, 2017). La presunción de la integridad corporal como condición humana esencial fue conceptualizada como capacitismo (Campbell, 2008; Chouinard, 1997), que es un concepto de uso análogo a los de sexismo y racismo, cuyo objetivo es evidenciar y

²⁷ Corrientes contrahegemónicas al interior del campo de la biología y la biomedicina argumentan científicamente que la mente, la afectividad y las emociones no se alojan por fuera del cuerpo y no proceden únicamente de las funciones cerebrales, aisladas del resto del cuerpo. La neurocientífica y farmacóloga Candence Pert (1999) fue pionera en estas conceptualizaciones al develar las conexiones entre cerebro, hormonas e inmunidad. Estas tres áreas, clásicamente separadas, están unidas en una red integrada de comunicación multidireccional coordinada por moléculas mensajeras específicas, los neuropéptidos, que se activan por las emociones y que, a la vez, las modulan y las vinculan con diferentes funciones celulares y orgánicas.

²⁸La normalidad puede entenderse de dos maneras: como aquello que es tal como debe ser y, también, como aquello que se encuentra en la mayoría de los casos. La medicina moderna primero y la biomedicina en la actualidad se inclinan por el primer sentido de la categoría y, a partir de decisiones y parámetros normativos, imponen una exigencia a la existencia. De esta forma, la norma se utiliza como modo de unificación de una diversidad y de corrección y reabsorción de una diferencia (Canguilhem, 1971; Rodríguez Díaz y Ferreira, 2010).

combatir los prejuicios y la discriminación hacia las personas con discapacidad (Toboso Martín, 2017).

Las exigencias de mejoramiento corporal son un imperativo y se encuentran disponibles solo para sujetos y conjuntos sociales que pueden entrar en el mercado de consumo de servicios de salud. En el caso de los trabajadorxs, sobre todo de trabajadorxs manuales y de grupos subalternos como los migrantes racializadxs, el cuerpo es considerado un conjunto jerarquizado de herramientas donde cada parte tiene su propia función, un lugar y un valor económico que dependen de su implicación y su rol en el ciclo de la producción (Sayad, 2010). No son considerados cuerpos para sí, sino para otros. Los cuerpos desgastados o mutilados producto de condiciones precarias e inhumanas de trabajo son descartables (Viezzler, 2005). En el mejor de los casos, la biomedicina garantiza un mínimo de condiciones de salud que les permitan seguir activxs, aporta limitadas estrategias terapéuticas ante accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo y actúa como garante de los intereses empresariales en la estimación del derecho a indemnización, cobertura médica o licencia por enfermedad (Noriega, Cruz y Garduño, 2004; Sayad, 2010). En estas circunstancias, el riesgo y las afecciones de la salud producto del trabajo son representadas como eventos individuales cuyo afrontamiento es responsabilidad de los propios trabajadorxs.

Un contrapunto con el enfoque hegemónico sobre la salud laboral es el que propone la Medicina Social. Esta corriente crítica, desarrollada en América Latina y en Europa, aporta datos empíricos que dan cuenta del impacto de las relaciones sociales de producción en los procesos de salud y enfermedad y los daños específicos derivados de las cargas de trabajo²⁹ (Laurell y Noriega, 1989; Noriega, Cruz y Garduño, 2004; Rosales Nava, 2002). A su vez, esta corriente entiende que los daños producto de los procesos de trabajo no son

²⁹ Cargas laborales es una categoría vinculada con las propuestas de la Medicina Social Latinoamericana que fue construida como “instrumento de análisis que contempla el conjunto de elementos relacionados entre sí mediante un movimiento interactuante dinámico que se da en el proceso laboral” (Rosales Nava, 2002, p. 109). Bajo esta perspectiva, no solo existe la salud/enfermedad en el trabajo, sino también procesos de desgaste abruptos o latentes que generan una pérdida de la capacidad biológica y/o psíquica, efectiva o potencial, y que pueden o no expresarse en lo que la medicina reconoce como patología (Laurell y Noriega, 1989; Rosales Nava, 2002)

siempre inmediatos, objetivables y directos, sino que muchas veces son invisibles, acumulativos y vinculados a dimensiones subjetivas del trabajo (Rosales Nava, 2002; Noriega y otrxs, 2004).

Independientemente o de forma complementaria con las intervenciones destinadas a optimizar el funcionamiento de los cuerpos para el trabajo, a partir de los desarrollos de la biología molecular, el cuerpo deviene en sí mismo un nicho de ganancias, sobre todo en contextos económicos privilegiados (Rose, 2012). Desde de mediados de siglo XX, la biología comenzó a visualizar la vida en una escala submicroscópica y molecular (Rose, 2012). Bajo la premisa de que existían elementos invisibles portadores de la información que posibilitaba la herencia de caracteres biológicos, se desarrollaron estudios en bacterias y se demostró, en el año 1944, que el ácido desoxirribonucleico (ADN) confería las propiedades heredables de microorganismos y también de lxs humanxs (Alberts, 1996). Este y otros conocimientos sobre la vida a escala molecular y genética dieron lugar a técnicas de experimentación destinadas a la producción de herramientas diagnósticas y preventivas para enfermedades relacionadas con mutaciones genéticas o agentes infecciosos (Rose, 2012). A su vez, estos desarrollos se aplicaron al campo de la industria farmacéutica con el objetivo de producir medicamentos que actúan en el nivel molecular de determinación de las enfermedades.

En el siglo XXI, la maximización de ganancias se obtiene, ya no tanto con prácticas tendientes a dar respuestas ante la aparición real o potencial de enfermedades, sino como resultado de manipulaciones biológicas y prácticas preventivas que buscan prolongar la vida y optimizar al máximo el funcionamiento de los cuerpos (Rose, 2012). A partir de pautas publicitarias en redes sociales, que con frecuencia son reproducidas por profesionales de la salud, se instalan en las sociedades ciertas necesidades en términos de cuidados de la salud. Con discursos que construyen al envejecimiento como un proceso de declive estético y funcional no deseable y maleable, se ofrecen terapias de menor a mayor complejidad y consejos preventivos en términos de alimentación y ejercicio físico que generan productos de consumo y ganancias para las industrias médicas, farmacéuticas y de producción alimentaria, entre otras (Almeida-Filho, Castiel y Ayres, 2009).

En la actualidad, dadas las asimetrías políticas y económicas entre países y al interior de los mismos, coexisten abordajes biomédicos mecanicistas caracterizados por un escaso acceso a tecnologías duras³⁰ y por saberes biomédicos escasamente estructurados, con el uso intensivo de tecnologías duras y la hiper-especialización de saberes biomédicos (Menéndez, 2004).

2.3.2 Sobre la sexuación de los cuerpos: binarismo como destino

En el cruce entre la materialidad de los cuerpos, la economía y la política; la biología y la biomedicina ocupan un lugar de privilegio como fuente legítima de los conocimientos sobre los procesos vitales que allí acontecen y sobre las maneras de nombrarlos. Estos conocimientos y formas de nombrar no son meras herramientas discursivas. Lo que los discursos científicos dicen sobre los cuerpos, su anatomía o su fisiología, moldea las formas en que podemos encarnarlos, cargarlos de sentido, y nuestras posibilidades de habitar el mundo (Fausto Sterling, 2006).

Una de las categorías a partir de las cuales se leen y nombran los cuerpos es el sexo. ¿Qué es el sexo? Para la biomedicina, es un conjunto de características biológicas observables que permiten establecer una diferenciación dimórfica de los cuerpos: masculino y femenino. El dimorfismo sería resultado de diferencias anatómicas, fisiológicas y psicológicas genéticamente programadas y modeladas por el ambiente hormonal durante la vida intrauterina, con escasa influencia relativa de los aspectos sociales en relación con los determinantes biológicos (Saraví, 2020). Según los recursos técnicos y los conocimientos científicos disponibles en cada época, los caracteres sexuales han ido cambiando. A principios de siglo XX, la determinación del sexo se basaba en la observación de los genitales externos, mientras que con el desarrollo de la genética el sexo pasó a ser un producto de la especificidad cromosómica de las células.

Voces contra-hegemónicas al interior de los campos de la biología y la biomedicina, que se vieron impregnadas por experiencias de militancia feminista, se dedicaron a rastrear

³⁰ Las máquinas-herramientas son expresiones tecnológicas duras de los saberes biomédicos (Merhy, 2006).

y analizar las condiciones históricas de producción de conocimientos sobre el sexo en términos binarios y opuestos (Fausto Sterling, 2006). Sus estudios permitieron relacionar determinados hallazgos, como el descubrimiento de hormonas que fueron caracterizadas como sexuales y clasificadas como masculinas o femeninas, con la política de género de principios de siglo XX. Las necesidades económicas y productivas en los tiempos de posguerras durante el siglo XX, con sus derivadas ideas sociales sobre la división sexual del trabajo, se incorporaron en los descubrimientos científicos sobre compuestos químicos a los que llamaron hormonas sexuales. En este sentido, el sexo, lejos de ser un atributo natural, esencial y universal, es una construcción histórica.

En contraposición con la rigidez de la determinación biológica del sexo, a fines de los 40, el género emerge como una categoría médica que designa a la vez el sexo fisiológico y la posibilidad de usar la tecnología para moldear el cuerpo según un ideal regulador - femenino y masculino- de lo que el cuerpo humano debe ser (Preciado, 2007). El presupuesto de corporalidades defectuosas en relación con estos dos ideales dio lugar a prácticas de medicalización sobre sexualidades y corporalidades que no cumplían con las normas biológico-políticas de los sexos (Fausto Sterling, 2006; Sy, 2018). Desde la hipnosis y el psicoanálisis hasta las terapias de electroshock, numerosas intervenciones se focalizan en corregir y encauzar la sexualidad (Foucault, 1984). En el caso de cuerpos intersexuales³¹, la normalización se realiza por vía quirúrgica y medicamentosa. El objetivo es corregir la ambigüedad y construir cuerpos inteligibles en una de las dos posibilidades de existencia sexual legitimada (Fausto Sterling, 2006).

La idea de que el sexo está determinado por características biológicas no es un saber únicamente reproducido en los campos de la biomedicina y la biología (Sterling, 2006). Desde la psicología y los feminismos de la segunda ola, en paralelo con la creciente popularidad de la teoría sobre el sistema sexo-género, algunas voces propagaban la idea de

³¹ Cuando hablamos de cuerpos intersexuales nos referimos a “todas aquellas situaciones en las que el *cuerpo sexuado* de un individuo *varía* respecto al *standard* de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente” (Cabral y Benzur, 2005, p. 283). Estas variaciones pueden estar localizadas a nivel genético, en las gónadas o en los genitales. En este sentido, “cuando hablamos de intersexualidad no nos referimos a un cuerpo en particular, sino a un conjunto muy amplio de corporalidades posibles” (Cabral y Benzur, 2005, p. 283)

que el sexo estaba ligado a la biología, mientras que el género denotaba los aspectos psicológicos y sociales que operaban sobre los sexos para determinar subjetividades, roles, posibilidades de acceso a recursos materiales y relaciones de dominación, entre otras cuestiones.

La contraposición del género como constructo social vs. el sexo como un producto de la naturaleza posicionó a la biología y a la biomedicina como disciplinas legítimas para hablar sobre este último en términos de un atributo objetivo y aprehensible mediante estudios experimentales sobre hormonas y cromosomas. Esto abrió la puerta para reforzar la idea de que las diferencias entre lxs sujetxs, transformadas en desigualdades, proceden de las naturalezas diferenciales de los cuerpos y, por lo tanto, son inmutables (Fausto Sterling, 2006). Lo femenino, encarnado en cuerpos de mujeres o feminizados, quedó vinculado a la subjetividad, la maternidad, la naturaleza, las emociones y al rol de cuidados. Bajo este estereotipo, se han ejercido múltiples violencias como, por ejemplo, la exclusión y la precarización en el mundo del trabajo productivo y la criminalización del aborto. En contraposición, lo masculino, encarnado en los cuerpos de varones blancos y heterosexuales se asoció a la objetividad, a la cultura y a la inteligencia, habilitando privilegios materiales y simbólicos para este grupo (Canevari Bleidel, 2011).

Las conceptualizaciones hegemónicas sobre sexo y género circulan por canales de comunicación científica y no científica. En paralelo, existen discursos subalternos producidos desde diversos campos de saber que aportan perspectivas críticas sobre las ideas preponderantes o de mayor circulación. Por ejemplo, ya en los años setenta, las feministas materialistas francesas produjeron una teoría anti-naturalista y radical para dar cuenta de la opresión de las mujeres en cuanto clase social (Curiel y Falquet, 2005). El postulado central de su pensamiento es que

Ni los varones ni las mujeres son un grupo natural o biológico, no poseen ninguna esencia específica ni identidad que defender y no se definen por la cultura, la tradición, la ideología, ni por las hormonas, sino por una relación social, material, concreta e histórica (Curiel y Falquet, 2005, p. 16).

Esta relación social, a la que Guillaumin llama de sexaje, “(...) es una relación de clase ligada al sistema de producción, al trabajo y a la explotación de una clase por otra” (Curiel y Falquet, 2005, p. 16).

Por su parte, investigaciones del campo biomédico que se han posicionado críticamente frente a los postulados hegemónicos sobre el sexo, han demostrado que las personas contienen los rudimentos de todos los caracteres sexuales, sean masculinos o femeninos, y que son mayores las similitudes que las diferencias en términos de la estructura y funcionalidad de las hormonas llamadas sexuales (Fausto Sterling, 2006). El sexo, más que el resultado binario y reduccionista de la genética y del ambiente hormonal, es un producto complejo de aprehender y significar, con espectros o grados de diferenciación. Su entendimiento excede las bases físicas y se encuentra inseparablemente ligado a los debates sociales sobre la política sexual, racial y nacional (Fausto Sterling, 2006; Lugones, 2015).

2.3.3 Racialización: la desigualdad en la piel y la articulación con el sexismo y el adultocentrismo

El racismo es una jerarquía global de superioridad e inferioridad sobre la línea de lo humano que ha sido políticamente producida y reproducida como estructura de dominación durante siglos por el sistema capitalista, patriarcal, moderno, colonial y heteropatriarcal (Davis, 2005; Fanon, 1956; Grosfoguel, 2012; Lugones, 2015). El desarrollo de la Conquista, la Colonia y el capital, por parte de España y Portugal en el siglo XVI, y de Inglaterra, Holanda y Francia en el siglo XVIII, introdujo la dicotomía racial con respecto a las personas, el trabajo, la lengua y otras prácticas sociales (Lugones, 2012). Los europeos consideraron que las personas de los territorios colonizados no eran humanas porque carecían de razón. Fueron concebidas como bestias y seres naturales que, al igual que la naturaleza, eran un instrumento para acumular riqueza (Lugones, 2012). Además, sobre la base de sus costumbres, lenguas y rituales, se determinó que debían ser civilizadas y se les impuso el catolicismo como medio para lograrlo (Grosfoguel, 2012).

Si en un primer momento fueron los colonizadores y las autoridades religiosas quienes determinaron qué grupos humanos eran inferiores en relación con Europa, más tarde en la historia, fundamentalmente con los nacionalismos del siglo XIX, la antropología, la biología y la biomedicina, a partir de teorías sobre las *razas* humanas, aportaron los argumentos y la lente para “(...) mirar y enfrentar a las clases trabajadoras, los pueblos conquistados y los conflictos sociales” (Nari, 2004, p. 37) La idea de *raza* denotaba la existencia de realidades materiales anatómicas diferenciales entrelazadas con ciertas características culturales y psicológicas que emanaban de dichas diferencias (Nari, 2004). De esta forma, se establecía una continuidad entre lo físico y lo moral y, a su vez, se re-edita una visión diferenciada y jerarquizada de la humanidad.

Bajo este marco conceptual existían sujetos y grupos sociales naturalmente dotados para ocupar las jerarquías más altas en el orden social y, por otro lado, sujetos que estaban destinados a ocupar los lugares menos favorecidos. Si bien la naturaleza era pensada como una determinación social inmodificable, en la noción de *raza* este supuesto convivía con la idea de que, mediante herramientas sociales correctivas educativas, biomédicas, punitivistas y ambientales, era posible *frenar la decadencia de las razas o mejorarlas* (Armus, 2007; Nari, 2004; Salessi, 1995).

Con la premisa de que era posible organizar la conformación racial de las naciones y lograr grupos humanos homogéneos en cuanto a sus características biológicas y comportamentales, hacia fines de siglo XIX surge en Inglaterra la eugenesia³² (Nari, 2004). El paradigma eugenésico sostenía que era necesario mejorar las características de determinados grupos sociales mediante prácticas educativas y sanitarias destinadas a corregir desviaciones intrínsecas que amenazaban con contaminar las virtudes innatas de un sujeto adulto ideal construido alrededor de la figura del varón blanco, heterosexual y proveniente de ciertas zonas de Europa como el norte de Italia (Nari, 2004; Salessi, 1995).

³² Las estrategias eugenésicas vinculaban al individuo con un cuerpo social constituido por sistemas extracorporales como la cultura, el medio ambiente, el agua, el aire y las cloacas (Rose, 2012). En este sentido, los principales objetivos de la política eugenésica eran la reforma de ciertos medios “degenerativos”, como la vivienda, el trabajo y los espacios de ocio, y el control de la reproducción (Nari, 2004).

Lxs sujetxs y colectivos que amenazaban este ideal y, con ello, los intereses de sectores económicos y políticos dominantes estaban vinculados con las luchas obreras y anarquistas de la época (Bayer, 2000).

El racismo se encuentra plenamente vigente en nuestros días y se reedita con diversos argumentos dentro y fuera del campo biomédico. En algunos casos se postula que es *la cultura* de los grupos sociales (en términos a-históricos y esencialistas) la que determina su inferioridad y, en otras, se retoman discursos biologicistas sobre supuestas diferencias corporales para legitimar las desigualdades sociales, la aparición de determinadas enfermedades y las prácticas biomédicas de exclusión, tutelaje o naturalización de la violencia y la explotación laboral sobre determinados grupos (Menéndez, 2001). En el caso de mujeres de sectores populares, migrantes, empobrecidas y lesbianas los discursos racistas se vehiculizan de forma articulada con mandatos sexo-genéricos que refuerzan el rol socialmente asignado a las mujeres en la crianza (Nari, 2004).

Los ideales eugenésicos en el pasado y los discursos racistas actuales se articulan con la construcción de un estereotipo de mujer ligado a la vida reproductiva, al espacio doméstico y a la transmisión de determinados valores a la descendencia. De esta forma, las prácticas de cuidados y crianza son un foco de control e intervención por parte de las instituciones y políticas sanitarias, especialmente sobre mujeres empobrecidas o migrantes, cuyas maternidades son cuestionadas por las normativas biomédicas que dictan las reglas de una “buena maternidad” (Cernadas, 2012). Al respecto, Ángela Davis (2005) describe los discursos médicos y sociales que circulaban a principios y mediados del siglo XX sobre la incapacidad de mujeres afroamericanas para maternar. Sobre la base de estos discursos se diseñaron políticas sistemáticas de esterilización forzada avaladas y ejecutadas por la biomedicina. Estas mismas políticas de esterilización se desplegaron también sobre mujeres de pueblos originarios y de sectores populares en América Latina a lo largo del siglo XX (Petracci, 2006).

El estereotipo de mujer dedicada a la vida doméstica y al cuidado de otrxs se complementa con un modelo de socialización en la infancia fuertemente tutelar y con poco

margen para la autonomía infantil, centrado en la escolarización y en las relaciones familiares próximas como redes vinculares principales cuyo objetivo es resguardar a las infancias y adolescencias de influencias externas potencialmente nocivas para el desarrollo del ideal de adulto (Vergara, Peña, Chávez y Vergara, 2015).

Lo que decimos en los párrafos anteriores convoca a una reflexión sobre las articulaciones entre sexismo, racismo y adultocentrismo³³. Los cuerpos de mujeres racializadas no son leídos de la misma forma que los cuerpos de mujeres blancas. Los supuestos sobre la femineidad, vinculada a la pasividad, la sumisión y una mayor predisposición para los cuidados y el trabajo reproductivo en el hogar son afirmaciones que representan el estereotipo de mujer blanca, de clase media y heterosexual (Canevari Bleidel, 2011; Lugones, 2012). Los feminismos negros y comunitarios, las lesbianas, las lesbianas chicanas y los feminismos que se gestaron al calor de las luchas obreras en distintos territorios nos recuerdan que para muchas mujeres una vida destinada a las tareas del hogar nunca fue ni será una opción (Anzaldúa, 1987; Davis, 2004; Lorde, 2002; Mogrovejo, 2017; Moraga, 1981; Viezzer, 2005). Para sobrevivir y sostener a sus familias, para construir un proyecto de vida y tener derecho al disenso desempeñan las labores menos reconocidas y remuneradas en la división sexual y racial del trabajo, actividades que en muchos casos requieren de un gran despliegue de fuerza física y que, en la mayoría de los casos, se superponen con el trabajo reproductivo. Superposición que implica para aquellas que maternan el costo de ser consideradas “malas madres” y la vigilancia estrecha del Estado en cuanto a su rol de cuidadoras (Cernadas, 2012).

Al igual que los valores normativos ligados a lo femenino, la construcción social hegemónica sobre la infancia supone un modelo que refleja la experiencia específica de sectores sociales con determinados privilegios de clase y configuraciones vinculares ligadas a la familia nuclear. El protagonismo infantil (Liebel, 2007) en contextos migratorios, rurales, urbano-marginales, en familias monoparentales o no convencionales crea otras formas posibles de habitar las infancias. A lo largo y a lo ancho de América Latina, niñxs y

³³ Entendemos por adultocentrismo al entramado complejo de saberes, normas y prácticas de exclusión en base a la diferencia generacional (Vásquez, 2013)

adolescentes se organizan solxs o con otrxs para garantizar la propia supervivencia y la de sus familias, trabajan y toman decisiones sobre sus propias vidas, participan políticamente en organizaciones sociales y son cuidadorxs de sus hermanxs y personas adultas. De esta forma, disputan el sentido hegemónico de infancia como una etapa previa e incompleta en relación con la adultez como estadio superior del desarrollo humano (Liebel, 2007).

En el apartado que sigue, veremos cómo toman cuerpo los fundamentos ontológicos, epistemológicos y teóricos de la biomedicina que abordamos en los párrafos anteriores en diversas prácticas/discursos de medicalización que infiltran un número creciente de esferas de la vida de las personas y colectivos sociales.

3. Medicalización: lecturas en clave histórica y definición

La categoría medicalización, con un sentido crítico sobre el ejercicio de poder y control social de la biomedicina, se utiliza por primera vez en el ámbito de la sociología en el año 1968 (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016). No fue cuestión de azar que se profundizaran las críticas al modelo biomédico en aquella década. Los movimientos de contracultura en Estados Unidos y las revueltas estudiantiles internacionalistas de los 60 fueron suelo fértil para la elaboración de una crítica al modelo biomédico, condensado especialmente en los movimientos anti-psiquiatría que cuestionaron y denunciaron el rol de esta disciplina en el control y la persecución social (Irisarri Vázquez, 2018). La medicalización como categoría teórica y política emerge al calor de diversas luchas por la des-medicalización de la vida.

Entendemos que, aunque la categoría se usó por primera vez en 1968, los procesos de medicalización no nacen en los 60. Como hemos mencionado con anterioridad, estos procesos se remontan hasta al siglo XVIII, que es cuando se desarrolla la medicina

científica moderna y, a partir de su articulación con los Estados, se establece una red de medicalización para controlar y garantizar el crecimiento demográfico con el fin de sostener la creciente necesidad de fuerza de trabajo. Entre fines de siglo XIX y principios de siglo XX, los dos desarrollos científicos que marcaron el comienzo de una expansión medicalizadora sin precedentes en occidente, y legitimaron la hegemonía biomédica en relación con otras formas de curación, son la microbiología y el uso de antibióticos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades (Watts, 2000).

Aunque presentes con anterioridad, los procesos de medicalización se vuelven objeto de una crítica social sustancial y de producciones teóricas inéditas entre los 50 y los 60. Hacia mediados de siglo XX, la sociedad en general se percató de las incongruencias entre avances científicos trascendentales en el campo de la biomedicina y los insuficientes resultados en el bienestar sanitario que cabía esperar (Foucault, 1974). Se cuestiona la legitimidad de este modelo de atención y se denuncia su autoritarismo y su capacidad de expropiar y dañar la salud de los conjuntos sociales. Esto último, debido a los numerosos efectos adversos de las terapias farmacológicas disponibles y, a su vez, por la práctica rutinaria de intervenciones innecesarias que generaban la muerte o discapacidad (Delgado Rodríguez, 2012; Foucault, 2008; Ilich, 1978). La falta de eficacia y la iatrogenia³⁴ conviven, a la vez, con la propagación creciente de la biomedicina en un número cada vez mayor de ámbitos de la vida. El saber-poder biomédico deviene un dispositivo de normalización disciplinaria cuyas prácticas apuntan a patologizar y encauzar experiencias, comportamientos, sexualidades y corporalidades que desbordan o se resisten a las normas biológico-políticas y las expectativas productivistas y de consumo capitalista.

Alrededor de los 60, cuando finalizó la era dorada de la medicina clínica, el ámbito de incumbencia de la biomedicina “se extendió más allá de los accidentes y la enfermedad aguda e incluyó la administración de la enfermedad crónica y la muerte, la administración de la reproducción, la evaluación y el gobierno del riesgo y el mantenimiento y

³⁴ La OMS (1998) define iatrogenia como el incidente que produce un daño en el paciente asociado a procedimientos o actos realizados durante la atención sanitaria.

optimización del cuerpo sano” (Rose, 2012, p.36). En este escenario, los procesos de medicalización se definen como la presencia ubicua de la biomedicina en la vida de los conjuntos sociales para incluir, (re) definir, controlar y tratar bajo su campo de inteligibilidad y acción experiencias vitales que previamente no habían sido codificadas como asuntos o problemas médicos (Conrad, 2007; Murguía y otros, 2015; Rose, 2012; Sy, 2018). Las personas y sus vidas son etiquetadas como enfermas o en riesgo y, a partir de esta codificación, se habilita un proceso de medicamentación³⁵ dado por el incentivo a la prescripción y el consumo desmedido de fármacos (Iriart, 2008).

3.1 La epidemiología del riesgo y la expansión medicalizadora de la vida

La epidemiología es una ciencia básica de la salud, en un campo intermedio entre lo social y lo biológico, que analiza la distribución poblacional y las relaciones de ocurrencia de los procesos de salud y enfermedad en los conjuntos sociales (Almeida Filho y Rouquayrol, 2011). Las teorías dominantes y alternativas en epidemiología, desde el siglo XIX en adelante, se encuentran en disputa por los modelos explicativos sobre las causas de las enfermedades y padecimientos humanos, por su papel en la política pública sanitaria, y también, por su objeto de estudio (Urquía, 2006).

Las teorías dominantes otorgan un papel secundario a la dimensión sociocultural de los procesos de salud y enfermedad. Se focalizan en las condiciones ambientales y biológicas objetivables o potenciales que enferman a los conjuntos sociales para generar soluciones pragmáticas y generalmente asociadas con el uso de aparatología diagnóstica y terapéutica y protocolos de atención biomédica (Urquía, 2006). Las teorías alternativas y las corrientes críticas de la epidemiología dominante muestran un interés por poner en diálogo los saberes biomédicos y las herramientas para la construcción de datos epidemiológicos y estadísticos con teorías provenientes de las ciencias sociales. Esto

³⁵ Medicamentación es el proceso por el cual las condiciones sociales, conductuales o corporales son tratadas, o se considera que necesitan tratamiento, con productos farmacéuticos (Meneu, 2018).

último, para atender a la complejidad de determinantes y relaciones sociales que se encuentran en la base de los procesos de salud y enfermedad y que es preciso contemplar en los abordajes sanitarios. El objetivo es generar y ensayar respuestas humanizadas, comprometidas con la transformación de las desigualdades sociales y acorde a las necesidades contextuales de las comunidades y sujetos (Urquía, 2006). A su vez, las propuestas alternativas se focalizan no solo en lo que enferma, sino en comprender las condiciones y acciones vitales que producen salud en los grupos sociales. Esto último es muy propio de los intereses y el trabajo en salud que se propone desde el movimiento de Salud Colectiva en América Latina (Granda, 2004).

En la actualidad, la lógica de base de la epidemiología dominante para conocer las relaciones de ocurrencia de los eventos en salud es el concepto de riesgo y sus correlatos operacionales, factor y grupo de riesgo³⁶. El indicador epidemiológico de riesgo es un cálculo de probabilidad que consta de tres elementos (Almeida Filho y Rouquayrol, 2011):

- a- Ocurrencia de casos de muerte-enfermedad-salud (numerador)
- b- Base de referencia poblacional (denominador)
- c- Base de referencia temporal (período).

En su proceso de formalización conceptual en el campo epidemiológico, y posteriormente en sus usos en la práctica clínica, riesgo devino una categoría que adquirió el significado de peligro oculto (Almeida-Filho y otros, 2009). La superposición semántica entre peligro y riesgo propició la utilización del indicador de riesgo como argumento científico, epidemiológico, biomédico y político para la producción de modelos de atención sanitaria preventivistas y medicalizantes que tienen por objeto lidiar y administrar la

³⁶ Factor de riesgo se define como “el atributo de un grupo de la población que presenta mayor incidencia de una enfermedad o agravio para la salud en comparación con otros grupos definidos por la ausencia o menor exposición a tal característica” (Almeida Filho y Rouquayrol, 2011, p. 97). Grupo de riesgo remite a un conjunto poblacional expuesto a un determinado factor de riesgo o identificado por un marcador de riesgo. La diferencia entre factor y marcador de riesgo es que los factores pueden ser modificables mientras que los marcadores hacen referencia a atributos inmodificables, como la edad o la pertenencia étnica (Almeida Filho y Rouquayrol, 2011).

incertidumbre sobre el futuro en cuanto a los peligros ocultos para la salud. El riesgo sobrepasó su rol de indicador de probabilidad para devenir un discurso político que señala un determinado proyecto de vida y de mundo, que establece un marco de lectura sobre lo que significa estar sano o enfermo y que delimita el universo de signos y significantes disponibles para narrar experiencias vitales ligadas a la salud (Ayres, 2005). Huir de los riesgos se transformó en sinónimo de estilo de vida sano (Almeida-Filho y otros, 2009) y la disección sistemática in vivo de los modos de vida y los cuerpos para descubrir y corregir factores de riesgo, en el marco de sentido de la práctica biomédica y los cuidados de la salud de las personas.

A partir de algunos artefactos creados sobre el indicador de riesgo, que esconden los límites de su uso y las interpretaciones que es posible hacer a partir de la información que arroja, el discurso del riesgo se expandió en la práctica clínica como instrumento para decidir intervenciones farmacológicas y no farmacológicas anticipadas frente a eventos de salud que tienen alguna probabilidad de ocurrir en el futuro. El primero de estos artefactos tiene que ver con la operación de equiparar la probabilidad de ocurrencia de un evento de salud en una población dada, con la probabilidad de ocurrencia de ese mismo evento en sujetos individuales (riesgo individual). El indicador de riesgo estima la probabilidad poblacional de ocurrencia, que no es lo mismo que la probabilidad individual, ya que en la vida de los sujetos operan numerosas contingencias que conspiran de manera compleja en la ocurrencia de procesos de salud enfermedad (Almeida-Filho y otros, 2009). Dicho de otro modo, en la interpretación del indicador de riesgo no se establece una diferenciación entre los determinantes de la enfermedad o el evento de salud a nivel individual y a nivel poblacional (Urquía, 2006). Al trasladar un indicador de riesgo poblacional a los sujetos, se reduce la complejidad del presente y se observa con frecuencia que el riesgo pierde su carácter de indicador de probabilidad para devenir señal de un destino cierto e ineludible en relación con algún suceso de salud. Esta confusión conceptual habilita y legitima un arsenal de medicalización y vigilancia para evitar o mitigar la evolución hacia dicha construcción presente sobre el futuro (Ayres, 2005). A su vez, dichos artefactos lo vinculan con la noción

biomédica restrictiva³⁷ y moralizante de estilos de vida, en el sentido de la conducta individual, racional, y en apariencia sin contradicciones, bajo la cual los individuos asumen conductas que pueden ser riesgosas o protectoras para su salud (Almeida-Filho y otros, 2009; Álvarez, 2012).

Otra manipulación sobre el indicador de riesgo tiene que ver con utilizar para un contexto dado, con la pretensión de equipararlas, las probabilidades de ocurrencia de un evento de salud calculadas en contextos geopolíticos lejanos. Lejanos no en términos de distancia geográfica, sino de estructura social, economía, política y organización del sistema sanitario, entre otras dimensiones que le otorgan singularidad a cada configuración territorial (Almeida-Filho y otros, 2009). Por eso mismo, sería deseable producir indicadores propios para cada contexto y en ese caso, con alguna intención justificada, es posible realizar comparaciones entre diferentes comunidades, pero siempre atentos a las características diferenciales o comunes de las poblaciones de referencia.

Por último, una confusión frecuente en el uso operacional de riesgo es creer que las relaciones de ocurrencia son relaciones causales. No necesariamente y, de hecho, en muchos casos no es posible garantizar este tipo de relación ya que no llega a conocerse íntimamente la contribución específica de cada factor de riesgo a un determinado evento de salud (Urquía, 2006). En estos casos, en los que no se satisfacen una serie de criterios que apuntan a otorgarle al factor un peso causal, sería más preciso hablar de asociación estadística (Bradford-Hill, 1994). Asociaciones que deberán ser (retro) activamente integradas como emergentes o contingencias en el marco de una cadena de significantes y relaciones sociales complejas, para recién desde este lugar, comprenderlas y utilizarlas como soporte para estrategias de promoción de la salud (Almeida-Filho y otros, 2009).

³⁷Decimos que el significado biomédico de estilos de vida es restringido en relación con las conceptualizaciones provenientes de las ciencias sociales que, a diferencia de la biomedicina y la epidemiología hegemónica, entienden que estilos de vida refiere a comportamientos colectivos sobre los que la estructura social ejerce una influencia considerable (Álvarez, 2012).

3.2 Los cuerpos en los dispositivos de medicalización

A través de la medicalización de la vida, los sectores dominantes intentan reproducir - con argumentos basados en un orden natural de las relaciones sociales- comunidades jerarquizadas en base a la sexualidad, la racialización y la clase social. Algunos cuerpos son virtuosos para la reproducción de dicho orden y otros deben ser silenciados, corregidos o explotados para poner a funcionar la maquinaria productiva y reproductiva que garantiza privilegios económicos, políticos y simbólicos para sectores generalmente encarnados por la blanquitud³⁸ y la masculinidad heteronormativa de países tanto centrales como periféricos.

En este contexto normativo, lxs sujetxs de las protestas sociales, los cuerpos de las mujeres, los cuerpos masculinos de lesbianas y varones trans, los cuerpos feminizados de varones homosexuales, de travas y de mujeres trans, los cuerpos gordos, migrantes y racializados, han sido objeto de mayor persecución, normalización y medicalización, a lo largo de la historia y en la actualidad (Di Liscia, 2005; Nari, 2004; Salessi, 1995; Sy, 2018).

3.2.1 Medicalización de los procesos reproductivos

Una de las formas de violencia y medicalización más visible y denunciada, pero no por ello erradicada de las instituciones de la salud, es la que se ejerce sobre las mujeres en los procesos reproductivos (Canevari Bleidel, 2011; Davis Floyd, 2004; Esteban, 1994; Yañez, 2016). En el marco de la expansión biomédica sobre la vida y su hegemonía en relación con el universo de prácticas de cuidados, la reproducción devino una experiencia codificada en términos biológicos y gestionada por profesionales expertxs en instituciones de salud. Los cuerpos de las mujeres son cosificados y leídos como máquinas defectuosas a

³⁸ La blanquitud no refiere a un hecho biológico o a una mera característica de lxs sujetxs en base al color de su piel. Alude a los procesos históricos, culturales, sociológicos y políticos que hicieron posible la construcción de una identidad blanca privilegiada que se representa a sí misma como lo neutro y lo universal en relación con lo otro/lxs otrxs, a quienes subalterniza a partir de una política racista que se articula con otras formas de dominación (Garzón, 2018).

las que es preciso controlar de cerca, perfeccionar, reformar y reparar mediante una serie de tecnologías biomédicas que incluyen fármacos para agilizar el parto, camillas para parir en posición acostada, monitoreos fetales y tactos vaginales innecesarios, episiotomías compulsivas³⁹ y unidades de espera donde las mujeres quedan separadas de su entorno afectivo, entre otras prácticas de violencia obstétrica (Canevari Bleidel, 2011; Castro y Erviti, 2015; Davis Floyd, 2004; Yañez, 2016).

Para transitar sus experiencias sexuales y reproductivas en instituciones de salud, las mujeres deben adaptar sus propios ritmos corporales a los estándares de evolución clínica impuestos por el modelo biomédico y la organización asistencial de los servicios sanitarios (Yañez, 2016). El ensañamiento para que los estándares se cumplan, la medicalización y las prácticas de violencia obstétrica se intensifican cuando la persona que está en frente de lxs médicxs es leída en términos de otredad, como en el caso de las mujeres migrantes de países empobrecidos. Sobre ellas se proyectan estereotipos de atraso cultural, de pasividad o de aptitudes defectuosas para atravesar embarazos, partos y la crianza, en relación con los parámetros biomédicos racistas, heteropatriarcales y occidentales de maternidad y feminidad (Cernadas, 2012).

En las prácticas estandarizadas de medicalización reproductiva, que con frecuencia podríamos caracterizar como violencia obstétrica, se generan daños físicos y mentales directos y, a la vez, son un intento de apropiación de las vivencias de las mujeres. Esto último, porque se reduce la subjetividad de las mismas al papel sumiso impuesto por la biomedicina y porque se intenta capturar las narrativas que las propias mujeres hacen de sus experiencias para reducirlas a los dispositivos de inteligibilidad biomédica que solo se interesan por el registro de los aspectos biológicos y procedimentales de las mismas (Di Giacomo, 2010; Yañez, 2016). De esta forma, se reedita cotidianamente la apropiación

³⁹ Una episiotomía es una incisión que se realiza durante el trabajo de parto sobre el perineo, que es un conjunto de músculos y tejidos blandos que tapiza la parte inferior de la pelvis. El objetivo de la práctica es aumentar el diámetro del canal vaginal para facilitar la salida del producto. No obstante, la Organización Mundial de la Salud no recomienda su uso rutinario porque no hay evidencia científica de que sea una intervención favorable para el desarrollo del parto y por las consecuencias físicas, psicológicas y los problemas de recuperación que conlleva para las mujeres durante el puerperio. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>

originaria sobre los cuerpos y conocimientos de las mujeres de la que nos habla Federici (2010), cuando explica las condiciones históricas y políticas que posibilitaron la transición del feudalismo al sistema capitalista de producción.

Una de las estrategias de resistencia que despliegan las mujeres frente a la violencia obstétrica, y también para transitar de manera más acorde con sus expectativas los procesos reproductivos, consiste en generar espacios colectivos de lucha que promueven partos humanizados y donde es posible compartir conocimientos y recursos de acompañamiento, complementarios o alternativos en relación con las formas de atención biomédicas (Yañez, 2016). Producto de las estrategias colectivas de lucha en el campo de la salud reproductiva, en el año 2004 se sancionó en Argentina la Ley N°25.929 de Parto Humanizado⁴⁰. Esta Ley crea un marco de protección frente a las prácticas de violencia obstétrica y, además, establece un lineamiento de prácticas institucionales cuyo objetivo es fomentar que las mujeres y personas con capacidad de gestar sean protagonistas de su propio parto.

3.2.2 La salud mental en la mira

En el marco de abordajes biomédicos fragmentados y descontextualizados de las condiciones generales de vida, hay una tendencia a silenciar los síntomas y limitar la construcción de sentidos sobre los procesos de salud y enfermedad mediante clasificaciones diagnósticas que toman en cuenta primordialmente aspectos clínicos y biológicos (Valls-Llobet, 2009). Este modus operandi se observa en todas las especialidades médicas, sin embargo, adquiere especial relevancia en el campo de la psiquiatría. En primer lugar, porque la etiquetación de lxs sujetxs como enfermxx psiquiátricxs tiene una carga de estigma social diferencial en relación con otras enfermedades. Las explicaciones científicas sobre las causas de las entidades clínicas se confunden con valoraciones morales y, automáticamente, la voz de lxs enfermxx psiquiátricxs pasa a ser una voz desacreditada. Sus palabras pierden validez en el marco de sociedades que veneran la racionalidad occidental (Sy, 2018). En segundo lugar, porque las terapias disponibles para encauzar subjetividades, crisis vitales, personalidades catalogadas como anormales o prácticas

⁴⁰ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>

contestatarias al orden instituido, tienden a aplanar el ánimo, las percepciones sensoriales y el deseo en todas sus formas (Goodman y Gilman, 2006).

Con esta última afirmación no queremos desacreditar el uso de terapias farmacológicas para el tratamiento de padecimientos mentales, y mucho menos a quienes las necesitan. Entendemos que, en ocasiones, estas herramientas terapéuticas son el recurso más cercano y posible para sobrevivir e intentar abrirse paso en la complejidad de situaciones problemáticas, privaciones materiales y afectivas en las que se desarrolla la vida diaria de muchas personas. No obstante, nos interesa desarrollar algunos argumentos para explicitar cuáles son las condiciones estructurales que determinan que la psiquiatrización y la medicamentación sean prácticas biomédicas habituales sobre determinados grupos sociales, en especial sobre las mujeres, y, además, que constituyan la forma preponderante y, a veces la única, de codificar y acompañar el sufrimiento mental.

El uso de psicofármacos y los diagnósticos psiquiátricos no son exclusivos de la psiquiatría. Las benzodiacepinas⁴¹, junto con los antidepresivos, son un fármaco de uso frecuente en el primer nivel de atención⁴² y en las salas de urgencia (Vedia Urgell y otrxs, 2005; Machado de Azevedo Filho y otrxs, 2012). Una cuestión común para todos los niveles de atención es que las mujeres son las que reciben con mayor frecuencia diagnósticos y tratamientos psiquiátricos (do Nascimento Silva Trad, 2010). Pocos sistemas de información sanitaria cuentan con información disponible sobre la magnitud de la prescripción y el consumo de psicofármacos en otrxs sujetxs subalternizadxs como lxs migrantes y personas LGTTBI+, situación que denota la invisibilidad de las problemáticas de salud de estos colectivos en los sistemas sanitarios (OPS, 2015).

⁴¹ Las benzodiacepinas son fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central con efecto sedante, inductor del sueño, ansiolítico, anticonvulsivante y relajante muscular (Goodman y Gilman, 2012).

⁴² El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está organizado alrededor de recursos que permiten resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes. En este nivel se desarrollan actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes (Vignolo y otrxs, 2011).

Cuando la atención médica se presta en salas de urgencias o por especialidades clínicas que no son del área de salud mental y cuando quienes consultan son mujeres, hay una tendencia a subestimar síntomas físicos, como el dolor o la falta de aire, y a interpretarlos de manera reduccionista como síntomas psiquiátricos y emocionales (Valls Llobet, 2011). Sin exámenes complementarios que descarten enfermedades cardiovasculares graves, las mujeres son etiquetadas como pacientes con trastornos de ansiedad o depresión, reciben psicofármacos y son derivadas para consultas posteriores con servicios de salud mental. Estos sesgos diagnósticos tienen que ver, por una parte, con los prejuicios y estereotipos de género del personal de salud, que no recibe una formación de grado ni de posgrado con perspectivas sociales, históricas y de género sobre los procesos de salud y enfermedad (Castro y Erviti, 2015). Por otra parte, hasta hace algunas décadas, las mujeres eran invisibles en la investigación clínica. Esta ausencia, que a la fecha se encuentra insuficientemente subsanada, genera sub-diagnósticos o, en el otro extremo, una hiper-medicalización de cuadros clínicos cuyas causas se desconocen y para los cuales se ensayan tratamientos que no tienen eficacia y seguridad probada (Esteban, 1994; Valls Llobet, 2011).

En el caso de la psiquiatría, la corriente hegemónica al interior de este campo recurre a la semiología psiquiátrica como recurso de acercamiento a lxs usuarixs, y al biologicismo y al determinismo genético como modelos interpretativos primarios de los padecimientos mentales (Galende, 2008). De esta forma, las narrativas biográficas de las personas, sus relaciones sociales, las condiciones socio-económicas, los procesos históricos y políticos, las relaciones de género, el racismo y el mandato de heterosexualidad obligatoria, entre otras dimensiones que configuran las experiencias singulares de lxs sujetxs, ocupan un lugar secundario en la escucha y las lecturas biomédicas sobre los determinantes de la salud mental. El biologicismo en la psiquiatría tiene un fuerte arraigo en el mandato de prescripción de fármacos impuesto por los intereses económicos de la industria farmacéutica (Galende, 2008).

Lxs usuarixs de servicios de salud, por su parte, en ocasiones necesitan, demandan a lxs médicxs o consiguen por sus propios medios psicofármacos y otras sustancias

psicoactivas para afrontar experiencias cotidianas marcadas por los mandatos sociales de productividad, cuidados de otrxs, felicidad, heterosexualidad obligatoria y, también, para atravesar situaciones de daño físico y mental producto de distintas formas de violencia sexista y racial (Arizaga, 2017; Mori Quispe y Baltazar, 2011; Rosales Nava, 2002; Sáez Pérez y otrxs, 2019). La auto-prescripción de psicofármacos es, también, una estrategia para evitar la institucionalización y las etiquetas con diagnósticos psiquiátricos que condicionan, con una carga de estigma y exclusión, sus relaciones laborales, familiares y sociales en general (do Nascimento Silva Trad, 2010; Irigoien Ulaiar y Oiz Elgorriaga, 2019). Las etiquetas psiquiátricas –como la psicosis, la depresión o el retraso mental- y la manicomialización se imponen en mayor medida sobre sujetxs subalternizadxs; mujeres, varones empobrecidos, migrantes y sexualidades no heteronormativas (Jimenez España, 2013; Salessi, 1995; Sy, 2018). La patologización de estos conjuntos sociales tiende a subestimar o anular sus voces y existencias por ser consideradas como una amenaza al orden social (Sy, 2018).

Desde perspectivas críticas a la psiquiatría hegemónica, para devolverles un lugar digno a las experiencias mentales, es necesario quitarle poder a lxs médicxs, crear formas de abordaje interdisciplinario y generar redes de atención primaria que posibiliten acompañamientos territoriales, por fuera de las instituciones psiquiátricas (Galende, 2015; Tomé, 2014). En relación con las redes de acompañamiento territorial, es necesario construir apoyo social y políticas de Estado con perspectiva de género que atiendan a la complejidad de asuntos vitales que están en la base de los padecimientos mentales y que, en contextos de crisis biográficas, se desorganizan: los vínculos afectivos y de cuidados, las cargas de trabajo reproductivo que afectan principalmente a las mujeres y a sujetxs feminizadxs, los ingresos económicos y la vivienda, entre otros asuntos. Sin una contención que garantice estas condiciones esenciales mientras se desarrolla el proceso de curación, los fármacos y la institucionalización psiquiátrica continuarán siendo la principal salida para la atención de la salud mental (Galende, 2015).

3.2.3 Algunas reflexiones sobre el escenario actual de los procesos de medicalización

En los tiempos que corren, marcados por la avanzada neoliberal⁴³ a escala planetaria, la patologización y normalización disciplinaria coexisten con procesos de medicalización que se imprimen en los cuerpos y en las subjetividades a través del mandato de autonomía individual y perfeccionamiento de las capacidades humanas (Rose, 2012; Vázquez García, 2013). La medicalización de la vida se desarrolla en el marco de una pluralidad de pedagogías de la existencia cotidiana (Rose, 2007) que incluyen representaciones y mandatos sociales sobre lo que significa llevar una buena vida, ser ciudadanxs competitivxs y responsables del propio bienestar y del cuidado de la salud (Arizaga, 2017).

Con base en conocimientos sobre la constitución íntima del cuerpo y la mente, el campo biomédico ha creado nuevos nichos de ganancias a partir de técnicas que permiten la manipulación de procesos básicos en los niveles molecular, celular y genético, bajo la idea de que la existencia corporal, mental y el devenir de los ciclos vitales pueden ser perfeccionados (Rose, 2012). En este contexto, el envejecimiento, la muerte, la sexualidad, las características genéticas de los embriones, el peso corporal, el desempeño deportivo o la memoria devienen experiencias o entidades decodificables, maleables y perfectibles a través de biotecnologías. Los servicios de salud ofrecen una variedad de prácticas de perfeccionamiento somático y aquellxs sujetxs que detentan el capital simbólico y económico necesario contratan el menú más adecuado para diseñar su propia existencia (Rose, 2012; Vázquez García, 2013). Mientras tanto, el grueso de la población de países del sur debe sobrevivir sin recursos elementales para el desarrollo de la vida, como al agua, la tierra, los alimentos y el acceso a servicios básicos de salud (Murguía y otrxs, 2015).

Otra singularidad del escenario biopolítico actual es que, en paralelo con los desplazamientos de sentido sobre el binarismo sexual y los roles sociales de género

⁴³ Entendemos por neoliberalismo la construcción de un Estado bajo la vigilancia del mercado. O, lo que es lo mismo, de la conversión de la economía de mercado en el órgano de articulación y regulación tanto de la existencia como de la acción del Estado (Martínez Matías, 2016).

impulsados por las luchas de movimientos sociales feministas y de disidencias sexuales, determinados avances biotecnológicos -la fertilización in vitro, la hormonización o las cirugías que acompañan las transformaciones corporales de sujetxs trans o intersexuales- han devenido reivindicaciones políticas y forman parte de las demandas al Estado (Vázquez García, 2013). Entendemos que hay una convivencia tensa entre la posibilidad de existencias deseantes y gozosas que se habilitan a partir de tecnologías corporales y cierto grado de captura política de los desplazamientos de sentido que logran las luchas sociales. Esto último, cuando el mercado capta reivindicaciones políticas colectivas que aspiran a ampliar el universo de experiencias vivibles y las formas de habitar el mundo para transformarlas en productos de consumo individual gestionados por la biomedicina. Quienes no puedan pagar por estos servicios deberán postergar su deseo de transformación corporal, exponerse a prácticas de riesgo o disfrazar los procesos de transformación identitaria con etiquetas patologizantes, que son las llaves que permiten acceder a dichas tecnologías en los servicios de salud pública (Vázquez García, 2013).

En el recorrido hecho hasta el momento, hemos podido observar que la salud colectiva e integral no es el objetivo principal del campo biomédico. Por el contrario, los intereses de la medicina occidental son afines y potenciadores de las estrategias de acumulación capitalista. La biomedicina reproduce un orden clasista, racial y heteropatriarcal -donde ciertos cuerpos considerados descartables o inferiores en la línea de lo humano sostienen en condiciones muy precarias de vida el trabajo productivo y reproductivo- a través de estrategias de medicalización y medicamentación disciplinantes y normalizantes.

En el marco de sociedades donde la política económica neoliberal realiza los ideales de autonomía individual, autorregulación de las capacidades corporales productivas y el consumo como signo de estatus ciudadano-, la biomedicina reinventa las estrategias de medicalización e invade capilarmente la vida. A través de tecnologías que se presentan como productos de consumo para mejorar la calidad de vida, combate los riesgos de vivir y el envejecimiento. En este modelo de actuación, la biomedicina deviene una institución cuyo sentido es asesorar y vender recursos para un perfil de sujetx, propio de la política

neoliberal, que es empresarix de sí mismx y que, con mayor o menor grado de resistencia y consciencia sobre las imposiciones de consumo del mercado, decide acceder a diferentes tecnologías de mejoramiento vital (Rose, 2007, Vázquez García, 2013).

En la sección que sigue, nos detendremos en el análisis de las formas concretas en que los fundamentos teóricos del saber biomédico y las prácticas de medicalización toman cuerpo en los abordajes de la biomedicina, tanto en las formas de acercamiento e interacción entre lxs profesionales de la salud y lxs usuarixs, como en las prácticas de cuidados que ofrece la biomedicina en distintos escenarios de atención sanitaria.

4. Los cuidados y sus abordajes biomédicos en los procesos de salud y enfermedad

El biologicismo, la idea de que los cuerpos son máquinas a las que se puede comprender y abordar por partes, en escalas y separadas de su contexto y la relación hegemónica de lxs médicxs con respecto a otras modalidades de atención y a otrxs sanadorxs, son algunos de los valores que configuran la atención biomédica y la organización de los servicios de salud. A continuación, analizamos de qué forma toman cuerpo los principios que acabamos de mencionar en los abordajes y prácticas discursivas biomédicas en contextos institucionales y fuera de ellos.

4.1 Interrogatorio biomédico e historia clínica: el cuerpo como código descifrado de la enfermedad

La escucha biomédica y el diálogo con lxs usuarixs de servicios de salud se estructura alrededor de un interrogatorio -que guarda semejanzas con los dispositivos de indagación judicial y policial (Canevari, 2016)- y de la historia clínica. Esta última, es un documento-

guía donde lxs médicxs registran por escrito los hallazgos de la historia vital, de salud y enfermedad de lxs sujetxs que son relevantes desde la perspectiva biomédica. Tanto el interrogatorio como la historia clínica son dispositivos de escucha centrados en la enfermedad y en la perspectiva y las necesidades de lxs médicxs para cumplir con su trabajo asistencial (Alcaraz Agüero y otrxs, 2010).

Se consignan datos acerca del motivo de consulta, la historia reciente de los síntomas y enfermedad actual, los antecedentes personales y familiares y los factores de riesgo para enfermar. En un segundo momento, se registra el examen físico y los exámenes complementarios previos y actuales. Finalmente, sobre la base de la información que aportan lxs usuarixs y los exámenes complementarios, se establecen presunciones diagnósticas que fundamentan una serie de estrategias diagnósticas, preventivas y terapéuticas (Alcaraz Agüero y otrxs, 2010). La lectura médica sobre la información que aporta la historia clínica se encuentra mediada por clasificaciones previas sobre la conducta, parámetros biológicos, bioquímicos, funcionales y estéticos de los cuerpos en términos de lo normal vs. patológico y, también, por las propias creencias de cada médicx (Canguilhem, 1971; Caponi, 2010; Davis Floyd, 2004; Toboso Martín, 2017). En este sentido, lejos de ser meras herramientas para la recolección de datos, el interrogatorio biomédico y la historia clínica son dispositivos a partir de los cuales se establecen valoraciones morales sobre las corporalidades y las prácticas de lxs sujetxs que habilitan todo un conjunto de prescripciones normalizantes. Esta potestad de valoración, que se adjudican principalmente lxs médicxs, asienta en el poder simbólico y cultural que detentan y en la legitimidad para obrar que les otorga el Estado (Canevari, 2016; Foucault, 2003).

El interrogatorio y la historia clínica se realizan de forma sistemática y estandarizada sobre todas las personas que consultan, sin embargo, se vuelven especialmente incisivos y, en ocasiones violentos, sobre las mujeres empobrecidas, sexualidades y corporalidades no heteronormativas y migrantes (Antoniucci, 2016; Canevari Bleidel, 2011; Yañez, 2016). Por ejemplo, la violencia ejercida en el interrogatorio que remite a una función policial se observa en las consultas de mujeres que acuden a las guardias luego de realizarse un aborto. En esta situación, son instadas de forma violenta a confesar que realizaron dicha práctica

bajo amenazas de denuncias o posibles complicaciones si no aportan la información que se les solicita⁴⁴. La presunción de heterosexualidad en las consultas ginecológicas y la realización rutinaria de preguntas que indagan, sin fundamento científico, en cuestiones tales como el número y tipo de parejas sexuales como parámetros de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual, son algunos otros ejemplos de la función disciplinante del interrogatorio biomédico (Gayet, 2015).

Para finalizar, nos interesa remarcar otro aspecto del interrogatorio y la historia clínica que, vinculado con el biologicismo, reproduce asimetrías en la relación entre usuarixs y médicxs. Los relatos sobre la historia de enfermedad, padecimientos o cualquier otro motivo de consulta son fragmentados y codificados bajo la forma de aprehensión biomédica de la experiencia. La perspectiva de las personas que consultan sobre lo que acontece en sus cuerpos, la evolución histórica y la trama social en la que se producen los padecimientos se encuentran en una posición de subalternidad con respecto a los modos de decir de la biomedicina (Davis Floyd, 2014; Valls-Llobet, 2009). Lxs usuarixs deben adaptar sus narrativas a los modos de inteligibilidad biomédicos, que aparecen como descripciones científicas y neutras sobre los cuerpos pero que, en concreto, habilitan y legitiman toda una serie de prácticas de control social y medicalización sobre los procesos vitales (Yañez, 2016).

4.2 Principio de separación

Con distintos grados de aislamiento, según se trate de unidades de terapia intensiva, internaciones en sala común o consultas médicas ambulatorias en hospitales y centros de salud, la atención biomédica se estructura alrededor de la separación de lxs sujetxs de su contexto (Davis Floyd, 2004; Rose, 2012). Por contexto entendemos el espacio doméstico, los afectos que lxs rodean, las redes sociales que lxs sostienen, los espacios abiertos, el aire

⁴⁴ Ver informe AMNISTÍA INTERNACIONAL: <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/09/EL-ACCESO-AL-ABORTO-EN-ARGENTINA-ENTREGA03-FINAL.pdf>

libre, los árboles, el cielo o sus mascotas. En una analogía con las observaciones en microscopios, en las cuales microorganismos y otras estructuras diminutas son separadas de su medio para ser observadas con mayor aumento con una especie de lupa, lxs sujetxs y sus cuerpos son separadxs de la trama social en la que se produce el padecimiento, para su estudio y tratamiento.

La realización de pruebas diagnósticas y tratamientos para situaciones de salud que en la inmediatez o potencialmente ponen en peligro la vida, en ocasiones, precisa de la internación en hospitales o clínicas que cuentan con el personal y los recursos tecnológicos para abordarlas. La separación de lxs sujetxs de sus contextos vitales durante una internación conlleva una interrupción de las rutinas cotidianas previas y una vigilancia estrecha de las actividades bajo el nuevo régimen transitorio de vida hospitalaria. Las decisiones sobre las horas de sueño, la alimentación o el momento oportuno para tomar un baño ya no le pertenecen a lxs pacientes (Testa, 1993). Las rutinas diarias intrahospitalarias se estructuran en función de los horarios y las exigencias institucionales de trabajo de médicxs, enfermerxs, laboratorios, servicios de diagnóstico por imágenes, horarios de cocina, etc. (Davis Floyd, 2004).

A su vez, opera una separación jerárquica de las dimensiones de los cuidados entre aquellas que son relevantes para el proceso terapéutico biomédico –realización de estudios, administración de fármacos, examen físico-, y aquellas que son secundarias en dicho proceso – el acompañamiento afectivo, la alimentación acorde a los gustos y necesidades de lxs sujetxs, el sueño y el contacto con el mundo exterior. Estas últimas, se encuentran subordinadas y en una espera continua en relación con la nueva temporalidad que marcan las primeras (Testa, 1993).

El principio de separación se refleja en abordajes terapéuticos que toman escasa consideración sobre cómo impactan las prescripciones biomédicas medicamentosas, alimentarias, de ejercicio físico o de controles de salud en la organización vital, laboral, familiar, económica y afectiva de las personas, principalmente de las mujeres, sobre quienes recaen las responsabilidades y los costos del trabajo no remunerado de cuidar la

salud de otrxs (Batthyány y otrxs, 2015; Esteban, 2003). En este sentido, hay un trabajo de salud (Sinding, 2010) que realizan lxs sujetxs para poder cumplir las prescripciones biomédicas: “el trabajo de hacer visibles las propias condiciones materiales e identidades sociales, y el trabajo de gestionar estas condiciones e identidades cuando no son atendidas por la institución” (Sinding, 2010, p. 1657 citado en Yañez, 2016). Tal como señala la antropóloga mendocina Sabrina Yañez (2016), para el acceso efectivo a los sistemas sanitarios se requiere mucho más que la disponibilidad de los mismos, es necesario “mucho trabajo de organización y coordinación activas por parte de las mujeres, incluyendo la gestión de tiempos, recursos y relaciones con otras personas de sus redes familiares y/o comunitarias” (p.14).

A modo de síntesis, podemos decir que el principio de separación organiza un tipo de atención biomédica en la cual, para arribar a un diagnóstico, lxs sujetxs son aisladx de sus entornos vitales. A su vez, el principio de separación estructura el pensamiento biomédico de tal forma que se realiza la operación constante de separar lo biológico y los procesos de salud y enfermedad respecto de los determinantes sociales.

4.3 Estandarización de los cuidados

Estandarizar, según el diccionario de la Real Academia Española, es ajustar a una norma⁴⁵. La operación de ajustar a una norma es la marca característica de la biomedicina que, cuando identifica un desplazamiento en relación con sus prototipos de cuerpos y comportamientos, busca corregirlo (Menéndez, 2001; Nari, 2004; Salessi, 1995). No solo existe una mirada biomédica estandarizada, sino también prácticas biomédicas estandarizantes.

¿Qué formas adquiere la estandarización biomédica y de qué manera se imprime en los cuerpos y en la subjetividad? Una de las estrategias de estandarización, que abordamos

⁴⁵ <https://dle.rae.es/estandarizar?m=form>

en el apartado sobre medicalización, es la que refiere a los discursos sobre estilos de vida, estrechamente vinculados con la noción de riesgo. Bajo el paradigma del riesgo, la noción de estilos de vida adquiere una connotación moralizante y conservadora. La asociación entre conducta “saludable” /”no saludable” y la probabilidad de estar sano o de enfermar se transforma en fundamento para prescripciones clínicas estandarizadas que, sin atender a las singularidades de los contextos vitales de lxs sujetxs, marcan los hábitos esperables en términos de alimentación, ejercicio físico, sueño, crianza, cuidado de la piel, etc. Estas prácticas, además de crear nichos de consumo, se imprimen en la subjetividad como un deber ser que se establece como condición para estar saludable o para envejecer con gracia (Almeida-Filho y otros, 2009; Menéndez, 2009; Rose, 2012).

Otra forma de estandarización biomédica es la internación hospitalaria, situación en la que se establecen rutinas cotidianas que estructuran el trabajo de lxs profesionales de la salud y, a su vez, dan forma a la experiencia de lxs usuarixs. Las rutinas consisten en secuencias casi invariables de procedimientos que se realizan sobre la totalidad de las personas internadas -independientemente del motivo de su estadía- de manera automática y en horarios estipulados (Davis Floyd, 2004). Algunos procedimientos rutinarios y mecánicos son los exámenes de laboratorio, la realización de electrocardiogramas y la colocación de vías intravenosas para la administración de fluidos, aun cuando la persona internada no presente dificultades para tomar líquidos y no tenga indicación de fármacos por vía intravenosa. Los controles médicos se realizan varias veces al día, sin importar si la persona está descansando o tomando su desayuno. Las comidas son las mismas para todxs, salvo alguna indicación específica, y siempre se realizan en los mismos horarios. Si una persona no está a gusto con los alimentos que recibe y solicita otras posibilidades, en general, éstas son denegadas (Davis Floyd, 2004). Hay una homogenización bajo el régimen de vida intrahospitalaria que se rige por normativas de los servicios y por el saber biomédico estructurado. Esto facilita la tarea del personal de salud, pero como contrapartida, desoye las necesidades singulares de cuidado y obstaculiza el ejercicio de experimentar nuevos sentidos de vida en relación con el sufrimiento o los padecimientos (Merhy, 2017).

Otra vía de estandarización surge como resultado del uso de protocolos y guías para la atención biomédica⁴⁶. En base a textos que son elaborados por asociaciones de expertos y organismos internacionales, se regulan las acciones biomédicas, administrativas y el uso de recursos al interior de las instituciones sanitarias (Yañez, 2016). Desde organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), con alta incidencia sobre las políticas de Estado, se producen y exportan metas sanitarias, guías y protocolos de atención que impregnan la organización de los servicios de salud, sobre todo en países periféricos (Lasso Toro, 2012; Nureña, 2009). Para la elaboración de estos textos-guía, se toman como referencia datos estadísticos y evidencias clínicas producidas en base a realidades extra-locales –en ocasiones de países centrales europeos o de Estados Unidos– con respecto a los contextos sociales, económicos y sanitarios en los que posteriormente se aplicarán estas normas (Martínez Sagasta, 2007; Yañez, 2016).

Los protocolos, y las respuestas normativas en general, son soportes valiosos para la resolución de problemas simples y estructurados que requieren de una respuesta rápida y precisa para evitar daños mayores en alguna situación concreta de enfermedad aguda o catástrofe (Huertas, 1993; Matus, 1987). No obstante, en las instituciones de salud se observa un uso compulsivo y reduccionista de estas herramientas para aprehender conflictos vitales y procesos de salud y enfermedad que requieren de respuestas contingentes, flexibles y adaptadas a las condiciones sociales, afectivas y emocionales en las que se desarrollan los problemas de salud.

⁴⁶ Las guías para la práctica biomédica son enunciados sistemáticamente desarrollados para asistir a los profesionales y a los pacientes acerca de las decisiones de la atención biomédica apropiada para circunstancias clínicas específicas. Engloban desde las actividades clínicas hasta las de promoción y prevención de enfermedades. Carecen de obligatoriedad de otros elementos normativos. Los protocolos de actuación contienen secuencias de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas en un segmento limitado y acotado del dispositivo asistencial. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000953cnt-epa.pdf>

4.4 Paternalismo biomédico

El paternalismo biomédico es una modalidad de relación en la cual lxs médicxs concentran el poder de actuar y decidir sobre los cuerpos y los procesos de salud y enfermedad, marginando las perspectivas y acciones de lxs usuarixs de servicios de salud (Delgado Rodríguez, 2012). Esta modalidad cobra algún sentido en contextos de emergencias médicas que requieren de decisiones rápidas e idóneas para prevenir daños mayores. Sin embargo, tiene una utilidad limitada en el ambiente clínico (Davis Floyd, 2004, p. 43).

El paternalismo biomédico se funda en una asimetría entre ambas partes que se construye a partir de la autoridad que el Estado y el mercado le otorgan a la biomedicina, en función del estatus de superioridad científica y técnica con el que fue investida, como garante legítimo y legal del cuidado de la salud de lxs sujetxs y conjuntos sociales. (Davis Floyd, 2004; Schwarz, 2017; Testa, 1993).

Lxs médicxs se posicionan en las consultas biomédicas como portadorxs de los conocimientos ciertos sobre los cuerpos, lo que es mejor para lxs usuarixs en términos de salud y cuidados y cómo deberían vivir sus vidas (Mehry, 2017). Promueven cualidades y conductas que, bajo los valores occidentales, racistas, heteropatriarcales y tecnocráticos que organizan su práctica, consideran superiores. Y, a su vez, penalizan formas de vida que no son consideradas valiosas (Delgado Rodríguez, 2012). Así, el paternalismo biomédico se expresa en numerosas prácticas cotidianas. Valoraciones y prescripciones normativas sobre la gordura⁴⁷, sobre la sexualidad y sobre el deseo. Prácticas de violencia obstétrica que

⁴⁷ La gordura es objeto de cuestionamiento e intervención biomédica como resultado del cruce entre el imperativo de lo saludable y las técnicas de perfeccionamiento del cuerpo o cuidado de sí (Nijensohn, 2018). Desde el activismo gordo, que es parte de un más amplio movimiento por la diversidad corporal, de género y sexual, se plantea como nudos problemáticos el estigma, la discriminación, la violencia, la patologización y la medicalización indefinida sobre la vida cotidiana de las personas gordas. Desde el activismo gordx se cuestiona, a partir de experiencias propias y de investigaciones consistentes en el campo de la salud, el postulado biomédico reduccionista que establece una asociación natural y generalizada entre obesidad y enfermedad (Contrera, 2019).

intervienen sin consentimiento sobre los cuerpos para amoldar el devenir de procesos vitales a las normas y prioridades asistenciales de las instituciones y a los tiempos de trabajo de lxs médicxs (Yañez, 2016). Decisiones sobre el uso de terapias de riesgo y con altos costos físicos por los efectos (no tan) secundarios de algunas drogas, en ocasiones, se toman unilateralmente sin aportar la información adecuada para que las personas puedan conocer y elegir alternativas más acordes a sus expectativas vitales (Davis Floyd, 2004).

En el marco de la lógica paternalista, se menosprecia los sentidos que lxs sujetxs construyen para dar cuenta de sí en los procesos de salud y enfermedad que transitan. Lxs agentes de salud no se involucran con las condiciones materiales de existencia en las que aterrizan sus prescripciones normativas y ubican en un lugar prescindible dentro de sus abordajes a todas aquellas actividades, relaciones afectivas y rituales que hacen que la vida valga la pena para las personas (Merhy, 2017).

En poblaciones empobrecidas el tutelaje es más intenso y se articula con programas de asistencia social focalizada que otorgan subsidios económicos. Para acceder a dichos beneficios, el Estado exige como contraprestación el ingreso al sistema de salud, la realización de exámenes clínicos, pruebas diagnósticas y la constatación del estado de inmunización de las infancias⁴⁸. Estos requisitos son condición obligatoria para acceder a recursos destinados principalmente hacia las mujeres, no para que se ocupen de su propia salud, sino para que ejerzan su rol socialmente establecido de cuidadoras (Anzorena, 2015). Lxs usuarixs con mayor poder adquisitivo no se encuentran exentxs de las prácticas biomédicas paternalistas. No obstante, contar con recursos económicos para pagar por los servicios de salud o disponer, a partir del acceso a redes y capital social y cultural, de información sobre los derechos de lxs pacientes, sobre enfermedades, prácticas preventivas, técnicas diagnósticas y terapias biomédicas, aumenta las posibilidades de decisión, resistencia y contestación frente a las imposiciones del sistema de salud (Rose, 2012).

⁴⁸ http://www.msal.gob.ar/images/stories/cofesa/2010/acta-02-10/anexo-7_auh.pdf

4.4.1 Dos estrategias atenuadas frente al paternalismo: el consentimiento informado y la *eHealth*

Si en nuestro universo de sentidos es posible nombrar las prácticas de tutelaje y avasallamiento biomédico con la categoría paternalismo es porque existen ejercicios colectivos de resistencia frente a la asimetría y la verticalidad de la relación clínica. Resistencias que rechazan la apropiación biomédica de la subjetividad y la vivencia de los procesos de salud y enfermedad (Colectivo de Mujeres de Boston, 1971; Di Giacomo, 2010; Fundación Soberanía Sanitaria, 2019).

No obstante, el capitalismo y la biomedicina han desarrollado una habilidad para atenuar los efectos de las demandas sociales radicales con dispositivos que median las relaciones entre los usuarios y el sistema de salud, como el consentimiento informado y la *eHealth*. Aunque se presentan como concesiones en respuesta a ciertos reclamos colectivos y como marcos de protección para los derechos de las personas, se advierte que, en la cotidianidad de los servicios de salud, en ocasiones, se reduce su potencia desestabilizante sobre las desigualdades sociales y el autoritarismo biomédico. Son herramientas que coexisten en conflicto con formatos previos de relación y cuyo potencial transformador de las asimetrías entre profesionales y usuarios depende del contexto donde se despliegan, “de factores propios del sistema de salud (como el tipo de subsistema y el nivel de complejidad de la atención) y propios de los pacientes (como el grado de empoderamiento, el nivel educativo, la edad, entre otros)” (Petracci y otros, 2017:107).

El consentimiento informado es la explicación oral y/o por escrito impartida por trabajadorxs de la salud a usuarios y/o su entorno afectivo o de cuidados sobre la naturaleza de su enfermedad, sobre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados (Delgado Rodríguez, 2012). Tiene por objeto dejar constancia de que lxs usuarios recibieron información y se solicitó su aprobación para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (Carvajal Arias, 2002).

La práctica del consentimiento se desarrolló en los años 70 y es producto del malestar social con el sistema biomédico que se profundiza desde la década del 60 (Menéndez, 1991). Colectivos de mujeres, feministas negras, LGTTTBIQ+ y algunas asociaciones de lucha por los derechos de lxs pacientes ponen en cuestión los abordajes biomédicos tutelares e iatrogénicos (Colectivo de Mujeres de Boston, 1971). La presión de los movimientos sociales y algunos fallos judiciales emblemáticos a principios de los 70 lograron derrumbar el criterio a partir del cual el cuerpo médico había manejado durante siglos la información que suministraba a las personas, y se instauró la práctica del consentimiento informado (Cecchetto, 2000). Sin embargo, en las relaciones cotidianas de lxs usuarixs con el sistema biomédico, las raíces contestatarias que posibilitaron la emergencia de esta práctica se diluyeron en una relación que pasó de ser paternalista a contractual (Delgado Rodríguez, 2012).

En la actualidad, los consentimientos (poco) informados, que se firman a las apuradas en los pasillos de los hospitales, devinieron dispositivos que lo que vienen a salvaguardar, más que el derecho a la información y a tomar decisiones por parte de lxs usuarixs, es la integridad legal de lxs médicxs y las instituciones sanitarias (Delgado Rodríguez, 2012). Bajo la falacia del ideal occidental de individuo racional que decide libremente y en soledad, lxs médicxs pasaron del autoritarismo y la unilateralidad en la toma de decisiones a ser asesorxs que “después de soltar una retahíla de procedimientos, riesgos, beneficios, etc, lanza la pelota al tejado del paciente y ¡decida usted lo que quiere hacer!” (Delgado Rodríguez, 2012:6). No hay un verdadero compromiso de lxs médicxs para informar adecuadamente y ayudar a tomar decisiones sobre la salud que, lejos de ser siempre racionales e individuales, se enmarcan en una red de relaciones y en contextos sociales y económicos determinados (Delgado Rodríguez, 2012).

En el paso del paternalismo a las relaciones contractuales mediadas por el consentimiento informado se evidencia una negación sobre la posibilidad de habitar una vulnerabilidad activa⁴⁹. Para la biomedicina, lxs sujetxs, o son indefensos e incapaces de

⁴⁹ A partir de una reflexión colectiva sobre vulnerabilidad que comparte el libro *Cómo Invocar Contacto* (Azahar Lu, 2020), entendemos que la vulnerabilidad activa es un estado de apertura que hace posible la

tomar decisiones por sí mismos o, en el otro extremo, devienen seres individualmente responsables por su salud y desarraigados de sus contextos vitales.

Otro instrumento que tiene potencial para reducir la brecha entre los saberes expertos que manejan lxs médicxs y la información que tienen lxs usuarixs para tomar decisiones sobre su salud, así como la asimetría de poder entre estos actores, es el actor-soporte Internet (Schwarz, 2017). Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueven la eHealth, entendida como un medio para lograr acceso universal al sistema de salud (OMS, 2005; OPS, 2011)

Desde la producción académica, *eHealth* es entendida como un campo emergente a partir de la intersección de la informática médica, la salud pública y las empresas, cuyo objetivo es la prestación de servicios de atención sanitaria, la vigilancia de la salud y la difusión de información y conocimientos médicos a través de Internet y tecnologías relacionadas (Eysenbach, 2001). eHealth se presenta como una propuesta para mejorar la cobertura universal de salud, el acceso a la información y la interacción con los servicios de salud. A través de las tecnologías disponibles para la comunicación se pueden gestionar turnos y trámites relacionados con estudios y tratamientos médicos y, además, se puede acceder a información sobre herramientas de abordaje de padecimientos, prevención, promoción de la salud, tratamientos de la medicina hegemónica y de las medicinas alternativas (Schwarz, 2017).

Sin embargo, es necesario considerar que *eHealth*, además de una herramienta informativa y de gestión en salud, es “una mercancía más del mercado de consumo accesible solo para quienes tienen los recursos culturales, económicos y tecnológicos necesarios” (Schwarz, 2017, p. 88). El uso de tecnologías requiere de medios económicos para acceder a la aparatología y a la conexión a internet y, también, del manejo de un

interpelación, la habilidad de equilibrarse en el espejo de un otrx, la capacidad de aprender y de dejarse afectar por el mundo. Vulnerabilidad como una energía regeneradora el ser. La posibilidad de mostrar nuestros huecos y habilitarlos/habitarlos en compañía.

determinado lenguaje e información técnica que se transforman en un obstáculo para adultxs mayores y para sujetxs que no accedieron a la educación formal (Schwarz, 2017). Existe una brecha digital⁵⁰ en función del territorio donde se habita, del sexo, del género, de la edad, de la clase y de la racialización (Gómez Navarro, 2018), que transforma a las tecnologías de comunicación en productos de consumo para sectores privilegiados y que plantea límites concretos al objetivo de favorecer la cobertura universal de salud y el acceso a la información.

Tanto el consentimiento informado como la *eHealth* son estrategias especialmente desarrolladas para aumentar la autonomía de lxs usuarixs de servicios de salud en base a la adquisición de información. No obstante, en ocasiones, la relación con lxs profesionales de la salud continúa siendo asimétrica debido a algunos factores que mencionamos en párrafos anteriores, como el grado de empoderamiento, la edad, el nivel educativo y la posibilidad de acceso a tecnologías de comunicación por parte de lxs usuarixs.

Del lado de las instituciones, además de las características de los procesos de trabajo propios de cada nivel de atención o especialidad biomédica, un aspecto relevante para la construcción de vínculos de corresponsabilidad y reconocimiento recíproco son las habilidades profesionales para la comunicación. Sin embargo, el desarrollo de habilidades comunicacionales se encuentra ausente en la mayoría de los programas de estudio de las facultades de medicina, tanto en el contexto europeo, como en países de América Latina (Delgado Rodríguez, 2012). Además de proveer conocimientos técnicos sobre enfermedades y procedimientos, lxs profesionales de la salud deberían poder aportar esta información en un lenguaje comprensible, de manera amable y comprometida con la búsqueda de opciones diagnósticas, preventivas y terapéuticas aceptables para lxs usuarixs y sus redes de contención.

⁵⁰ La brecha digital se refiere a las limitaciones para la apropiación social de las tecnologías de comunicación. Limitaciones íntimamente relacionadas con problemas estructurales de la sociedad global como la pobreza, la exclusión, el desempleo, la precarización del trabajo, la inequidad en la distribución de la riqueza (Gómez Navarro y otrxs, 2018)

Otra estrategia que despliegan los conjuntos sociales para atender sus padecimientos, las necesidades para la reproducción de la vida y para construir salud, y que les confieren posibilidades variables de autonomía frente a las prácticas de paternalismo y el biologismo de los abordajes del Modelo Médico Hegemónico, son los procesos de autoatención (Menéndez, 2009). Sobre este tema haremos un desarrollo en las páginas que siguen.

5. La doble faz de la autoatención: autonomía/heteronomía

La autoatención refiere a todas las estrategias y actividades que desarrollan lxs sujetxs, inmersos en redes sociales, con el objetivo de diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios (Menéndez, 2009). Alude a las formas de apoyo mutuo que despliegan las comunidades afectivas para cooperativizar la vida y atender los procesos de salud y enfermedad (Azahar Lu, 2020; Esteban, 2017). Entendemos por comunidades afectivas a las diversas formas de vinculación que incluyen lazos sociales de parentesco, relaciones de amistad, vecindad y acompañamiento feminista. Y a la vez, a las relaciones de solidaridad que surgen de la experiencia de compartir una enfermedad, un proceso terapéutico o de transformación corporal (Esteban, 2017; Módena, 2009; Fundación Soberanía Sanitaria, 2019). La cooperativización de lo vital se gesta en el marco de la precariedad y la vulnerabilidad intrínseca de las personas y también, de la abundancia de proyectos y deseos que lxs conectan entre sí (Azahar Lu, 2020; Esteban, 2017).

Los procesos de autoatención cumplen un papel relevante en el abordaje colectivo de padecimientos y problemáticas sociales estigmatizadas por la biomedicina y/o para las que este saber solo ofrece intervenciones a corto plazo, la mayoría de las veces farmacológicas, que no atienden a los determinantes sociales ni a la dimensión subjetiva de los procesos de salud y enfermedad. Tal es el caso del consumo problemático de sustancias, la atención de

personas con discapacidad, el acompañamiento de enfermedades crónicas o del acceso al aborto en países donde la práctica aún se encuentra criminalizada.

En cuanto al alcoholismo, los grupos de ayuda mutua bajo la denominación de alcohólicos anónimos posibilitan, según los contextos culturales y económicos de pertenencia, diversas formas de contención y de colectivización de recursos materiales y simbólicos en pos de lograr la suspensión temporal de la ingesta de bebidas alcohólicas o la abstinencia definitiva (Ménéndez, 1991; Módena, 2009).

En el campo biomédico y de la asistencia social, la discapacidad es una experiencia vital que es interpretada de modo restringido en términos de una tragedia personal y, a lo sumo familiar, que ocurre como resultado de determinaciones biológicas y no como un hecho social complejo y multidimensional (Naquín y Mareño, 2012). En países como Argentina, donde el espacio público no está diseñado inclusivamente, las personas con discapacidad quedan confinadas al espacio doméstico o a instituciones creadas específicamente para estos casos. El único horizonte posible de participación social se deposita en la tarea de rehabilitación, que implica una fuerte carga de trabajo reproductivo para el entorno acompañante, principalmente para las mujeres –madres, hermanas o cuidadoras remuneradas- que son quienes se ocupan de las actividades específicas de autoatención destinadas a la recuperación o al mantenimiento del estatus funcional de las personas con discapacidad (Borgeaud-Garciandía, 2013; Naquín y Mareño, 2012).

Otro ejemplo paradigmático de autoatención es el que emerge de las redes de autocuidados generadas por personas con enfermedades crónicas (Domínguez Mon, 2015). A partir de estas redes se aprende colectivamente sobre el cuidado de distintas enfermedades y se comparten conocimientos y estrategias que no se agotan en el universo de saberes y prescripciones biomédicas. Contar con una grupalidad para afrontar las consecuencias vitales de vivir con enfermedades que demandan cuidados y recursos materiales de manera cotidiana e intensiva, permite interrogar y poner en cuestión la responsabilidad exclusivamente femenina en la organización y ejecución de los cuidados y

habilita un espacio concreto para ejercitar prácticas colectivas y sostenibles en el tiempo para afrontar diversos padecimientos.

En relación con el acceso al aborto, en numerosos países donde la práctica está penalizada, colectivas feministas socorristas⁵¹ de diversos territorios se organizan para acompañar de forma cotidiana a mujeres que deciden interrumpir sus embarazos. A través de consejerías con encuentros grupales, se desarrollan prácticas de contención emocional, se comparten estrategias para lidiar con el sistema de salud y se socializa información sobre el uso seguro de misoprostol⁵².

En los procesos de autoatención, además de los conocimientos novedosos que se construyen al hacer la experiencia de acompañar/se y cuidar/se en los procesos de salud y enfermedad, hay una apropiación y una reinención de los usos y sentidos de tecnologías biomédicas por parte de los conjuntos sociales. Esta apropiación, como en el caso del uso de antibióticos o de fármacos abortivos sin prescripción médica, genera un fuerte rechazo de lxs médicxs. Lxs profesionales pueden tolerar, mirar con desdén, clausurar, ignorar o aceptar sin mucho interés la elección de terapias alternativas o complementarias a los abordajes de la medicina occidental. Sin embargo, el rechazo es enérgico cuando las personas utilizan, sin supervisión médica, herramientas terapéuticas propias de la biomedicina (Menéndez, 2009). Los argumentos para el castigo ante la autoadministración de fármacos derivan de la posibilidad de efectos adversos con dosis inadecuadas, de posibles contraindicaciones no advertidas por lxs usuarixs y, en el caso de los antibióticos, que posiblemente es uno de los más emblemáticos, de la evidencia científica que relaciona el uso inadecuado de estos fármacos con la resistencia microbiana⁵³ (Serra Valdés, 2017).

⁵¹ Socorro es una palabra de origen anglo francés que tiene una carga semántica vinculada a la práctica política feminista en tanto implica la idea de cercanía, de presencia y de acompañamiento en un momento de complejidad vital (Santarelli y Anzorena, 2017).

⁵² El misoprostol es un fármaco recomendado por la OMS para realizar la interrupción voluntaria de un embarazo de forma segura. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1

⁵³ El concepto de resistencia microbiana hace referencia a la habilidad que desarrollan ciertos microorganismos, por su capacidad de mutación y adaptación al medio, de resistir los efectos antibióticos

La condena hacia las prácticas de automedicación denota, por un lado, el recelo con el que lxs médicxs protegen su ámbito de incumbencia exclusivo en relación con la prescripción y el manejo de fármacos. Y, por otro lado, muestra una falta de autocrítica en cuanto a su rol en los procesos de autoatención ya que, en el marco de las consultas médicas, son lxs que transmiten la información, muchas veces errónea o confusa, sobre el modo de uso de terapias farmacológicas (Menéndez, 2009).

No queremos romantizar los procesos de autoatención al significar su existencia únicamente en relación con un ejercicio de autonomía de las comunidades frente a la autoridad biomédica. La autoatención se sostiene a partir de relaciones de dominación y desigualdad. La división sexual y racial del trabajo impuesta por el capitalismo racista y patriarcal delega la carga social de la reproducción de la vida y los cuidados sobre mujeres racializadas, lesbianas y otrxs sujetxs feminizadx (Esteban, 2017; Gil Araujo y Pedone, 2014; Herrera, 2016; Menéndez, 2009; Pedone, 2006; Pérez Gañán, 2017). A su vez, las desigualdades sociales en el acceso a los sistemas de salud afectan principalmente a países del sur, a pueblos originarios, a mujeres migrantes y personas LGTTTBIQ+ (Freyermuth, 2014; ILGA, 2007; Mogrovejo, 2017; Ramírez Hita, 2014). En estos contextos y para algunos conjuntos sociales, en ocasiones, los procesos de autoatención son las únicas respuestas posibles y precarias para dar respuesta a sus padecimientos o enfermedades (Menéndez, 2009).

La apuesta teórica de este trabajo de tesis en relación con los procesos de autoatención tiene que ver con pensar articulaciones posibles entre los conjuntos sociales y el sistema biomédico. Articulaciones en las que lxs agentes de salud, especialmente lxs médicxs, dejen de estigmatizar a lxs sujetxs por automedicarse y construir estrategias autónomas para sobrellevar dolencias y habiliten espacios de encuentro educativos y de intercambio. Esto último, para que las personas puedan aprender sobre los usos recomendables de medicamentos y otras terapias propias del campo biomédico y, en

cuando estos fármacos se utilizan de manera desmesurada o inadecuada. El incremento de la resistencia microbiana en las últimas décadas deriva de la utilización de antibióticos a gran escala, sobre todo a nivel hospitalario y por parte del personal médico (Serra Valdés, 2017).

paralelo, para que lxs médicxs aprendan de las experiencias de cuidados de lxs usuarixs (Mehry, 2017; Menéndez, 2009). A su vez, consideramos que el Estado no puede encomendar a los conjuntos sociales la responsabilidad de dar respuestas a los procesos de salud y enfermedad. Tiene la obligación de generar condiciones materiales y simbólicas para garantizar el acceso a la salud y debe generar políticas y asignar recursos económicos para que el trabajo de cuidar no recaiga sistemáticamente en las mujeres (Pautassi, 2016).

En la sección que sigue, la intención es explicitar el rol de la formación universitaria y hospitalaria en la consolidación de lxs médicxs como agentes sociales comprometidxs con la reproducción de dicho modelo.

6. Formación biomédica en medicina y algunos contrastes con la enfermería centrada en los cuidados

Lxs médicxs tienen dos núcleos que ordenan el encuentro con lxs usuarixs. Un núcleo dirigido y ordenado por la formación profesional, constituido por saberes, tecnologías y prácticas específicas de la medicina. Y un segundo núcleo que no es profesional, al que Emerson Merhy (2017) nombra como núcleo cuidador. El núcleo cuidador son todas las intervenciones y prácticas que no son del dominio de ninguna profesión y que, en ocasiones, se construyen y se expanden a partir de experiencias personales o cercanas de enfermedad y cuidados, de militancia política o de trabajo social.

La formación biomédica tiene por objeto robustecer el núcleo profesional en detrimento del núcleo cuidador. Lxs estudiantes son instadxs a dejar de lado sus propias experiencias y saberes previos sobre cuidados, que se adquieren en el proceso de socialización y a partir del cuidado que recibimos o que dimos en instancias personales de padecimiento, para asimilar conocimientos técnicos, biológicos y clínicos (Davis Floyd, 2004; Merhy, 2017). Es una pedagogía del distanciamiento. De forma similar al

extrañamiento del que hablan lxs antropólogxs como condición de objetividad, lxs trabajadorxs de la salud aprenden a olvidar las necesidades de sus propios cuerpos y sus experiencias de enfermedad para mirar con objetividad los padecimientos ajenos. Hay un proceso de in-corporación (lo social hecho cuerpo) de los valores del modelo biomédico a los que nos referimos con anterioridad (Castro y Erviti, 2015).

El entrenamiento biomédico en la mayoría de las universidades latinoamericanas sigue el paradigma de formación médica estadounidense influenciado por el informe Flexner elaborado a principios de siglo XX⁵⁴. A partir de este modelo, la enseñanza se organiza en dos ciclos sucesivos. El primero de ellos tiene por objeto la adquisición predominante de conocimientos sobre química y biología, anatomía, biofísica y fisiología. El segundo ciclo se basa en el aprendizaje de conocimientos y habilidades clínicas en el marco de la atención hospitalaria (Andrade, 1979; Belmartino, 2010; Troncoso, 1985). Al margen y poco dotados de recursos para investigación y docencia, se encuentran los departamentos y asignaturas ligados a la comprensión de los aspectos sociales de los procesos de salud y enfermedad y a la prevención de los mismos (Ayres, 2005).

A diferencia de la formación médica, investigaciones que abordan los procesos educativos en enfermería dan cuenta de una tendencia en universidades y escuelas de América Latina a cuestionar el modelo biomédico de atención y organizar la formación profesional centrada en los cuidados (Sánchez, Herrera y Socarras, 2012). Esto último, mediante un trabajo de reflexión sistemática sobre los contenidos curriculares teóricos y procedimentales focalizado en la construcción de autonomía de las personas en los procesos de vida y en la promoción de la salud. Asimismo, se alienta a lxs estudiantes a construir significaciones contextualizadas sobre los cuidados que integren e interpelen experiencias

⁵⁴ Este informe, además de obstaculizar el ejercicio de la medicina para grupos subalternos y de excluir y estigmatizar conocimientos y prácticas médicas provenientes de otras tradiciones, no consideró relevante integrar en las currículas formativas contenidos vinculados a la comprensión de las dimensiones sociales de los procesos de salud y enfermedad. Recién a partir de mediados de siglo XX se reincorporan progresivamente y de forma marginal los departamentos de salud pública y medicina preventiva (Andrade, 1979).

prácticas de cuidados personales, familiares y en su paso por hospitales y centros de atención primaria (Chrizostimo y Brandao, 2015).

La formación biomédica y el desarrollo de la subjetividad médica se consolida durante los años de especialización en hospitales (Castro y Erviti, 2015; Davis Floyd, 2004). Las especializaciones consisten en entrenamientos intensivos para la adquisición de habilidades específicas de las diferentes ramas de la medicina. En las residencias médicas, que es la manera habitual de nombrar estas instancias formativas, lxs médicxs adquieren conocimientos y destrezas clínicas, diagnósticas, terapéuticas y, en algunos casos, habilidades en el manejo de tecnologías duras (aparatoología diagnóstica y terapéutica).

El período de especialización hospitalaria se configura bajo una fuerte impronta de las formaciones militares debido a la carga horaria de trabajo, los regímenes de guardias médicas y la división jerárquica de tareas, donde, paradójicamente, aquellxs médicxs que recién ingresan en el sistema de residencias asumen la mayor carga de responsabilidades y horas de trabajo (Castro y Erviti, 2015). Sobre lxs residentes de los primeros años se ejerce una violencia ejemplificadora y disciplinante que se da con mayor frecuencia en especialidades quirúrgicas y contra las mujeres, y que luego, en ocasiones, es reproducida, o al menos avalada con el silencio, cuando lxs residentes suben de rango (Montes Villaseñor y García González, 2018). Estas prácticas violentas tienen por objeto consolidar un modelo de relaciones interpersonales jerárquicas que se caracterizan por la imposición de la autoridad médica por sobre las necesidades y los derechos de lxs usuarixs del sistema sanitario (Castro y Erviti, 2015; Davis Floyd, 2004).

En el caso de la enfermería, hay espacios de formación que, como mencionábamos en párrafos anteriores, se centran en los cuidados. La formación y atención centrada en los cuidados no solo alcanza a las prácticas de atención y el cuidado de pacientes, sino que también involucra las relaciones y procesos de aprendizaje en la carrera (Sánchez y otrxs, 2012). De esta forma, en distintas universidades de América del Sur, especialmente en Colombia, se trabaja en el modo de acercamiento de lxs docentes a lxs estudiantes. Se interpelan el autoritarismo y la autosuficiencia de los modelos tradicionales de docencia

para dar lugar a las preguntas, y no a las respuestas cerradas por parte de lxs profesorxs, como motor de aprendizaje.

A la numerosa cantidad de tareas que se desarrollan diariamente durante los años de especialización médica, como tomar muestras de sangre, colocar catéteres, conseguir camas para internación o trasladar en camilla a lxs usuarixs para algún estudio diagnóstico, se suman las obligaciones académicas. Revisión y lectura de artículos científicos en reuniones bibliográficas, preparación de clases, producción de trabajos de investigación y participación en congresos. Todas estas tareas, realizadas en un mismo día y luego de jornadas de más de 36 horas de trabajo continuado, terminan por configurar médicxs enajenadxs del trabajo, de lxs sujetxs que atienden y en relación con sus propios deseos, sus cuerpos y su salud (Davis Floyd, 2004). Profesionales que aprenden a trabajar privadxs de sueño, mal alimentadxs, sin tiempo para realizar ejercicio físico u otras actividades por fuera del trabajo, y que no cuentan con espacios reflexivos para tramitar las experiencias cotidianas de muerte y sufrimiento, son lxs encargadxs de atender a las necesidades de las personas que requieren asistencia en las instituciones de salud.

En este contexto de tareas y condiciones laborales, marcadas la precarización del sector (con salarios por debajo de la canasta básica y, en ocasiones, sin aportes jubilatorios) y por las exigencias y jerarquías institucionales que reproducen los valores del modelo biomédico, lxs médicxs en formación ven en lxs usuarixs de los servicios de salud un obstáculo para el cumplimiento de sus tareas cotidianas en la carrera de formación (Castro y Erviti, 2015; Davis Floyd, 2004). Un obstáculo porque, en ocasiones, las necesidades de las personas internadas o que consultan de forma ambulatoria interfieren o retrasan el cumplimiento de protocolos y normas institucionales que se transforman en el principal objetivo diario de lxs médicxs en formación. Estas exigencias, el desgaste y el agotamiento se transforman en suelo fértil para desarmar las subjetividades previas y para rearmar una nueva subjetividad fundada en los valores del modelo biomédico (Davis Floyd, 2004).

Desde la Salud Colectiva como campo de conocimiento y de praxis, los debates en torno al modelo biomédico y sus desdoblamientos en la formación profesional se enfocan

en poner en valor la potencia de los encuentros biomédicos como espacios donde es posible producir relaciones de cuidados integrales (Terenzi Seixas y otrxs, 2016). Integralidad que es entendida como apuesta para fortalecer el trabajo en equipos multidisciplinarios, los vínculos y la corresponsabilidad por la salud del otrx y la valorización de otras maneras de producción de conocimientos (Terenzi Seixas y otrxs, 2016). Desde esta perspectiva, se trata de salir de lo instituido profesionalmente, orientado por normas y protocolos institucionales, y experimentar los cuidados como un espacio de libertad, donde “la vida del otro entra, nuestra fuerza cambia, nosotros nos tornamos menos fuertes [en referencia a lxs médicxs] (Merhy, 2017). En este sentido, para construir cuidados en salud se vuelve imprescindible que la práctica de lxs agentes de salud se nutra de sus propias experiencias de padecimiento y, a la vez, que los encuentros o consultas biomédicas habiliten un espacio de conversación donde las perspectivas, deseos y proyectos de lxs usuarixs tengan cabida en los abordajes de problemas complejos y concretos.

CAPÍTULO III

Apartado metodológico

1. Autorreflexión e itinerario de la investigadora

La tarea de investigación, en ocasiones, consiste en acompañar y vivenciar fragmentos del proceso social en su propio discurrir (Quirós, 2017). Este acompañamiento se logra a partir de la construcción de vínculos de confianza con las personas, que nos permiten acceder a sus entornos familiares, laborales, a sus geografías y a sus rutinas diarias. Es por intermedio de nuestra participación en un universo social determinado y de las relaciones y diálogos que allí establecemos, como producimos conocimientos (Quirós, 2014).

En dichas relaciones, cada una de las partes se manifiesta desde de una determinada posición en el mundo que se configura a partir de la experiencia de ser sujetxs sexuadx, racializadx, inmersxs en contextos familiares, afectivos y colectivos singulares, y bajo determinadas condiciones económicas, políticas, históricas, laborales y/o académicas (Bach, 2010). No obstante, en investigaciones empíricas, sobre todo en aquellas que abordan problemáticas en contextos interculturales, se explicita la posición de lxs sujetxs y comunidades con las que se entabla diálogo, más no siempre la de lxs investigadorxs (Maure, 2020). Como si al investigar lo hiciéramos posicionadx desde un punto cero, neutral (Curiel, 2014), que nos permite captar sin mediaciones los escenarios, las prácticas

y los discursos de las personas, codificarlos y posteriormente narrarlos en términos de lo diferente, de lo otro, de lo particular o de lo exótico.

En este trabajo retomamos la propuesta de las epistemologías feministas que plantean la necesidad de una redefinición de los criterios de objetividad del conocimiento científico, no para abandonar esta pretensión, sino para fortalecerla a partir de poder situarnos como investigadorxs (Pons Rabasa, 2018).

Ahora bien, ¿por qué el ejercicio de situarnos fortalecería la objetividad de la investigación? En primer lugar, no entendemos el posicionamiento como una confesión culposa de los privilegios y asimetrías que configuran nuestras relaciones con el campo, que de hecho existen, sino más bien como parte de un ejercicio autorreflexivo que deviene insumo y otras veces llamada de atención, para las preguntas que (nos) hacemos, las respuestas que esperamos, la escucha que practicamos y las interpretaciones que realizamos a partir de las observaciones y diálogos con las personas en el campo. En este marco, en el proceso de análisis de los materiales de trabajo, es posible articular “la experiencia de la persona con la que trabajamos, la propia desde la cual vivimos el trabajo de campo, con el contexto social, histórico, político y cultural” (Pons Rabasa, 2018, p.27).

En relación con mi experiencia en esta investigación, cuando me dispuse a re-escuchar las grabaciones de algunas entrevistas, especialmente aquellas que hice con mujeres migrantes, noté, en ocasiones por las respuestas que obtuve y, por momentos, también al escucharme a mí misma preguntar –como una observadora de mi quehacer-, que ciertos interrogantes decían mucho más de mis propias presunciones, expectativas e interpretaciones sobre las relaciones sociales, laborales y afectivas, que de las mujeres con las que conversaba. Esta conciencia, que fue posible en diálogo, me abrió la posibilidad de ampliar la escucha sobre lo ya vivido, conversado y registrado. Así, pude reconocer, en fragmentos de entrevistas que en principio no habían captado mi atención o en los que me había sentido frustrada porque entendía que se desviaban de mis objetivos de investigación, aquello que era más urgente o significativo para mis interlocutorxs y, por otro lado, los marcos normativos y de inteligibilidad que ponía en juego yo misma. Para retratar mejor

esto último, en el párrafo que sigue quiero traer una experiencia concreta durante el trabajo de campo.

Una madrugada en la posta de San Carlos, en la que fui más temprano de lo habitual para observar las dinámicas de obtención de turnos y poder conversar con las mujeres sobre este tema, me encontré con una mujer que había llegado de madrugada para alcanzar hora con la médica de familia. Me acerqué, le pregunté si podíamos hablar y me invitó a subir a su camioneta. Todavía era de noche y la temperatura era de unos 4 o 5 grados bajo cero. Le pregunté por los obstáculos para la obtención de turnos, por la atención médica en la posta y por la organización familiar de los cuidados. La mujer me respondió en frases breves y no parecía muy interesada e interpelada por mis preguntas. En un momento de silencio me señaló una bolsa que había al lado mío y me preguntó si conocía los mocochines. Le dije que no. Abrió la bolsa y sacó unos duraznos disecados de un tamaño un poco más grande que una nuez. Me contó que con ese fruto seco les preparaba a sus hijxs una bebida que en invierno se tomaba caliente y con canela, mientras que en verano se hacía con hielo y un poco de azúcar. Me explicó sobre las proporciones de agua y azúcar y sobre los tiempos de cocción. Un rato después, advertimos que había llegado la agente sanitaria para dar los turnos y nos bajamos de la camioneta. Al despedirnos, me regaló la bolsa con los mocochines.

Con ese gesto, la mujer me mostró algo diferente de lo que yo había ido a buscar en la entrevista informal. Un paisaje alegre de su vida cotidiana, una forma de cuidados. Yo quería comprender las improntas de las desigualdades en el acceso a la salud y la división sexual del trabajo en sus experiencias de cuidados, y ella quiso contarme sobre la bebida que le hacía a sus niñxs. A partir de este encuentro, pude reconocer algunos supuestos propios sobre las migraciones que, en ocasiones, me predisponían a señalar con mayor intensidad las relaciones de dominación, las penurias o las dificultades de las mujeres, en lugar de prestar atención a los matices que no aplanan las experiencias migratorias, sino que las traman en sus claros y destellos.

Al reconocer aquello que traigo conmigo, no de forma inmanente, pero sí como huellas que configuran los modos de mirar y escribir, y que puedo poner sobre lo escrito como parte del proceso de investigación, “el conocimiento es posible, pero ya no como representación universalizante, sino como parte de una praxis de cohabitar el mundo” (Pons Rabasa, 2018, p. 9).

El reconocimiento de las marcas que configuran los modos de mirar no es un ejercicio meramente descriptivo de la trayectoria personal, sino que implica hacer una antropología de la dominación, esto es, “develar las formas, maneras, estrategias y discursos que van definiendo a ciertos grupos sociales como “otros y otras” desde lugares de poder y dominación” (Curiel, 2014, p.58). Atenta a estas reflexiones, esta tesis incluye en su desarrollo reflexiones sobre las condiciones históricas de emergencia de la medicina, el lugar que ocupa en la regulación de los cuerpos y las vidas de las personas y, a su vez, los modos en que sus prácticas normativas se encarnan, se reproducen o se interrumpen en mi quehacer como médica y aprendiz en la tarea de investigación.

Dado que este trabajo traspasa las fronteras de un campo de saber y se construye en articulación entre el campo de la salud y el campo de las Ciencias Sociales, al explicitar ciertas experiencias que configuran a veces rígidamente y otras de forma precaria, el lugar en el que me paro, la intención es reconocer las potencialidades de la contaminación y el corrimiento de las fronteras disciplinares como ordenadoras rígidas del pensamiento y la acción (Bach, 2010).

A continuación, recupero y señalo algunos aspectos de mi historia vital, laboral, de militancia feminista y académica que me ligan y me comprometen con el tema de esta tesis y que posibilitaron determinadas formas de acercamiento al campo y los vínculos que allí pude establecer.

1.1 Mapa del itinerario

Mi recorrido por las Ciencias Sociales vinculadas a la salud surgió atravesado por el deseo de integrar, en mi proyecto personal, laboral y político, pasiones y aspectos de mi vida que parecían en principio tangenciales: la medicina, carrera que elegí casi sin pensar impregnada por los relatos de vida hospitalaria cuasi novelescos de una genealogía familiar paterna de trabajadorxs de la salud; la fascinación por las historias de migración que adquirí a temprana edad a partir de conversaciones e indagaciones en archivos fotográficos que contaban la historia de migración de mi nono, su madre y sus hermanos en la década del 30; el feminismo, con el que me encontré de forma inesperada en los últimos años de la carrera y, por último, mi gusto por escuchar historias de vida.

Cuando cursaba mi cuarto año de medicina tuvo lugar un encuentro que tuvo una influencia decisiva en mi recorrido posterior por el campo de las Ciencias Sociales y en relación con las migraciones como una de las aristas de mi tema de tesis. En la casa de mi compañera de estudios, por intermedio de su padre, conocí a Claudia Pedone, una estudiosa de las migraciones que por aquellas épocas estaba haciendo su doctorado en Barcelona y había venido de visita a Mendoza. Claudia estudiaba las cadenas y las redes migratorias de familias ecuatorianas que migraban a España y esa noche contó algunas experiencias de su trabajo de campo. Escuché atentamente todo su relato y me sentí capturada por sus historias. Mientras hablaba, yo pensaba para mis adentros que a eso quería dedicarme yo, a una labor que me permitiese acercarme a relatos de historias de vida y de migraciones. Paralelamente a la sensación de certeza que me invadía al escucharla, crecía el desconcierto, ya que a esas alturas yo era una estudiante avanzada de medicina y cambiar de carrera no era una opción en mi universo de sentidos y posibilidades. A partir de ese encuentro, me dediqué a indagar en las interacciones de la medicina con otras disciplinas como la geografía y la antropología y a buscar algunos espejos en personas que habían hecho caminos anómalos e híbridos luego de haberse recibido de médicxs.

Alrededor de los 20 años me acerqué, casi por azar, al feminismo. Fue un encuentro en el que, además de establecer vínculos de cuidado y confianza con otras mujeres, pude encontrar, en un proceso que fue colectivo, palabras para nombrarme, para nombrar experiencias vitales de violencia, como así también, experiencias que potenciaban y ampliaban mis posibilidades de conocer el mundo y mi deseo. El feminismo me permitió construir una lente nueva a través de la cual mirar las relaciones que se daban en los espacios que transitaba, entre estos, mi espacio laboral. Algunos años después, me recibí de médica y comencé una residencia para especializarme como clínica.

Paralelamente a mi trabajo como médica milité durante años en una colectiva lésbica feminista de Mendoza llamada Ultravioletas. Hubo un tiempo, durante el proceso formativo en medicina, en el que dejé la militancia porque me sentía escindida. Una sensación que podría nombrar con palabras de Dorothy Smith (2005) como una conciencia bifurcada. Por un lado, era una médica que tenía un determinado lenguaje, que debía cumplir y trabajar en un espacio sexista, homófobo, paternalista y con una gran carga de trabajo y, por otro lado, participaba de un espacio de militancia feminista en el que comenzaba a entender y a poner en cuestión las normas impuestas, un territorio en el cual ejercitábamos la construcción de vínculos amorosos, horizontales y con cuidados, donde había lugar y tiempo para acoger nuestras corporalidades singulares, sus necesidades y nuestros deseos. Recuerdo que tenía la sensación de habitar dos mundos completamente distintos, y en orden de poder transitar y finalizar mi especialización, decidí abocarme completamente a ello y me alejé del feminismo y de otros espacios por fuera de la vida hospitalaria. Con mis compañerxs de trabajo compartíamos la sensación de sentirnos incomprendidxs por fuera de los vínculos estrechos que construimos entre residentes y que nos permitieron sobrevivir al primer año y, en ocasiones, disfrutar de las labores y de la vida de lunes a lunes que llevábamos en el hospital.

A nivel personal, en los últimos años de la residencia reemergió el deseo de retornar a las historias de migraciones de alguna forma y vincularlas con el trabajo en salud. Comencé a tomar cursos virtuales sobre salud y género, salud y migraciones y a prestar mucha más atención a determinadas situaciones que acontecían con personas migrantes que ingresaban

al servicio de Clínica Médica, principalmente a los prejuicios racistas de agentes de salud que se traducían en obstáculos para el acceso a derechos y en un trato diferencial respecto de la población nativa. Una de las experiencias que marcó mi trayectoria como médica fue la historia de una adolescente de 16 años que llegó desde Bolivia, sin familiares acompañándola y que durante su estancia en Mendoza desarrolló una enfermedad autoinmune del hígado que requería de un trasplante urgente de órgano. Como la mujer llevaba dos meses en Argentina, y como no tenía documentos, los representantes del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) en Mendoza inicialmente se negaron a ponerla en la lista de trasplante. Con la intervención del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) se logró revertir esta decisión, no obstante, la dilación perpetrada por las autoridades del INCUCAI impidió que el trasplante fuese hecho a tiempo y la mujer murió.

Al finalizar mi especialización, alrededor del 2014, decidí dejar por un tiempo la práctica asistencial y comenzar un proceso de formación en las Ciencias Sociales vinculadas a la salud y trabajar como docente en la Universidad. Esta decisión propició que re-emergiera el deseo de participar en algún espacio de militancia política. Un lugar por fuera de los centros de salud y hospitales. Un espacio de aprendizaje en el cual fuera posible aportar algunos conocimientos y experiencias valiosas que aprendí de la medicina y, a la vez, re-aprender a acompañar y a cuidar tomando como guía las experiencias vinculares y de cuidados realizadas con las Ultravioletas. Gracias a la invitación de una compañera de trabajo comencé a participar en La Malona, una colectiva feminista que acompaña a mujeres que deciden abortar.

A nivel formal, mi recorrido por las Ciencias Sociales comenzó con la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud que cursé en la Universidad Nacional de Lanús. En este posgrado nos compartieron las experiencias y conocimientos producidos desde el movimiento de Salud Colectiva en América Latina, un espacio de pensamiento y práctica política y asistencial que aunaba en gran medida mis intereses previos que, hasta el momento, no habían encontrado en el campo de la salud una genealogía de la cual hacerse eco. Mi trabajo de tesis consistió en una revisión bibliográfica integrativa de

investigaciones empíricas producidas en América Latina entre los años 2003 y 2017 que, en el marco de estrategias metodológicas cualitativas, abordaron la interculturalidad como objeto de estudio en el ámbito de la salud. Uno de mis intereses principales en este trabajo fue comprender cómo se conceptualiza la cultura, sobre todo en investigaciones que provienen del campo de la salud, y, por otro lado, conocer algunas potencialidades y limitaciones de los abordajes interculturales en la atención sanitaria.

Paralelamente al cursado de la maestría empecé el Doctorado en Ciencias Sociales y, en el marco de una beca que me otorgó CONICET, ingresé en el Grupo Estudios de Género y Teoría Crítica que cumple tareas en el CCT-Mendoza, una sede de trabajo que está en el corazón de uno de los principales espacios verdes de Mendoza, el Parque General San Martín. El contraste entre mi rutina laboral previa en el hospital y la que comencé a partir de la beca fue sustancial. Mi nuevo espacio de trabajo estaba rodeado de árboles, arbustos y flores y se podía asistir al trabajo sin uniforme, con ropa común y, en ocasiones, llegaba en bicicleta, todas cuestiones que hubiesen resultado impensables cuando trabajaba en el hospital. Otro aspecto novedoso es que mis nuevos compañerxs de trabajo provenían de las Ciencias Sociales.

Recuerdo que los primeros meses estaba encantada con el rumbo que había tomado mi vida y con mis nuevas rutinas. Tenía tiempo para leer, para estudiar, para disfrutar de actividades artísticas, de la fotografía, del cine y para conocer los trabajos de otrxs investigadorxs que, aunque a veces nada tenían que ver con mi tema, eran enormemente enriquecedores para mí y secundariamente para el trabajo de tesis. En definitiva, se me abrió un mundo.

A medida que me fui interiorizando en las teorías críticas que interpelaban los modos de producir conocimiento y la práctica médica, la experiencia de trabajo dejó de ser encantadora en ciertos aspectos. Puedo identificar en retrospectiva algunos motivos. Todas las investigaciones empíricas, los ensayos o las producciones teóricas que abordaban el quehacer biomédico, a la vez que me permitían avanzar en el análisis de mi objeto de estudio, iluminaron aspectos de mi propia experiencia como médica y las prácticas que

realizábamos cotidianamente en el hospital y que, en algunos casos, yo había naturalizado. Empecé a sentir enojo, en ocasiones vergüenza, propia y ajena, y una necesidad imperiosa de desmarcarme de la biomedicina autoritaria y deshumanizante. A su vez, en mi nuevo espacio de trabajo las críticas hacia la biomedicina eran radicales, y las características del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1991) aparecían como un espejo de la práctica médica ejercida por sujetxs concretxs en los diversos espacios de atención sanitaria. Sentía que tenía que mostrar fidelidad a este nuevo campo de trabajo. Si antes me encontraba tratando de pertenecer con mucha dificultad al ambiente médico, ahora me encontraba haciendo lo mismo en este otro espacio.

Al demonizar la medicina, me resultaba extremadamente difícil encontrar y dar cuenta de los matices de mi propia experiencia y reconocer que, tal como advierte Eduardo Menéndez (2009), la noción de Modelo Médico Hegemónico es un instrumento metodológico cuya construcción tiene por objeto advertir determinados rasgos estructurales de la biomedicina con un alto nivel de abstracción, pero que de ningún modo explican o reflejan situaciones concretas históricamente situadas, solo actúan como referencia teórica de dichas situaciones. Los matices de los que hablo tienen que ver con dar cuenta de que, aún en la estructura normativa, heterosexista, racista y jerárquica que ordena el trabajo en las instituciones de salud, en determinados contextos existen relaciones de cooperación entre compañerxs que posibilitan el aprendizaje. La mayoría de los saberes sobre el proceso de trabajo en salud los aprendí a partir de relaciones de cooperación entre pares, un trabajo de enseñanza que no es remunerado ni reconocido como tal. Considerar matices implica también, rescatar vínculos profundos y transformadores con personas hospitalizadas y sus familiares en los cuales fue posible acompañar amorosamente el proceso de muerte, o recordar sucesos peculiares como el día que ingresamos al servicio de Clínica Médica un televisor, rompiendo las reglas del hospital, para que un hombre que llevaba más de un mes internado pudiese ver los partidos del Mundial de fútbol. Como estas historias, hay muchas más.

De alguna manera, el recorrido doctoral y de elaboración de la tesis han implicado volver a nacer, dismantelar la estructura previa que ordenaba mi pensamiento, mi práctica

como médica y mi vida en general, rearmarme con nuevas palabras, nuevas lentes para ver el mundo, nuevos vínculos y formas de relacionarme y en ese proceso, recuperar la experiencia pasada, no para renegar de ella, sino para comprenderla, para integrarla y transformarla en una voz que tal vez pueda resonar en otrxs que tengan avidez por los desvíos.

En un paso previo a delimitar la estrategia metodológica de esta investigación, creo conveniente señalar los recorridos exploratorios en el campo que despertaron, propiciaron y alimentaron los interrogantes y las reflexiones que guiaron mis indagaciones en el trabajo de campo organizado de forma sistemática alrededor del trabajo de tesis.

1.2 Aproximaciones exploratorias al campo y delimitación del objeto de estudio

Mi primer acercamiento al campo comenzó, tal como relaté en el apartado anterior, durante el período de especialización que transité en un hospital público de Mendoza. Aunque no formaba parte de un grupo de investigación y aún me encontraba escribiendo borradores sobre posibles proyectos donde volcar mis intereses académicos, por aquellas épocas ya estaba enfocada en observar las prácticas discursivas de lxs trabajadorxs de la salud sobre las mujeres migrantes, principalmente de lxs médicxs. Me interesaba comprender el racismo que caracteriza a la práctica biomédica. En este sentido, la primera versión del proyecto de investigación del cual deviene posteriormente esta tesis fue pensado para analizar las representaciones de lxs agentes de salud sobre las mujeres que habían migrado a Mendoza desde Bolivia.

Mi segundo acercamiento al campo, todavía por fuera del Doctorado en Ciencias Sociales, pero con un proyecto de investigación más organizado, comienza en 2014 en el Centro de Salud N°39 de la localidad de Ugarteche. Había terminado la residencia, estaba

sin trabajo y me ofrecieron un contrato de 36 horas semanales. Acepté sin dudarlo. La localidad de Ugarteche, situada en el Departamento de Luján de Cuyo es asiento de una de las más antiguas comunidades bolivianas de las que se distribuyen en la Provincia de Mendoza.

En Ugarteche trabajé diariamente durante casi un año. El centro de salud tenía todas las huellas del abandono estatal; falta de profesionales, condiciones edilicias precarias con baños inutilizables, largas horas de espera a la intemperie para obtener un turno, escasez de instrumentos de trabajo básicos y precarización laboral. En los aspectos que acabo de mencionar, mi paso por este espacio implicó una disputa constante para mejorar las condiciones de trabajo y atención. No obstante, rescato algunos vínculos que allí pude establecer, con compañerxs de trabajo y con personas que acudían en busca de atención médica. Por mi posición de médica, tuve el privilegio de escuchar historias de vida y migración que varones y mujeres relataban, en ocasiones, vinculándolas con determinadas dolencias. Fue a partir de esos relatos que mi interés pasó de las representaciones de lxs trabajadorxs de la salud sobre las mujeres migrantes a los relatos de experiencia de las propias mujeres.

Cabe señalar que, durante mi paso por Ugarteche, por la asimetría que atraviesa la relación entre médicxs y usarixs, donde una persona con alguna necesidad busca atención, no realicé entrevistas ni observación participante. A principios de 2015, cuando CONICET me otorgó una beca doctoral y empecé a cursar el doctorado, renuncié al contrato que me vinculaba laboralmente a dicha institución. No obstante, como había escasez de médicxs, me ofrecí a atender una vez por semana de forma no remunerada hasta que pudieran contratar a algún profesional, esta situación se resolvió luego de seis meses.

Tal como mencioné en un párrafo anterior, comencé a prestar mayor atención a los relatos de las propias mujeres y a la relación que estas establecían entre la migración, las cargas de trabajo (Rosales Nava, 2012) y los padecimientos o enfermedades que las llevaban a consultar. Era frecuente escuchar o identificar en las historias clínicas que la biomedicina no daba respuestas a ciertos malestares, especialmente a aquellos relacionados

con las actividades laborales en las cosechas. En ocasiones porque, al no poder objetivarlos en los cuerpos con los métodos diagnósticos disponibles, quedaban por fuera de la indexación en la lista de diagnósticos disponibles y, por ello, perdían entidad como problema médico. En otros casos, porque las instituciones de salud no disponían de la diversidad de herramientas necesarias para abordar procesos de salud y enfermedad que excedían aspectos biológicos y requerían una coordinación de disciplinas y recursos para atender su complejidad.

A partir de estos encuentros, emerge como situación problemática un cortocircuito entre mujeres y agentes en relación con lo que posteriormente codifiqué como experiencias de cuidados. En función de estos hallazgos, decidí re-enfocar la investigación y sus métodos, de manera de poder captar y comprender la dimensión relacional de dichas experiencias.

1.3. Contextualización e historización de los ejes de investigación

El objetivo de este apartado es contribuir a la fundamentación del recorte del objeto de estudio aludido en el apartado anterior a partir de una contextualización historizada de los tres ejes de investigación que emergen de dicho recorte: sistema público de salud, migraciones y cuidados en Mendoza.

Apuntamos aquí a delinear algunas características del sistema público de salud en Argentina y en Mendoza desde 2001 hasta 2019. Dicho recorte temporal se fundamenta, en primer lugar, en el impacto de las políticas neoliberales y la consecuente crisis de 2001 sobre el sistema público de salud y, en segundo lugar, en el año de finalización del trabajo de campo para esta tesis. En esta descripción, lxs lectorxs encontrarán referencias inevitables a los otros dos subsistemas de atención que conviven con el público, y a las coyunturas históricas, políticas y económicas previas que han ido moldeando y transformando el sistema hasta su configuración actual. Asimismo, analizamos el acceso de

la migración y la interculturalidad a la salud pública argentina en el mismo período. Analizamos la interculturalidad en la política sanitaria argentina porque, desde principios de los noventa, ha sido propuesta por organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como herramienta teórica, política y de gestión para reducir las barreras para el acceso a la salud y mejorar los indicadores sanitarios de pueblos originarios y migrantes (Nureña, 2009). Para finalizar, describimos algunas características del acceso a la salud, la atención biomédica y los cuidados de mujeres migrantes bolivianas en Argentina y en Mendoza.

El sistema de salud en Argentina está compuesto por tres subsistemas de cobertura: el público, el de Seguro Social y el privado. El subsistema público está integrado por los ministerios de salud nacional y provinciales y, bajo su órbita, una red de hospitales y centros de salud que prestan atención, por lo general gratuita, a toda persona que lo demande. Fundamentalmente, personas sin seguro social y sin capacidad de pago. Este sector se financia con recursos fiscales y pagos ocasionales de las Obras Sociales (OS) cuando atiende a sus afiliadxs. El subsistema de Seguro Social está organizado en torno a las OS que operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones salariales de lxs trabajadorxs y lxs patronxs. Por último, el subsistema privado está compuesto por profesionales de la salud y establecimientos que atienden demandas individuales, a lxs beneficiarixs de OS y de seguros privados. Este sector incluye también a las empresas de medicina prepaga, un seguro voluntario que se financia con aportes individuales, familiares, de empresas, y con los recursos de las OS que las contratan (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

Diversxs autorxs que han estudiado los procesos históricos, políticos y las coyunturas económicas que configuraron distintos modelos de atención sanitaria en Argentina coinciden en destacar un rasgo distintivo que persiste hasta nuestros días en el sistema de salud: la fragmentación (Belmartino, 2005; Cetrángolo y otrxs, 2007; Tobar 2012) en relación con la disolución de la responsabilidad sobre los cuidados de salud de la población (Tobar, 2017). Según señalan, al no existir un esquema explícito y coordinado de división del trabajo entre los distintos subsistemas, con situaciones de doble cobertura formal o con

beneficiarixs que recurren a OS como plataforma para acceder a servicios de medicina prepaga, se produce una desintegración sistémica y las responsabilidades sobre la salud de las personas y las comunidades se disuelve.

Uno de los hitos más relevantes en relación con la impronta de fragmentación del Sistema de Salud argentino, y que marca en adelante un terreno menos favorable para llevar a cabo el proyecto de unidad de jurisdicción en salud propuesto por el Ministro Ramón Carrillo en la década del cuarenta, fue el desarrollo del sistema de OS para diferentes grupos de trabajadorxs que se afianza hacia 1954 (Belmartino, 2005; Tobar, 2017). Hacia mediados de los cincuenta se consolida una mayor preocupación estatal por la salud de lxs trabajadorxs y se priorizan recursos económicos del Estado para financiar el desarrollo y el crecimiento de OS, organizadas alrededor de diversas ramas de trabajo productivo. Esta decisión política señala el comienzo de la decadencia de la capacidad hospitalaria estatal, que durante la gestión de Carrillo había alcanzado el 80% de las camas en el país (Belmartino, 2005). Con el fortalecimiento económico, político y simbólico de las OS como subsistema de prestación de servicios de salud hay un retorno a la idea de la sanidad pública ligada a la beneficencia que imperaba a principios de siglo XX en la sociedad y en las esferas gubernamentales.

El desfinanciamiento del subsistema público se profundiza en los sucesivos gobiernos dictatoriales a partir de 1955. Estos últimos impulsan la descentralización de los servicios de salud pública, trasladando la responsabilidad de la Nación a las provincias, proceso que no incluyó una política de acompañamiento y distribución de recursos económicos y técnicos según las necesidades de cada territorio (Rovere, 2004). De esta forma, se generaron brechas en la capacidad de asistencia sanitaria entre provincias, ya que cada jurisdicción tenía situaciones económicas y necesidades poblacionales en salud que eran muy disímiles. La política de transferencia a las provincias y el desfinanciamiento estatal abrieron la puerta para el ingreso de las lógicas del mercado en el funcionamiento y la prestación de servicios (Yañez, 2016).

Más tarde, con la última dictadura militar en Argentina (1976-1983), se incorpora el modelo neoliberal en la formulación de políticas públicas. Esto último implica la contención del gasto en salud, la focalización y descentralización de servicios y la promoción de los seguros privados de salud o medicina prepaga. La forma en que el régimen dictatorial facilita el fortalecimiento de la medicina prepaga es al habilitar y promover la salida de los afiliados y sectores de mayores recursos de las OS hacia los seguros privados (Tobar, 2007).

La política neoliberal se recrudece en los 90. Legitimado en la crisis de la hiperinflación y la entrega anticipada del poder por el Presidente Raúl Alfonsín (1983-1989), su sucesor, Carlos S. Menem (1989-1999) inaugura el mecanismo de gobierno por decretos y nuevas formas de intervención del Estado en asuntos sociales y económicos (Rovere, 2004). En relación con el Sistema Público de Salud, lleva adelante una reforma que incluye un plan de privatización, desregulación, descentralización y focalización en la administración de servicios públicos. Durante esta década se debilita la función del Ministerio de Salud, se terminan de traspasar los hospitales nacionales a las provincias e incluso, a los municipios. La intención es que los hospitales públicos funcionen bajo las reglas del mercado, con un paquete esencial básico de prestaciones o Programa Médico Obligatorio (PMO) y con modelos contractuales para la compra y venta de servicios (Yañez, 2016).

Un rasgo característico de los noventa es la entrada de los organismos multilaterales de crédito, como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, como actores formadores de política en salud (Rovere, 2004). Lejos de limitarse a financiar obras públicas, se constituyen en agentes centrales de las políticas domésticas (Yañez, 2016). A cambio de financiamientos, exigen que el gobierno acepte recomendaciones y asistencia técnica destinadas a consolidar el desmembramiento de políticas sociales del Ministerio de Salud. Esto último, con el objetivo de facilitar el funcionamiento de la sanidad pública bajo las lógicas del mercado (Rovere, 2004). Con la intervención de organismos de crédito en la política sanitaria argentina, se instala el deber de cumplir con objetivos en salud que, además de poner de manifiesto un compromiso con la acumulación más que con los

derechos sociales, son construidos en base a realidades socio-sanitarias extra locales que poco reflejan las necesidades regionales en salud.

La política neoliberal de los noventa, con su reforma sanitaria, configuró un escenario de profundización de las inequidades en el acceso a la salud, con un sistema de salud heterogéneo, fragmentado, desfinanciado en el ámbito público, “ineficaz, ineficiente y con escasas posibilidades de brindar atención médica en forma adecuada a las necesidades de la población a cargo” (Belmartino, 2005: 237).

A finales de 2001, bajo la Presidencia de Fernando de la Rúa (1999-2001), se produce un estallido social en respuesta a un proceso crítico que tiene raíces en la política neoliberal y de endeudamiento iniciada con la última dictadura militar y que se profundiza durante los 90. De acuerdo con Moreira (2019), este proceso puede ser caracterizado

“...tanto por la incertidumbre que generaron la salida de la convertibilidad, la declaración del default económico y las corridas bancarias, como por altos índices de pobreza y desocupación, y por la masividad y regularidad de protestas en la vía pública que reclamaban un recambio de toda la clase política y soluciones al malestar generalizado” (p. 136).

En un contexto de crisis política y social sin precedentes, y ante una pérdida de protección social de lxs trabajadorxs por la crisis de financiamiento del sector privado y las OS producto de la devaluación de la moneda, los hospitales públicos se encuentran abarrotados de pacientes, sin financiamiento, con un deterioro de infraestructura producto de su vaciamiento en las últimas décadas, y sin capacidad de dar respuesta a la demanda de medicamentos esenciales (Rovere, 2004). Ante esta situación dramática, el presidente provisional Eduardo Duhalde declara en 2002 la Emergencia Sanitaria a través del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 486/2002.

En el marco de la política de Emergencia Sanitaria, algunas de las medidas inmediatas adoptadas para enfrentar la coyuntura crítica fueron las siguientes (Zeballos, 2003)

- Creación de comités de emergencia hospitalarios.
- Confección de presupuestos por patologías y servicios, para poder contar con stocks mínimos y de emergencia.
- Restricción de la gama de prestaciones a las más básicas y urgentes.
- Se reimplantó el sistema de referencia y contrarreferencia para optimizar las derivaciones programadas a servicios de alta complejidad.
- Se ajustaron protocolos y normas de atención para aumentar la eficiencia y optimizar el manejo de recursos escasos.
- Se restringió la permanencia de personas acompañantes en hospitales.
- Auditoría sobre el uso de la herramienta de laboratorio y radiología.

Asimismo, se puso en marcha una política nacional de medicamentos para la prescripción de fármacos por nombre genérico y a través del Programa Remediar se brindó acceso y cobertura de medicación esencial en los centros de salud.

En esta coyuntura política, retomaron un papel activo los Ministerios de Salud de Nación y de las provincias y se reivindicó un discurso relativo a la salud como un derecho. En este contexto, se recreó el Consejo Federal de Salud que había sido conformado en 1981, pero sin relevancia hasta el momento, y en el año 2004 se creó el Plan Federal de Salud como visión y programa a largo plazo para transformar el modelo de atención sanitaria y mejorar los indicadores de salud de la población. Entre los objetivos del Plan, se esperaba lograr un afianzamiento del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales en su rol de rectoría, garantizar el aseguramiento de la cobertura básica universal, desarrollar programas de promoción y prevención a cargo de las provincias y los municipios, dotar de mayores recursos a la atención primaria, proteger el financiamiento de los programas establecidos y, por último, promover la organización de la sociedad civil para fomentar su participación en el diseño e implementación del modelo (Zeballos, 2003).

A pesar de las retóricas de la salud como derecho y la importancia de la participación comunitaria en la construcción de un modelo de atención más equitativo, soberano y acorde a las necesidades de la población, persistió una fragmentación de responsabilidades en cuanto a los cuidados de la salud y una presencia permanente de organismos internacionales como rectores de la política sanitaria local. Asimismo, se impuso una lógica mercantil sobre la provisión de servicios de salud que se tradujo en políticas públicas que otorgaron privilegios y beneficios al subsector privado y que no priorizaron el abastecimiento y la potenciación del subsector público y, en este ámbito, de la Atención Primaria de la Salud. En este sentido, nos encontramos frente a un sistema público precario y hospitalocéntrico, que dispuso de escasos recursos económicos y tecnologías destinadas a la prevención y promoción de la salud (Zeballos, 2003).

Las características del sistema público mencionadas en el párrafo anterior se profundizan a partir de 2015 con la asunción de Mauricio Macri como presidente. Durante su gobierno, el Ministerio de Salud fue degradado al rango de Secretaría y se retornó al discurso político de la salud como responsabilidad individual. En este sentido, se desfinanció al sector público, que quedó relegado al rol de atención de los sectores sociales más vulnerables, y se dio libre entrada al mercado, con sus empresas y lógicas de provisión de servicios, para el resto de la población.

1.3.1. Breve descripción de las características del sistema público de salud en Mendoza

La atención sanitaria pública en Mendoza se ofrece a través de 22 hospitales y 241 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Del presupuesto total en salud destinado a efectores públicos, un 80% se destina al funcionamiento de hospitales y el 20% restante a los CAPS. Los hospitales cuentan con un presupuesto significativamente mayor y, a su vez, concentran el 82% de la oferta de profesionales para la prestación de servicios (InfoSalud, 2019; Ballesteros, 2014; Cetrángolo et al, 2007).

En relación con los CAPS, que es donde realizamos la mayor parte del trabajo de campo con efectores de salud, la mayoría depende del Ministerio de Salud de la provincia (79%) y el resto son de dependencia municipal (InfoSalud, 2019; Ballesteros 2014; Cetrángolo y otxs, 2007). Todos los centros cuentan con al menos unx médicx y unx enfermerx. Hay una gran variabilidad de horarios y cantidad de horas de atención médica disponibles según el centro y el área geográfica. La mayor parte de las consultas son identificadas como demanda espontánea. En este sentido, se prioriza la atención de las necesidades sanitarias inmediatas y los tratamientos curativos por sobre las actividades de promoción y prevención de la salud (InfoSalud, 2019; Ballesteros, 2014; Cetrángolo y otrxs, 2007).

Hasta el año 2019, se observa que la demanda asistencial consume la mayor cantidad de horas de trabajo de lxs agentes de salud. En relación con lo anterior, lxs trabajadorxs de los CAPS manifiestan que cuentan con personal administrativo y de enfermería insuficiente, situación que les impide disponer del tiempo necesario para desarrollar actividades de capacitación e investigación. Esto último, contrasta con los procesos de trabajo en hospitales públicos, sobre todo aquellos localizados en zonas urbanas y que son centros de formación para residentes. Estos efectores disponen, fundamentalmente para lxs médicxs, de tiempos protegidos dentro de la carga horaria asumida por contrato para formación y tareas de investigación (InfoSalud, 2019).

El contacto entre los CAPS y los hospitales se realiza según el área sanitaria correspondiente a la localización de cada centro de atención primaria. No obstante, en situaciones que requieren recursos diagnósticos y terapéuticos especializados, la derivación se realiza a hospitales de referencia de la Ciudad de Mendoza. Los traslados a hospitales se efectúan en ambulancia y los medios de comunicación con dichos efectores son variables según el contexto geográfico. Muchos CAPS, especialmente los que se localizan en zonas rurales o alejadas, carecen de recursos modernos y la comunicación se realiza por radio (InfoSalud, 2019). Asimismo, la provincia no cuenta con un sistema informático integrado de historias clínicas entre CAPS y hospitales. En líneas generales, hay una falta de

coordinación en la prestación de servicios entre los centros de salud provinciales y municipales, y los hospitales (InfoSalud, 2019).

1.3.2. El acceso de personas migrantes a la salud pública argentina en los últimos veinte años

A finales de 2003, el Congreso derogó la Ley General de Migraciones y Fomento de la Inmigración, más conocida como Ley Videla, que había sido creada en el año 1981 por la última dictadura militar. En su lugar, se sancionó la Ley N°25.871 o Ley Giustiniani, en referencia al senador socialista que la elaboró. Con la sanción de esta norma, se produce un cambio en materia de legislación migratoria hacia un paradigma con una perspectiva de derechos humanos.

La perspectiva de derechos humanos en la Ley 25.871 se expresa en sus artículos 6 y 8, donde establece que el Estado argentino debe asegurar el acceso igualitario de lxs migrantes y sus familias a la salud y a la educación en las mismas condiciones de protección y amparo que lxs nacionales, independientemente de su situación migratoria. Es decir, que el DNI y/o cualquier documento que acredite permiso de residencia no son requisito a priori para acceder a estos derechos. No obstante, investigaciones e informes dan cuenta de prácticas estatales de acoso policial que vulneran derechos y persisten en la construcción de la figura de migrantes de países limítrofes como amenaza social (De Ortúzar, 2020; Domenech, 2020). Asimismo, según el Centro de Estudios Legales y Sociales (2019) hay obstáculos y distinciones que restringen el acceso a derechos en función de la nacionalidad o condición migratoria. En relación con el acceso a la salud pública⁵⁵, las principales dificultades que experimentan lxs migrantes tienen que ver con el requisito del Documento Nacional de Identidad (DNI), las limitaciones para acceder a tratamientos crónicos cuando no disponen de un DNI, las restricciones del Instituto

⁵⁵ En Argentina, lxs migrantes bolivianxs, tanto en el caso de lxs que arribaron recientemente como de lxs más antiguos, se atienden principalmente en el subsector público de salud (Aizenberg, 2019).

Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) para acceder a trasplantes de órgano y los discursos racistas de agentes de salud hacia lxs migrantes.

En relación con la solicitud del DNI para realizar trámites o acceder a prestaciones médicas, si bien no aparece como requisito formal en los textos de diversos programas de salud, se observa que, al momento de solicitar las prestaciones o pedir turno en un centro de salud, esta documentación es requerida de forma discrecional por lxs funcionarixs como condición innegociable para acceder a servicios (Baladrón y otrxs, 2013). Una investigación en la provincia de Mendoza relaciona la práctica de solicitar DNI con el hallazgo de que gran parte de las instituciones de salud y sus agentes desconocen la existencia y por tanto el contenido de la Ley 25871 (Chiavetta y otras, 2014). Por su parte, sobre el acceso a trasplantes de órgano, lxs migrantes con residencia temporaria quedan excluidos del derecho a recibir un órgano en caso de enfermedad que así lo requiera (Basualdo, 2017).

Los obstáculos para el acceso a la salud que mencionamos en párrafos anteriores evidencian una incorporación limitada de líneas de acción relativas a la población migrante en las políticas públicas. Si bien la Ley 25.871 habilita un marco de exigibilidad de derechos, cuestión que no es menor si se toma en cuenta el carácter fuertemente expulsivo de la Ley Videla, este marco no se articula con políticas de formación antirracista para agentes de salud, con programas de difusión de la Ley en universidades, centros de salud y hospitales y, tampoco, con la normativa de trasplantes vigente en Argentina.

1.3.3. Interculturalidad en las políticas públicas de salud en Argentina: el caso del Programa de Salud Indígena

En las últimas dos décadas, en un contexto de creación y fortalecimiento de lazos económicos y políticos entre gobiernos progresistas de América Latina, y producto de luchas y reivindicaciones de pueblos originarios y de políticas migratorias que retoman una perspectiva de derechos humanos, tomó fuerza la interculturalidad como campo de debate que abarca políticas públicas, legislaciones que toman la agenda social y la producción

académica. La cultura pasó a ser un terreno donde se forjaron nuevas narrativas de legitimación de derechos.

Antes de avanzar sobre el enfoque intercultural en el Programa Salud Indígena en Argentina, consideramos pertinente definir la categoría interculturalidad y retomar algunas discusiones teóricas respecto de la categoría cultura. Asimismo, describiremos algunos hitos históricos en el proceso de incorporación de interculturalidad en el campo de las políticas públicas de salud en América Latina. Estas definiciones y precisiones previas se vuelven necesarias en tanto ciertos abordajes teóricos y políticas públicas sobre interculturalidad en salud reproducen sentidos esencializantes e inferiorizantes sobre la cultura y las identidades de lxs sujetos (Menéndez, 2016).

La antropología ha sido el campo principal desde el cual se ha definido y problematizado la cultura. Para Geertz (1992), antropólogo estadounidense, la cultura es un patrón históricamente transmitido de significados incorporados en símbolos. Es un sistema de concepciones heredadas expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales las personas comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento para, y actitudes hacia, la vida. Para este autor, la cultura es la urdimbre dentro de la cual pueden describirse de manera inteligible y densa acontecimientos sociales, modos de conducta, instituciones o procesos sociales. Geertz advierte que la definición de cultura, cuya utilidad pretende demostrar, es un concepto esencialmente semiótico (Geertz, 1992). Esto implica que el análisis cultural, desde esta perspectiva, es una ciencia interpretativa en busca de significaciones compartidas.

Es importante tener en cuenta que las tramas simbólicas en las que se producen los acontecimientos sociales y en las que lxs sujetos llevan a cabo determinadas acciones están localizadas histórica, económica y políticamente en un contexto (Keesing, 1987). Si para Geertz la cultura es un texto, una trama de símbolos y un sistema de significados compartidos factibles de ser interpretados (Geertz, 1992), es necesario preguntarnos, por un lado, quién crea y define los significados culturales y con qué fines (Keesing, 1987) y, por otro lado, cuáles son las posiciones en el mundo de quienes describen e interpretan esas tramas: ¿son antropólogxs, historiadorxs, de origen europeo? El sociólogo Eduardo Grüner,

en la introducción de *Estudios Culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo* (1998) recupera algunos aportes de Bajtín que nos ayudan a pensar en la cultura y lo simbólico como una arena de disputa:

Para Bajtín, por ejemplo, la trama social no es simplemente discursiva. El discurso no es un registro totalmente autónomo: es un aspecto emergente, si bien con frecuencia decisivo, de un complejo multifacético de relaciones sociales y de poder, que tienen un efecto poderoso sobre el lenguaje y los discursos. Las formas de los signos, dice Bajtín, están condicionadas por la organización social de los participantes involucrados. Lo que incluye, por supuesto, las formas resistentes al poder de dominación. El discurso está, por lo tanto, fuertemente condicionado por los modos en que distintos grupos sociales intentan acentuar sus palabras de manera que expresen su experiencia y sus aspiraciones sociales. El resultado es que el mundo de los signos se transforma en un escenario inconsciente de la lucha de clases (Grüner, 1998, p.42).

Algunos enfoques proponen, más que un marco teórico para analizar e interpretar las culturas, uno que ayude a explicar las desigualdades y conflictos entre sistemas culturales (García Canclini, 1982). Alejandro Grimson (2015) advierte que hablar de diferencias culturales sin problematizar asimetrías de poder puede traducirse en la legitimación de una jerarquización o en un elemento de dominación. El autor alerta sobre la persistencia de narrativas sobre las culturas como si no estuvieran en contacto con Occidente. Esto no solo implica negar el análisis de los procesos de interacción, sino también producir imágenes a-históricas y la idea de distancias culturales mayores a las realmente existentes. Desde esta crítica, acordamos con la propuesta de Grimson (2015) de no hablar de cultura sino de configuraciones culturales. Esta noción implica la idea de espacios en los cuales hay tramas simbólicas compartidas, horizontes de posibilidad, desigualdades de poder, historicidad y un proceso de constitución de hegemonía.

Los conceptos, y también los procesos y usos de la interculturalidad en salud, emergieron y se desarrollaron bajo la influencia de la Revolución Mexicana en la década de 1920 (Gómez y Hernández, 2010). Sin embargo, en América Latina comienza a observarse

un desarrollo sistemático de producciones teóricas y debates políticos en torno a interculturalidad a partir de 1970 y, especialmente, durante las décadas de 1980 y 1990 (Menéndez, 2016).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsó la interculturalidad en salud a partir de los 90. Esta iniciativa fue apoyada por el Banco Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés) y varias fundaciones norteamericanas (Menéndez, 2018). En 1992, la OPS propone que se considere más detenidamente la salud y el bienestar de los pueblos indígenas y migrantes. La escasa participación de las comunidades en la definición de políticas y prioridades, la pobreza, la falta de acceso a la tierra y otros problemas socioeconómicos, sumados a la creciente presión de las organizaciones indígenas, determinó su mayor visibilidad y permitió algunos avances en cuanto a la participación política en el interior de las comunidades nacionales (Nureña, 2009).

Con base en estas evaluaciones, la OPS propuso incorporar la perspectiva indígena en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y el enfoque intercultural en las políticas de salud de la región. La incorporación de la interculturalidad a nivel de las políticas consistió en la elaboración de protocolos para intervenciones culturalmente apropiadas y el desarrollo de modelos de buenas prácticas interculturales de atención (Nureña, 2009). Estos procesos políticos propiciaron la incorporación de prácticas discursivas en las que se revaloriza la medicina tradicional y se vislumbra un cambio en la supuesta aceptación de medicinas diferentes a la occidental dentro de los servicios de salud. El discurso que atraviesa las propuestas de organismos internacionales y políticas públicas de salud se caracteriza por ser un discurso de armonía y consenso entre sistemas médicos.

En contraste con los discursos de armonía y consenso entre sistemas médicos de la OPS, la interculturalidad como un movimiento originado en los pueblos indígenas toma fuerza a lo largo de los 90 y se complementa con las producciones teóricas de académicos vinculados al campo de la interculturalidad crítica (Breilh, 2015, Walsh, 2005). En este sentido, surge como una perspectiva crítica a un pasado colonial y como una propuesta

epistemológica y filosófica con vistas al futuro (Walsh, 2005) y a fortalecer los campos de explicación colectiva sobre la salud, la enfermedad, la prevención y los cuidados (Breilh, 2015). Debido a estas improntas de emergencia, se propiciaron profundas reflexiones y tensiones a nivel político, tanto a nivel de los movimientos sociales como en el campo académico (Walsh, 2005). A partir de estas reflexiones, el epidemiólogo Jaime Breilh (2002) propone una definición de interculturalidad como el proceso histórico de relación entre los saberes que comparten un espacio social de reproducción de cultura, pero que se gestan en grupos específicos. Según este autor, las relaciones interculturales pueden ser de dominación o pueden ser solidarias.

En relación con el diseño e implementación de políticas sanitarias interculturales en diferentes contextos socio-sanitarios de América Latina, el objetivo central es transformar las principales barreras que encuentran las comunidades indígenas para acceder a los servicios de salud (Freyermuth, 2016; Roosta-G, 2015). Las barreras más frecuentemente identificadas en contextos de interculturalidad con poblaciones migrantes e indígenas son la comunicación y los cortocircuitos entre las prácticas de cuidados de las mujeres durante los procesos reproductivos y las normas de cuidados de la biomedicina durante esta etapa vital (Baeza, 2012; Jelin y otrxs, 2006).

A continuación, nos referiremos al caso del Programa de Salud Indígena como exponente de la política con perspectiva intercultural en Argentina y en Mendoza. El objetivo es describir brevemente sus objetivos y contexto de creación.

1.3.3.1. Programa de Salud Indígena

El Programa Nacional de Salud Indígena se crea en el año 2016 y su objetivo principal es mejorar la cobertura sanitaria y las condiciones de accesibilidad al sistema público de salud de comunidades indígenas desde una perspectiva intercultural. Es un programa que tiene sus raíces en la emergencia de Cólera durante los 90 en Argentina, contexto socio-sanitario en el que los pueblos originarios del norte del país, por la falta de acceso al agua potable y a los servicios de salud, presentaron los mayores índices de

mortalidad (Ares, 1992). Para paliar la emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud dispuso equipos de promotores de salud que debían llegar a las comunidades más alejadas para difundir métodos de potabilización del agua y realizar derivaciones hospitalarias en casos graves. Con el tiempo, formaron a referentes propios de comunidades Tobas y Matacos para que fueran un nexo con el sistema de salud. Alrededor de 2011, en el marco del Programa Médicos Comunitarios, se crea el Área de Salud Indígena que estuvo vigente hasta 2016, cuando se crea el Programa Nacional.

Los ejes estratégicos del programa son la participación de Comunidades Indígenas en la gestión de recursos de los efectores de Atención Primaria, la formación y capacitación en interculturalidad y salud indígena, la complementariedad entre la medicina oficial e indígena, la producción de conocimiento sobre los determinantes de la salud de pueblos indígenas y la implementación a nivel nacional de políticas interculturales de salud indígena.

Salud Indígena está orientado a pueblos originarios que se hayan auto reconocido como tales. Esto último, es un proceso administrativo que implica reconocerse ante el Estado como comunidad descendiente de pueblos originarios y adquirir personería jurídica. Durante este proceso, las comunidades son guiadas por el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas. Una vez realizado este trámite administrativo, los referentes del programa toman contacto con familias, organizaciones sociales y otros referentes territoriales para asesorarlos sobre la posibilidad de tener un promotor que se incorpore en el primer nivel de atención, como nexo con el sistema de salud. En la actualidad, Mendoza cuenta con 42 promotores de salud indígena, principalmente distribuidos en la zona del secano lavallino, el departamento de Guaymallén y Luján de Cuyo. La zona de La Consulta, donde realizamos gran parte del trabajo de campo en esta tesis, aún no cuenta con promotores indígenas. Todos los agentes fueron elegidos por sus comunidades a través de consultas libres e informadas.

El programa trabaja con pueblos originarios de territorios provinciales, como en el caso de la comunidad huarpe en Mendoza y, también, con pueblos originarios que han

transitado históricamente por los territorios que hoy conforman Argentina y países limítrofes como Chile y Bolivia. En este sentido, tiene alcance en zonas donde se asientan poblaciones migrantes quechuas y aymaras. En Mendoza, por ejemplo, el programa concentra la mayoría de promotores indígenas en el departamento de Guaymallén, una de las zonas de mayor migración boliviana en la provincia. No obstante esta particularidad del programa, observamos que en sus textos guía no hay referencia a la Ley de Migraciones ni a la figura de lxs migrantes. Esta última observación probablemente se vincula con la fuerza que tomó la interculturalidad y la cultura como campo de debate y terreno donde se forjaron nuevas narrativas de legitimación de derechos; a diferencia de la migración, que en la Argentina contemporánea es construida social y políticamente como amenaza social, económica, sanitaria y cultural (Domenech, 2011).

1.3.4. La salud, los cuidados y las migraciones: situación de las mujeres migrantes bolivianas en Argentina y en Mendoza

Diversos trabajos que han analizado el acceso a la salud y los cuidados de poblaciones migrantes en Argentina han colocado a la migración como un factor de riesgo, mostrando la confluencia del género, la racialización, la clase social, las condiciones laborales, la falta de perspectiva intercultural y la indocumentación como condiciones que amenazan la salud, la integridad física de lxs migrantes y el acceso al sistema sanitario (Aizenberg y Maure, 2017). A pesar de este hallazgo, todavía resulta incipiente el conocimiento respecto a cómo el sistema público de salud responde a la atención de mujeres migrantes y más incipiente aún, la inclusión de la perspectiva de las propias mujeres sobre sus experiencias con el sistema sanitario (Aizenberg y Maure, 2017).

Si bien la sanción de la Ley 25.871 marca un hito en relación con la protección de los derechos de lxs migrantes, persisten condicionamientos desde el sistema público y sus agentes para el ejercicio de derechos por parte de las mujeres que migran desde Bolivia (Baeza, 2021; Aizenberg, 2019, Cerrutti, 2010).

Una investigación que se desarrolló en la Ciudad de Buenos Aires y en la provincia de Jujuy mostró que, en comparación con las nativas, las migrantes bolivianas presentaban mayor cantidad de embarazos no deseados, menor uso de anticonceptivos y más baja propensión a acudir a servicios de salud reproductiva por situaciones de maltrato y racismo institucional (Cerrutti, 2010). En Mendoza, a diferencia de Jujuy, un trabajo registró que en el distrito de Belgrano la mayoría de las migrantes bolivianas de la zona eran usuarias del sistema público de salud (80%) y realizaban controles ginecológicos habituales (cada 3 años o menos). Asimismo, sobre una muestra de 99 mujeres entrevistadas, el 100% no presentó patología ginecológica en el examen mamario y en la colposcopia más reciente (Daguerre y otrxs, 2014). Aunque presentaron buenos resultados en los exámenes médicos, en consonancia con las experiencias en otros territorios del país (Baeza, 2021; Cerrutti, 2010), las mujeres identificaron barreras en el sistema sanitario vinculadas con la falta de turnos y la prioridad de atención de mujeres embarazadas en relación con los controles preventivos y las consejerías sobre sexualidad y uso de métodos anticonceptivos. Asimismo, algunas mujeres contaron experiencias de racismo y maltrato por parte del personal de salud por el hecho de ser migrantes de Bolivia y refirieron que estas situaciones las amedrentaron a la hora de volver a consultar.

Estudios en diversos contextos sociales y geográficos de Argentina muestran que las mujeres que migran están expuestas a prácticas discriminatorias y racistas por parte de lxs agentes de salud (Baeza, 2021; Aizenberg, 2019). Estas prácticas se dirigen especialmente hacia las mujeres como modo de disciplinamiento y control sobre el ejercicio de la maternidad. Esto último, a partir de prejuicios racistas que ponen en entredicho las capacidades de maternaje de las migrantes (Linardelli y Anzorena, 2021; Aizenberg, 2019).

En relación con las prácticas de disciplinamiento sobre la sexualidad, la reproducción y las crianzas, un estudio sobre itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes bolivianas en una localidad de la provincia de Chubut remarca que lxs agentes no cuentan con instancias de capacitación y acompañamiento para enfrentar las diferencias en relación con las pautas de cuidados y mejorar su modo de acercamiento a mujeres migrantes y de pueblos originarios. Desde la perspectiva de lxs agentes, la comunicación es una barrera para la

atención. Las dificultades para la comprensión por diferencias idiomáticas limitan la posibilidad de brindar información e indicaciones médicas (Baeza, Aizenberg y Oyarzo, 2019).

Una serie de trabajos señalan problemáticas sociales y de salud vinculadas con situaciones de explotación laboral en talleres textiles de la Ciudad de Buenos Aires y con las condiciones precarias de trabajo agrícola estacional en la provincia de Mendoza (Linardelli y Goldberg, 2018; Goldberg, 2016). En el caso de trabajadoras agrícolas migrantes en zonas rurales de Mendoza, por la lejanía respecto de hospitales y centros de salud, presentan dificultades en el acceso a la atención médica. A su vez, en ocasiones, para no perder un día de trabajo y la paga diaria, no asisten a la consulta médica y resuelven sus padecimientos con diversas estrategias de autoatención (Linardelli y Goldberg, 2018).

A la vez que la incorporación en un nuevo contexto social presenta riesgos y retos para la salud de las migrantes, también les brinda la posibilidad de ampliar la información sobre los cuidados de la salud y acceder a prácticas preventivas, especialmente cuando provienen de contextos económicamente empobrecidos y con un limitado acceso a servicios públicos de salud (Cerrutti, 2010). En este sentido, la migración deviene una instancia en la que las mujeres resultan agentes activas en la toma de decisiones respecto del cuidado de su propia salud y la de personas cercanas (Baeza, Aizenberg y Oyarzo, 2019).

En el marco de contextos sanitarios restrictivos y expulsivos respecto de las corporalidades, lenguajes y prácticas de cuidados de las migrantes bolivianas, las mujeres despliegan diversas estrategias para resistir los obstáculos para acceder al sistema de salud y los intentos de disciplinamiento sobre sus experiencias de cuidados (Baeza, 2021, Linardelli y Anzorena, 2021). Cuando las demoras para obtener un turno se vuelven muy prolongadas o no encuentran una escucha receptiva por parte de lxs profesionales, las mujeres recurren a prácticas de autoatención por medio de la recuperación de recuerdos sobre diversos modos de curar o acompañar padecimientos que utilizaban sus madres, vecinas, curanderas y otras redes cercanas en sus comunidades de origen y que ellas

reactivan en sus nuevos contextos vitales y vinculares. Asimismo, para mitigar las dificultades de acceso a servicios sanitarios, las mujeres desarrollan estrategias vinculadas al uso de *e-health*, medicamentos e información que obtienen en los regresos temporales a Bolivia (Baeza, Aizenberg y Oyarzo, 2019).

A modo de síntesis, observamos que, aún cuando las mujeres migrantes logran acceder a las consultas médicas en el sistema público, encuentran barreras relacionadas con el racismo y el maltrato de lxs agentes de salud. Las dimensiones relacionales de la atención y los cuidados se encuentran desatendidas en el sistema sanitario. Esto último, se evidencia en las experiencias de maltrato que relatan las migrantes y en la falta de recursos profesionales para trabajar con las diferencias en las pautas de cuidados por parte de lxs agentes de salud. Ante las exclusiones y el maltrato de lxs agentes, en ocasiones, las mujeres evitan acceder al sistema sanitario y realizan un trabajo reproductivo que consiste en buscar alternativas, como el uso de medicinas tradicionales y la búsqueda de información en redes sociales y otras plataformas de internet, para solucionar sus padecimientos y necesidades de salud.

2. Precisiones sobre la estrategia metodológica

La metodología elegida para el desarrollo de esta investigación es cualitativa. Esta decisión se fundamenta en la intención de establecer una coherencia entre la problemática social que nos interesa comprender, las experiencias de cuidados en la relación específica entre mujeres bolivianas y agentes de salud, y el encuadre teórico conceptual que elegimos para acercarnos a dicho objeto de estudio. Los métodos cualitativos se caracterizan por su capacidad para describir, interpretar y comprender los fenómenos sociales. Privilegian la profundidad por sobre la extensión y buscan captar los matices sutiles de las experiencias vitales. Experiencias que no deben ser analizadas de forma aislada, sino en el contexto de

una organización social, de los movimientos sociales y de relaciones interaccionales (Vasilachis, 2006).

Desde nuestra perspectiva teórica, los cuidados se construyen de forma relacional y la experiencia es un proceso encarnado y continuo a lo largo de la existencia, en el cual, de forma individual y colectiva, se significa, se percibe, se reflexiona, se actúa, se construyen relatos de sí y sobre los acontecimientos sociales. A su vez, en la experiencia hay aspectos inarticulables y contradictorios y hay un diálogo continuo entre el pasado, el presente y el futuro. De ahí que para captar estas dimensiones de la experiencia y los cuidados resulta pertinente un abordaje cualitativo y, en este marco, la utilización y la integración de diversas estrategias de diálogo con el campo.

En el apartado siguiente, se explicita el proceso de construcción de la muestra y la selección de las unidades de observación.

2.1 Delimitación de la muestra, unidades de observación y unidades espaciales de referencia

Dado el carácter cualitativo del estudio, cuya búsqueda no es la generalización de resultados (Mendizábal, 2006), sino el análisis profundo de un fenómeno, el tipo de muestra ha sido intencional con el mayor grado de heterogeneidad posible en función de las características de las unidades espaciales de referencia (contextos urbanos, urbano-marginales y rurales), la edad de las mujeres, la ciudad de origen en Bolivia, las trayectorias migratorias y laborales y la variabilidad de los contextos de la atención sanitaria. Esta heterogeneidad⁵⁶ nos permitió captar matices de las experiencias de cuidados, trabajo y migración en contextos urbanos, en relación con las que se dan en zonas rurales y, también,

⁵⁶ Ver en anexo metodológico perfil de las personas entrevistadas.

observar cómo se configuran las formas de trabajo en salud y las experiencias de sus agentes en relación con las características del contexto.

La muestra está compuesta por mujeres migrantes⁵⁷ de Bolivia, trabajadorxs sanitarixs (médicxs, trabajadoras sociales, enfermeras, un odontólogo y agentes sanitarixs), informantes clave que viven en las cercanías de la posta sanitaria de La Consulta (directora de escuela y vecina de la posta), una funcionaria que coordina el Programa Salud Indígena y los textos ordenadores de dicho programa⁵⁸.

La relevancia de Salud Indígena para este trabajo de investigación tiene relación con uno de los objetivos del programa, que es promover la atención sanitaria con perspectiva intercultural. En función de estas características, si bien la intención no fue realizar un análisis exhaustivo y particular de la política, quisimos indagar de qué manera los textos cobraban vida y encarnaban en las prácticas de atención de lxs agentes de salud.

¿Por qué mujeres migrantes de Bolivia? Esta decisión metodológica se relaciona con la evidencia empírica, basada en los años de cursada y trabajo en hospitales y centros de salud, a partir de la cual pude advertir cómo se cruzan el género, la sexualidad, la nacionalidad, la edad, la racialización y la clase social en las formas de destrato institucional que son particularmente violentas con las mujeres bolivianas, principalmente en relación con los procesos reproductivos.

Ulteriormente, en la revisión de trabajos sobre experiencias migratorias y acceso a la salud que realicé para la construcción de antecedentes, encontré investigaciones que daban sustento a mis observaciones. En el caso específico de las mujeres bolivianas en Argentina, estas se encuentran más expuestas a enfrentarse con obstáculos para el cuidado de su salud, así como para acceder a los servicios de atención (Baeza, 2017). Los tratos interpersonales

⁵⁷ Si bien nos referimos a mujeres migrantes de Bolivia, no consideramos que formen parte de un grupo homogéneo ni pretendemos una mirada esencializante, sino más bien atenta a las continuidades, diferencias y matices de la experiencia migratoria.

⁵⁸ Los documentos del programa Salud Indígena que revisamos son la Resolución en el Boletín Oficial de la República Argentina (1036 – E/2016) y la propuesta de implementación donde se especifican los fundamentos del mismo, los objetivos generales y específicos y la propuesta de asignación presupuestaria.

discriminatorios y las políticas públicas excluyentes, como en el caso del acceso a trasplantes de órganos, repercuten fuertemente en la construcción de lazos de confianza con el personal sanitario y coloca a estas mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad respecto a su salud y para el ejercicio de derechos en general. A su vez, dado que son las mujeres quienes gestionan en mayor medida los cuidados de las personas en sus redes de sociabilidad, tienen mayor contacto con el sistema sanitario y están más expuestas a las prácticas racistas de los agentes de salud y otros funcionarios del Estado (Auyero, 2013; Canevari Bledel, 2011; Carrasco y otras, 2011).

La decisión de que fueran mujeres adultas tiene que ver con la observación de registros sobre inmigración boliviana en zonas urbanas y de frontera en Argentina que dan cuenta de que, por encima de los 30 años, cerca del 90 por ciento de las mujeres son madres (Cerrutti, 2010), experiencia que, en relación con el embarazo, parto, puerperio y crianza, las pone en mayor contacto con las instituciones públicas de salud. El rango etario de las entrevistadas -34 a 65 años- me permitió acceder a una variedad de experiencias en relación con los cuidados, sus trayectorias vitales y su contacto con las instituciones de salud.

La delimitación de las unidades espaciales de referencia se realizó, por un lado, a partir de mi experiencia de trabajo como médica en un hospital público de la Ciudad de Mendoza y en un centro de salud de la localidad de Ugarteche y, por otro lado, a partir de la colaboración de trabajadorxs sanitarixs que establecieron un enlace con agentes de salud y mujeres bolivianas en otros puntos de la Provincia.

Los territorios seleccionados son relevantes para el estudio debido a que son sitios de destino habituales para migrantes limítrofes, especialmente para población boliviana (Balán, 1999). De esta manera, esta investigación se circunscribe a los siguientes departamentos, barrios y/o localidades de la Provincia de Mendoza: Las Heras (B° Panquehua), Guaymallén (B° La Primavera, B° Lihué, distrito de Belgrano), Godoy Cruz (B° La Gloria), Luján de Cuyo (localidad de Ugarteche), San Carlos (localidad de La Consulta) y Tupungato (Villa Tupungato).

Los Barrios Panquehua, Lihué, La Gloria y el distrito de Belgrano son enclaves urbano-marginales ubicados en torno al principal aglomerado urbano de la Provincia. Sus actividades económicas primordiales, y a las que se aplican principalmente las mujeres con las que conversamos, son los servicios (comercio y trabajo de cuidados) y el sector industrial (Moreno y Martínez Espínola, 2016). La Primavera, por su parte, es un barrio rural cuya actividad económica central es la agricultura, que coexiste con la horticultura para el consumo y la venta directa. En el marco de la horticultura, destaca económica y visualmente en el recorrido por la zona la floricultura, que es la tarea a la que se dedica la mujer que entrevistamos en este barrio. Las localidades de Ugarteche, La Consulta y la Villa Tupungato son sectores agrícolas de Mendoza avocados principalmente al cultivo de hortalizas en fresco y la viticultura. Las cosechas estacionales e intensivas en estas zonas suelen ser la puerta de entrada al mercado de trabajo para lxs migrantes (Moreno y Martínez Espínola, 2016), cuestión que apareció en los itinerarios laborales de algunas mujeres en esta investigación.

El modo de aproximación a lxs funcionarixs a cargo de los programas de salud específicos fue a partir de las páginas en internet de los Ministerios de Salud de la nación y de la provincia. En estas plataformas virtuales, obtuve, en primera instancia, los correos electrónicos de las personas a cargo y, por este medio, pauté entrevistas con ellxs. En el caso del Programa de Salud Intercultural, entrevisté a la responsable del programa en Mendoza y, ulteriormente en un viaje a Buenos Aires, a lxs responsables de la coordinación del programa en el Ministerio de Salud de Nación.

2.3 Técnicas de construcción de datos

Para aproximarnos a las experiencias de cuidados de las mujeres migrantes, de lxs agentes de salud y a la dimensión relacional de dichas experiencias, combinamos el uso de diversas técnicas de construcción de datos; la entrevista en profundidad, la entrevista grupal y la observación participante.

La entrevista en profundidad es una técnica de investigación social que

(...) pone en relación de comunicación directa, cara a cara, a un investigador y a un individuo entrevistado con el cual se establece una relación peculiar de conocimiento que es dialógica, espontánea, concentrada y de intensidad variable cuya función es aprender sobre el modo en que los actores ven la realidad o en que clasifican y experimentan su mundo (Canales, 2006, p. 219).

En el caso de las mujeres migrantes las entrevistas apuntaron a conocer la experiencia del proceso migratorio y sus ecos en el presente, la vida laboral, la salud reproductiva, las redes comunitarias de cuidados y sus experiencias con las instituciones públicas de salud. Una de las mujeres con las que conversamos tiene la singularidad de que es, a la vez, migrante y agente sanitaria.

En cuanto a lxs agentes de salud, buscamos propiciar un espacio para que reconstruyeran los escenarios familiares, políticos, económicos y sociales/barriales que atravesaron la decisión de estudiar carreras con inserción en el campo biomédico y sus experiencias de aprendizaje en la universidad, centros de salud y hospitales. Asimismo, indagamos sobre sus experiencias de trabajo y atención con comunidades migrantes y, específicamente, con mujeres que migran desde Bolivia. Nos aproximamos a las percepciones de lxs agentes sobre las barreras y aspectos facilitadores de los encuentros de salud con migrantes y a sus prácticas discursivas sobre la migración, la cultura y los cuidados.

En ambos casos, en ocasiones en más de un encuentro con cada persona, se fueron construyendo narrativas cercanas a los relatos de vida, en el sentido del recuento oral y personal de la vida completa o de fragmentos de ella (Velasco y Gianturco, 2012). Con algunas migrantes sucedió que ciertas dimensiones vitales y relaciones sociales ocuparon un lugar preponderante al cual retornaban constantemente en su relato pasado y presente de sí. Algunos ejemplos son el trabajo y la migración en la infancia, la relación con sus madres, padres y abuelas y, en el presente, la relación con lxs hijxs en función de sus propias historias y experiencias de cuidados. Esto último, resuena con las reflexiones de

Laura Velasco y Giovanna Gianturco (2012) sobre las narrativas biográficas que están atravesadas por la experiencia migratoria. Las autoras advierten que el relato se construye “en una dinámica difícilmente lineal, sino más bien iterativa, circular e incremental” (Velasco y Gianturco, 2012, p.10) que nos permite acceder a la experiencia empírica del tiempo y el espacio a partir de las relaciones sociales que establecemos, con nuestros antepasados, en las configuraciones familiares, con los animales, las amistades, parejas o hijxs.

Esta dinámica difícilmente lineal de los relatos, en más de una ocasión, entró en cortocircuito con mi forma de escucha y comprensión fuertemente condicionada por la formación y por la práctica biomédica. Acostumbrada a atender a los aspectos de la *historia natural de la enfermedad*, donde lo importante es registrar de forma lineal (y rápida) la aparición de síntomas, se me hacía difícil comprender la relación entre pasado, presente y futuro en los relatos de las mujeres, que construían una temporalidad ligada a los movimientos geográficos y simbolizadas en eventos, relaciones e, incluso, en función de los cultivos estacionales en los que trabajaban. Esto me sucedía con menor frecuencia en las entrevistas con médicas y agentes de salud, ya que por sí solas, estas personas tendían a ordenar los relatos en función del año en que se encontraban haciendo tal o cual cosa. Desde el pasado hasta el presente.

Con lxs funcionarixs de salud, las entrevistas se orientaron a conocer los objetivos de los programas seleccionados, su llegada al territorio, la disponibilidad de recursos para su ejecución y el impacto que ellxs creían que tenían sobre poblaciones migrantes.

Otra técnica utilizada fue la entrevista grupal, que es aquella que se produce cuando lxs investigadorxs reúnen en grupo a personas para que hablen sobre sus vidas y experiencias en el curso de discusiones abiertas y libremente fluyentes (Amezcuá, 2003). Es un dispositivo que, a partir de los relatos cruzados y condicionados producto de la interacción entre lxs participantes, permite comprender vivencias colectivas, representaciones ideológicas, valores e imaginarios dominantes de un determinado estrato, clase o colectivo social (Amezcuá, 2003). A su vez, es una herramienta que anima a las

personas a expresarse al aminorar el efecto intimidante que tienen los encuentros cara a cara con cada interlocutorx.

En este trabajo se desarrollaron dos instancias de entrevista grupal. La primera, con la participación de una trabajadora social, una psicóloga y una psiquiatra del Área de Salud Mental de Tupungato. La entrevista se configuró de forma más o menos estructurada. El día, la hora y el lugar del encuentro fueron previamente acordados y la conversación se organizó en torno a una guía de preguntas que tenían por objeto conocer las trayectorias vitales, laborales y sus percepciones respecto a las prácticas de cuidados de mujeres migrantes bolivianas.

La segunda entrevista grupal fue realizada en conjunto con otra investigadora durante un recorrido etnográfico por la calle Videla en la localidad de La Consulta. Este recorrido se dio en el marco de una investigación que realizamos sobre los abordajes de proveedores de salud en la atención de mujeres migrantes bolivianas en Mendoza (Ayzenberg y Maure, 2017). Mientras caminábamos a orillas de la calle Videla, en busca de una posta sanitaria a la que nos habían referenciado, advertimos que en la puerta de una casa había un grupo de personas con planillas y una caja que hacía las veces de botiquín. Nos acercamos para preguntar cómo llegar a la posta sanitaria y el único varón del grupo nos comentó que él era el agente sanitario de la posta y que podía indicarnos el camino. Las otras dos mujeres del grupo eran enfermeras especializadas en obstetricia y en ese momento acompañaban al agente para abordar el caso de una mujer con un embarazo de alto riesgo. Aprovechamos la coincidencia y, dado que lxs trabajadorxs dieron por terminado su recorrido, les propusimos conversar y que nos contaran sobre sus labores cotidianas y sus percepciones en cuanto a las relaciones, organizadas alrededor de su trabajo en salud, que establecían con las mujeres migrantes bolivianas de la zona. Tomamos una esterilla que suelo llevar en el baúl de mi auto y nos sentamos a la vera del camino para conversar mientras compartíamos un mate. Esta entrevista tiene todas las características de una entrevista de grupo natural (Amezcuá, 2018), que es aquella que se da in situ, cuando lxs investigadorxs van buscando sobre el terreno a informantes y lxs encuentran agrupadxs en su ambiente.

En el marco de esta investigación, las entrevistas grupales fueron una técnica de conversación productiva para comprender las racionalidades que organizan las prácticas discursivas de lxs agentes de salud en relación con los cuidados y la migración y que, en alguna medida, se potencian e introyectan en espacios de interacción colectiva. No obstante, en el diálogo entre pares no siempre hubo una lógica de refuerzo entre sí en relación con las percepciones, los imaginarios y las experiencias concretas de trabajo en salud con mujeres migrantes. En el caso de la entrevista grupal con trabajadoras del Área de Salud Mental de Tupungato, el diálogo entre compañeras posibilitó repensar algunas significaciones, valoraciones y percepciones que surgieron al inicio de la entrevista sobre la categoría cultura y las prácticas de cuidados de las mujeres.

Con el agente sanitario de La Consulta, que participó de una de las entrevistas grupales, pude realizar posteriormente una entrevista en profundidad en la cual emergieron experiencias de trabajo y reflexiones que no aparecieron en la instancia grupal. De esta forma, se vuelve patente lo fructífero de complementar técnicas de construcción de datos para captar problemas tan complejos como las percepciones, los imaginarios y las actitudes de las personas ante un hecho concreto.

La observación participante, por su parte, supone una variedad de métodos para la construcción del corpus de datos en una investigación. Según señala Vasilachis (2006), esta variedad de métodos incluye técnicas vinculadas tanto con formas de observación, modalidades de interacción, como tipos de entrevistas. La intención de la observación participante es lograr un aprendizaje, sobre una base participativa, que posibilite una tarea conjunta de construcción de conocimiento. Entraña una actitud de hurgar en lo cotidiano tratando de entender aquello de lo que se trata sin dar nada por supuesto

Durante los meses que asistí como investigadora a la Posta Sanitaria de San Carlos (localidad de La Consulta) me involucré con diversas tareas administrativas, como ordenar y archivar historias clínicas, y asistenciales, medir y pesar niños y tomar la presión arterial. A partir de esta presencia cotidiana en el campo, que me permitió participar de encuentros vivos en acto durante las consultas médicas o en los recorridos barriales con lxs agentes

sanitarixs, pude aproximarme al contexto de significados y al telón de fondo de las experiencias de cuidados en su dimensión relacional.

Asimismo, me permitió captar disyunciones entre los discursos de lxs agentes de salud sobre las formas de cuidados de las mujeres y lo que efectivamente acontecía en los encuentros y, a su vez, un desacoplamiento entre los discursos racistas y estigmatizantes que se manifestaron en algunas entrevistas y el trato concreto al momento de la consulta médica. Las observaciones, en este sentido, dan por tierra con la idea de que la experiencia y la teoría se producen solo a nivel del lenguaje y que la práctica no puede ser discursiva (Biglia, 2012). Los gestos, los silencios, las miradas cómplices, la forma en que se organizan los espacios de atención de la salud, los barrios y las viviendas de las mujeres, en ocasiones, avivaron y encarnaron sentidos que no había percibido con anterioridad o a los que no había podido acercarme a través del lenguaje hablado.

Los recorridos por las calles aledañas a la posta, mientras acompañaba a lxs agentes en su labor diaria, me permitieron observar cómo se arreglan las mujeres para conciliar las labores productivas y reproductivas con los requerimientos de controles de salud de lxs agentes. A su vez, en estos recorridos surgieron diálogos informales sobre las condiciones de trabajo en salud, las limitaciones en la comunicación con migrantes, las diferencias en las formas de cuidados que identificaban respecto a las mujeres que migran y, también, pude establecer contactos con informantes clave a lxs que posteriormente entrevisté; la directora de una escuela primaria en las cercanías de la posta, una referente de la unión vecinal y una vecina de la zona que hace más de 40 años que vive ahí y me contó cómo se fue organizando la barriada.

La idea inicial de esta investigación, tal como lo requieren los diseños metodológicos cualitativos, fue concluir el trabajo de campo y definir la totalidad de casos que componen la muestra una vez finalizado el análisis del material empírico. En un ida y vuelta entre el campo y la teoría, si durante el análisis de los datos surgía la necesidad de profundizar en alguna dimensión, se realizarían las entrevistas y observaciones necesarias. No obstante, la irrupción de la pandemia por COVID-19 a principios de 2020 alteró profundamente los

escenarios de atención sanitaria a nivel global y local y, también, la posibilidad de retornar al campo. Entendimos que las transformaciones operadas en el sistema de salud argentino para dar respuesta a la pandemia configuraron lógicas y prácticas de atención diferenciales con respecto a aquellas que vislumbramos en el trabajo de campo realizado hasta ese momento. El contexto para el análisis de experiencias de cuidados resultaba significativamente singular, novedoso y difícilmente comparable con el que observamos antes de COVID-19. Por tal motivo, se decidió finalizar el trabajo de campo en marzo de 2020.

2.4 Técnica de análisis de datos

Para analizar las entrevistas y los documentos públicos y oficiales relevados utilizamos el enfoque comprensivo propuesto por Taylor y Bogdan (2000). Esta perspectiva, cuyo marco teórico es el Interaccionismo Simbólico, se orienta hacia el desarrollo de una comprensión en profundidad de los escenarios, textos y/o personas. La comprensión no se da de forma espontánea ni de manera aparente, sino que requiere de un acceso gradual, sucesivo y contingente a los significados y valoraciones que lxs sujetxs proveen a medida que hablan, desde niveles de mayor superficie a niveles de mayor profundidad. En el caso de documentos públicos y oficiales, el análisis comprensivo permite vislumbrar las perspectivas, los supuestos, las preocupaciones y actividades de quienes lxs producen.

En esta investigación, el procedimiento para el análisis comenzó en simultáneo con la recolección de datos. Durante esta primera etapa identificamos temas, categorías provisionales y preguntas que orientaron búsquedas teóricas con las cuales poner en diálogo nuestros primeros interrogantes y hallazgos. Esto último, lo hicimos a partir de una herramienta de trabajo que creamos a partir de un documento de Word al que denominamos “temas y revisión”. En este escrito vertimos de forma sistemática fragmentos de entrevistas, citas bibliográficas, reflexiones producto del diálogo con pares, la poesía, la literatura, el

cine documental y personas por fuera del ámbito académico con las que comentamos nuestras inquietudes. A partir de la lectura comparativa de fragmentos de entrevistas y notas de observación analizamos recurrencias, diferencias y alertas que nos orientaron hacia nuevas preguntas, temas y categorías. De esta forma, se constituyó un tejido que nos permitió elaborar un esqueleto inicial del marco teórico, apuntes con las primeras impresiones analíticas y, al final del proceso de investigación, un itinerario de trabajo con los recorridos, las derivas y devenires del objeto de investigación.

En una segunda fase, cuando decidimos dar por finalizado el trabajo de campo por el contexto de pandemia, y una vez concluido al menos de forma provisoria el marco teórico, elaboramos un mapa con las categorías centrales y subcategorías propuestas. En este mapeo inicial establecimos niveles de jerarquía y algunos vínculos a priori entre categorías y subcategorías. En la tercera fase, hicimos una re-lectura sistemática de las entrevistas, las notas de campo y los documentos de programas de salud. A partir de esta lectura en profundidad surgieron notas de análisis, impresiones, e identificamos algunas categorías emergentes. Posteriormente, en una cuarta etapa, a partir de las categorías del mapa teórico, codificamos las entrevistas y el resto de los documentos. Luego de la codificación, en una quinta etapa, revisamos los fragmentos de entrevistas y documentos correspondientes a cada categoría y procuramos identificar vínculos entre categorías y subcategorías que no habíamos reconocido previamente y, a su vez, temas y problemas que en una primera instancia no fueron evidentes. Al finalizar la primera codificación y la lectura de fragmentos, elaboramos un texto provisorio con impresiones sobre el proceso de codificación y un borrador con resultados preliminares.

En una sexta etapa, releímos los documentos e identificamos de forma sistemática categorías emergentes. Estos hallazgos implicaron nuevas búsquedas teóricas para dialogar con los hallazgos emergentes, sin perder de vista la importancia de comprenderlos en el contexto en el que fueron recogidos. Finalmente, tras la codificación a partir del marco teórico, la identificación de categorías emergentes y la relectura de fragmentos, nos dispusimos a escribir los capítulos con los resultados de la investigación.

SEGUNDA PARTE

EXPERIENCIAS DE CUIDADOS: DIÁLOGOS EN EL CAMPO

CAPÍTULO IV

Experiencias de cuidados en las infancias y juventudes en los caminos de la migración

Este capítulo aborda las experiencias de cuidados en las infancias y juventudes de las mujeres entrevistadas. Decidimos comenzar por las experiencias de cuidados en las infancias y juventudes porque, en la temporalidad que construyeron las mujeres al narrar sus recorridos vitales, hay una riqueza de historias, movimientos geográficos, relaciones de trabajo y de cuidados que, lejos de inscribirse en una noción de etapas en el desarrollo hacia la adultez, muestran un modo de estar en el mundo en el que las niñas y jóvenes fueron protagonistas de sus cuidados, en la decisión de migrar y en el trabajo para la subsistencia de sus familias.

En el primer apartado, analizamos algunas características de los contextos sociales, políticos, económicos y biográficos en Bolivia que abonaron la decisión de las mujeres y sus familias de migrar. Esta caracterización se vuelve relevante en tanto devela la crisis de los cuidados y la sostenibilidad de la vida como antesala de la migración y, a su vez, los modos en que estas dos crisis precipitaron diferentes modos de protagonismo infantil espontáneo (Liebel, 2007) para garantizar la propia supervivencia o la de personas cercanas.

El segundo apartado, trata sobre la construcción de redes de cuidados por fuera de la familia tradicional como recurso para transitar los caminos de la migración.

En el tercer apartado, abordamos los modos de articulación entre trabajo productivo y reproductivo en las infancias y juventudes de las mujeres. El trabajo en las cosechas, la

escolarización y los vínculos con el sistema de salud fueron algunas instancias de articulación que exigieron e hicieron brotar de ellas habilidades, estrategias y subjetividades para cuidar/se y vivir con otrxs.

En el cuarto apartado, nos referimos al juego como un modo de hacer y cumplir con las responsabilidades de trabajo reproductivo y cuidados en las infancias.

Para finalizar, el quinto apartado retoma las experiencias de cuidados en la infancia y juventud en relación con los cuidados recibidos por parte de sus madres. Una experimentación que abría una grieta en la rutina aprendida de cuidar a otrxs como condición de posibilidad para ser cuidadas.

1. El contexto previo a la migración

Los relatos de cada una de las mujeres sobre la vida en Bolivia y la vida migrante que finalmente las trajo a Mendoza son únicos. Únicos como sus caminos recorridos, porque, aunque pueden rastrearse huellas de otrxs que ya caminaron por ahí, las formas de encontrarse con aquello que ofrecían los territorios que atravesaron para migrar –trabajo, sueños, estabilidad, mejor vida, alegría, racismo-, y las historias que allí tejieron, se construyeron al paso de cada una de ellas. Los encuentros con las personas, los viajes en tren o camiones de carga, las relaciones con los animales, el trabajo en la tierra, las noches y el frío, la ayuda de algunx paisanx⁵⁹ que “estaba en la misma” y el miedo de andar sin papeles, se imprimen en gestos únicos a la hora de contar las historias de migración. Asimismo, las condiciones políticas y económicas de Bolivia en los años en que cada una decidió partir y las edades que tenían –la mayoría eran niñas o jóvenes- se entrelazaron de forma particular con las configuraciones familiares, con las geografías campesinas o

⁵⁹ Paisanx es un modo de nombrar a una persona que nació en el mismo lugar que otra, y que utilizaron con frecuencia algunas entrevistadas para referirse a lxs conocidos que nacieron en Bolivia.

urbanas en las que vivían y trabajaban y, también, con las muertes de personas queridas de sus redes vinculares, afectivas y de sostén.

A la vez que existen gestos, modos de contar y desvíos en el proceso migratorio que son propios de cada narración sobre la experiencia vivida, encontramos una condición común que impulsa la migración, esta es: la crisis de los cuidados. Es decir, la imposibilidad de sostener la vida, de cuidar y ser cuidadas. Por distintos motivos, como la Revolución del 52 en Bolivia⁶⁰, las disputas intrafamiliares respecto de los mandatos de clase y género, la muerte de unx o varixs integrantes de la familia, la pérdida de cosechas por el granizo o la falta de trabajo en zonas urbanas, se produce una reorganización de las relaciones familiares nucleares y comunales, del trabajo y los cuidados.

Rita (59, 50)⁶¹ cuenta que, al morir su padre y los hermanos de éste, “No había suficientes manos para trabajar la tierra en el campo”, el trabajo de su madre como tejedora no alcanzaba para llenar el plato de comida de ella y sus 6 hermanxs. Por su parte, cuando Flora (65, 56) tenía 9 años su padre fue a luchar del lado del pueblo trabajador en la revolución del 52. Debido a que su madre no tenía trabajo, el padre y la abuela decidieron que quedaría al cuidado de esta última. No obstante, por su edad y distintas condiciones de salud, la abuela muere al poco tiempo y esto la deja desamparada, con familiares que le resultaban ajenxs y que “no querían dar cariño”. “¿Y ahora quién me va a querer?”, se pregunta Flora antes de dejar su pueblo con una amiga que la trae a la frontera con Argentina.

Son comunes a todas las mujeres entrevistadas los relatos sobre la experiencia propia o de sus padres de haber pasado hambre. Cuentan que las marcó no sólo la escasez de

⁶⁰ En palabras de Domitila Chungara (2005, p.36) “la revolución del 52 fue un gran acontecimiento en la historia de Bolivia. Fue una conquista popular” producto de la lucha campesina y minera que demandaba, entre otras cosas, una reforma agraria y la nacionalización de las minas. La tierra y las minas para quienes las trabajan. Lamentablemente, como explicará también Domitila, el pueblo, la clase obrera y los campesinos “no estábamos preparados para tomar el poder” y tuvieron que entregarlo “a la gente de la pequeña burguesía que decía ser amiga nuestra”, pero que finalmente representaron a sus propios intereses.

⁶¹ Los nombres de las entrevistadas son ficticios para preservar su privacidad. Asimismo, en adelante, al referirnos por primera vez a cada una de ellas, entre paréntesis introducimos dos números que identifican respectivamente la edad y la cantidad de años que llevan en Mendoza.

alimentos, sino también, que no hubiese variedad. Les importaba cuánto y cómo se comía. Asimismo, algunas mujeres resaltan que, previo a la migración, por la falta de recursos económicos, “no conocían lo que era un pantalón”. A veces les alcanzaba solo para comer, dicen, pero también querían decidir cómo vestirse, “vestirse bonito”, dice Lohana (50, 40). Por su parte, en algunas historias de la ruralidad en Bolivia aparece el registro de “no conocer un hospital” como condición que, narrada con la experiencia migratoria ya a cuestas y en la vida presente, adquiere peso entre los motivos que las llevaron a migrar.

Las mujeres manifiestan que, en Bolivia, tanto en el campo como en las ciudades, todxs lxs integrantes de las unidades domésticas, de todas las edades, trabajaban. La falta de trabajo remunerado en las ciudades y las condiciones de trabajo agrícola, con familias que no tenían tierras propias y debían trabajar para otrxs, requerían de la participación de todxs en la vida productiva y reproductiva. Lxs niñxs de la familia cosechaban, pastaban ovejas, vendían mercancías varias o cuidaban de otrxs. Las hermanas más grandes, por su posición, tenían la responsabilidad de cocinar, cargar leña, mantener los alimentos calientes, cuidar de sus hermanxs más pequeñxs, limpiar y remendar la ropa. Esto último ocurría, especialmente, cuando sus madres y padres se desplazaban hacia pueblos cercanos en busca de trabajo o para vender mercancías.

A su vez, algunas entrevistadas manifiestan que estaban siempre alertas para contener situaciones de violencia intrafamiliar agravadas por el consumo problemático de alcohol de sus progenitores. El alcoholismo forma parte de los recuerdos traumáticos de la infancia y la juventud. Los padres, padrastros y, en algunos casos sus madres, bebían hasta embriagarse luego de terminar las jornadas de trabajo, en días de semana y, también, en las ferias y otros eventos festivos. Mariela (45, 28), entiende que el consumo excesivo de alcohol formaba parte de una vida que “se vivía al día”, donde lo poco que se ganaba y que no alcanzaba se gastaba en alcohol. Las dificultades materiales y las cargas de trabajo se “aguantaban” con alcohol. Asimismo, hay otras dos asociaciones entre el alcoholismo y la vida cotidiana que se repiten en los relatos y que están interconectadas entre sí. Durante las “borracheras” eran más frecuentes las situaciones de violencia intrafamiliar -de género y el maltrato infantil-. Esto implicaba, además de la responsabilidad de realizar el trabajo

reproductivo que por el estado de salud física y mental no podían realizar sus padres, la carga extra de hacerle frente al maltrato físico para protegerse a sí mismas y a sus hermanxs. Algunas mujeres relatan que estaban en un estado de alerta y “terror” (Mariela, 45,28) permanente por el riesgo sobre su indemnidad física y la de sus padres. Salvo por algunas pocas ocasiones en las que intercedían las abuelas, en la mayoría de los casos las mujeres refieren que no hubo ninguna clase de acompañamiento social, sanitario o vecinal para lidiar con esta problemática.

La crisis de los cuidados y de la sostenibilidad de la vida como antesala de la migración se imprime diferencialmente sobre las hermanas mayores. Ser la mayor “era sufrir un montón”, “llevar a los hermanos en la espalda” y, en ocasiones, por el hecho de ser mujeres, implicaba renunciar a la escolarización o que ésta se transformara en una carga más entre muchas tareas reproductivas. Mariela nos dice: “yo crié prácticamente a mis 5 hermanos, tenía a mis hermanos en la espalda” y cuenta que iba al colegio por obligación, sin estímulo. “No con ese interés de decir voy al colegio, voy a estudiar con ese entusiasmo”. Esto se daba así, porque al llegar a casa la esperaba mucho trabajo, hacer la comida para sus padres y sus hermanxs, ir a lavar al río y cargar un “montón de ropa en awayu”.

Javiera (52, 33) cuenta que “en el campo decían que las mujeres no necesitaban ir a la escuela, los hombres nomás” “Porque si me ponían en la escuela, ¿quién iba a pastar ovejas?, ¿quién iba a cuidar a los niños?, ¿quién iba a cocinar?”. Lohana, por su parte, relata que cuando sus padres se iban a cosechar se tenía que ir con ellos, “porque se llevaban a la más chiquita” y ella, por ser la mayor, tenía que cuidarla. “Siempre quedaba libre”, mientras que sus hermanos varones asistían a clases todo el año.

En las infancias y adolescencias que se transitan en contextos empobrecidos, en este caso en las zonas rurales de Bolivia sobre las que nos cuentan las entrevistadas, el lugar que se impone a las mujeres en la división sexual del trabajo, producto de la institución patriarcal, debe ser pensado como inextricablemente unido a las condiciones de clase y de vida en las comunidades. Sin acceso al trabajo y a la tierra y con una fractura de la vida en

comunidad para repartir las cargas de trabajo y los cuidados, las infancias y la escolarización en términos occidentales devienen un privilegio y una lupa distorsionada para comprender los relatos de infancia de estas mujeres.

A la vez que elaboran las experiencias de infancia y de juventud a la luz de las privaciones materiales y afectivas propias del contexto social y económico más general en el que vivían, las mujeres manifiestan “rabia” con sus padres por no haberlas mandado a la escuela, por no saber leer un papel o escribir su nombre, y por las exigencias del trabajo reproductivo que a veces las privaban del juego. Hay una tensión constante entre, por un lado, entender que sus padres hicieron lo que pudieron y que ellas recibieron de ellxs algo que les permitió abrirse camino en la vida y en la migración y, por otro lado, el enojo y la tristeza por las cargas de trabajo, el maltrato, las exigencias, el desamor y la falta de espacios para acoger sus singularidades como niñas. La mayoría de las mujeres no tuvo instancias colectivas o interpersonales para problematizar y sanar las heridas en los cuerpos y las huellas subjetivas que dejaron la rigidez y las carencias en las crianzas.

Hay un recuerdo común al relato de las entrevistadas que refiere a dos instancias que matizaban el sufrimiento y las exigencias de trabajo en la infancia y la juventud. La primera, es la presencia fugaz de las abuelas. Decimos fugaz porque en el caso de Flora, su abuela que la crio murió cuando ella tenía 9 años, y este fue uno de los motivos que la decidió a migrar. En el resto de las historias, las abuelas no convivían con ellas, “trajinaban” por distintos pueblos de Bolivia para ganarse la vida y, en ocasiones, venían de visita. A diferencia de investigaciones que dan cuenta del traspaso de cuidados hacia las abuelas, que permanecen en un lugar fijo a cargo de sus nietxs mientras lxs hijxs migran o se desplazan en busca de trabajo (Pérez Gañán y Neira Molina, 2017), las abuelas de algunas mujeres que entrevistamos “trajinaban” de una localidad a otra para ganarse la vida. Casi todas las mujeres recuerdan a sus abuelas con mucho cariño porque les daban afecto, las cuidaban mientras sus padres trabajaban, “les sabían traer para comer” cuando no tenían, eran las que ponían orden ante situaciones de violencia intrafamiliar, les daban consejos y con ellas aprendieron a cocinar. La figura de las abuelas es la del lugar/tiempo a salvo, la que posibilita el registro de una cotidianidad en la que era posible

aprender/trabajar jugando y volver a ocupar el lugar de niñas. Estos modos de habitar el abuelazgo desafían presupuestos sobre las adultas mayores como personas dependientes, con poca movilidad, o bien instadas a reproducir el rol de cuidadorxs que desempeñaron con sus hijxs, pero esta vez con lxs nietxs (Pérez Gañán y Neira, 2017).

La segunda instancia de disfrute eran los carnavales, tiempo de comparsas, bailes, confeti, challas y la alegría. Al igual que durante las visitas de sus abuelas, los carnavales abrían un paréntesis en la rutina marcada por las cargas de trabajo, la angustia y la tristeza. Durante algunos días, descubrían sus cuerpos por fuera de su presencia para el trabajo y los cuidados. El asombro al ver por primera vez los trajes y las máscaras de lxs bailarinxs y el “permiso” para bailar y mezclarse entre lxs asistentes, con hermanxs, tíxs y primxs, por fuera de la mirada de sus padres, hicieron del carnaval uno de los pocos recuerdos felices sobre Bolivia para la mayoría de ellas. Experiencia que algunas de las mujeres traerán y recrearán en Mendoza.

El contexto en Bolivia, previo a la migración, va configurando un protagonismo infantil espontáneo que adquiere su máxima expresión en la decisión de migrar en la infancia sin la familia; como en el caso de Flora, que decidió venir a la Argentina con una conocida de su pueblo a los 9 años. A partir de la confluencia del azar y la construcción de distintas estrategias para la supervivencia y los propios cuidados, las entrevistadas que migraron en la infancia pudieron abrirse camino en sus procesos migratorios.

Sobre estas estrategias y algunos encuentros azarosos profundizaremos en el siguiente apartado, que trata sobre las experiencias de cuidados durante las infancias y adolescencias en los caminos de la migración. Migración no como el hecho puntual de traspasar una frontera geográfica, sino como proceso continuo de mutación personal para hacerse un lugar en el mundo, en un mundo de adultxs, y como un transitar que no tiene demasiadas certezas sobre los lugares de destino y sobre las complicidades y deserciones que se irán tejiendo y destejiendo al andar.

2. Apegar con otrxs: redes de cuidados por fuera de la familia tradicional

Una de las conversaciones más disruptivas durante el trabajo de campo, porque derrumbó algunos de mis supuestos sobre las experiencias posibles para las infancias, fue con Flora, nacida en un pueblo campesino cercano a la Ciudad de Sucre. La mujer me contó que vino a la Argentina a los 9 años con una amiga. Personas de su pueblo le habían contado historias sobre Argentina, una de ellas, que era un sitio donde no faltaba trabajo.

¿Cómo hace una niña de 9 años para salir de su pueblo y migrar sola? Mi interrogante y supuesto inicial era que migrar sin la familia a los 9 años era equivalente a migrar sola. Flora fue explicando cómo lo hizo a partir de una categoría que ella misma crea: “apegando con otros”.

“Y agarré con las amigas y así me he venido. Me he criado casi en la calle. O sea que, apegando con otros, con otras” (Flora, 65 años).

“Apegar con otros” en la infancia, en la juventud y luego en la adultez de Flora significó crear vínculos inestables, circunstanciales y precarios, “con gente”, “con conocidos”, con la propia familia y con animales, que cambiaban cada año. Por su edad, por andar sin papeles, por no hablar el castellano, para Flora era vital “andar siempre apegando” como práctica ineludible para sobrevivir.

La posibilidad de “apegar con otros” surgía a partir de encuentros que tenía con personas que encontraba en el camino a medida que se alejaba de la casa de su abuela, donde vivió hasta que ésta murió. Adultxs que la veían sola, en ocasiones llorando, le ofrecían seguir camino con ellxs. Seguir camino con otrxs implicaba crear relaciones de intercambio. “Por un plato de comida”, a cambio de un techo, de ropa, o de cuidados frente al acecho policial, Flora entregaba su fuerza de trabajo para cuidar, para cocinar, para lavar, para cortar ladrillos o para cosechar.

Algunas relaciones de intercambio eran justas y contemplaban que Flora estaba en proceso de aprendizaje de tareas relacionadas con el trabajo en las cosechas y de cuidados. En estos casos, formaba parte de una red de trabajo y cuidados en la cual ella ocupaba un lugar propio y aportaba a la vida colectiva desde sus posibilidades físicas y desde sus saberes previos. Además de alimentos y un lugar donde dormir, recibía una paga por su trabajo, y cuando no podía hacer ciertas tareas que requerían fuerza y una cierta altura, “andaba como granero, con un tarrito sabía cosechar”. En estas experiencias registra que la querían y era apreciada por su inteligencia y por su disposición para hacer “lo que hiciese falta”. Cuando no sabía cómo hacer alguna tarea, pedía que le enseñaran. De esta forma, fue aprendiendo con otros el trabajo en la agricultura.

En otros encuentros, las relaciones de intercambio eran arbitrarias y abusivas, tal es el caso de la experiencia que tuvo con una mujer que, al llegar a Yacuiba, ciudad de frontera entre Bolivia y la Provincia de Salta en Argentina, le ofreció compañía para cruzar a cambio de que trabajara para ella en su estancia en Tartagal. El trabajo consistía en cuidar a su madre, a sus hijos y algunos animales de la granja. Flora recibía alimentos a cambio de su trabajo, pero la paga era “a voluntad”. En ocasiones no recibía plata por su trabajo. Debido a la falta de dinero, ella misma tenía que hacerse su propia ropa. Dadas las cargas de trabajo de cuidados, y que Flora reconoce que “nunca fue para la casa”, sumado a que se quería retirar de la estancia “porque había muchos mosquitos y la picaban”, comenzó a pensar en la posibilidad de irse.

Una tarde, mientras hacía algunas compras en el centro de Tartagal, al que llegaba caminando luego de recorrer más de 10 km, se encontró con una pareja con la cual entabló conversación. Le contaron que se venían para Mendoza a cosechar y le ofrecieron “un trabajito, no para cuidar a ellos, para ayudarlos a cosechar”. La pareja salía al otro día por la mañana, acordaron que a primera hora la esperarían en una plaza y partirían rumbo a Mendoza. A la mañana siguiente, Flora salió sin avisar a nadie y fue al encuentro de las dos personas con las que vendría a Mendoza.

Los recorridos de Flora y su manera de nombrar redes vinculares circunstanciales y precarias por fuera de la familia tradicional, que no son necesariamente amorosas, aunque en algunos casos lleguen a serlo, que reproducen jerarquías y en algunos casos las subvierten, resignificó mi forma de abordar y comprender las historias del resto de las mujeres que entrevisté. Des-cubrió pliegues en los relatos donde me fue posible identificar otros sentidos y formas de ese “apegar con otros”. Apegar con otrxs en encuentros fugaces y poco duraderos con personas que les enseñaron a usar un pico, la pala, a hacer surcos, a cortar papa, que las guiaron en algún camino, que les ofrecieron alguna merienda, que les ayudaron a defenderse de algún abuso, a alzar su voz, a leer y a escribir su propio nombre. Apegar con otrxs para recorrer caminos y, también, para arraigar en los territorios, para aprender oficios y, en el caso de las infancias, para transitar experiencias de escolarización marcadas por el racismo, como veremos más adelante.

Las relaciones circunstanciales y precarias que relatan las mujeres toman la forma de historias mínimas que disputan el lugar socialmente asignado a la familia nuclear como espacio de reproducción de la vida y los cuidados y a lxs niñxs como apéndices dependientes de la benevolencia de lxs mayores (Liebel, 2007). Son encuentros, relaciones o parentescos extraños, al decir de Haraway (2019), que se cuelan en los relatos de forma marginal en relación con el lugar subjetivo que ocupan las relaciones de sangre, pero que construyen una trama potente de apoyo mutuo. Apegar con otrxs no es un lujo, surge de una necesidad continua de buscar alternativas frente a diversas situaciones y tratos como la violencia intrafamiliar, no tener qué comer, la necesidad de cariño, de aprender oficios y trabajos que permiten algún grado de independencia material para elegir caminos.

Apegar con otrxs es un riesgo y una apuesta a des-familiarizar las relaciones de cuidados que, en palabras de Flora, “a veces es muy triste, porque no tenés a quién seguir, a quién arribar”. Aunque la familia nuclear y los cuidados de donde parten estén en crisis y exista la necesidad de fugarse de esa construcción social para salvar la propia vida, ese corrimiento implica un desgarró que, en ocasiones, no ha podido ser reparado. Algunas de las mujeres sintieron la falta de espacios y personas de referencia para acompañarlas y guiarlas en el día a día, en sus proyectos, en sus decisiones y en los conflictos que

implicaba vivir con otrxs, en su mayoría adultxs. Esto aparecerá de forma repetida en las narrativas sobre los padecimientos de la vida adulta.

La morada nómada que se construye con parentescos extraños (Haraway, 2019) no está exenta de reproducir relaciones paternalistas, el sexismo o la división sexual del trabajo. No obstante, en los relatos sobre las experiencias de hacer caminos de forma precaria y circunstancial con otrxs se alcanzan a ver trazos de vivencias donde pareciera haber menos rigidez en las relaciones interpersonales, donde se les concede a las niñas y a las jóvenes un ámbito propio y éstas pueden decidir sobre el curso de sus vidas, condiciones que estaban ausentes en las dinámicas de relación familiar previa a la migración.

A su vez, en esta forma de lazo social existe la posibilidad siempre latente de ocupar roles dinámicos y no sólo los socialmente asignados por sexo o por edad. Esto se observa especialmente en las experiencias de trabajo en la infancia y en la juventud, tema en el que nos sumergiremos en el siguiente apartado.

3. Fusión de trabajo productivo y reproductivo y trabajo extra en los recorridos migratorios de las mujeres en sus infancias

Al reconstruir y al conectar las narrativas de las mujeres sobre sus experiencias de trabajo en la infancia surgieron dos impresiones iniciales que fueron tomando mayor consistencia a medida que profundizábamos en el análisis de las entrevistas. La primera, que la frontera entre trabajo productivo y reproductivo era aún más difusa que en la adultez. La segunda impresión, en conexión con la primera, fue que sostener la vida cotidiana implicaba un trabajo extra, por las condiciones materiales en las que vivían, por ser niñas, por andar sin papeles, por no hablar el castellano y por el nomadismo inherente a la experiencia migratoria y al trabajo en las cosechas estacionales.

Los límites entre la vida productiva y reproductiva eran difusos porque, en el caso del trabajo en el campo, las mujeres vivían en las mismas fincas en las que trabajaban. En este sentido, la reproducción de la vida acontecía entrelazada temporal y espacialmente con el trabajo por el que ellas o sus familiares recibían una paga. Las niñas y jóvenes que eran hermanas mayores, además de trabajar con la tierra abriendo surcos o recolectando granos, tenían la responsabilidad de cuidar a sus hermanxs más pequeñxs y preparar los alimentos para reponer fuerzas luego de la jornada de trabajo. Habitualmente se les pedía que cambiaran de tarea de un momento a otro. En el caso de Flora, que migró a los 9 años apegando con otrxs, el borramiento de fronteras entre trabajo productivo y reproductivo fue más marcado, ya que por su trabajo recibía un plato de comida y protección frente a determinadas situaciones como el control policial en los trenes o la dificultad para comunicarse por no hablar castellano. Flora trabajaba como forma de autocuidado y de autonomía y, también, para recibir el cuidado de otrxs.

Para trabajar en el campo según las cosechas estacionales, las niñas y jóvenes realizaban un trabajo reproductivo extra relacionado con las condiciones materiales de vida en las fincas y en los territorios por los que transitaban en los caminos de la migración. Este trabajo extra, escasamente reconocido y no remunerado, consistía en armar carpas o acondicionar galpones para dormir, montar y desmontar estos espacios según se iban moviendo hacia donde el trabajo llamaba, transportando de un lugar a otro los elementos de limpieza, colchones y los instrumentos para cocinar. Una vez instaladas, acarreaban la leña y buscaban el agua para beber, “al baño había que ir donde se podía” (Javiera, 52, 33). Por su parte, Rita (59,50) recuerda especialmente “un galpón donde hacían las divisiones de las piecitas con telas nada más, entonces cada familia tenía su lugarcito en el galpón, así que ahí en ese galpón era, ahí había un baño para todos y el agua se sacaba de un pozo, otras veces nos tocaba vivir en casas abandonadas”.

El trabajo extra también se ve en el esfuerzo que hacían las mujeres para cuidar de sí mismas. Dada su edad y su condición migrante, por andar sin papeles y no hablar castellano, desarrollaron habilidades y crearon estrategias para abrirse camino en el mundo del trabajo y la vida cotidiana marcados por el sexismo, el racismo y el adultocentrismo.

Andar sin papeles y tener que esconderse de la policía o de los gendarmes implicaba un doble trabajo, el físico de esconderse y el emocional para lidiar con el miedo que les generaba la posibilidad de que las “descubrieran”. Mariela (45,28) cuenta que se metía debajo del asiento del tren para que no la vieran y Flora que “les tenía mucho miedo porque no tenía ni un papel”, entonces, en ocasiones, “les daba si quiere algo para comer para que no diga nada porque no tengo papeles y no tengo nadie con quien andar”.

Asimismo, para ganar algo más de dinero en el marco de un sistema de pago “al tanto” trabajado y para ganarse la confianza de lxs empleadorxs o de las personas con las que apegaban, tenían que hacer más de lo que se pedía, ser “bruta para trabajar, trabajar y ganar a los hombres, trabajar a la par de los hombres” (Flora, 65, 56). El trabajo “a la par de los hombres” y toda la diversidad de tareas que conocieron para ayudar a sus familias en las cosechas fue configurando en algunas de estas mujeres una socialización genérica disruptiva con los mandatos binarios sobre los cuerpos, los gustos y los trabajos que se suponía que debían hacer como mujeres. Mariela (45, 28) dice que de niña “parecía un varón, iba allá con las vacas cuando las llevan a arar, por ahí no trabajaban los otros, y yo entendía mejor y trabajaba”. Flora, por su parte, lo expresa de la siguiente manera:

“Lo único que abre mis ojos es el trabajo pues, de la casa casi poco, empleada no, empleada no. Puedo trabajar de cualquier cosa, pero menos de empleada. Empleada no me gusta porque no me gustaba lavar, hacer mandados. La chacra me manda, pero no me gustaba limpiar. Eso no me gustaba, hasta ahora soy así, como hombre, y así he pasado la vida”

A nivel subjetivo, las mujeres también notan que las experiencias de trabajo en la infancia las volvieron “muy hechas grandes” (Lohana, 50, 40), “como vieja” (Flora), con una seriedad propia de personas que ejercitaban continuamente una atención dispuesta a resolver problemas cotidianos de diversa índole: económicos, vinculares o de cuidados, entre otros. Las expresiones “muy hechas grandes” y “como viejas” muestran un registro por parte de las mujeres de un desfasaje entre el modelo social hegemónico de infancia ligado a la idea de moratoria social (Margulis y Urresti, 1998) y las infancias que ellas efectivamente encarnaron, con responsabilidades de trabajo y de cuidados de sí y de otrxs.

Las historias de trabajo en la infancia encarnan la definición de trabajo entendido como generoso, como lo aclara Dorothy Smith (Yañez, 2011), es decir: como “todo aquello que las personas hacen que es intencional, implica esfuerzo, habilidades y se realiza en un tiempo y un espacio determinados” (Smith, 2005:9). Los relatos nos permitieron ver una diversidad de tareas y cargas de trabajo habitualmente invisibilizadas, porque estamos acostumbradxs a mirar el producto del trabajo: el alimento preparado, el agua lista para beber o las habitaciones dispuestas para dormir.

Lo que las mujeres narraron con detalle fue el trabajo concreto que hacían en las cosechas y el trabajo reproductivo en términos de recorridos a pie, tiempos, aprendizajes, cuidados, estrategias de comunicación, energía física y emocional necesaria para generar condiciones básicas para la existencia, para recorrer los caminos de la migración y disponer los cuerpos para el trabajo, especialmente en espacios rurales. Este trabajo es doblemente invisible en las infancias, ya que se suele mirar con mayor seriedad el trabajo que realizan lxs adultxs en relación con el de lxs niñxs. Esto se ve, entre otras cuestiones, en la paga que recibían las mujeres por su trabajo que, en ocasiones, era inexistente y, en otros casos, a voluntad de padres o empleadorxs.

Otra dimensión que pone en evidencia lo difuso de los límites entre trabajo productivo y reproductivo en las infancias de las mujeres es el lugar que ocupó el trabajo como espacio de aprendizajes. Sobre esto reflexionamos a continuación.

3.1 Hacerse grande trabajando: el trabajo como morada y escuela a cielo abierto

En los relatos sobre infancias y juventudes, las mujeres relacionaron numerosos acontecimientos, sucesos, actividades, recuerdos corporales, emocionales y vinculares con

el espacio tiempo del trabajo. “Llorar trabajando, parir trabajando, cuidar trabajando, hacerse grande trabajando y aprender trabajando”, entre otros.

En este apartado, nos interesa específicamente resaltar el valor del trabajo como modo de “hacerse grande”. “Hacerse grande trabajando” no como una etapa vital a la que arribar en un discurrir lineal del tiempo, sino como modalidad de aprendizaje y de crianza a des-tiempo, con aceleraciones, retornos e interrupciones, y que no se circunscribe a las relaciones, roles y lugares que propician la escuela y el núcleo familiar tradicional. El trabajo aparece, entonces, como morada y escuela a cielo abierto.

Aprendieron a cortar ladrillos, construir casas, abrir surcos, cosechar uva, pelar caña, cosechar aceitunas, lavar platos, cosechar y embolsar papa, cosechar arveja, tomate, ajo, arrancar cebolla, zanahorias, coser ropa, cocinar a leña, armar carpas, a hablar castellano, a lidiar con las instituciones de salud y los controles policiales, a escribir, a cultivar flores, a cuidar de sí mismas y de otrxs. Estas tareas y habilidades requirieron un tiempo de aprendizaje, el trabajo de observar y repetir lo que hacían otrxs para aprender una determinada tarea y, también, personas dispuestas a hacer con ellas para que pudieran capacitarse.

Muchas de ellas vinieron de geografías distintas a las de Mendoza y en el camino de la migración se encontraron con cultivos que no conocían, la vid, por ejemplo:

En mi país ni una piedra levantaba yo, no conocía lo que es la viña, parral no conocía pues. Llegando acá he trabajado en el campo, antes no sabía, en Bolivia nunca había agarrado ni pala, ni pico (Flora, 65, 56).

Yo acá aprendí a manejar zapa, de todo, al principio no hacía mucho, no sacaba nada, estaba dos meses, tres meses, me mataba con el calor nomás, después le agarré maña y ahí pude ganar (Javiera, 52, 33).

Aprendían con sus padres y madres, a lxs cuales acompañaban diariamente y, también, con personas que, en encuentros fugaces o breves, se ofrecían a explicar cómo hacer trabajos específicos. Javiera recuerda que un contratista dedicó una semana entera a

enseñarle a cortar papa, ya que no era sencillo cortar los “ojitos” del tubérculo sin dañarlo. Junto con una “paisana” que conoció en uno de los tantos grupos de trabajo en las cosechas, practicaban después de hora. Como aprendieron tan bien, ya después las venían a buscar.

Los aprendizajes con el trabajo no se circunscribían a oficios o tareas concretas, también involucraban el desarrollo de competencias intersubjetivas como aprender a defenderse, “hacerse valer”. Javiera cuenta que, en los grupos de trabajo, en ocasiones, había mucha competencia con otras mujeres por ver quién cortaba más papa en menos tiempo. En estos casos recibía chistes o insultos que la incomodaban. La única manera que encontraba de tramitar el enojo que sentía, porque “era muy calladita”, era llorar. Hasta que un día, una compañera de cosecha le preguntó “¿por qué te callás?, ¿por qué no les contestás?” y la instó y apoyó para no seguir aguantando “ni de sus compañeras de trabajo ni de sus propios padres”, ninguna clase de agravio. Cierta día, mientras recibía burlas habituales en su entorno de trabajo se cansó:

Llegué a un límite y ya no lo aguanté y les respondí gritando, ni yo misma me entendí lo que me pasó, tanta rabia que se me ha juntado todo ese tiempo; agarré, lo tiré todo, me vine al galpón, y me fui diciendo que me paguen, que me voy (Javiera).

Finalmente, no se fue de la finca y las compañeras de trabajo no volvieron a molestarla. Dice que “desde ahí nunca más se calló”. La rabia aparece en este relato como dimensión encarnada de la experiencia que posibilita, con el apoyo de otras, pasar al acto y desmontar una situación injusta y, a la vez, dejar salir la propia voz. Sacar la voz también deviene experiencia encarnada y conocimiento nuevo de sí que posibilita nuevas formas de subjetivarse, en este caso, para integrar la timidez con la parte propia que no volvió a callarse ante el agravio y que aprendió a defenderse.

El trabajo emerge como instancia de aprendizaje de manera entrelazada con las experiencias de escolarización y, en ocasiones, como alternativa posible y situada para desenvolverse en el mundo del trabajo y de la migración, con sus ritmos, los tiempos que demanda, las destrezas que requiere, y por lo ineludible para la subsistencia.

A continuación, abordamos el tema del trabajo que implicó la escolarización en los contextos vitales de estas mujeres. Trabajo que en algunos casos dio como resultado que muchas de ellas decidieran abandonar la escuela y, en otros, desistieran en un principio de acercarse a ella.

3.2 Una tarea imposible: la escolarización para las infancias trabajadoras y migrantes

Las experiencias de escolarización fueron narradas por la totalidad de mujeres como proyectos trancos. Algunas manifiestan que tenían deseos de ir a la escuela, pero no pudieron porque no tenían documento, porque no había forma de conciliar la escolarización con las labores productivas y reproductivas y, en otros casos, fueron experiencias de racismo las que las expulsaron del sistema educativo.

Flora (65,56) cuenta que una vez, cuando tenía entre 10 y 12 años, se acercó a una escuela que estaba cerca de la chacra en la que trabajaba en Ugarteche, una localidad de Mendoza. Recordemos que las redes humanas de sostén para Flora se constituían por familias y trabajadorxs con lxs que apegaba en los caminos y en los lugares de destino a los que llegaba. Una vez en Mendoza, como decíamos, se acercó a una escuela para preguntar si podía empezar. En la escuela le respondieron que necesitaba un documento, pero nadie le explicó cómo hacer para sacarlo ni le preguntó cuál era su situación vital.

Javiera (52, 33), por su parte, alrededor de los 15 años, quiso empezar “en la nocturna” pero, por los horarios de la escuela donde preguntó y sus horarios de trabajo, le resultaba imposible. “¿En qué tiempo?, si salía a las 6 de la mañana e iba llegando a las 10 de la noche”. Lohana (50, 40) cuenta que en la escuela primaria “siempre quedaba libre” porque a mitad de año se iba a trabajar al campo. Ya en la adolescencia, terminó la primaria en una nocturna pero la secundaria no pudo empezarla porque por esas épocas ya trabajaba

limpiando en una casa y criaba a su propio hijo, no le alcanzaban las horas del día para estudiar.

Como mencionamos con anterioridad, Mariela (45, 28) iba al colegio “porque tenía que ir”, porque en realidad no le quedaban ganas ni energía para las tareas de la escuela, ya que al llegar a su casa la esperaba el cuidado de sus hermanxs, la limpieza de la casa, la preparación de alimentos y lidiar con situaciones de violencia intrafamiliar. Dependía exclusivamente de ella ir o no a la escuela y en un momento decidió dejarla “porque no daba a basto”. Sabrina (55, 17), acostumbrada a una vida migrante entre zonas rurales de Bolivia y Argentina, nos contó que para vivir en el campo “no hacía falta ir a la escuela, pero para andar por otros lados, sí”. Por último, Rita (59, 50) tuvo que dejar la primaria, entre otras causas, porque su madre no tenía dinero para comprarle útiles.

Los relatos del párrafo anterior dialogan solidariamente entre sí y ponen en evidencia al menos dos cuestiones. Por un lado, cuando Mariela dice “que tenía que ir” a la escuela, deja ver el peso del mandato de escolarización para las infancias. En su caso, este mandato provenía de su vecindad, donde algunas primas y otras niñas del barrio iban a la escuela todos los días. Mariela miraba con anhelo la posibilidad de tener una vida como la de ellas. Las vecinas contaban con recursos económicos y en sus unidades domésticas existía una división sexual del trabajo de cuidar. Las mujeres adultas se ocupaban de alimentarlas, vestir las y acompañarlas a la escuela y con los deberes. Para la madre y el padre de Mariela y para el Estado, la escolarización no era una prioridad. En efecto, menciona que “dependía de ella si iba o no”. Por otro lado, cuando Mariela dice que dejó la escuela porque “no daba a basto”, Rita porque en su casa no había plata para útiles y Sabrina porque en el campo “no hacía falta ir a la escuela” observamos que el mandato de escolarización cae. La escuela exige requisitos que exceden las posibilidades de estas infancias y, a su vez, la propuesta educativa no parece acoger y resonar con las vidas y el trabajo que ellas realizan a diario. En este sentido, tanto las instituciones como los mandatos se vuelven ineficaces y, por tanto, ilegítimas en sus contextos vitales. La institución escolar corre por un camino paralelo que no se toca con el que transitan a diario estas infancias.

Al releer estos relatos de experiencias sobre escolarización de forma integrada con las experiencias de trabajo en la infancia, con la situación migratoria de andar sin papeles y con las condiciones materiales de vida en la ruralidad y en algunas zonas urbanas, la impresión es que escolarizarse implicaba un gran trabajo, nuevamente, un trabajo extra y que, además, por momentos, la escuela estaba desarticulada de sus experiencias cotidianas.

Para comprender las dimensiones del trabajo que implica escolarizarse empecemos por el caso de Flora, que desde pequeña se ocupó de sus propios cuidados y además trabajaba en las cosechas. Para poder acceder a la escolarización le pedían un documento. Es decir, que hubiese tenido que comparecer sola ante algún registro civil sin hablar del todo castellano y sin papeles para solicitar un documento que acreditara su identidad. Imaginemos, como seguramente habrá hecho Flora, el escenario de una niña que acude sola y sin papeles a un registro civil para pedir que le den un documento que acredite su identidad. A lo mejor, lxs funcionarixs la hubiesen atendido con indiferencia, tal como sucedió cuando concurrió a la escuela, pero otro de los escenarios posibles, el que ella habitualmente temía sobre todo con la policía, es que la “pillaran” y la mandaran de vuelta a Bolivia. En este sentido, uno de los trabajos que implicaba escolarizarse era lidiar con las instituciones y poder acreditar una identidad válida para estos establecimientos.

Las instituciones, no solo las educativas, sino también las sanitarias, se centran en la responsabilidad social y legal de lxs adultxs para los cuidados y la organización de la vida de las infancias, pero hay historias de vida, configuraciones familiares y culturales donde son lxs niñxs quienes asumen la responsabilidad de sus cuidados. ¿Cómo se relacionan las instituciones con estas infancias invisibles? Probablemente, a través de castigos a lxs adultxs por “irresponsables” sin considerar las capacidades de lxs niñxs para tomar decisiones y, por último, aislando a las infancias arbitrariamente de sus estrategias y redes construidas.

Además de comparecer y lidiar con las instituciones y su burocracia, ir a la escuela requiere de una disposición de los cuerpos con la garantía de satisfacer determinadas necesidades fisiológicas como el sueño, la alimentación o el aseo personal. En el caso de

estas mujeres, tal como vimos en el apartado sobre experiencias de trabajo en las infancias, garantizar estas necesidades implicaba un trabajo extra. Armar carpas para dormir, acarrear agua por kilómetros, buscar leña para cocinar o compartir baño con otras personas. El trabajo reproductivo requería un tiempo extra de dedicación que se superponía con el requerido para poder asistir a horario de clase y, en ocasiones, las cargas de trabajo reproductivo las dejaban sin resto de energías para prestar atención a las tareas escolares.

En el caso de las niñas y jóvenes que trabajaban en las cosechas o cuidaban de sus hermanxs y de animales, estas tareas, que resultaban imprescindibles para la supervivencia familiar, se volvían incompatibles con los regímenes horarios y de actividad y descanso del año escolar. Las mujeres tenían que elegir entre el trabajo o la escuela ya que, tal como nos comentó Lohana, ausencias mayores a 15 días implicaban quedarse libre y en algunos casos perder el año completo y tener que empezar de cero al año siguiente, sin importar los motivos de la ausencia. En los procesos de escolarización hay una homogenización de las experiencias que invisibiliza el protagonismo infantil como modo de habitar el mundo en las niñeces.

Otra dimensión del trabajo que implica escolarizarse es el racismo institucional. Algunas mujeres abandonaron la escuela o se vieron amedrentadas para empezar por experiencias de maltrato ligadas al racismo. Valeria (34, 33) abandonó la secundaria porque “no aguantó más” que la insultaran por su país de procedencia. La experiencia de racismo venía desde la primaria, en una escuela donde eran “todos criollos” que se burlaban a diario de ella. La maestra no hacía nada ante esta situación. A Valeria le hubiese gustado terminar la secundaria y estudiar medicina forense, porque le parecía apasionante “conocer qué hay adentro del cuerpo de uno”, pero eligió preservar su integridad física y subjetiva y no volver a ninguna institución educativa. Dice que esta experiencia la marcó de tal forma que, durante años, cada vez que se le acercaba “un criollo” agachaba la cabeza. Esta experiencia de racismo encarnada la alejó de los centros de salud y la llevó a elegir trabajos con cierta autonomía, en su casa, como refugio frente a posibles agresiones racistas. Por su parte, Javiera, que quiso empezar de grande a estudiar, no se animó por miedo a “sentirse

discriminada” y a “pasar vergüenza” por su edad y por experiencias previas de racismo que tuvo en el ámbito del trabajo y en el barrio donde vivía.

Al analizar en detalle los relatos, encontramos que el trabajo de escolarización implicaba al menos las siguientes condiciones: conciliar la escuela con el trabajo productivo y los cuidados de sí y de otrxs, garantizar necesidades fisiológicas básicas de los cuerpos, hablar castellano, tener documentos, disponer de útiles escolares, comparecer ante las instituciones educativas y, por último, lidiar con el racismo institucional. En este marco, cuando algunas de ellas optaron la decisión de dejar la escuela fue producto de la necesidad de garantizar la supervivencia, el sustento económico y preservar la integridad física y emocional. Sus decisiones pusieron en cuestión mandatos sociales, paternos y estatales que consideran que la escuela es el espacio adecuado para la socialización, los aprendizajes y la proyección al futuro de las infancias.

Aun cuando la decisión de huir de la institución escolar les permitió protegerse física y emocionalmente, no debemos olvidar que algunas mujeres manifestaron que les hubiese gustado estudiar, aprender a escribir, sumar y que tenían deseos de hacer carreras como medicina forense o enfermería. Al ser expulsadas, no pudieron apropiarse de conocimientos que posibilita la formación escolar, ni cumplir con determinados requisitos para estudiar una carrera universitaria.

Ya en la adultez, el analfabetismo las puso en una situación de desventaja y dependencia económica y de cuidados de otrxs. Por ejemplo, Javiera, que ya tiene más de 60 años, quisiera tener su verdulería propia como forma de ingreso, ya que, por algunas dolencias propias del desgaste físico de años de trabajo en la agricultura, no puede hacer tareas que requieran un gran despliegue físico. Sin embargo, como no aprendió a leer, a escribir y a sumar, dice que sería muy difícil llevar adelante este proyecto y que, por tal motivo, depende de “la ayuda que le dan sus hijos”. En otros casos, no saber leer ni escribir implica tener que ir acompañadas a la consulta médica para que algunx familiar tome nota de las indicaciones médicas y les ayude a identificar los horarios y las dosis de los medicamentos.

Para finalizar, a partir de los relatos de experiencias, podemos decir que estas infancias no configuran sujetos esperables y deseables por las escuelas, instituciones éstas pensadas para un tipo de infancia que vive en una familia nuclear con roles previamente estipulados en relación con la repartición de tareas productivas y reproductivas, y donde los niños no tienen más responsabilidad que estudiar. En este sentido, hay una desarticulación entre los contenidos que se enseñan, los requerimientos de asistencia, las normativas de admisión y las experiencias de estas niñas como protagonistas de sus vidas y del trabajo. Aunque en Argentina existe una Ley de Migraciones que manifiesta el derecho a la escolarización de cualquier habitante, independientemente de su situación migratoria, este marco normativo no se articula con políticas que atiendan a la erradicación del racismo institucional, como lo muestran crudamente estos relatos.

3.3 El trabajo de cuidar en la infancia en zonas urbano-marginalizadas: la experiencia de Lohana

En líneas anteriores hemos analizado cómo se encarnaba el trabajo de cuidados en la infancia de forma entrelazada con diversas formas de trabajo productivo. En primer lugar, en Bolivia, en el contexto previo a la migración, donde las hermanas mayores cuidaban de sus hermanos, de sus padres y, además, estaban avocadas a diversas tareas reproductivas como el cuidado de animales para la ganadería familiar. En segundo lugar, el trabajo de cuidar en la infancia en los recorridos migratorios y en el marco del trabajo familiar o con parentescos circunstanciales en las cosechas estacionales y en condiciones más estables del trabajo rural. Desde el trabajo de construir relaciones de apego para poder migrar y cuidarse, hasta el trabajo de cuidar de sí en procesos de escolarización marcados por el racismo y la expulsión.

A continuación, a partir del relato de Lohana (50, 40), una de las entrevistadas que desde pequeña se estableció junto a su familia en un barrio de la Ciudad de Mendoza,

analizamos algunas particularidades del trabajo de cuidados en la infancia y en la adolescencia en un barrio urbano marginalizado. Decidimos trabajar específicamente con este relato, porque fue la única entrevistada que vivió su infancia en la ciudad, durante los primeros años de migración. Por su mayor cercanía con las instituciones de salud y distintos medios de comunicación, algunas experiencias de cuidados en la infancia estuvieron marcadas por los contactos que estableció con el sistema biomédico, aspecto que nos interesa abordar específicamente en el apartado que sigue. No obstante, antes de adentrarnos en dicho tema, resulta pertinente contextualizar algunos aspectos de la vida cotidiana de Lohana y el rol que ocupaba en su configuración familiar.

En el relato de Lohana se reedita la experiencia común con el resto de las mujeres en cuanto a que “agarró el rol de cuidar a sus hermanos” porque sus padres se iban a trabajar o “se ponían a tomar”. El alcoholismo materno y paterno insiste como problemática socio-sanitaria invisibilizada que implica un trabajo extra de cuidados para las infancias y adolescencias. En su caso, asumir las tareas reproductivas del hogar, cuidar de sus hermanxs de forma directa, saber por dónde andaban, vestirlos, bañarlos y, a la vez, cuidarlos de los peligros potenciales de la intoxicación alcohólica de sus progenitores. Vigilaba a su madre cuando intentaba dar de mamar a su hermanito porque, en ocasiones, lo hacía alcoholizada. En esos momentos se acercaba y “tenía que sacárselo de los brazos”. Como su padrastro también bebía en exceso, y en esas circunstancias violentaba a su madre, refiere que también tenía que “vigilar y cuidar a su madre de su padrastro”.

De la violencia de su padrastro “se defendían como podían”. A medida que Lohana fue creciendo junto a sus hermanxs, y dado que las denuncias policiales que hacían eran sistemáticamente desoídas porque sus testimonios como infancias no contaban en el mundo policial y de la justicia adultocéntrico, racista y sexista, comenzaron a enfrentar a la pareja de su madre y a desarrollar fuerza y confianza en sí mismxs. No le daban respiro, “con piedras, con un fierro o con lo que hiciese falta” conspiraban entre hermanxs y con algunxs vecinxs de su edad para frenarlo. De esta forma, el hombre dejó de pegarle a su madre.

Las experiencias de cuidados de Lohana ponen en relieve que algunas niñas no se apoyan necesariamente en la protección de lxs adultxs frente a las violencias y, en este sentido, buscan continuamente estrategias para defenderse a partir de prácticas solidarias de autodefensa. En cuanto actúan como protagonistas de sus propios cuidados y el de sus pares, comienzan a cuestionar las estructuras paternalistas de la sociedad (Liebel, 2011). Este cuestionamiento a la tutela adulta toma la forma de un protagonismo infantil que se gesta bajo unas determinadas condiciones socioeconómicas, vinculares, de salud y de cuidados, para atender a las diversas problemáticas y necesidades que se presentan en la vida de todos los días.

A continuación, analizamos cómo toma forma el protagonismo de Lohana con los cuidados de la salud, específicamente en la faz de las relaciones con el sistema de salud en Mendoza.

3.3.1 El adultocentrismo del sistema sanitario

Una tarea extra de cuidados en la infancia y adolescencia que hacía Lohana, que no apareció en los relatos sobre la vida en la ruralidad y en zonas urbanas de las otras mujeres, es el cuidado de la salud en términos del vínculo con el sistema sanitario. Nos contó que se encargaba de llevar a vacunar a sus hermanxs y que “no había campaña que se le escapara”, “aunque estuvieran vacunados yo igual los vacunaba por las dudas”, nos cuenta entre risas. Para esa época, tenía 13 años y además de cuidar trabajaba como cocinera en una casa. Ante la pregunta sobre ¿cómo sabía que les tocaba vacunarse?, explicó lo siguiente

...porque siempre avisaban en los carteles de las campañas de la Universidad, que me quedaba cerca, así es que al dentista también los llevaba ahí. Y si no, por la tele también me enteraba (Lohana).

Lohana estaba atenta a múltiples tareas en simultáneo en relación con sus propios cuidados y los de sus familiares. Aquellas relacionadas con los controles obligatorios de salud implicaban un trabajo y habilidades que, tal como muestra la historia sobre la vacunación de sus hermanxs, desarrolló de forma metódica y planificada, como estar atenta

a las campañas de vacunación en medios audiovisuales, llegar a horario los días de vacunación y crear estrategias para contener el miedo que generaba en sus hermanxs dicha práctica.

En otros casos, fue haciendo y aprendiendo sobre la marcha en el marco de sucesos inesperados, como cuando su hermano enfermó de apendicitis y lo acompañó al hospital para que lo atendieran. En esta última situación, se acercó en taxi a la guardia de urgencias del hoy desaparecido Hospital Emilio Civit y comentó que a su hermano “le dolía la panza muy fuerte”. Tras el diagnóstico de apendicitis aguda y la necesidad de realizar una cirugía, lxs médicxs le pidieron que fuera a buscar a su madre para hacer el papeleo administrativo necesario para la internación y para prestar consentimiento para la cirugía. Su madre estaba alcoholizada cuando fue a buscarla y a duras penas pudo ayudarla a estar en condiciones para ir al hospital.

La orden de buscar a su madre para dar el consentimiento y cumplimentar el proceso administrativo de la internación de su hermano pone en relieve algunos supuestos en relación con los cuidados que son ordenadores del acceso y la atención en el sistema sanitario. En primer lugar, que el trabajo de cuidar es una responsabilidad de las mujeres adultas/madres y, en segundo lugar, que las infancias y adolescencias no tienen la capacidad para hacer trámites y tomar decisiones como prestar consentimiento para un procedimiento médico. En relación con el imaginario sobre la infancia, el sistema de salud tiene a la vista un modelo de niñez tutelada en el cual son lxs niñxs quienes reciben cuidados de lxs adultxs y son estxs últimxs quienes toman decisiones por ellxs.

Si esta es la infancia posible en el imaginario médico y legal, ¿cómo es que Lohana llegó a la guardia de urgencias con su hermano y logró ser atendida? No sabemos si algunx de lxs médicxs y trabajadorxs administrativxs que la recibió se hizo esta pregunta, pero impresiona que, al llamar a “la madre” para que tome la posta en los cuidados, se negó lo evidente, que era ella quien estaba a cargo de los cuidados de su hermano en ese momento y, a su vez, el trabajo y las habilidades que desplegó para llegar hasta el hospital. El sistema médico podría argumentar que era irremplazable la presencia de unx adultx porque se

trataba de una situación crítica con riesgo para la vida si no se actuaba con celeridad y que, por aquellas épocas, el consentimiento informado requería obligatoriamente la firma de una persona mayor de edad⁶².

El marco normativo sobre los derechos de lxs pacientes ha cambiado en los últimos años e incorpora el derecho de lxs niñxs a decidir sobre prácticas y procedimientos que lxs afectan directamente, pero no explicita ninguna postura en relación con el rol de las infancias cuidadoras. Ausencia que encontramos problemática ya que, por un lado, no pone en cuestión el funcionamiento cotidiano de los servicios de salud que se organiza, al menos institucionalmente, a partir de la coordinación de trámites y tareas de cuidados de forma exclusiva con lxs adultxs. Asimismo, invisibiliza y, por tanto, no acompaña y deja desprotegidxs a lxs niñxs que, como en el caso de Lohana, son responsables del vínculo que establecen algunas unidades domésticas con el sistema de salud.

El relato de Lohana muestra, en consonancia con las producciones teóricas y los relatos de experiencias sobre protagonismo infantil, que lxs niñxs son capaces de asumir con responsabilidad y criterio tareas complejas para el sostenimiento de la vida. A continuación, veremos que este protagonismo no se asume “como si fueran adultxs”, sino con formas propias en las que se dejan ver las huellas del juego como modo de hacer y de aprender.

4. “Yo era la mujer maravilla”: cuidar jugando

La expresión “yo era la mujer maravilla” fue dicha por Lohana cuando le pregunté quién la cuidaba cuando era niña. Si sus padres no estaban habitualmente disponibles, sino

⁶² Desde el año 2009, la Ley 26.529 sobre Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud prevé el derecho de lxs niñxs a intervenir en la toma de decisión sobre procedimientos médicos que involucren su vida o su salud. Ver texto de la Ley: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>

que más bien era ella la que lxs cuidaba, y si además estaba a cargo de sus hermanxs, ¿quién cuidaba de ella? Ella respondió lo siguiente

Yo era la Mujer Maravilla (risas). Cada vez que yo me acuerdo, tenía no sé si 10 u 11 años, me acuerdo que en la cancha de Gimnasia había, no sé si sabíamos ir a buscar leña, pero esa vez creo que era leña, entonces mi mamá me dice “anda a la casa a buscar la sogá”, bueno y me fui caminando. Llego a mi casa, me puse un vestido azul, siempre me acuerdo, y me puse unas botas, tenía unas que me habían regalado y digo bueno, yo soy la Mujer Maravilla. Agarré la sogá, llegué a la rotonda, di tres vueltas y me largué corriendo hasta la Universidad y hasta la cancha de Gimnasia sin parar, porque yo era la Mujer Maravilla (Lohana).

La primera impresión que tuve al escuchar cara a cara a Lohana y luego al leer este fragmento fue que la expresión “yo era la mujer maravilla” tenía que ver con el estereotipo patriarcal de mujer y heroína que todo lo puede, que “salva” y cuida a lxs demás sin pedir nada a cambio. La frase mostraba las huellas de una socialización de género que provocó una sobre adaptación construida a la fuerza, en parte por la necesidad concreta de cuidar de ella y sus hermanxs y, seguramente, reforzada también por los mandatos sociales patriarcales ligados a lo femenino. Sin embargo, en lecturas subsiguientes fue tomando otro sentido concurrente, el de trabajar o hacer jugando.

Cuando describe cómo se preparó para la tarea que le fue asignada, en la cual la presencia circunstancial de la sogá habilitó la posibilidad para imaginarse junto con sus ropas como la mujer maravilla, el juego aparece como un modo de hacer en el que se lleva a cabo una tarea con la atención puesta en el presente. Trabajar jugando muestra un compromiso con la tarea y, a la vez, la aleja del lugar de lo impuesto o de la obligación. El juego aparece, entonces, como un modo de hacer desde sí misma, desde la ternura, con alegría, y como un espacio e impronta propios en medio de los relatos sobre su estar disponible para el cuidado de otrxs.

Al identificar el juego como modo de trabajo en el relato de Lohana, fue posible rastrear experiencias similares o contrapuestas en los relatos de otras mujeres. De esta

forma, aparecieron detalles en los que antes no habíamos reparado, como el disfrute que les ocasionaba poder elegir los colores de las ropas con las que querían vestirse o con las que vestían a sus hermanxs, o la alegría que les causaba “tirarse granos de uva” (Javiera, 52, 33) o “cascotitos de tierra” (Rita, 59, 50) mientras cosechaban y en los descansos. A Mariela (45, 28) le gustaba el color amarillo y el naranja, y cuenta que, al elegir las remeritas para vestir a sus hermanos, trataba de elegir estos colores e imaginaba que sus hermanos eran “como patitos en fila”. La elección de los colores en la ropa era de un juego, era una forma de demostrar cariño, una dimensión importante de los cuidados.

Como contrapartida, algunas mujeres manifestaron que, por momentos, no habían tenido infancia o que su infancia fue triste. Cuando indagamos sobre esta afirmación nos contaron que, en ocasiones, no las dejaban jugar, que “no conocieron un juguete” (Mariela), o que recibían retos si jugaban mientras hacían alguna tarea reproductiva que se les había encomendado, como ir de compras o cocinar. Si tiraban o se estropeaba algo por jugar, las castigaban. El trabajo aparece, a diferencia de los relatos previos, como una responsabilidad que asumían para sostener la vida y, a la vez, como una carga que había que cumplir para no recibir un castigo. En estos casos, se escucha en las mujeres un reclamo legítimo hacia sus padres y madres por haber quedado ocultas sus niñeces, sus deseos, sus penas y sus miedos detrás de las tareas que les asignaban.

De igual modo que el juego se cuele y va horadando la rigidez y la aspereza de las infancias, aparecen escenas y aprendizajes significativos que las entrevistadas rescatan como herencia amorosa por parte de sus padres y madres. A continuación, intentamos dar cuenta de algunos de estos espacios y tiempos compartidos que también hacen parte de sus modos de estar en el mundo y vincularse con las prácticas y los sentidos de los cuidados.

5. La huella amorosa y discontinua del cuidado de sus madres

Además de los cuidados recibidos por parte de sus abuelas en Bolivia, las mujeres rescataron pedacitos de tiempo compartidos con sus madres que dejaron marca como experiencias de cuidados. Tiempos y espacios acotados en los que recibían su atención, cariño, la herencia hecha relato de anécdotas de infancia, consejos, y en los que podían descansar de estar alertas sobre el estado anímico, físico y de salud de sí mismas y de otrxs. Una experimentación que abría una grieta en la rutina aprendida de cuidar a otrxs como condición de posibilidad para ser cuidadas.

Acontecimientos y rituales intermitentes u ocasionales en los cuales lograban ingeniosamente ser el centro de la escena por un rato, espacios para experimentar la vulnerabilidad como algo deseado, el contacto físico con sus madres y el juego sin tiempo. Lejos de los relatos heroicos sobre la ética maternal ligada a la incondicionalidad, las relaciones que la mayoría de las mujeres establecieron con sus madres se configuraron en una trama discontinua, con períodos de dolorosa ausencia o indiferencia y con espacios/tiempos que de manera inesperada devinieron ocasión para conectar con ellas con la sola intención del goce.

Lohana le llama el “lugarcito de su mamá” a un rincón de la casa donde tiraban una frazada en el piso algunos días de la semana a la hora de la siesta. Con la excusa de que “estaba llena de piojos”, cuestión que sucedió durante algunos períodos de su infancia, le pedía que le “revisara la cabeza”

“Mami, me pica la cabeza, revisame si tengo piojos”. Y me decía, “bueno, sentate”, y me acostaba. “No, no tenés nada”. “Sí, si tengo”. Me gustaba que me revisara, y por ahí me dormía en su falda y me dejaba que me durmiera un rato. Después ya me levantaba. Eso es lo único que recuerdo del lugarcito de mi mamá; ella sentada ahí y yo le preguntaba cómo era allá (Bolivia), cómo es esto y aquello, entonces creo que mis hermanos se han perdido todo eso (Lohana, 50, 40).

El lugarcito era también la calesita, donde en una oportunidad alguien les tomó una foto donde Lohana y su madre aparecen sonrientes, una foto que posteriormente le regaló a su primer hijo como la herencia más valiosa de su pasado. Para otras mujeres, los rituales preciosos eran las salidas al parque o los festejos de cumpleaños donde les preparaban alguna comida o decorado especial para festejarlas.

En ocasiones, algunos de los encuentros rituales, que desde la perspectiva de algunas mujeres restituían a sus madres en una posición de guía, tenían que ver con conversaciones en las que les daban consejos. Las mujeres agradecen que sus madres hayan sido insistentes con el valor de la limpieza, la honestidad y el trabajo sacrificado. Entienden que estas recomendaciones les permitieron abrirse camino, sobre todo en el mundo del trabajo, pero también en las comunidades que compartían con “criollos” (Valeria, Mariela, Lohana). En efecto, mencionan que eran valoradas en sus trabajos por su honestidad y por su predisposición para hacer cualquier tarea. Mariela cuenta que, de adulta, mientras trabajaba de forma remunerada como trabajadora del hogar en la casa de un reconocido médico de Mendoza, era constantemente puesta a prueba por sus patronxs que dejaban dinero o joyas detrás de los sillones para ver si se los llevaba.

Con sus consejos, sus madres dieron a entender con firmeza que, para abrirse camino en un mundo racista y sexista que pone bajo sospecha permanente a lxs migrantes, era preciso ser doblemente honestas, trabajadoras y aprehensivas con la limpieza. Aquí aparece nuevamente la idea de un trabajo extra que debían hacer las mujeres. La enseñanza por parte de sus madres de elementos simbólicos para moverse en sociedad, que en este caso encarnan en el mandato de la limpieza, la honestidad y el trabajo duro, tiene entonces una doble faz. Como dimensión valorada de los cuidados recibidos y, a su vez, como un mandato de trabajo extra⁶³ necesario para transitar mundos racistas.

⁶³ Nos referimos al trabajo extra -respecto de personas de la misma edad y sexo de clases sociales medias y altas- que realizan lxs niñxs y jóvenes de sectores populares y migrantes para generar las condiciones materiales básicas de existencia, escolarizarse y garantizar la disposición física y emocional de los cuerpos para realizar dichas labores.

6. Síntesis del capítulo

A partir de los relatos de las mujeres sobre sus experiencias de cuidados en la infancia, identificamos una resonancia entre dichas experiencias y la categoría protagonismo infantil espontáneo, que se refiere a lxs niñxs que, por su situación social, deben garantizar la propia supervivencia o de personas cercanas (Liebel, 2007).

Una estrategia para garantizar las necesidades materiales y de cuidados y sobrevivir en el proceso migratorio fue *apegar con otrxs*, que alude a la construcción de vínculos inestables, circunstanciales y precarios, “con gente”, “con conocidos”, con la propia familia y con animales.

Por las condiciones de vida en la ruralidad, con dificultades para el acceso a servicios básicos como el agua y la vivienda, por la edad, por ser migrantes y andar sin papeles, por no hablar castellano, por el racismo, el sexismo y el adultocentrismo, las niñas y jóvenes hacían un trabajo extra para generar las condiciones materiales básicas de existencia, recorrer los caminos de la migración, ir a la escuela, conseguir y mantener un trabajo y garantizar la disposición física y emocional de los cuerpos para realizar dichas labores.

La crisis de los cuidados y de la sostenibilidad de la vida se imprimió diferencialmente en las experiencias de trabajo reproductivo y de cuidados que desempeñaron algunas de las mujeres por su posición de hermanas mayores. Dada la imposibilidad de externalizar las tareas de cuidados, asumieron o les fueron delegadas obligaciones y responsabilidades en las tareas de la casa, el cuidado de lxs hermanxs pequeñxs y el vínculo con el sistema sanitario y educativo. Debido al rol que asumieron como infancias cuidadoras, algunas abandonaron la escuela. Las instituciones educativas y sanitarias, que se estructuran a partir una concepción clasista que supone que lxs niñxs asisten a la institución escolar con las necesidades materiales y de cuidados previa y exclusivamente resueltas por lxs adultxs de la familia nuclear, expulsan a niñeces protagonistas que participan activamente de las actividades de subsistencia y cuidados.

Como alternativa situada de aprendizaje y cobijo, las mujeres refieren que se hicieron grandes trabajando. El trabajo tomó el lugar de morada y espacio de aprendizaje a cielo abierto, con y contra la familia y la escuela como espacios sociales idealizados para transitar la niñez.

A continuación, proponemos un recorrido por las experiencias de cuidados en la adultez, en los desplazamientos que hicieron las mujeres desde el trabajo agrícola hacia otras labores remuneradas como los trabajos de cuidados o el comercio en zonas urbano marginalizadas. Con el paso del tiempo y a partir de estos desplazamientos, se evidencian huellas subjetivas de las experiencias de cuidados en la infancia y, a la vez, desvíos, resistencias y procesos de re-subjetivación que hacen ebullición con sus propias experiencias de maternidad, el acoso policial, el racismo, los encuentros en ronda con otras mujeres y el vínculo con el sistema de salud.

CAPÍTULO V

Experiencias de cuidados en la adultez

Este capítulo gira en torno a las experiencias de cuidados de las mujeres en la adultez. Durante esta etapa, la maternidad se entrelaza y produce tensiones con los trabajos remunerados y las responsabilidades previas en relación con el cuidado de otrxs familiares.

En primera instancia, abordamos la relación entre el trabajo productivo y los cuidados de sí y de otrxs, especialmente en relación con la crianza de sus hijxs. En este marco, emergen como temas de conversación los procesos de desgaste físico que experimentan las mujeres producto de las cargas de trabajo y las limitaciones para cuidar su salud debido a la escasez de tiempo por la superposición de tareas. También profundizamos en los avatares cotidianos para conciliar los cuidados de lxs hijxs con labores agrícolas y domésticas remuneradas. Por último, analizamos cómo la vida y el trabajo en la ruralidad dan forma a los recursos y las estrategias que despliegan para cuidar de sí en situaciones de violencia sexista.

En segunda instancia, analizamos la ligazón que establecen las mujeres entre las privaciones, violencias, relaciones asimétricas de género y el racismo que experimentaron en la infancia y su preocupación y el esfuerzo denodado para que sus hijxs “no sufran lo mismo” que ellas. Desde nuestra perspectiva, esta preocupación configura una ética común de los cuidados en sus experiencias de maternidad y migración.

En tercer lugar, hacemos un recorrido por las experiencias de cuidados en los vínculos pasados y presentes respecto del sistema de salud. Aquí nos referimos, por un lado, a las situaciones vitales que las acercaron a la biomedicina y, por otro lado, al trabajo

que implica para ellas acceder a los servicios sanitarios, seguir indicaciones médicas y establecer relaciones satisfactorias con lxs agentes de salud, entre otras tareas. Asimismo, visibilizamos las implicancias del cuidado de familiares en el final de la vida y en procesos de salud y enfermedad con dependencia física absoluta. En estos casos, se pone en relieve cómo la forma en que se hace presente el Estado con sus instituciones sanitarias y de asistencia social condiciona las cargas de cuidados que recaen sobre las mujeres. Para cerrar esta temática, a partir de expresiones de deseo, descontento y de agrado que manifestaron las mujeres en relación con sus experiencias de atención médica, sistematizamos dimensiones de los cuidados que ellas identificaron como necesarias para producir encuentros satisfactorios con el sistema público de salud.

Casi en el cierre del capítulo, presentamos algunos relatos de experiencia sobre los cuidados de sí mismas en relación con los modos de mirarse y reconocer sus cuerpos, identificar relaciones y actividades placenteras o, por el contrario, vínculos afectivos y prácticas de cuidados que cargan con la inercia de mandatos de género y edad que no desean cumplir. En el proceso no lineal de aprendizajes para cuidar de sí, las mujeres identifican una ausencia de espacios para adquirir conocimientos sobre sexualidad, reproducción y, también, para desnaturalizar y abordar situaciones de violencia sexista y racista. En este sentido, uno de los temas emergentes en dichos relatos es la educación sexual integral como recurso para practicar cuidados.

Para finalizar, nos referimos a la diversidad de paisajes cotidianos, musicales, afectivos, culinarios y vegetales que las mujeres crean para garantizar la subsistencia y los cuidados y, a la vez, como modo de invención de mundos poéticos y profundamente políticos en los que defienden aquello que es valioso para ellas y para compartir con otrxs. Paisajes que, desde nuestra perspectiva, desbordan los sentidos económicos y afectivos atribuidos a los cuidados y se vuelven tangibles a partir de la activación de los sentidos perceptivos que habilita la presencia física en el territorio y el mundo doméstico al que las mujeres nos permitieron entrar.

1. Experiencias de cuidados y su vínculo con el trabajo productivo

En los relatos sobre la juventud y la adultez, en los cuales las mujeres cuentan sus experiencias de maternidad, relaciones de pareja y otros parentescos, el trabajo productivo en las cosechas y de cuidados remunerados se manifiestan como espacios-tiempos ordenadores de los cuidados de sí, de sus familiares y, también, de las redes de apoyo mutuo con otras mujeres. “Trabajando nació el tercero en el norte” nos cuenta Sabrina (55, 17), que cuando parió a su primer hijo recibió la ayuda de unas vecinas que trabajaban con ella en una finca de Santiago del Estero donde vivió una temporada. “Nosotros comemos trabajando”, nos dirá posteriormente Sabrina. Por su parte, Valeria (34, 33) nos contó que “pasó embarazos trabajando” y cuando sus hijxs estaban recién nacidxs se lxs llevaba para cuidarlx mientras recolectaba flores. En el caso de Mariela (45,28), que trabajó durante algunos años limpiando casas por horas, cuenta que llevaba a su hijo mayor al trabajo porque no tenía con quien dejarlo.

La centralidad del trabajo para la reproducción de la vida y los cuidados se observa en la logística que demanda a las mujeres conciliar su doble presencia (Parella, 2003). Por un lado, como proveedoras de recursos materiales y económicos para la subsistencia y, por otro, como garantes sexual y racialmente asignadas al trabajo reproductivo y de cuidados directos sobre las personas.

Las experiencias de trabajo agrícola y de cuidados remunerados dejan huellas en las prácticas de cuidados sobre sí mismas y sobre otrxs: “trabajar enferma” (Flora, 65, 56) o “hacer lo que más se podía” (Flora) para no perder la paga del día y porque “te querían por cómo trabajabas” (Flora), “dejarse estar” (Javiera, 52, 33) “dejarse para lo último” (Lohana, 50, 40) y “aguantar” (Valeria, 34, 33) por anteponer labores productivas y las necesidades de cuidados de sus familiares a las suyas propias. Las cargas de trabajo productivo y reproductivo y la postergación de los cuidados propios se imprimen en las corporalidades como procesos de desgaste que las mujeres perciben con el paso del tiempo.

Javiera (52,33) refiere que tiene artrosis en sus manos por el uso continuado de tijeras para podar y productos químicos para la limpieza en trabajos donde no le garantizaron elementos de protección. Flora manifiesta que “le duele toda la columna y el hombro” y lo asocia con haber sido siempre “bruta para trabajar” y luego agrega, “es lindo trabajar así cuando estás joven, pero cuando tienes edad a veces sientes dolores”. Mariela (45, 28), por su parte, refiere que hasta los 40 no hizo controles de salud, “es como que vos decís, el trabajo y el trabajo, te cerrás en eso. Yo pienso que no es así, porque tu cuerpo después te pasa factura”.

En un pliegue de los relatos de experiencias sobre el trabajo a destajo y los procesos de desgaste físico, las mujeres refieren que han trabajado a la par de los varones desde la infancia y que esas habilidades adquiridas y esa manera de pararse “a la par de los hombres” les ha posibilitado cuidar de sí y terminar relaciones violentas con sus parejas sin perder autonomía económica y, en algunos casos, plantear una distribución más equitativa de las tareas reproductivas. Si bien hay una percepción del desgaste corporal producto de las condiciones precarias de trabajo, hay un reconocimiento de la autonomía durante los períodos vitales más activos en términos laborales. A su vez, establecen una diferenciación entre las labores agrícolas y el trabajo de cuidados remunerado. Para algunas de las mujeres, como Valeria (34, 33) y Flora (65, 56), la agricultura es un espacio de libertad en comparación con el trabajo de cuidados remunerado y no remunerado. La chacra “las manda” (Flora), pero prefieren que las manden los ritmos de las cosechas antes que lavar, planchar, preparar comidas o recibir órdenes de una patrona o un patrón en el servicio doméstico.

Como matiz de la asociación entre autonomía y trabajo fuera del ámbito doméstico, nos interesa traer el relato de Sabrina (55, 17), una mujer que vive en una zona rural del departamento de San Carlos. Ella nos contó que su esposo perdió una mano en un accidente laboral mientras cortaba ajo. No recibió ninguna clase de indemnización y, por la pérdida de su mano, no fue admitido para trabajar de forma estable en una fábrica de la zona. Actualmente, trabaja como chacarero y cosecha tomate. Como su hija más pequeña padece una parálisis cerebral producto de complicaciones en el parto y requiere de cuidados

permanentes, Sabrina dejó el trabajo agrícola y armó una huerta para consumo propio en su casa. Si bien el trabajo de cuidar a su hija y el sostenimiento de la vida reproductiva es intenso, y por momentos extraña la movilidad espacial en las cosechas estacionales, Sabrina refiere que en su casa maneja sus propios tiempos y se siente a resguardo en relación con las precariedades del trabajo agrícola. Entre las vecinas y unas sobrinas mantienen la huerta y se encargan de forma conjunta de los cuidados de lxs hijxs, aunque confiesa que le cuesta delegar el cuidado directo de su hija. La casa como espacio de resguardo frente a las condiciones de trabajo agrícola resuena con las reflexiones de bell hooks (2014) en su escrito “Homeplace (a site of resistance)”. Cercana al relato de Sabrina, hooks se refiere a la importancia del hogar para las comunidades afroamericanas como lugar seguro, de resistencia y liberación frente a las violencias racistas y las precariedades laborales producto de la división racial del trabajo.

Otra dimensión en la que se vinculan estrechamente el trabajo productivo con la reproducción de la vida y los cuidados es en los procesos de escolarización, tanto en las experiencias propias de las mujeres, como en las que acompañaron respecto de sus hijxs. En relación con las experiencias de las mujeres, la falta de adaptación de los sistemas educativos a su condición de infancias trabajadoras implicó que, en algunos casos, debieran abandonar la escuela tempranamente y no aprendieran a leer ni a escribir. El analfabetismo condiciona sus experiencias de cuidados como adultas mayores porque restringe sus posibilidades de empleo. Por los procesos de desgaste físico que experimentaron sus cuerpos, ya no pueden realizar trabajos pesados como el de cosechas o de cuidados remunerados. En estos casos, tal como le sucede a Javiera (52, 33), no leer ni escribir limita la posibilidad de desarrollar emprendimientos propios como el comercio de frutas y verduras. En este sentido, algunas mujeres manifiestan que han perdido independencia económica y con ella, la creación y la vivencia de proyectos de vida propios.

A continuación, nos interesa profundizar en dos aspectos de la relación entre trabajo productivo y experiencias de cuidados. En primer lugar, la forma en que se entrelazan las labores remuneradas cotidianas de las mujeres con el cuidado de lxs hijxs. En segundo

lugar, cómo condiciona el trabajo en la ruralidad el afrontamiento de las violencias machistas.

1.1 Lxs cuidados de lxs hijxs y el trabajo productivo

Los cuidados de lxs hijxs se organizan alrededor del trabajo remunerado de las mujeres, en tensión con los tiempos y los espacios particulares donde este último se desarrolla. El trabajo y las rutinas diarias para conciliar crianza y labores remuneradas son variables en función del tipo de actividad productiva, la estación del año, la distancia para llegar a sus trabajos, la edad de lxs hijxs, si se encuentran en etapa de escolarización, la localización geográfica de las escuelas y, por último, de la disponibilidad de una red familiar o vecinal para compartir los cuidados.

Valeria (34, 33), por ejemplo, nos cuenta que su primer hijo nació en invierno. En esa estación, ella suele trabajar algunos días en invernaderos donde cultiva montoneras, un tipo de flores que se trabaja sólo en época invernal y, otros días, realiza tareas al aire libre como la preparación de la tierra para la siembra. Los días de invernadero llevaba a su hijo en el cochecito y lo cuidaba mientras hacía su faena, pero los días de trabajo al aire libre, por las bajas temperaturas, lo dejaba con su madre, que en esa época del año suele tener menos trabajo y vive a unos pocos metros de las plantaciones de flores. En verano la logística cambiaba, ya que la mayoría de las tareas se desarrollan al aire libre y la abuela del niño tenía trabajo intensivo, con lo cual no podía cuidarlo. En época estival, Valeria llevaba a su hijo al trabajo la mayor parte de los días. Su esposo trabajaba en zonas más alejadas, con lo cual era impensable que lo cuidara él, ya que en ese entonces el niño todavía era lactante. Para Valeria siempre ha sido una prioridad no ceder sus espacios laborales por las tareas reproductivas, fundamentalmente porque le gusta mucho el trabajo con las flores. En este sentido, dice ella, “fui viéndome las formas de seguir trabajando”.

Mariela (45, 28), que trabajó durante años limpiando casas por hora, cuenta que hasta los tres meses de edad de su hija la llevaba con ella al trabajo. No obstante, un día la bebé se cayó del sillón y fue la gota que rebalsó el vaso:

Me daba esa impotencia de decir no podés darle de mamar tranquila a tu hija, no, porque tengo que limpiarle toda la casa bien. Todo mal comido, no estás tranquila si le doy de mamar dos o tres horas y me quedo sentada, y bueno, dejé de trabajar (Mariela).

El esposo de Mariela, que trabajaba con un contrato estable en Obras Sanitarias Mendoza, ante estos conflictos y la angustia de su esposa por la disyuntiva entre continuar o no con su trabajo opinaba lo siguiente: “no sé qué vas a hacer, pero así no podés seguir”. Para él, la crianza del hijo mayor no era un asunto familiar, era un problema que su pareja debía resolver. Dado que el sueldo que ganaban entre los dos no alcanzaba para contratar a alguien que lo cuidara o para llevarlo a una guardería, Mariela decidió dejar de trabajar y dedicarse a tiempo completo a los cuidados de su hijo y de la casa. De esta forma, el costo económico, físico y emocional de los cuidados fue asumido por Mariela y, en ocasiones, con el apoyo de su red cercana de mujeres.

La falta de involucramiento del esposo en la búsqueda de alternativas o soluciones para garantizar los cuidados de su hijo no solo pone en relieve la naturalización de la división sexual del trabajo de cuidar, sino que permite observar que, en las dinámicas familiares, se prioriza el sostenimiento de los empleos formales a los que acceden en mayor medida los varones. Esta situación pone en un lugar de vulnerabilidad a las mujeres que encuentran supeditados sus recursos económicos y las prestaciones de la seguridad social a su estado civil o a su vinculación con una pareja.

En la etapa de escolarización, las tareas reproductivas y de cuidados no solo implican los cuidados físicos directos sobre lxs niñxs, sino que, además, las mujeres se ocupan de conciliar sus propios horarios de trabajo con el de llevarlxs a la escuela a horario. Javiera (52, 33), que durante la etapa escolar de su hija mayor trabajó en cosechas estacionales, cuenta que, mientras ella trabajaba, su madre o una vecina se encargaban de llevarla al

colegio, pero cuando su madre murió debió encargarse prácticamente sola de todo el trabajo. No tenía pareja, ya que decidió separarse para no seguir viviendo situaciones de violencia física y económica. El padre de la niña volvió a Bolivia y no asumió responsabilidad alguna en la crianza y manutención económica de su hija.

Javiera (52, 33) cuenta que, en ocasiones, el trabajo de cosecha que se le ofrecía era en otras provincias. Recuerda que una vez fue a cortar papa a Córdoba y que lo que en un principio serían tres meses de estancia se transformaron en cuatro, ya que por las intensas lluvias de esa temporada se retrasó el trabajo. Mientras ella trabajaba en Córdoba, sus hijas estaban al cuidado de un hermano en Mendoza. Este último, se encargaba de mandar a la mayor a la escuela y darles de comer con la ayuda de un dinero que había dejado Javiera. No obstante, debido al retraso en su regreso, se les acabó el dinero y no pudieron seguir costearo el transporte público y los útiles escolares. Debido a estas dificultades, su hija se ausentó durante tres semanas en la escuela. Cuando regresó de Córdoba fue a hablar con la maestra para ver la forma de que la niña se pusiera al día. La maestra le respondió que tres semanas eran muchos contenidos, que no iba a poder hacerlo y “que mejor descansa para empezar el año siguiente de cero”. Ante esta negativa, Javiera decidió llevar a su hija a la cosecha de ajo “para que aprendiera a pelar por lo menos”. De ahí en adelante, su hija decidió que no volvería a la escuela.

Es habitual que las mujeres lleven a sus hijxs al trabajo, no solo porque, en ocasiones, es la única manera que tienen de poder cuidarlx, sino también, porque es un recurso valioso para el aprendizaje de habilidades, conocimientos y como forma de transferencia de elementos simbólicos para la vida en común. El trabajo fuera del hogar como espacio-tiempo de crianza es otra de las instancias en las que se ve nítidamente un borramiento de las fronteras entre producción y reproducción.

Valeria, por su parte, dice que se sorprende de todas las actividades que es capaz de realizar en un día. Se levanta a las 6, prepara el desayuno de lxs niños, lxs viste y se fija que tengan los deberes al día. A eso de las 10 de la mañana lxs deja unas horas con su madre y se va a trabajar en la siembra y recolección de flores. Vuelve al mediodía, cocina para ellxs,

les da de comer, lxs baña, lxs cambia y lxs prepara para ir a la escuela. Lxs lleva al colegio, vuelve para lavar los platos y después, a trabajar nuevamente con las flores. A eso de las cinco y media de la tarde deja su trabajo para ir a buscarlxs a la escuela. En la tardecita se encuentran en la casa con su marido para preparar la cena y él “se ubica en la cocina porque sabe que lo hacemos entre los dos y es más rápido, descansamos más”.

Algunas mujeres refieren que sus esposos “las ayudan bastante” (Valeria, Lohana), no obstante, la descripción de esa ayuda refleja una dinámica en la que los varones siguen sus instrucciones y, en la mayoría de los casos, solo se involucran con la preparación de ciertos alimentos. No recae sobre ellos la responsabilidad de gestionar los tiempos de las actividades reproductivas, lo que se come, el cuidado físico directo, la limpieza de la casa y, en definitiva, la organización cotidiana de los cuidados. Otro trabajo que asumen diferencialmente las mujeres, y que es propio de la responsabilidad de conciliar el trabajo remunerado y de cuidados que recae sobre ellas, es el de lidiar con la angustia, la culpa y la carga emocional que ellas manifiestan que les producen las situaciones de riesgo para la integridad física y los proyectos trancos de escolarización de sus hijxs. Cuando el hijo de Mariela (45, 28) se accidentó al caer de un sillón mientras ella limpiaba en un trabajo por horas, la angustia y la frustración que experimentó la llevaron a plantearse dejar su trabajo. Javiera (52, 33), que nos contó sobre la demora que tuvo para regresar a su casa después de una estadía de trabajo en cosechas estacionales, interpreta que ha sido ella quien “ha dejado a su hija sin estudiar”.

Las narrativas sobre las experiencias de cuidados que compartimos en los párrafos anteriores no son atemporales ni estáticas, sino que se configuran de manera diferencial en el tiempo, según el contexto territorial y vincular donde se insertan las mujeres. Dan cuenta de conflictos, alianzas y complicidades al interior del ámbito doméstico y con redes y recursos por fuera de la familia nuclear. Esta configuración dinámica y situada de las experiencias de cuidados se observa, también, en relación con las estrategias de cuidados de sí frente a las violencias sexistas. Una dimensión que aparece como condicionante de dichas estrategias es la vida y el trabajo en la ruralidad, cuestión que abordaremos en el siguiente apartado.

1.2 Ruralidad y violencias

La mayoría de las mujeres narran alguna experiencia de violencia por parte de sus padres, padrastros, esposos y otros varones de la familia, tanto en la infancia como en la adultez. Las estrategias para cuidar de sí mismas y a sus madres son múltiples y dependen de la edad, el lugar geográfico, el acceso a los medios de comunicación y si estaban solas o acompañadas por sus hermanxs, entre otras condiciones. No obstante, una problemática común que narran las mujeres es la escasez de recursos para enfrentar las violencias machistas en la ruralidad, que es a donde llegaron para trabajar en el inicio del proceso migratorio. Así lo cuenta Lohana (50, 40), que establece una comparación entre los recursos del campo y la ciudad para lidiar con la violencia física de su padrastro.

Ahí en el campo llegó a perder un bebé mi mamá de los golpazos que le daba mi padrastro. ¿A dónde iba a ir?, ahí entre medio de viñas, más que gritar a algún vecino, que esconderla a mi mamá para que se le pasara la borrachera. En cambio, acá sí, en la entrada de la Universidad, el destacamento de policía, yo corría ahí, así que a veces corría y si no había nadie corría hasta la parte del ejército, ahí abajo; vivía en la parte de la rotonda, ahí nomás, en la entrada, y de ahí llamaba a la policía. Pero venían y se lo llevaban dos o tres horas y lo largaban, se le iba la borrachera y lo largaban (Lohana, 50, 40).

Para Rita (59, 50), que también vivió en el B° Flores cerca de la Universidad y del destacamento, a diferencia de Lohana, la policía no era una herramienta de defensa sino, muy por el contrario, una fuente de violencias cotidianas. Cuenta que, para tomar el colectivo que las llevaba al trabajo, ella y unas primas tenían que pasar por una guardia de policía y soportar “piropos incómodos” y demoras porque les pedían que se identificaran con sus nombres o algún documento. En su experiencia, con la tele y los libros aprendió a defenderse de las violencias, dos recursos a los que es más difícil acceder en la ruralidad (Murillo, 2012).

Yo veo mucho la tele y leo libros, y mi marido me dice que veo mucha tele, pero yo le digo así, con estas palabras, yo no veo al pedo, aprendo lo que es la ley, lo que tenemos derecho, lo que es “no es no”, las cosas de las feministas, y ahora puedo decir no. Dos veces me levantó la mano mi marido, pero también así le fue, porque aprendí a defenderme, porque me pasaron muchas cosas. Ahora aprendí mucho de eso del "no es no", por la tele, con la denuncia del Darthés. Antes me pasaron muchas cosas, quizás por decir que es normal, y no es normal. Empezando por mi marido, “no es no” (Rita, 59, 50).

Con la televisión aprendieron que se podía hacer la denuncia, cuáles eran los teléfonos a los que debían comunicarse y, sobre todo, a reconocer agresiones previas por parte de sus padres y otros varones fuera del ámbito familiar, como situaciones de violencia. Algunas mujeres narran que, a diferencia de los contextos urbanos, en zonas rurales alejadas de las antenas para telecomunicaciones se dificulta el uso de la televisión, el teléfono o internet para recibir información y pedir ayuda. A su vez, algunas mujeres entrevistadas no saben leer y escribir, otro obstáculo para utilizar estos recursos y la mayoría de los que provee el Estado, que tienen un fuerte sesgo urbano y están pensados para mujeres alfabetizadas en castellano (Murillo, 2012).

Asimismo, las luchas feministas que fueron inspiradoras para algunas de las mujeres con las que conversamos, en ocasiones, se encuentran alejadas de territorios rurales y urbano marginalizados. La presencia de los feminismos en los medios de comunicación resultó transformadora para la subjetividad de algunas de ellas y para desnaturalizar roles y prácticas sexistas, no obstante, nos resulta inquietante la imagen de que esas luchas se ven por televisión solamente. Para algunas de ellas, sobre todo en contextos rurales, fue difícil encontrarse cara a cara con otras mujeres para politizar su experiencia, compartir recursos y armar redes de cuidados para lidiar con las violencias machistas.

La escasez de recursos frente a situaciones de violencia sexista significó para Flora (65, 56) tener que huir de una zona rural del departamento de San Martín donde vivía, para salvar su vida. Flora sufrió maltrato físico y psicológico durante años por parte de su esposo porque no podía tener hijos. Sufrió golpes que le dejaron dificultades para caminar y

dolores crónicos en su espalda. Alguna vez consultó en el centro de salud de la zona por los golpes, pero más allá de recetarle algo para el dolor, nadie le ofreció medios concretos para salir de la situación en la que estaba. Ya en la última etapa de convivencia con su esposo no podía trabajar por los dolores y, tal como ella refiere, “no sabía qué hacer, ni a quién acudir”. No quería separarse porque si lo hacía, ¿quién iba a trabajar para ella que no podía casi moverse? Una tarde, por recomendación de una mujer que convocaba por la calle para participar de una iglesia evangélica de la zona, se le ocurrió ir a ver de qué se trataba.

En la iglesia conoció a algunas personas, también trabajadorxs agrícolas como ella, que le ofrecieron viajar a las cosechas de San Luis con un grupo de varones que habían sido contratados por el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA). En ese momento, Flora (65, 56) pensó que era la única salida para su situación y decidió irse. Cuando cuenta la historia, con una sonrisa pícaro, dice que su marido nunca se imaginó que ella sería capaz de irse y dejarlo todo. A San Martín nunca más volvió. Es que, según sus palabras, si volvía y la encontraba, la mataba. Flora tuvo que dejar su casa, sus animales, sus elementos de cocina, su huerto y su trabajo que eran, a la vez, sus fuentes de sustento material y sus relaciones de afectación más cercanas. De hecho, las pocas veces que viajó a Bolivia para visitar a su familia, su mayor preocupación era quién iba a cuidar de sus animales y su huerto. La vinculación responsable y amorosa con animales y plantas resuena con la noción de parentescos extraños que traíamos con Haraway (2019), que refiere a la construcción de lazos que vayan más allá de lo sanguíneo y que incluso se construyan entre distintas especies.

En San Luis estuvo un año cosechando “con los hermanos”, como ella llama a sus compañerxs de la Iglesia, “con ellos he apegado”, nos contó. Nuevamente aparece “apegar con otrxs” como modo de nombrar los vínculos circunstanciales y precarios que construyó para vivir en común. Luego de la estadía en San Luis, con la tarea cumplida y habiendo recibido la paga por su trabajo, Flora (65, 56) decidió volver a Mendoza. “Los hermanos” no querían que se volviera, querían casarla con uno de los hombres del grupo y que trabajara en la cocina que compartían todxs y en la limpieza de la casa. Ella no quiso, después de lo que había pasado con su marido no quería volver a juntarse, quería vivir sola

“como sea”. Flora decidió regresar, pero esta vez a la localidad de Agrelo, una zona vitivinícola y de otros cultivos.

La historia de Flora pone de manifiesto la huida como estrategia de supervivencia y como punto de fuga de las violencias patriarcales. Primero, la huida de su esposo y, más tarde, la huida del proyecto de ama de casa que “los hermanos” de la iglesia tenían pensado para ella. Ella no sólo quería salvar su vida y vivirla libre de violencia, también quería elegir cómo vivirla y, tal como se encargó de remarcar a lo largo de la entrevista, “nunca fue una mujer de la casa”. Si bien no tuvo instancias colectivas con otras mujeres para compartir sus sufrimientos, tenemos la intuición de que hay una dimensión encarnada de su experiencia que es la que la animó en muchas oportunidades a escaparse de situaciones que la ponían en peligro, donde no se sentía querida o valorada. A partir de esa encarnadura, Flora produjo un conocimiento que la mantuvo alerta y le ayudó a tomar distancia de mandatos de género que no eran afines con sus modos de hacer en el trabajo productivo y reproductivo y con sus proyectos de vida. El costo de su insumisión fue alto, tuvo que empezar de cero en varias oportunidades, renunció a su casa, a su trabajo y a sus vínculos más preciados.

Las experiencias de trabajo, la migración y el machismo, como hemos afirmado anteriormente, dejaron huellas en las prácticas de cuidados de sí y de otrxs. “Dejarse estar “o priorizar los cuidados de sus familiares a los suyos propios son algunas de las formas que adquieren estas huellas sobre las maneras de cuidar/se. En el apartado que sigue, nos interesa ahondar en estas lógicas interindividuales y colectivas de relación, pero, sobre todo, en las significaciones en torno a los cuidados que compartieron con nosotras las mujeres. En una primera parte, dirigimos nuestra atención a las relaciones de cuidados con otrxs y, en una segunda instancia, a las prácticas de cuidados de sí mismas.

2. Que sus hijxs no vivan lo que ellas vivieron: una ética de los cuidados

En los relatos sobre experiencias de maternidad emerge un sentido sobre los cuidados de lxs hijxs y, en algún caso, en relación con los cuidados de otrxs familiares cercanxs, que da cuenta de una ética común de los cuidados. El sentido que ordena sus prácticas de cuidados maternos es que sus hijxs no vivan lo que ellas vivieron. Las maneras de expresar esta premisa son diversas, no obstante, el denominador común es la ligazón que establecen las mujeres entre las privaciones, violencias, relaciones asimétricas de género y el racismo que experimentaron en la infancia y su preocupación y el esfuerzo denodado porque sus hijxs “no sufran lo mismo” (Lohana, Verónica). Decimos que se construye una ética de los cuidados porque, por un lado, hay una experiencia compartida por las mujeres en relación con los cuidados de lxs hijxs. Por otro lado, el sentido que ordena sus prácticas, que es que sus hijxs no vivan lo mismo que ellas, refleja el diálogo entre las experiencias cotidianas de cuidados y la forma en que instituciones como la maternidad, el racismo y la división sexual del trabajo dan forma a esas experiencias (Rich, 2019).

Flora (65, 56) dice en relación con la estatura de su hijo, que no va a ser como ella, “el niño va a ser grande, no va a ser igual que yo, para abajo”, y cuenta que se siente orgullosa de poder ofrecerle variedad de alimentos, a diferencia de lo que fue su experiencia de infancia, marcada por privaciones y por una dieta monótona de hidratos de carbono. En otro momento de la conversación también remarca que está “todo el tiempo encima” del niño haciéndole cariños y diciéndole que lo quiere, demostraciones que ella no tuvo por parte de su madre y que le hubiese gustado experimentar. Otro recurso que siente que ha podido aportar a su hijo y que ella no tuvo es la escuela. Para Flora “es feo no saber leer, peor cosa no puede haber”. El analfabetismo le ha traído muchos problemas en su vida, pero el que más lamenta fue una deuda de luz que contrajo porque no podía leer las boletas que le llegaban a su casa. Esta experiencia la marcó y decidió sentarse durante una semana con su hijo para enseñarle cómo y dónde debía pagar las facturas y cuáles eran los riesgos de no hacerlo. Su mayor preocupación es que su hijo aprenda a manejarse solo con

estas responsabilidades para cuando ella no esté viva. Ella tiene 65 años y adoptó a su niño hace 11.

Javiera (52, 33) refiere que ha trabajado toda su vida para que a sus hijas no les falte nada, horas extras si era necesario para que tuvieran su ropa y su comida. Para “que no pasen lo mismo que ha pasado ella”, “para darles una vida bien”. Mariela (45, 28), por su parte, dice que “siempre ha sido bruta”, ha trabajado sin descanso toda la vida, incluso fines de semana, para que sus hijxs no tuvieran que trabajar y pudieran terminar la escuela y empezar la universidad. Ella dice que, si hubiese tenido la oportunidad de estudiar, “cuántas cosas hubiese hecho”, ya que se considera a sí misma una mujer “inteligente y capaz”.

Para Lohana (50, 40), es muy importante poder festejar los cumpleaños de sus hijxs, hacer una torta, invitar a sus amigxs y bailar hasta tarde en su casa. Al igual que Mariela (45, 28), recuerdan con amargura y tristeza que rara vez podían festejar los suyos en la infancia. De alguna manera, las fiestas de cumpleaños de sus hijxs les permiten hacer realidad decoraciones, bailes y comidas que deseaban cuando eran niñas.

Otro asunto en el que no quieren que sus hijxs repitan historias, es en relación con la división sexual del trabajo reproductivo. Desde que eran niños, Rita (59, 50) se preocupó por enseñar a sus hijos varones a hacer de todo: cocinar, lavar, planchar, limpiar la casa y a cuidar a las personas cuando enfermaban. Todas tareas que de niña le tocaban a ella y no a sus hermanos varones. Además, tal como relata en otro momento de la conversación, su esposo es muy machista y poco involucrado con las tareas de cuidados. A Rita le preocupa que sus hijxs puedan cuidar de sí mismos sin depender de una mujer que haga estas tareas, pero, además, que participen activamente y a la par de sus compañeras en la vida reproductiva. Refiere que tuvo pocas oportunidades y espacios para hablar de sexualidad en la infancia, no obstante, en la adultez creó y encontró algunos. Para ella es importante la confianza que ha instaurado con sus hijxs para conversar sobre sexualidad y que conozcan los métodos de anticoncepción para evitar embarazos no deseados.

Para terminar, nos interesa traer el relato de Sabrina (55, 17) que nos contó que recibió a su sobrina en su casa apenas llegó a Mendoza desde Bolivia, al inicio de su

proceso migratorio. “Nosotros también anduvimos así”, sin lugar donde vivir. Su ofrecimiento tuvo la intención de facilitar la llegada de la sobrina para que esta no viviera las dificultades que ella tuvo que pasar cuando llegó a la provincia.

Que sus hijxs no vivan lo que ellas vivieron se conecta y alimenta con las experiencias de “apegar con otrxs” como forma vincular en el tránsito migratorio. Si bien “apegar” es una forma de relación circunstancial con personas que no necesariamente pertenecen al núcleo familiar, en algunos casos, también se cumple la premisa de acompañar, facilitar recursos materiales o conocimientos que se aprendieron al hacer caminos antes que otrxs.

Ambas éticas de afectación se gestan anudadas con la experiencia migratoria como dimensión situada de la experiencia, pero también con el racismo y otras desigualdades que se imprimen de forma diferencial sobre los cuerpos y subjetividades migrantes. Esto último, le da una singularidad al trabajo de cuidar y a la tarea de garantizar necesidades básicas como el alimento, una casa, la vestimenta o la escolarización. Esta singularidad tiene que ver con que a las mujeres les ha costado un gran trabajo, “trabajar como brutas” (Mariela, Flora) en sus propias palabras, poder ofrecer a sus hijxs oportunidades que ellas no tuvieron.

El trabajo necesario para garantizar techo, comida y escuela para sus hijxs se entrecruza con la demandante tarea de cuidarlx en contextos urbanos empobrecidos en los que viven situaciones de hostilidad, violencia y problemáticas de consumo de forma cotidiana. A continuación, profundizamos sobre las particularidades que asumen las prácticas de cuidados en dichos contextos sociales.

3. “Que no vayan por mal camino”: el trabajo de cuidar en contextos sociales marginalizados

Las mayores preocupaciones en términos de cuidados para las mujeres que viven en barrios de zonas urbano marginalizadas son que sus hijxs “no vayan por mal camino”, “que no tengan malas juntas” (Lohana, Mariela, Rita) que no sean madres o padres adolescentes, que no se metan en problemas de drogas y que no roben. Las situaciones de hostilidad y violencia barrial, que se han consolidado al compás de la agudización de los procesos de relegación urbana y de desigualdad social (Ierullo, 2015), condicionan las prácticas de cuidados y la disponibilidad de tiempo libre para las mujeres que maternan. Sobre ellas recae la responsabilidad principal de desplegar estrategias y acciones cotidianas para garantizar la integridad física y la supervivencia de lxs jóvenes y evitar las problemáticas que mencionamos al inicio de este párrafo.

Los espacios públicos de los barrios donde viven son percibidos como peligrosos: “no se puede estar en la calle”, “no se puede jugar” o directamente “no se puede salir” de la casa. Javiera (52, 33) cuenta que no quiere que su hijo viva acá, en su barrio, porque ahora “no se puede andar tranquilo”, antes podían ir caminando hasta la casa de su otra hija, pero ahora “no podés salir sin que te griten algo o te lastimen”. Mariela (45, 28), por su parte, cuenta que siempre trató de sacar a sus hijxs del barrio. En este sentido, hacía el sacrificio de llevarlxs a escuelas un poco más alejadas de su casa, donde había cierto orden en la clase y “podían aprender algo”, aunque esto significara levantarse más temprano y algunas horas más de viaje en colectivo.

La estrategia de cuidados que encontró Lohana (50, 40) para lidiar con las amenazas del barrio fue mandar a sus hijxs adolescentes a colegios técnicos con jornada completa, para evitar que tuvieran tiempo libre y se quedaran “tomando por ahí o sin hacer nada”. En las vacaciones, después de los 16 años, mandaba a sus hijos varones a trabajar con el padre o con su hermano en la construcción. Su hija, por el contrario, se quedaba todo el verano en

casa ayudando con las tareas domésticas. La preocupación por la “vagancia” y el alcoholismo se relaciona con el interés genuino de que sus hijxs tengan un proyecto de vida y estudien, pero, además, tiene que ver con las huellas que les dejó el alcoholismo de sus madres y padres y con la experiencia de una vida marcada por el trabajo desde la infancia como modo de “salir adelante” y estar en el mundo.

Rita (59, 50), que vive desde hace casi 30 años en un barrio del departamento de Godoy Cruz que ella define como “muy discriminado”, cuenta que muchos de los amigos de sus hijos “están bajo tierra o tienen perpetua”. Tiene cuatro hijos varones y una hija mujer que hace algunos años se han ido del barrio. Cuando vivían con ella, su mayor preocupación eran los varones, ya que, según nos cuenta, la mayoría de los hechos de violencia en el barrio son protagonizados por varones jóvenes. Esta situación resuena con los resultados de investigaciones que, en otros puntos del país y en territorios urbanos de América Latina, indican que son los varones de sectores populares quienes mueren con mayor frecuencia por homicidios violentos (Herkovits y Spinelli, 2019; Vila, 2019).

En este contexto de violencias diarias, la forma que encontraba Rita (59, 50) para cuidar de sus hijxs era “ir detrás de ellos”. Esto implicaba ir cada dos semanas al colegio para hablar con la preceptora y saber cómo les iba en la escuela o si habían faltado sin que ella supiese. “Controlar” con quién llegaban a casa y si traían alguna prenda de ropa u objeto nuevo que ella no les había comprado. Si salían, tenía que saber la dirección exacta, la hora a la que salían de casa y a la que volverían. Además, les pedía un teléfono extra de contacto para tener en caso de que no pudiese comunicarse directamente con ellxs. Si pasaban dos o tres horas del tiempo convenido de regreso y no lograba comunicarse, esto le generaba angustia y solía poner la denuncia en la comisaría. Según sus palabras “este era mi trabajo, cuidar de mis hijos, que salgan adelante y que no vayan por mal camino, fijarme quiénes eran sus amigos y qué es lo que hacían”. Como su esposo se iba a las siete de la mañana y volvía recién a las diez de la noche del trabajo, de muchas cosas no se enteraba y era imposible que la acompañara en esta tarea. Solo los fines de semana, cuando había que ir a buscarlxs a alguna fiesta, el marido de Rita se levantaba de madrugada y los iba a buscar en auto.

Dos asuntos han puesto en relieve las mujeres en los relatos anteriores. En primer lugar, que la adolescencia como etapa vital de los hijxs, aunque las libera de algunas tareas de cuidados directos como alimentarlos o vestirlos, no implica en absoluto un alivio para el trabajo de cuidados. Muy por el contrario, adquieren nuevas preocupaciones y tareas que tienen que ver con salvaguardar la integridad física de sus hijxs frente a situaciones de violencias y el consumo problemático de sustancias. En la mayoría de los casos, este trabajo lo hacen en soledad.

En segundo lugar, que la preocupación por los cuidados de adolescentes y jóvenes se centra en los hijos varones, y que la solución para que estos no abandonen el espacio público es que pasen más tiempo en la escuela, que trabajen, o bien que sus madres vayan “detrás de ellos” (Rita, 59, 50). En el caso de las mujeres, que casi no fueron mencionadas en relación con las problemáticas de los cuidados en adolescentes, en ocasiones, la respuesta para resguardar su integridad es que se queden en la casa ayudando con las tareas domésticas. La logística diferencial que se despliega para el cuidado de las mujeres reproduce el miedo a que transiten solas por las calles y la idea de que el espacio doméstico es un espacio de resguardo frente a las violencias sexistas. Cuestión que ha sido desmentida a lo largo de los relatos donde, en más de una ocasión, las mujeres narraron experiencias de maltrato al interior de la familia nuclear y las unidades domésticas.

Además de limitar la movilidad de las mujeres, las medidas diferenciales de cuidados según sexo refuerzan el rol socialmente impuesto como encargadas de las tareas domésticas. Esto último, contrasta con el trabajo que han hecho las mujeres para desmontar estereotipos de género en sus hijos varones, tal como mencionamos con anterioridad.

Melisa (35, 17) y Flora (65, 56) compartieron dos experiencias que rompen el cerco que aísla a las mujeres en el trabajo de cuidar en contextos sociales marginalizados. Melisa, que es agente sanitaria intercultural, cuenta que hace algunos años crearon un ayllu en el B° Belgrano de Guaymallén. Un ayllu, según lo que nos explicó, es una forma de comunidad extensa en la que se trabaja de forma colectiva en un territorio de propiedad común. Tiene sus orígenes en regiones andinas donde habitan poblaciones quechua y aymara. Lejos está

Belgrano de parecerse al altiplano boliviano, y no es el cultivo común de la tierra lo que acerca a las personas que participan, no obstante, esta organización recupera el sentido de construir comunidad que albergan los ayllus. Se comparten bailes, comidas, ferias para el comercio justo, conocimientos sobre plantas medicinales e información sobre los derechos de lxs migrantes, entre otras funciones y actividades. En el marco de esta organización, y de la apropiación del espacio público para desarrollar algunas formas de afectaciones alegres como el baile, Melisa junto a otrxs compañerxs trabajan para integrar a lxs jóvenes en proyectos comunitarios como grupos de danzas y la venta en ferias populares los fines de semana.

La otra historia disruptiva que queremos compartir tiene que ver con el modo en que Flora (65, 56) decidió ser madre por adopción. Su relato constituye una experiencia desafiante del mandato de maternidad y del carácter privado que muchas veces asumen los cuidados.

Flora intentó quedar embarazada durante años y para lograrlo se sometió a numerosos estudios y tratamientos, pero sin el resultado esperado. Debido a su dificultad para gestar, era constantemente violentada por su esposo, que la acusaba de no querer darle hijos. Finalmente, como contamos en apartados anteriores, decidió separarse y hacer su vida sin depender de ningún varón.

Pasaron más de veinte años, cuando Flora (65, 56) había pasado los cincuenta, hasta que se encontró frente a la posibilidad de ser madre y eligió hacerlo. El itinerario que atravesó para lograr la adopción en términos legales fue tortuoso, no obstante, el encuentro con la posibilidad de maternar fue espontáneo y forma parte de las estrategias comunitarias de cuidados frente a embarazos no deseados en contextos empobrecidos (Ierullo, 2015).

La historia comienza así: Paula, una vecina de Flora que era trabajadora estacional de las cosechas, acababa de parir un niño al que no podía cuidar. Por los que nos contó Flora (65, 56), la mujer no se planteó la posibilidad de interrumpir el embarazo, pero estaba segura de que no podría hacerse cargo del cuidado de ese hijo. Su pareja no quiso asumir la paternidad y partió rumbo a Buenos Aires y, de esta forma, ella quedó sola a cargo del niño

recién nacido y de otra niña de 3 años. Para empeorar la situación, en breve tenía que salir rumbo a Jujuy por trabajo.

Una vecina en común, que sabía del deseo de Flora de ser madre, le avisó a esta última que había una mujer que no podía criar a su hijo y que estaba buscando a alguien que quisiera hacerlo. Al escuchar lo que la vecina le contó, Flora dudó si acercarse o no a la casa de Paula, ¿qué le diría?, ¿cómo se acercaría a ella?, eran preguntas que la angustiaban. Finalmente, a partir del consejo de un amigo, encontró la forma. Decidió preparar un asado ella misma, compró leche para la otra hija de la mujer, galletitas y “unos juguitos” para compartir. A través de otra vecina le acercó la invitación de venir a almorzar a su casa. Pasaron todo un domingo juntxs, comieron, pero ninguna de las dos sabía bien qué decir o cómo iniciar la conversación. En un momento de la tarde, Paula se acercó con el bebé y se lo dio a Flora para que lo alzara. Ahí Flora se animó a preguntarle si estaba segura de que “quería darlo”. La mujer respondió que sí.

A partir de ese momento, estuvieron unos días yendo y viniendo entre sus dos casas para dejar algunas cosas listas antes de la partida de Paula y para que Flora (65, 56) se acostumbrara un poco a la nueva vida que estaba comenzando. Flora le dijo a la madre biológica del niño que podía visitarlo cuando quisiera, y que nunca le iba a faltar comida ni a ella ni a su otra niña si la necesitaban. La mujer se fue al norte y no regresó a Mendoza sino hasta dos años después, cuando fue necesario que firmara los papeles de adopción. Las prácticas de apoyo mutuo entre estas dos mujeres configuran puntos de fuga respecto de los cuidados en soledad. Prácticas que, en ocasiones, son invisibilizadas y condenadas en relación con los preceptos de la “buena maternidad” que promueven el Estado y sus instituciones, que descargan sobre las mujeres/madres biológicas la responsabilidad individual de los cuidados.

Con respecto a las adolescencias y a lxs jóvenes, lo que muestran los relatos es un hueco en las políticas públicas y sociales destinadas a los cuidados en esta etapa de la vida. Situación que, en algunos casos, implica que las mujeres pongan el cuerpo en soledad para cuidar y que, en otros, moviliza la construcción de tramas comunitarias que no solo

sostienen las necesidades de cuidados, sino que construyen otros paisajes barriales y otros modos de relación por fuera de la familia nuclear.

A continuación, en sintonía con las reflexiones finales de este apartado que retoman el papel de las instituciones de salud en la regulación de los cuidados, nos abocaremos a la exposición de los resultados del análisis de los vínculos que establecen y que han establecido a lo largo de su vida las mujeres con el sistema público de salud en Mendoza.

4. “Me solté cuando tuve a los chicos porque no tuve otra” y “yo de la tele aprendo mucho”: experiencias y condiciones que marcaron el acercamiento inicial de las mujeres al sistema de salud

El contacto inicial de las mujeres con el sistema de salud fue en Argentina y, casi siempre, en relación con el cuidado de otrxs. En Bolivia “no conocieron hospitales ni centros de salud” (Rita, 59, 50). No tenían la costumbre de ir a dichas instituciones porque había mujeres de la familia y la vecindad que acompañaban partos, traían medicinas y alivio a las dolencias espirituales y de los cuerpos. Recién en Mendoza, ya sea como infancias cuidadoras o como jóvenes y adultas durante sus procesos reproductivos, se acercaron al sistema sanitario. Por falta de costumbre, de tiempo debido a las cargas de trabajo, por experiencias previas de racismo en la infancia y por miedo a que las trataran mal, muchas se acercaron por primera vez al sistema sanitario para los controles de embarazos, los partos y los controles de lxs niñxs.

Valeria (34, 33) nos cuenta que “se soltó cuando tuvo a los chicos porque no tuvo otra”. Antes de sus dos partos, evitaba ir a la salita porque “le faltaba confianza”. Por las experiencias de racismo que transitó en la escuela primaria y secundaria, y que la empujaron a dejar en tercer año, quedó con temor al maltrato y no podía mirar a las

personas a la cara. Recién cuando tuvo que hacer los controles de embarazo se acercó a la fuerza.

Mariela (45, 28), por su parte, nos cuenta que, al igual que Valeria (34, 33), su acercamiento inicial a los hospitales fue por los embarazos y que de su propia salud recién se acordó después de los 40. Antes de esa edad, estaba demasiado ocupada con las tareas de crianza y el sostenimiento de la vida reproductiva que, por épocas, se sumaban a su empleo como trabajadora del hogar por hora. Además de las cargas de trabajo, también refiere que le daba miedo que la trataran mal en la consulta médica. Al preguntarle sobre el motivo, ella respondió que por ser migrante. Esto le generaba inseguridad ante la posibilidad de que no quisieran atenderla o la maltrataran y, a su vez, le daba miedo hacer preguntas sobre dudas que le quedaban después de las explicaciones médicas. En su experiencia, cuando tenés dudas sobre algún tratamiento o el motivo de una dolencia y le preguntás a un médico, su respuesta depende de la apariencia física, la ropa y la manera de expresarse de la persona que tenga en frente.

“Hay médicos a los que tenés que ir de carterita, tenés que ir más pituca, ahí te dan un poco más de bola, porque deducen que esa persona ha tenido un poco más de estudio, de educación, se expresa mejor” (Mariela, 45, 28)

Comparecer ante las instituciones de salud y sus agentes, en el sentido de presentarse ante un órgano público⁶⁴ que tiene poder de juez, exige un trabajo. El trabajo de alcanzar o emular ciertas disposiciones simbólicas, físicas, de clase y lenguaje para interactuar con ellas (Sayad, 2010; Garcés, 2020). Sin estas disposiciones, algunos rostros, como los de migrantes racializadxs, son tratados con indiferencia, otras veces con violencia, y su paso por las instituciones se transforma en un laberinto sin salida (Sayad, 2010). Mientras los cuerpos de las personas migrantes sean cuerpos invisibles para ciertos trabajos, su presencia es aceptada. Cuando las personas salen del anonimato, demandan derechos y ocupan el espacio público, asisten a las escuelas y buscan atención sanitaria, se activa una maquinaria

⁶⁴ Comparecer, según la Real Academia Española (RAE) es presentarse ante una autoridad, juez, tribunal u otra persona.

expulsiva por parte del Estado, maquinaria que, en ocasiones, se incorpora y se reproduce en prácticas discursivas racistas de la sociedad.

Una condición común que marca un antes y un después en su vínculo con el sistema de salud en Mendoza, y que establece diferenciaciones en relación con sus experiencias previas de atención en Bolivia y en la ruralidad, es la televisión. En consonancia con una anécdota que compartió una sanitarista y docente de la Cátedra de Salud Pública a la que entrevistamos para esta tesis, que nos contó el rol decisivo que tuvo la televisión para hacer llegar a la población peruana las medidas preventivas para afrontar la epidemia de Cólera que afectó especialmente a dicho país en los 90's, algunas de las mujeres migrantes con las que conversamos advirtieron la importancia de esta herramienta de comunicación para facilitar el acceso al sistema de salud.

Las mujeres nos contaron que, a través de la televisión, aprendieron que tenían que hacerse controles de salud si tenían enfermedades crónicas, se enteraron de campañas de vacunación, mamografías gratis y cirugías para tratar cataratas. Como mencionamos en apartados previos, también se hicieron eco de luchas feministas como las que llevó adelante el colectivo Ni Una Menos e hicieron suyo el “No es No” de las campañas para erradicar las violencias contra las mujeres. A su vez, algunas tomaron nota de la línea 144⁶⁵ y otros recursos para radicar denuncias sobre violencias sexistas.

Sabrina (55, 17), que ha vivido toda su vida en zonas rurales, cuenta que “antes no sabía que tenía que hacerse controles de embarazo”, con su pareja vivían en zonas muy alejadas, sin acceso a redes para comunicación telefónica ni a la televisión. Tampoco había centros de salud próximos a su casa. Si querían ir a un hospital, tenían que recorrer más de 15 km a pie para salir a la ruta donde pasaban los colectivos que los llevaban hasta el pueblo más cercano. Esto último, introduce el tema que nos interesa abordar a continuación, que es el trabajo que implica acceder a las instituciones de salud en función

⁶⁵ La línea telefónica 144 en Argentina está destinada a brindar información, orientación, asesoramiento y contención para mujeres y personas LGTTBI que atraviesan situaciones de violencia.

de los contextos geográficos, económicos, educativos y vinculares de las personas, entre otras dimensiones.

5. El trabajo para acceder al sistema de salud

5.1 El problema de los turnos

Cuando conversamos sobre los obstáculos para acceder al sistema de salud, las mujeres respondieron de forma unánime que el mayor problema era la obtención de turnos⁶⁶. En general, valoran positivamente que la atención sea gratuita y que nunca les haya faltado atención, pero padecían el proceso de otorgamiento de turnos. “Dormir en el hospital para sacar turno” (Javiera 52, 33), “alquilar un flete para que te lleve de madrugada al hospital para agarrar turno” (Javiera), “pasar la noche sentada en la sala de espera para no quedarse sin lugar” (Sabrina, 55, 17), “ir de madrugada a la posta para sacar turno y volver sin nada porque se acabaron” (Livia, 37, 17) y “se te consume el crédito del teléfono esperando que te atiendan para pedir turno” (Valeria, 34, 33), son algunas de las expresiones que dan cuenta de las dificultades para acceder a visitas programadas en centros de salud y hospitales.

Por un lado, no había suficientes turnos disponibles y, por otro, las estrategias de otorgamiento no eran flexibles para atender las demandas diferenciales según los contextos geográficos y las dificultades y necesidades propias de cada comunidad y persona. Por ejemplo, en San Carlos, específicamente en la zona rural donde hicimos trabajo de campo, la mayoría de las familias viven en fincas que están alejadas de la posta y que no están conectadas a este centro de atención por transporte público, con lo cual, o llegan a pie, o en

⁶⁶ Las modalidades para el otorgamiento de turnos a las que nos referimos en esta tesis son previas a la pandemia por COVID, evento socio-sanitario que transformó las vías de acceso al sistema público de salud.

vehículo propio. Dada la ausencia de una línea telefónica directa con la posta sanitaria, el otorgamiento de citas para las demandas espontáneas era por orden de llegada y con un límite de consultas por día⁶⁷. De esta forma, las personas debían acudir físicamente para guardar un lugar. Los turnos programados eran administrados por la médica en un cuaderno propio y el sistema funcionaba bien, las personas que requerían seguimiento se iban de la consulta con la fecha y hora programada para la siguiente visita.

En un contexto sin disponibilidad continua de redes de comunicación, parece razonable que el otorgamiento de turnos para las visitas más urgentes sea presencial, no obstante, así como estaba planteada, tenía algunas limitaciones. En primer lugar, hay una sola médica de familia que atiende a niños, adolescentes y adultos. Los turnos eran limitados para cada una de estas poblaciones y el criterio para asignar visitas era por orden de llegada. De esta forma, el desafío para las personas era llegar lo más temprano posible. La posta permanece cerrada durante la noche, es decir, que no hay sala o lugar resguardado mientras se espera. En verano es menos grave porque las temperaturas son amables, pero en invierno suelen llegar a seis grados bajo cero. Esperar cinco o seis horas sin dormir y con esas temperaturas para obtener una visita que se supone es para el cuidado de la salud, es una contradicción.

En ocasiones, los agentes sanitarios se encargaban de ir casa por casa para programar turnos diferidos, pero por la cantidad de tareas de asistenciales y preventivas que realizan, en ocasiones, no daban abasto. Ugarteche, que también se ubica en una zona rural-urbana de Mendoza, tenía estrategias de otorgamiento de turnos y problemáticas similares. En el centro de salud de esta localidad, a las dificultades propias de la organización institucional de las visitas médicas, se suma la rigidez de algunos profesionales frente a las demoras que tienen algunas mujeres para llegar a horario a las consultas. Demoras que se relacionan con las distancias, con las frecuencias del transporte público y con el arduo trabajo de conciliar la atención de la salud con el trabajo productivo y de cuidados. En relación con esto último,

⁶⁷ Por demanda espontánea entendemos aquellas visitas que solicitan los pacientes que padecen alguna dolencia que no puede esperar una cita programada y que, en general, requiere atención en el momento.

una de las mujeres con la que conversamos nos contó un suceso que vivió en la salita de Ugarteche, en ocasión de una visita de control para su hijo.

Flora (65, 56), que acababa de adoptar a su hijo de meses, quería llevarlo a control por primera vez con el pediatra de la sala. Como mencionamos anteriormente, la lógica de otorgamiento de visitas era por orden de llegada. Para no quedarse sin lugar, llegó al centro de salud a las 3 de la mañana. Para colmo de males, era pleno invierno. La logística que organizó para que su bebé no pasara frío mientras ella esperaba fue dejarlo en casa al cuidado de una vecina. Apenas abrieran el centro de salud y le dieran su turno, saldría corriendo hasta su casa, “que estaba lejitos”, para traer al bebé.

Así lo hizo, tenía el tercer turno de la mañana y contaba con que eso le daría tiempo de volver a horario para la cita. Desafortunadamente, a pesar de que corrió, llegó unos minutos tarde. El médico que estaba atendiendo llamó a la cuarta persona anotada. En ese momento, Flora se acercó y le dijo que tenía el tercer número, que si la podía atender. “¿Y dónde estabas?”, le dijo el médico. “Fui a traer mi niño”, contestó Flora. “No, ahora no te voy a atender, ponete allá en los bancos, te voy a atender última”. Ella se puso a llorar y le dijo que ella estaba primero, le explicó que su casa “está lejos para traer rápido”. El médico, a pesar de las explicaciones, y sin mirarla a los ojos, insistía en que no la iba a atender. Flora lloraba cada vez más y le preguntaba que si “acaso ella era un florero que no sentía frío”. Había pasado toda la noche afuera de la sala para sacar el turno.

En un momento, el llanto se mezcló con rabia y Flora (65, 56) le dijo que no pensaba irse a los bancos, que la tenía que atender. “Usted me ha dicho que tengo remedios gratis, leche gratis, yo no tengo nada gratis, yo pago impuestos, y usted está aquí para atender a los niños, no tengo alas para traer rápido”. “¿vas a atender o no vas a atender?”. Flora cuenta que el hombre la miró y estuvo un rato en silencio hasta que se acercó a ella ante la mirada atenta de toda la sala de espera. La abrazó, le dijo “basta, no llores más, hagámonos amigos” y la hizo pasar. Lo cómico para Flora, que mientras lo cuenta se ríe, a pesar de lo indignante de la situación, es que mientras iba entrando a la consulta para la revisión, el

médico le decía, infantilizándola, “¿por qué te portás así?”, a lo que ella respondía una y otra vez “¿y usted por qué se portó así de esa manera?, usted empezó”.

En el caso anterior, el médico cuestionó el derecho a la atención médica de la mujer bajo el supuesto de que no aportaba económicamente para los medicamentos y alimentos que recibía. El profesional estableció una conexión entre el derecho a la atención sanitaria y la posibilidad individual de pagar por los servicios de salud. Las prácticas discursivas de agentes que conciben la biomedicina como un producto de mercado, y que ponen en cuestión el acceso gratuito al sistema público y sus prestaciones, se dirigen especialmente hacia personas migrantes (Cerrutti, 2010). De esta forma, en dichas prácticas de atención queda en evidencia la articulación entre racismo, clasismo y mercantilización de la salud en el modelo biomédico de atención.

Una particularidad del relato de Flora (65, 56) que nos interesa retomar se desprende del lugar que le da a la mirada del médico en la descripción de lo ocurrido. En su narrativa, cuando el profesional establece contacto visual con ella, este gesto parece interrumpir una inercia en el modo de atención. Su presencia y los argumentos con los que resistió el castigo con último lugar de la fila propiciaron un desplazamiento de la mirada del agente desde la lista de pacientes hacia Flora. Con la pregunta sobre si “¿acaso ella era un florero que no sentía frío?” le reclamó una falta de registro sobre su condición de persona de carne y hueso que, en pleno invierno, debía esperar horas en la puerta del centro de salud para obtener un turno. En esta experiencia, reconocemos los dos tipos de “trabajo de salud” que define Christina Sinding: el de “hacer visibles las propias condiciones materiales e identidades sociales, y el trabajo de gestionar estas condiciones e identidades cuando no son atendidas por la institución” (Sinding, 2010, p. 1657 citado en Yañez, 2016). Con su intervención en la sala de espera, Flora salió del anonimato de una paciente más del día y evidenció el trabajo de organización, la gestión de tiempos y recursos que implicó para ella obtener un turno y llegar a la consulta. Asimismo, defendió su derecho a la atención sanitaria frente al cuestionamiento del médico.

La rigidez de algunxs médicxs contrasta con la comprensión de la singularidad de contextos sociales y personales que muestran otrxs profesionales. Sabrina (55, 17) cuenta que una de las tantas veces que fue al Hospital de Tunuyán para sacar turno con el neurólogo que sigue a su hija con parálisis cerebral, su médico, que esa noche estaba de guardia, la encontró en la sala de espera de la guardia aguardando a que se hiciera de día para sacar turno para recetas. El médico le dijo que no hacía falta que hiciera eso, que podía ir directamente, sin turno previo, a buscarlas. En ese mismo hospital, atiende un médico que es “paisano” y que según Sabrina (55, 17) y otras mujeres de la zona “es muy bueno”. El motivo de esta apreciación sobre el profesional es que “te atiende igual, aunque se te haga tarde”.

En zonas urbanas, más cercanas a la ciudad de Mendoza, como La Primavera o el B° Belgrano, presentaban problemas similares para la obtención de turnos en los hospitales, que también era por orden de llegada. Sacar visita implicaba para las mujeres un gran trabajo y costo económico de transporte para llegar de madrugada y obtener un lugar. Javiera (52, 33), por ejemplo, que se sigue en el Hospital Lagomaggiore con una reumatóloga, refiere que el último año abandonó unos tratamientos por el gran trabajo que le costaba sacar turno. No quería pasar la noche en el hospital y no podía afrontar el costo económico de un taxi para trasladarse desde su casa a la madrugada. Estos obstáculos, además de todas las molestias y el gasto de dinero que les generan a las mujeres, atentan contra la adherencia a procesos terapéuticos. En el caso de Lohana (50, 40), cuando se demoran más de dos semanas para darle un turno para alguna consulta que no puede esperar, prefiere pagar e “ir a la privada”.

En zonas más cercanas a centros urbanos es habitual que algunas postas y hospitales hayan incorporado el sistema de turnos por vía telefónica. Tal es el caso de la sala que se encuentra en La Primavera, la localidad donde vive Valeria (34, 33) con su esposo, hijxs, madre y padre, y del Hospital Central, donde se atiende por problemas de alergia. Ella estaba contenta con el sistema telefónico porque no tenía que levantarse tan temprano para conseguir lugar en la sala y, además, podía estar en espera al teléfono mientras hacía otras actividades. A diferencia de ella, su madre y su padre preferían el sistema clásico de turnos

por orden de llegada. El motivo es que ninguno de los dos maneja bien los teléfonos celulares y no saben leer ni escribir. Además, su padre padece algunas secuelas por cataratas y no ve bien. Por estas dificultades, Valeria es la que finalmente se encarga de conseguir las visitas médicas de toda la familia. En el caso de su madre y padre, la brecha digital, que refiere a las limitaciones para la apropiación de las tecnologías de comunicación (Gómez Navarro et al., 2018), disminuye su autonomía para relacionarse con el sistema de salud. Esto implica una tarea adicional para Valeria en el marco del trabajo reproductivo que realiza para su núcleo familiar. Cuando no existía el sistema telefónico también era ella, y no su hermano, quien los acompañaba a sacar turno. Con el teléfono al menos no perdía media jornada de trabajo para ir al hospital. De esta forma, con mayores o menores dificultades para contactar con las instituciones sanitarias y conciliar trabajo productivo y reproductivo, en su unidad doméstica se reproduce la división sexual del trabajo de cuidar.

Los relatos que hemos traído en este apartado muestran que es difícil pensar en una sola estrategia para el otorgamiento de turnos que sea efectiva para toda la población. Incluso en un mismo contexto social y geográfico, las necesidades son diferenciales según las condiciones materiales de vida y trabajo de las personas. A las distancias geográficas y la escasez de turnos se suman el analfabetismo y el trabajo de cuidados como condicionantes de las posibilidades de acceso a los centros de salud. En este sentido, impresiona que es necesario crear estrategias combinadas más flexibles que permitan a las personas ajustar los recursos institucionales a sus propias necesidades y no a la inversa. Asimismo, los relatos muestran que, una vez más, son las mujeres en mayor medida quienes asumen el trabajo de adaptar sus rutinas diarias a los recursos disponibles para acceder al sistema de salud.

A continuación, y con la intención de retomar un aspecto relevante que apareció al final de estas reflexiones, nos interesa profundizar en las implicancias que tiene no saber leer ni escribir para vincularse con el sistema de salud y en las cargas de trabajo que esto significa para las mujeres que cuidan.

5.2 La vinculación con el sistema de salud cuando no se aprendió a leer ni a escribir

Como señalábamos anteriormente, el analfabetismo condiciona el acceso y las formas de vinculación con el sistema de salud. En el caso de los turnos telefónicos, sistema en el que muchas veces hay instructivos online para guiar a las personas por el circuito de atención, la brecha tecnológica en adultxs mayores se complejiza cuando, además, las personas no aprendieron a leer. A la dificultad para la obtención de turnos se suman los obstáculos para transitar por hospitales y centros de salud. En estos espacios, que no están adaptados para personas no videntes ni para personas que no leen, las cartelerías que orientan para transitar los diversos circuitos de atención, en ocasiones, son tan complejas que incluso representan un desafío para quienes saben leer.

A su vez, luego de cada consulta hay una serie de prescripciones médicas y estudios complementarios que es necesario decodificar y seguir. Detrás de estas indicaciones suele estar alguna hija o sobrina de las mujeres que traduce lo que han indicado lxs profesionales o que directamente las acompaña a la consulta. Javiera (52, 33) tiene una sobrina enfermera que le averigua para cuando le han asignado las visitas y cómo tiene que tomar los medicamentos. De todas maneras, las doctoras ya la conocen y han creado un sistema con números y dibujos del sol y la luna para que las mujeres recuerden si son tomas diurnas o nocturnas para cada medicación. El sistema de números, que llega hasta 3, establece diferenciaciones entre los papeles que son pedidos de estudios, indicaciones o recetas para ir a la farmacia. “Así se maneja” Javiera, según sus palabras.

Para Valeria (34, 33) es más complicado porque ningunx de sus progenitorxs lee. Ella se encarga de sacar los turnos para ambxs y, además, lxs acompaña a las consultas que, últimamente, dada la edad y el desgaste que padecen por tantos años de trabajo físico intenso, son múltiples. Desde lxs especialistas de cadera, pasando por lxs oftalmólogxs y lxs clínicxs, ella lxs acompaña para todo. Su hermano varón, que también vive cerca de sus

padres, no asumen ninguna de estas tareas. Al preguntarle por qué, dice que ha sido la más cercana a sus padres desde niña, y que ellxs se sienten más cómodxs con ella, aunque su hermano no ha intentado ni una sola vez acompañarlxs para aprender y habituarse a este tipo de tareas.

Valeria (34, 33) cuenta que sus padres ni siquiera se atreven a ir solxs al centro, “están como rezagados”, se desorientan porque toda su vida han estado en zonas rurales, donde sí saben moverse. La falta de autonomía y la reticencia de su padre para hacerse atender implica para Valeria estar atenta a manifestaciones que a veces ni él nota, “porque se acostumbra”, pero que van haciendo mella en sus posibilidades de trabajo diario y en su calidad de vida. Por ejemplo, cuenta que un día saludó a su padre desde su casa, que está solo a unos cuantos metros de distancia de la de su padre, y este no respondió al saludo. Más tarde le preguntó por qué no la había saludado y él le respondió que porque no ve. No había comentado antes este problema por no molestarla para ir al hospital. Justo para esa época, se hizo una campaña de detección de cataratas que Valeria identificó en la tele, y que resultó ser el problema por el cual su padre no veía. Llamó al teléfono que apareció en pantalla y lo anotaron en una lista. Algunos meses después lo operaron.

Aunque no fue planteada como problemática por las mujeres, consideramos que un aspecto adicional y relevante del analfabetismo en relación con los cuidados es la pérdida de intimidad ya que, en general, las personas tienen que ir acompañadas a la consulta médica. Esto implica exponer ante otrxs, tal vez sin quererlo, cuestiones que atañen al propio cuerpo y a los padecimientos. Un recurso que surgió en las conversaciones como alternativa para ganar autonomía e intimidad, ya que permite que lxs sujetxs puedan elegir ir solxs a la consulta, son las prácticas creativas y comprometidas de algunxs profesionales que inventan sistemas de codificación que les permiten a lxs pacientes comprender las prescripciones y manejarse con mayor independencia.

Dos problemas del sistema de salud obstaculizan la continuidad de estas prácticas profesionales amorosas. El primero de ellos, es que no están institucionalizadas y dependen del profesional que te atiende. El segundo problema, es que, según las propias mujeres, lxs

trabajadorxs de la salud cambian todo el tiempo y cuando se van, a menudo se desarmen los vínculos, la complicidad y las estrategias terapéuticas y de atención que habían creado en conjunto con las usuarias. A continuación, desarrollaremos el análisis referido a la alta rotación de profesionales y la falta de medicamentos como obstáculos estructurales del sistema público de salud.

5.3 La rotación continua de profesionales y la falta de medicamentos

Anteriormente mencionábamos que uno de los problemas que tiene la posta sanitaria de San Carlos, y que también presentan otros centros asistenciales urbano-rurales como Ugarteche, es la falta de profesionales y lo que esto implica en términos de las demoras para la obtención de turnos. En centros de salud de zonas urbanas, en ocasiones, el problema no es la falta de trabajadorxs de la salud sino la alta rotación de lxs mismos.

Mariela (45, 28) a veces prefiere ir a médicxs particulares, no solo porque la espera para obtener turnos es larga, sino porque siempre que va “te toca un médico distinto”. Dado que las historias clínicas no están digitalizadas en la mayoría de los centros asistenciales, y las historias en papel en general son bastante escuetas, cuando cambia un/a/x profesional, las mujeres tienen que volver a contar sus historias casi desde cero y re-entablar un nuevo vínculo de confianza. Cuestión que no ocurre de un día para otro.

A su vez, muchxs colegas no comparten criterios terapéuticos, este aspecto de la atención sanitaria implica que, cuando rotan lxs profesionales, a las personas les interrumpen medicamentos que toman hace tiempo, de forma brusca y sin argumentos. Tal fue el caso de Javiera (52, 33) que, como tiene problemas de insomnio y ansiedad desde hace varios años, está en seguimiento por el servicio de psiquiatría del centro de salud y toma una pastilla para dormir. De una semana a otra, cambió la psiquiatra del centro de salud. Cuando fue a su visita de control, la psiquiatra nueva le dijo que “ella no necesitaba tomar esa medicación”, “que saliera a caminar o que hiciera más ejercicio”. Todo esto sin

saber que Javiera padece dolores crónicos en sus huesos producto de la artrosis que desarrolló de forma acelerada por las cargas de trabajo físico en las cosechas. De un día para otro, se quedó sin medicación y volvió a tener insomnio⁶⁸. A su vez, la psiquiatra anterior la estaba ayudando a obtener una pensión por discapacidad por los dolores permanentes que padece y por la dificultad que esto le genera para trabajar, sumado a que, a su edad y sin haber terminado la escuela, de por sí ya es difícil conseguir cualquier trabajo que no sea el de limpieza, tal como ella refiere. En suma, Javiera se quedó sin su medicación y con el trámite de la pensión inconcluso. Dice que, sin éxito, intentó rastrear a la médica anterior. Nadie podía decirle a qué otro centro había ido a trabajar. Como la nueva psiquiatra dejó de hacerle las recetas del medicamento para dormir, tuvo que empezar a pagarlo de su bolsillo con la ayuda de sus hijxs.

La falta de medicamentos es un problema habitual, especialmente en los centros de salud. Los hospitales concentran la mayor cantidad de recursos y entre ellos, la disponibilidad de fármacos. Por tal motivo, las mujeres con las que conversamos, sobre todo aquellas que asisten a las salitas en zonas rurales de San Carlos y Ugarteche, con frecuencia, tienen que hacer dos viajes para conseguirlos. Uno sin suerte a la sala, y un segundo viaje al hospital donde es más probable que consigan la medicación que precisan. Cuando no los consiguen ni en uno ni en otro lugar, los compran y, a veces, se quedan sin tomar la medicación.

Algunas mujeres comentaron que precisan medicación de forma crónica para tratar enfermedades complejas y de larga data que son atendidas por especialistas de hospitales. Para acceder a los anticonvulsivantes⁶⁹ que toma su hija, Sabrina (55, 17) debe acercarse todos los meses al hospital para que el neurólogo le haga la receta. La concentración de recursos en los hospitales, y la falta de comunicación con los centros de salud, que podrían recibir ciertos medicamentos que su población a cargo necesita, les demanda a las mujeres

⁶⁸ Algunos medicamentos ansiolíticos o inductores del sueño, cuando se toman por períodos prolongados, generan una dependencia química, física y se transforman en una rutina diaria de las personas. La cuestión de la rutina en sí misma tiene efectos terapéuticos. Por todos los motivos que acabamos de mencionar, se desaconseja la suspensión brusca de algunos de estos fármacos.

⁶⁹ Los anticonvulsivantes son medicamentos que previenen crisis de epilepticas.

una tarea adicional en el marco del trabajo reproductivo que realizan. En lugar de ir a buscarlos a la sala, que les queda más cerca, tienen que viajar más de 40 km al hospital para las recetas y los medicamentos. Livia (37, 17) otra mujer de la zona de San Carlos, como sabe que habitualmente faltan fármacos en la sala, cuando tiene que atender a los niños va directamente al hospital.

Otro faltante relevante en los centros de salud, que son el punto clave de la prevención en salud, son los anticonceptivos. Durante los períodos en los que realicé observación participante en San Carlos y en Ugarteche era habitual la falta de preservativos y de anticonceptivos inyectables, con la consecuente interrupción de las diferentes prácticas de anticoncepción, o bien la rotación continua de la vía inyectable a la vía oral. Algunas mujeres no se sienten cómodas con esta última vía porque, en ocasiones, olvidan alguna toma. “Con el inyectable te olvidás” (Livia, 37, 17).

Una dimensión de los cuidados en la cual se sobrecargan las mujeres debido a las falencias de los sistemas de protección social es la hogarización de los cuidados complejos de la salud. Es decir, el traslado al ámbito doméstico, y mayormente hacia las mujeres de la familia, de los requerimientos de cuidados de personas completamente dependientes, que padecen enfermedades neurológicas o degenerativas como la demencia, o bien que se encuentran en el final de la vida. Sobre este tema trata el apartado que sigue.

5.4 “Como en la familia nadie te va a cuidar”: hogarización de los cuidados complejos de la salud

Dos de las mujeres a las que entrevistamos, Lohana (50, 40) y Sabrina (55, 17), compartieron sus experiencias de cuidados complejos de la salud en el hogar. En el caso de Lohana, asumió los cuidados de su suegro en etapas avanzadas de una demencia tipo Alzheimer. Sabrina, por su parte, cuida a una de sus hijas que padece una parálisis cerebral

desde el nacimiento. Ambas mujeres, Lohana durante el tiempo que vivió su suegro en su casa y hasta que falleció y Sabrina hasta la actualidad, se han encargado diariamente de organizar los cuidados de sus familiares. A continuación, haremos un recorrido por cada una de sus experiencias, tratando de establecer puntos en común y contrapuntos.

Lohana comienza el relato sobre los cuidados de su suegro con la siguiente frase: “como en la familia nadie te va a cuidar”. Este fue el motivo principal por el cual le pidió a su esposo que no lo enviara a una residencia para mayores cuando éste planteó la posibilidad debido al rápido deterioro cognitivo y a la dependencia casi absoluta de cuidados que iba desarrollando su padre. Reconoce que, además, era difícil afrontar económicamente la internación en una residencia donde pudiese recibir los cuidados que necesitaba.

Ante la pregunta sobre por qué cree que “como en la familia nadie te va a cuidar”, Lohana (50, 40) respondió que “porque en la familia te conocen”. Su suegro había perdido audición y había que hablarle fuerte, estaba casi ciego y, con la demencia, olvidó el castellano y solo se comunicaba en quechua, lengua que Lohana podía entender perfectamente y hablar un poco. Su familia sabía de estas dificultades sensoriales y de su preferencia por el quechua y habían aprendido a acompañarlo en su singularidad. Ella sentía que estas particularidades de la vida de su suegro, y en especial su apego por narrar una y otra vez y con infinidad de detalles la historia de su infancia, que era la etapa que más recordaba en el marco de su deterioro de memoria, no serían igualmente acogidas y atendidas en una residencia u hospital.

La apuesta de asumir los cuidados de su suegro en casa fue arriesgada, esta decisión cambió por completo las rutinas diarias de Lohana y de sus hijxs. En menor medida las de su esposo, que al trabajar todo el día fuera de casa, solo se encargaba de algunas tareas de cuidados por la noche, y, sobre todo, de tareas que requerían fuerza física como levantarlo y rotarlo en la cama. Tuvieron que acondicionar una habitación de su casa con una cama ortopédica que ellxs mismos compraron y a la cual le construyeron unas barandas para que el hombre no se cayera. Pusieron agarraderas en el baño para que pudiera sostenerse en los

momentos de aseo y se aprovisionaron de artículos de cocina para preparar alimentos más fácilmente digeribles y energizantes para su suegro.

Durante las mañanas, Lohana trabajaba por horas limpiando en una casa. El tiempo que estaba fuera de casa, una sobrina se quedaba a cargo del cuidado de su abuelo. Si tenían que llevarlo al baño o levantarlo, en esos casos colaboraba alguno de sus hijxs. Cuando Lohana llegaba de trabajar tomaba nuevamente la posta de los cuidados. Preparaba alimentos procesados, le daba de comer, lo llevaba a dormir una siesta y si era necesario, se quedaba conversando con él hasta que se quedara dormido. Según Lohana había vuelto a ser un niño de unos 8 años que todo el tiempo llamaba a su madre. En ocasiones, la confundía con “la encargada de un restaurant” que le traía sus pedidos diariamente. Anécdota que Lohana cuenta entre risas pero que pone en evidencia el trabajo de servicios que realizaba diariamente para su suegro.

En el marco del trabajo de cuidados de su suegro, había una instancia de la que Lohana (50, 40) “disfrutaba mucho”: escuchar las historias que su suegro contaba sobre un pasado que él vivía como si fuera tiempo presente, y en el cual traía personajes que estaban muertos y creaba algunxs que nadie sabía si realmente habían existido. Le gustaba seguirle el hilo y la corriente en esta mezcla entre ficción y realidad. Podía pasar horas representando los personajes y habitando los escenarios que su suegro creaba en sus largas conversaciones. Dice que este “juego” le permitió conocer a su suegro en profundidad, historias sobre su vida y la de su esposo que nunca había escuchado.

Por las tardes, lo bañaba con la colaboración de sus hijxs y si no, esperaba a su marido que la ayudaba por las noches. Con el tiempo, las noches se volvieron complicadas porque el hombre no dormía y se levantaba agitado, cuestión que es común en las personas que pasan demasiado tiempo en cama y en un mismo lugar, a veces sin posibilidad de ver la luz del sol durante días. En estos casos, en general se levantaban con su esposo y entre lxs dos veían la manera de calmarlo, aunque a veces no sabían qué hacer y solo el agotamiento lograba dormirlo. Estas situaciones, y el deterioro que comenzó a sufrir también su suegra, que progresivamente fue requiriendo mayores cuidados, llevaron a Lohana al límite. Le

pidió por favor a su marido si alguno de sus hermanxs podía encargarse del cuidado de su suegra durante algunas semanas, para poder descansar un poco.

Su suegra se fue, pero volvió en peor estado de salud del que estaba. Esto le generó culpa por no haber podido con todo, como “la mujer maravilla” de su infancia. Y es que además del cansancio que sentía, Lohana había perdido sus espacios de disfrute, el baile y las charlas con sus vecinas.

Al acercarse al fin de la vida, su suegro comenzó a comer menos y a estar dormido cada vez más tiempo del día. Esto exigía, dada la inmovilidad del hombre, que lo rotaran por indicación médica cada 2 o 3 horas, para que su piel, de tanto estar acostado, no se ulcerara. Una médica del hospital Lagomaggiore, asignada para los cuidados paliativos y de final de vida, lxs visitaba de vez en cuando, especialmente en sus últimos días de vida, cuando el hombre dejó de comer y decidieron ponerle un suero. Después de casi un año de cuidados, el hombre murió en casa.

Si bien recibieron ayuda médica en los últimos días de vida, el resto de los cuidados directos y los recursos económicos, terapéuticos, alimentarios y emocionales fueron provistos casi exclusivamente por Lohana y su familia. Esto nos indica que el cuidado de enfermedades complejas se encuentra mayormente privatizado. Son escasos los recursos económicos estatales destinados al acondicionamiento de las unidades domésticas para los cuidados complejos, como así también, para la contratación por parte de los hospitales de personal capacitado y destinado al acompañamiento ambulatorio de las personas que padecen y que acompañan procesos de salud como el que acabamos de narrar. Lxs sujetxs aprenden a medida que hacen su experiencia y las mujeres se cargan al hombro, una vez más, con múltiples tareas en simultáneo, incluida la emocional de lidiar con la impotencia, la culpa, el cansancio y la tristeza que puede producir acompañar procesos de salud irreversibles en personas queridas.

En el caso de Sabrina (55, 17), cuya hija nació con una parálisis cerebral producto de una complicación durante el parto, los cuidados intensivos comenzaron en ese mismo momento. Por lo menos, “dos siempre tenemos que estar al lado de ella”. Por este motivo,

Sabrina dejó el trabajo estacional en las cosechas y se dedicó de lleno a sus cuidados. Dice que “entre todos están siempre cuidando, pero más las mujeres que los hombres”, porque sus hijos estudian. La niña no se moviliza sola, usa pañales, y se alimenta con preparados más bien blandos, para facilitar la digestión. Sabrina la levanta de su cama, la baña y le cambia los pañales diariamente. En invierno, prepara un hogar a leña para que su hija se siente delante de la estufa mientras ella cocina, limpia su casa y anda detrás de sus otrxs hijxs para que estudien.

Para los días de calor, Sabrina construyó un horno con piedras para cocinar fuera de la casa y que la hija pueda tomar sol y estar cerca de sus primas mientras ella cocina, trabaja en el secadero de frutas o en la huerta que construyó con su propio sistema de riego. Estos son momentos de goce para ella y su hija, en los cuales además de disfrutar del aire libre, las mujeres de la familia y algunas vecinas conversan y comparten los cuidados de lxs niñxs en una galería común que conecta sus casas.

Cuenta que le costó dos años de insistencia y trabajo burocrático que le dieran una pensión para su hija, que al momento de la entrevista era de 3000 pesos y no le alcanzaba para cubrir los gastos de pañales ni de leche, dos recursos esenciales para su hija. Lo que no cubre la pensión, sale de su bolsillo. Algunos meses difíciles para la economía familiar han recibido la ayuda económica de lxs vecinxs y la unión vecinal de la calle Videla en San Carlos.

Como mencionábamos en el apartado anterior, mes a mes Sabrina tiene que ir al hospital, que queda a 20 km de su casa, para buscar los medicamentos que toma su hija. Esto requiere de una logística especial de organización para el relevo de los cuidados. Su esposo trabaja todo el día como chacarero, así es que, por lo general, es otra de sus hijas y su sobrina las que quedan a cargo. Cuando esto ocurre, estas mujeres deben interrumpir sus estudios y sus planes para ese día.

A Sabrina le cuesta mucho dejar a su hija al cuidado de otrxs cuando ella no está, siente miedo y culpa de que algo vaya a ocurrir en su ausencia y no pueda hacer nada. Esto último ocurrió en una oportunidad, mientras hacía compras con su esposo en el centro del

pueblo Su niña, que estaba al cuidado de otra de sus hijas, vomitó y se le obstruyó la vía aérea. Debido a esto último, tuvieron que trasladarla al hospital donde estuvo varios días internada. Por este suceso, Sabrina ha quedado con miedo. Nuevamente, aparece la dimensión de la carga emocional que implica para las mujeres lidiar con los peligros para la integridad física de lxs hijxs.

Por el tipo de particularidades físicas que presenta su hija, las destrezas que se requieren para sus cuidados son de alta complejidad. Evitar que se aspire al comer, ejercicios de estiramiento para disminuir la rigidez muscular secundaria a la falta de movilidad y tratamientos semanales para el estreñimiento, entre otras tareas. Son prácticas de cuidados que habitualmente requieren una formación profesional pero que, en su caso y el de sus familiares, han debido aprender-haciendo y no son remuneradas. No reciben ningún tipo de asistencia domiciliaria para los cuidados directos, a lo sumo, ha contado un par de veces con la presencia del agente sanitario de la zona para conseguir turnos y para que le lleve algo de leche a su casa. El resto de las tareas corren por cuenta de Sabrina y su familia.

Por la ausencia de espacios terapéuticos y de socialización fuera del ámbito doméstico, tanto Sabrina como su hija se encuentran la mayor parte del tiempo confinadas en su casa. En consonancia con otras investigaciones sobre cuidados en personas con discapacidad, el horizonte de participación social de ambas se deposita en la tarea de rehabilitación y mantenimiento del status funcional, con una fuerte carga de trabajo reproductivo para Sabrina y el resto de las mujeres de la familia (Naquín y Mareño, 2012; Borgeaud-Garciandía, 2013).

Tanto en el relato de Lohana como en el de Sabrina, emerge una dicotomía que no encuentra un punto intermedio o una alternativa. O bien se conceden el espacio y las decisiones sobre los cuidados a las instituciones, que por muchos esfuerzos que hagan sus trabajadorxs tienen formas estructuradas que atentan contra la singularidad de las personas y sus necesidades de cuidados o, en el otro extremo, se asumen los cuidados en los hogares con altos costos económicos y de trabajo físico y emocional mayormente para las mujeres.

La fragilidad de los cuerpos que cuidan es tal, y la labor tan intensiva, que las mujeres están casi siempre al lado de las personas a las que atienden. Cuando por algún motivo se ausentan, sienten temor o culpa de que algo pase.

A continuación, a partir del recorrido por las principales dificultades y el trabajo que demanda a las mujeres acceder y transitar procesos de salud y enfermedad de forma más o menos cercana a las instituciones de salud, abordamos las dimensiones que ellas han registrado a lo largo de sus relatos como indicadoras de buenos encuentros cuidadores y experiencias satisfactorias con el sistema de salud.

6. Dimensiones de un buen encuentro cuidador con el sistema público de salud

Este apartado es una forma particular de registro de las dimensiones de los cuidados que las mujeres identificaron como necesarias para producir encuentros satisfactorios con el sistema público de salud. Las formas que eligieron las mujeres para expresar aquello que quieren o esperan de sus vínculos con lxs agentes de salud y el sistema sanitario nos hizo pensar en un manifiesto como modo de escritura propicio. “Que te traten bien y que no te hagan esperar”, es un ejemplo sobre este modo de decir al que nos referimos. Algunas de las expresiones han sido referidas en el entramado de escritura previa y, otras, aparecen aquí por primera vez. Las dimensiones de los cuidados que registramos son las siguientes:

- “Que no te discriminen” (Rita, 59, 50) “que no te nieguen la atención por ser migrante y que atiendan a todos por igual” (Sabrina, 55, 17))

- “Que no te hagan esperar” (Valeria, 34, 33)

- “Que te atienda el mismo médico para no tener que contar tantas veces tu historia” (Mariela, 45, 28)

- “Que te conozcan, que sepan sobre tu vida, tu familia, tus problemas de salud, lo que te hace bien comer y lo que te angustia” (Mariela, 45, 28)
- “Que te expliquen” y “que se hagan entender” (Valeria, Livia, Rita, Mariela, Flora)
- “Que te dejen preguntar” (Livia, 37, 17)
- “Estar en confianza” (Melisa, 35, 17)
- “Que hablen quechua” (Sabrina, 55, 17)
- “Que las atiendan sin turno cuando no alcanzaron a sacar” (Sabrina, 55, 17)

Este registro nos permitió profundizar en aspectos que hacen a la calidad de los encuentros de cuidados. Y de esta forma, ir más allá de la ponderación del vínculo con el sistema de salud en virtud de la dimensión de accesibilidad, a una guardia de urgencias o a una consulta en un centro de salud u hospital. Esto último, porque observamos que la respuesta inicial y común a la pregunta por sus experiencias con el sistema biomédico fue que estaban conformes porque “nunca les faltó atención”. Esta valoración cobra sentido en el marco de sus experiencias migratorias en contextos históricos y políticos signados por legislaciones y políticas sanitarias restrictivas y expulsivas frente a lxs migrantes.

No obstante, entramadas en relatos sobre las dificultades y los conflictos para conciliar los trabajos fuera del hogar con los de cuidados, o en las narrativas sobre experiencias de racismo, de autodescubrimiento del propio cuerpo y padecimientos, emergían, una a una, dimensiones y experiencias que construyen un mapa con las huellas de los gestos y las prácticas que nutren sus vínculos de cuidados con el sistema de salud y, como contrapartida, de aquello que los desvitalizan. No se trata solo de acceder, sino del cómo, con atención a las singularidades de los contextos materiales de vida en los que se enmarca su acceso al sistema de salud. Se trata, también, de lo que sucede en los encuentros interpersonales de cuidados, de la posibilidad de que allí se acojan sus deseos, sus dolores, sus historias de vida, sus preguntas, lo que para ellas cuenta como estar sanas y aquello que hace que su vida valga la pena.

A continuación, a partir de un ejercicio que trata de retomar y conectar algunos hilos en las narrativas de las mujeres sobre sus experiencias de cuidados con otrxs y con el sistema de salud, haremos un recorrido por las tensiones y los matices en las experiencias de cuidados de sí mismas en la adultez.

7. Cuidados de sí

Según las narrativas de las mujeres, las condiciones de vida en Bolivia, el proceso migratorio, los cuidados en la infancia, el trabajo en las cosechas, el racismo, la maternidad y los cuidados de sus afectos, entre otras experiencias, se imprimieron en sus cuerpos y subjetividades y en los modos de cuidar de sí mismas. Modos que no son permanentes e incuestionables, sino que aparecen como motivo de crisis, refugio, autorreflexión, rabia, posibilidad de autodescubrimiento y desvío de los caminos pre-establecidos.

En este sentido, la relación entre pasado y presente no es lineal. Se constituye a la manera de un diálogo entre relatos, gestos y prácticas que, algunas veces, coagulan en patrones aprendidos y repetidos de cuidados y, otras, a partir de experiencias disruptivas, se disuelven para dar lugar a nuevas formas de conectarse con sus cuerpos, dolores, placeres, necesidades y prácticas de cuidados sobre sí y sobre otrxs.

Para algunas mujeres, el registro del propio cuerpo y los cuidados de sí se afianzaron durante sus procesos reproductivos o a partir del diagnóstico de algún padecimiento crónico que supuso un límite brusco al discurrir de su cotidianidad y, en otras, de forma progresiva a medida que sus hijxs se iban de casa y ellas comenzaban a notar el desgaste físico producto de una vida de trabajo intensivo en la agricultura y los cuidados remunerados y no remunerados.

Previamente, las mujeres manifiestan que, o bien porque las condiciones de trabajo no lo permitían, o por la falta de costumbre para hacerse controles de salud, se dejaban estar, trabajaban aun cuando estaban enfermas y ellas siempre quedaban para lo último. Rita (59, 50) dice que, hasta que le diagnosticaron diabetes, nunca sintió nada en el cuerpo y que ese no sentir era para ella sinónimo de salud. En la infancia y en la juventud e incluso más adelante, durante sus experiencias de maternidad, las mujeres no contemplaron la previsión/prevenición de la salud como dimensión de sus propios cuidados. Para “que sus hijos no vivan lo que ellas vivieron” (Mariela, 45, 28) y para que ellxs tuvieran un futuro, se olvidaron de sí mismas y se dedicaron a trabajar y a cuidarlx.

La premisa del paradigma del riesgo en biomedicina y en otras disciplinas, cuyo sentido principal es la posibilidad de administrar en el presente la ocurrencia de eventos en el futuro, aparece en los relatos de las mujeres como ordenadora de los cuidados para otrxs. A sus hijxs lxs llevaban rigurosamente a los controles, lxs vacunaban y se desvivían para que pudieran estudiar, no obstante, para sí mismas solo existía el presente y la mayor parte del tiempo estaba dedicado al trabajo.

A una determinada edad, que en general coincide con la partida de sus hijxs de la casa, a algunas de las mujeres se “les vinieron todos los años encima” (Mariela, 45, 28) y su cuerpo les empezó a “pasar factura” (Lohana, 50, 40). Para otras, los procesos reproductivos, especialmente el parto, fueron la instancia fundacional para conectar de manera novedosa con sus corporalidades.

Con el paso del tiempo, comenzaron a experimentar dolores de huesos producto del desgaste por las cargas de trabajo, problemas de alergia, de visión, algunas dolencias ginecológicas y, en el caso de Rita (59, 50), le diagnosticaron diabetes. Algunas refieren que aprendieron a convivir con estas dolencias a partir de conocimientos que adquirieron por sí solas y, en ocasiones, a partir de las herramientas terapéuticas y preventivas que les aportó la biomedicina en el sistema público de salud.

Para otras mujeres, como Rita (59, 50), Javiera (52, 33) y Mariela (45, 28), los procesos de salud y enfermedad fueron disruptivos, ya que, a la vez que marcaron un límite

físico, les abrieron la posibilidad de reconectarse de maneras novedosas con sus cuerpos y retomar viejos placeres y proyectos de vida. Al enfermar y necesitar cuidados biomédicos, se abrieron espacios concretos por los que solo transitaban ellas y para ellas. Las transformaciones en la vida cotidiana, por la incorporación de rutinas terapéuticas y controles de salud, además de abrumadoras, posibilitaron un espacio de diálogo con otrxs para buscar explicaciones sobre cómo o por qué habían enfermado. De hecho, para algunas mujeres, los procesos de salud y enfermedad que experimentaron fueron la puerta de entrada a servicios de salud mental donde por primera vez encontraron un lugar para hablar de ellas y su historia. En la necesidad de entender y aceptar el límite y el dolor físico, volvieron al pasado para integrar experiencias de violencias y las resistencias que desplegaron frente a esas violencias.

Rita, por ejemplo, recuerda aquel episodio que narramos con anterioridad donde cuenta que, para ir a trabajar, debía pasar por el frente de un puesto policial donde los varones que estaban haciendo guardia le gritaban cosas y, en una oportunidad, ante su indiferencia a los gritos y llamadas, la detuvieron para pedirle documentos y preguntarle su nombre. No llevaba documentos y ante la pregunta por su nombre se le ocurrió dar un nombre ficticio, “Violeta”. Rita conecta este suceso con la rebeldía que desarrolló frente a su marido, por la pasividad que mostraba en relación con las tareas reproductivas de la casa y por la escasa cooperación que recibió de su parte cuando le diagnosticaron diabetes y, triste y con pocas energías, necesitaba de sus cuidados. Tuvo varias discusiones al respecto e incluso tuvo que defenderse durante episodios de violencia física por parte de su marido que se resistía a que las cosas cambiaran. Según sus propias palabras, se rebeló frente a su esposo. No quiso ser más la Rita sumisa que todxs conocían, a partir de ahora sería Violeta, la que le hizo frente a la policía. Las cosas en su casa cambiaron y ella comenzó a participar de un grupo de tejido con vecinas, a salir al cine, al teatro y a recitales de la Beriso, su banda de música preferida. En la actualidad, Violeta sale sola o acompañada. Lo importante para ella es no seguir perdiéndose las cosas que más le gustan.

Javiera (52, 33), que no podía trabajar en la agricultura por los dolores en sus huesos, y esto la angustiaba porque sentía que era una carga para sus hijxs, encontró en este límite

físico y en el apoyo de un grupo de extensión universitaria de la Universidad Nacional de Cuyo que alfabetiza en barrios, el impulso para retomar la escolarización y así, poder cumplir su deseo de trabajar como vendedora en una feria mayormente impulsada por paisanxs en Guaymallén.

Si en algún momento el criterio que atravesó sus prácticas de cuidados fue que sus hijxs no vivieran lo que ellas habían vivido, tras enfermar, pudieron recuperar algunos hilos que las conectaron con los momentos de alegría y los placeres de la infancia y, a su vez, con nuevos gustos y proyectos: el juego y los bailes, el encuentro y la amistad con otrxs por fuera del hogar, las salidas para ir al cine, al teatro o a recitales. En algunos casos, decidieron volver a Bolivia para disfrutar de los carnavales y para reencontrarse con los paisajes de la infancia y con algunos afectos.

Este proceso de re-subjetivación no se dio en solitario, quienes pudieron hacerlo rescatan el tejido progresivo de redes de amistad, vínculos con organizaciones sociales y universitarias, la reconfiguración de roles al interior de la familia y, por último, el papel de lxs trabajadorxs de la salud, no tanto como dadores de fármacos, sino más bien desde su lugar de escucha.

Algunas de las mujeres con las que conversamos todavía no saben qué harán cuando sus hijxs se vayan de casa, pero se anticipan a los cuidados que requerirán sus esposos, algunos de los cuales ya padecen dolencias crónicas. Tal es el caso de Lohana (50, 40), que dice que cuando sus hijos se vayan cuidará de su marido y trabajará “hasta donde le dé el cuerpo”. A diferencia de Javiera (52, 33), que “no quiere ser una carga para sus hijos”, Lohana quiere que, si se enferma, sean ellxs y no una institución la que la cuide. Recordemos que ella no quiso internar a su suegro durante el último año de su enfermedad porque “como en la casa nadie te va a cuidar”.

Lohana entiende que después de todos los cuidados que ella ha dispensado a las personas de su familia, especialmente a sus hijxs, “lo mínimo que puede pedir es que la cuiden ellos”. En esta frase, observamos un doblez o una inversión de la ética “que sus hijos no vivan lo que ellas vivieron”. Quiere que la cuiden como ella lxs cuidó y entiende

que los cuidados directos de los cuerpos son un asunto de la familia. Incumplir con este mandato implica someterse a prácticas despersonalizantes. Para cuidar hay que conocer a las personas. Lohana no lo dice con estas palabras, pero insiste en que ella conocía las singularidades físicas y la historia de vida de su suegro. Estas condiciones, hacían del espacio doméstico el lugar propicio para sus cuidados. A su vez, delegar responsabilidades a personas externas al núcleo familiar implica padecer la culpa por abandonar la tarea, tal como ella misma experimentó al tomar unos días de descanso cuando ya “no pudo más”.

Al principio de este apartado, comentamos que el parto y otras vivencias ligadas a la sexualidad y la reproducción fueron instancias de auto-reconocimiento y aprendizajes sobre el propio cuerpo. En los relatos que traen estas experiencias, las mujeres manifestaron que les hubiese gustado tener más instancias para aprender sobre sexualidad y reproducción en sus infancias, juventudes e, incluso, durante los embarazos. En otras palabras, se hizo presente en sus narrativas la Educación Sexual Integral (ESI)⁷⁰ como una dimensión de sus propios cuidados, tema que abordaremos a continuación.

7.1 La ESI como dimensión de los cuidados

La ESI como dimensión de los cuidados es una categoría que creamos para problematizar la demanda por parte de las mujeres de espacios para el aprendizaje sobre sus cuerpos, especialmente en relación con los eventos reproductivos y con la disponibilidad y accesibilidad a recursos para desnaturalizar y abordar situaciones de violencia sexista y racista.

⁷⁰ La Educación Sexual Integral es un espacio sistemático de enseñanza y aprendizajes que promueve saberes y habilidades para la toma de decisiones responsables y críticas en relación con los derechos de lxs niñxs y adolescentes respecto de los cuidados del propio cuerpo, las relaciones interpersonales y la sexualidad (Pedrido Nanzur, 2017).

Valeria (34, 33), por ejemplo, cuenta que sus experiencias de racismo escolar le dejaron temor y vergüenza para mirar a la cara y hacer preguntas a personas que no fuesen de su entorno más cercano. Estas sensaciones le dificultaron la relación con el médico que seguía su primer embarazo y la tarea de indagar sobre las transformaciones físicas que iba experimentando su cuerpo durante este proceso. Cuando llegó el momento de parir, estaba convencida de que las contracciones eran suficientes para producir la salida del bebé por el canal de parto. En este sentido, se sorprendió cuando, tras más de 24 horas de contracciones dolorosas, aún no había expulsado y el dolor iba en aumento. Al escuchar que médicos y enfermeras comentaban algo sobre “la dilatación”, y sin que nadie le diera mayores detalles, comprendió que, además de las contracciones, era preciso que se dilatara lo suficiente el cuello del útero.

Con el correr de las horas, el dolor fue en aumento y Valeria pidió por favor que le hicieran una cesárea. Estaba agotada. No obstante, su médico la instó a esperar. Estuvo con dolor durante varias horas más hasta que notaron que las pulsaciones de su hijo habían bajado. En ese momento, los profesionales decidieron que era preciso hacer una cesárea. Fue la condición de salud del bebé y no el estado de dolor y agotamiento de la mujer la que modificó el curso de las prácticas biomédicas.

Valeria comentó que la educación sexual “fue algo que le faltó cuando era más chica”. Sus padres siempre fueron muy reservados y “de esas cosas no hablaba con nadie”. En la escuela no recuerda haber tenido charlas, cursos o talleres sobre sexualidad y, además, por el racismo que allí experimentó, posiblemente no hubiese resultado un lugar seguro para hablar de estos temas. Valeria, que decidió dejar la escuela por el maltrato que allí recibió, fuera de la institución escolar mantuvo una mirada atenta y curiosa sobre el mundo que la rodeaba, incluidas las flores y el interior de los cuerpos humanos. Siempre sintió intriga por saber qué tenemos adentro del cuerpo, y esta curiosidad la incentivó para hacer lecturas por su cuenta. Fueron estos auto-aprendizajes previos los que le permitieron descubrir durante el trabajo de parto que, para parir, además de contracciones tenía que haber dilatación del cuello de su útero.

El relato de Valeria pone en relieve las formas en que se diversifican y multiplican los espacios donde se producen los aprendizajes sobre la sexualidad y los cuerpos. A la vez que pone en evidencia la escasez de instancias familiares, formales e institucionales de educación sexual, rescata las instancias en que efectivamente adquirió dichos conocimientos. Sus aprendizajes extra-escolares le permitieron conectar saberes previos con lo que acontecía en su cuerpo durante el parto y desde allí, producir un conocimiento mientras transitaba esa experiencia. Experiencia que luego compartió sorprendida con familiares, mujeres que estaban en la sala de espera y, más tarde, con sus compañeras de trabajo y conmigo.

A su vez, sus experiencias de racismo escolar nos invitan a pensar la ESI por fuera de los márgenes de una asignatura que, en ocasiones, se limita al abordaje de aspectos técnicos y mecanicistas de la reproducción, la anticoncepción y las infecciones de transmisión sexual. Por fuera de los márgenes, como un dispositivo para interrogar y problematizar el racismo, el heterosexismo y el capacitismo como modos constitutivos de las prácticas pedagógicas y biomédicas y del universo de relaciones que establecemos dentro y fuera de las instituciones. No se trata solo de lo que Valeria (34, 33) perdió como oportunidad de aprendizaje en la escuela, sobre sexualidad o cualquier otra temática, sino de lo que ese espacio de encuentro social y educativo perdió con su deserción escolar. Una pérdida en relación con la posibilidad de enriquecimiento mutuo que se gesta en la diversidad de historias, identidades, corporalidades y formas de habitar las infancias.

A partir del Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ley N° 26.150), la escuela devino el espacio de referencia para la educación sexual formal, y las niñas y juveniles sus principales destinatarias. No obstante, para infancias trabajadoras, no escolarizadas y para mujeres adultas que no participan de espacios de educación formal, la escuela no es una opción para hacer estos aprendizajes. Lo que sí es posible observar a partir de las experiencias que compartieron las mujeres es que, sobre sexualidad, sobre los cuerpos y sobre lidiar con las violencias, se puede aprender de maneras no institucionalizadas: con las amigas, con familiares, en soledad, a partir de los medios de

comunicación y con vínculos contingentes, como aquéllos que se crean en las horas que se comparten en los trabajos de cosechas.

Melisa (35, 17), que es a la vez migrante y agente sanitaria intercultural del B° Belgrano de Guaymallén, es una referente para otras mujeres en temas de sexualidad y anticoncepción. Su trabajo es en el territorio, fuera de las cuatro paredes de la consulta médica. Nos dice que las mujeres de la zona se identifican y se sienten cómodas con ella, entre otras cosas, porque además de ser paisana habla quechua. En ocasiones, programan encuentros en plazas para sacarse dudas sobre el uso de los anticonceptivos y para hablar sobre sus relaciones de pareja y las dificultades que conlleva maternar en contextos urbanos empobrecidos. Con rigurosidad, pero en un ambiente más distendido, se construyen espacios de confianza y salud comunitaria.

Rita (59, 50), por su parte, que aprendió a desnaturalizar situaciones de violencia con el recurso de la televisión, también encontró en las rondas de tejido que se organizan en su barrio un lugar de confianza y un espacio propio para conversar con otras mujeres sobre medicinas, sobre los cuidados de la diabetes y sobre las transformaciones físicas que nota con el paso del tiempo. A su vez, cuenta que con sus hijxs habla de sexualidad y que, en algunos momentos, es ella la que comparte experiencias y conocimientos y, en otros, son ellxs los que le enseñan cosas. De esta forma, subvierten el estereotipo de verticalidad, desde madre a hijxs, en la transmisión de aprendizajes.

A la vez que cuentan experiencias traumáticas como el racismo y destacan el malestar y la frustración por la falta de espacios para hablar sobre sexualidad, aprender sobre sus cuerpos y compartir experiencias vinculares y corporales, a partir de sus narrativas, las mujeres elaboraron un diagrama con los contextos, acontecimientos, encuentros inesperados y complicidades que posibilitaron instancias de aprendizaje, re-subjetivación y experimentación en torno a los cuidados.

La necesidad, el proceso migratorio, el trabajo, el azar, la creatividad y el deseo configuraron de forma dinámica las formas de afectación que establecieron las mujeres con personas, animales, la tierra, sus plantas, las cosechas, su pasado y consigo mismas. Formas

de afectación que han creado una diversidad de paisajes en los sitios en los que les tocó y en los que eligieron vivir. Sobre los detalles que suelen pasar desapercibidos de aquellos paisajes, trata el apartado final de este capítulo.

8. Diversidad de paisajes

Un fragmento de la definición de cuidados que incluimos en el marco conceptual de esta tesis dice que son la raíz que nutre la diversidad de paisajes, corporalidades y sentidos de vida (Puig de la Bellaseca, 2017; Merhy, 2017; Vega Solís, 2019). En mi experiencia de trabajo de campo, esta idea se materializó por primera vez en un relato de Flora (65, 56) y, con poco tiempo de diferencia, en una escena de la que fui testigo al entrar en la casa de Sabrina (55, 17) para hacer una primera entrevista. Posteriormente, la diversidad de paisajes como imagen y relato se hizo presente en otros encuentros y entrevistas, incluso tiempo después de haberlas hecho.

El relato de Flora, que condensó la conexión entre los cuidados y la creación de paisajes, tiene que ver con su rutina de trabajo como vendedora ambulante en el barrio donde vive y en la conocida feria de Ugarteche los domingos.⁷¹ En tiempos de calor, ella sale en su bicicleta equipada con un carro trasero donde carga una “heladerita” con helados de colores. En tiempos de frío, la heladera es reemplazada por un canasto repleto de galletas, turrónes y tortitas.

La creatividad con la que Flora diversifica la producción de alimentos según la estación le permite vender casi todo el año y, a la vez, inventa, junto con otrxs vendedorxs de la zona, un paisaje mudable de olores, sabores, imágenes y relaciones con vecinxs, trabajadorxs que pasan por la feria para hacer un descanso y visitantes que ya la conocen y

⁷¹ En la feria de Ugarteche, productores locales venden frutas y verduras y los habitantes de la zona comercializan ropa, elementos de bazar, comidas típicas, antigüedades, juguetes y se preparan desayunos y almuerzos para comer ahí o para llevar.

esperan ansiosxs sus preparaciones. Es decir, que el comercio no es solo un modo de subsistencia individual, sino también una forma de lazo social y un tiempo de delicias para aquellxs que ya conocen sus productos y para quienes, a través del “boca en boca” se acercan para probar por primera vez.

La escena que presencié en la casa de Sabrina (55, 17), y que también evocó la idea de un paisaje, fue de una calidez que me conmovió desde que me recibió en su vivienda, a eso de las 12 del mediodía. Terminaba el invierno, con lo cual todavía hacía frío, pero el sol era intenso y se entraba rápidamente en calor. Sabrina me guió desde la puerta hasta una galería que conecta las habitaciones donde viven sus sobrinas con la casa principal que habita con su esposo y sus hijxs. En la galería estaban su hija, una de las sobrinas y una vecina. Estas, bañaban a dos niñxs pequeñxs en un balde grande. Habían calentado el agua y con un vaso les mojaban de a poco las cabezas. Lxs niñxs y las mujeres se veían divertidxs.

Antes de hacerme pasar al interior de su casa para comenzar la entrevista, me mostró un horno con piedras que ella misma construyó para cocinar al aire libre los días de calor. Este instrumento le permite preparar alimentos y, a la vez, estar atenta a su hija. Después del horno, me llevó a conocer la huerta que construyó con sus hijas y el sistema de riego que diseñó, y que consta de una pileta que recoge el agua de lluvia y la drena hacia los surcos por unas mangueras que regulan el caudal. Por último, fuimos hasta un secadero de frutas que instaló detrás de la casa, y que en ese momento tenía una gran cantidad de ajíes de colores (naranjas, amarillos, verdes y rojos). Ella me explicó que esta herramienta le permite disponer de ciertos alimentos, que luego prepara en conservas, para tener durante gran parte del año.

Nuevamente, pero esta vez en San Carlos, tuve la sensación de que lo que hacía Sabrina con otras mujeres en su casa, esto es, compartir tareas de crianzas, organizar espacios habitables conectados entre sí y crear instrumentos de trabajo diseñados por ella para el cultivo, el riego y la conservación de los alimentos, desbordaban el sentido de los cuidados en sus dimensiones económicas o como práctica mecánica para sostener la vida.

Las rutinas de las que fui testigo aunaban conocimientos técnicos, genealogías de trabajo, experiencias de vida y paisajes de otras latitudes y épocas para recrearlos de modo singular en el espacio donde Sabrina decidió echar raíces. Rutinas como modos de habitar el tiempo y el espacio que buscan el disfrute, que se comparten y, por tanto, son un modo de resistencia frente a la individuación y la separación del cuerpo y las emociones del trabajo. Separación que, por momentos, experimentan sujetxs feminizadxs y racializadxs a raíz del heterosexismo, el racismo y el capacitismo que organizan una desigual distribución social de las cargas de cuidados y de trabajo productivo.

Desde nuestra perspectiva, los paisajes musicales, afectivos, culinarios y vegetales a los que nos acercaron los relatos y el tiempo compartido en el territorio constituyen mundos poéticos y profundamente políticos que defienden aquello que es valioso para las mujeres y su comunidad cercana y que quieren compartir con otrxs.

9. Síntesis del capítulo

Las experiencias de cuidados en la juventud y en la adultez portan las huellas de los aprendizajes y vivencias que hicieron las mujeres en su infancia y en el proceso migratorio. Los cuidados que recibieron y proporcionaron a otrxs y a sí mismas, el racismo y las experiencias de trabajo configuran una ética común de los cuidados que se caracteriza por un esfuerzo denodado para evitar que sus hijxs no vivan lo que ellas vivieron. Ética que también atraviesa vínculos circunstanciales con personas con las que “apegaron” y compartieron recursos materiales y simbólicos en el proceso migratorio.

Dichas experiencias, configuran de manera dinámica las prácticas de cuidados sobre sí mismas. En ciertos períodos vitales hay una tendencia a relegar las propias necesidades para responder a las demandas externas de cuidados y al cumplimiento de tareas intensivas en el trabajo. Esta tendencia se observa especialmente en los períodos en los cuales se

superponen las cargas de trabajo de cuidados de lxs hijxs o de algunx familiar enfermxx, con el trabajo remunerado fuera del hogar. En el caso del cuidado de familiares enfermxxs, la presencia insuficiente de las instituciones sanitarias y de asistencia social en el esquema de organización social de los cuidados condiciona cargas de trabajo reproductivo adicionales para las mujeres.

Sucesos disruptivos como la gestación y el parto, afectaciones alegres con otras mujeres, la participación en organizaciones barriales, procesos de salud y enfermedad relacionados con el desgaste físico producto de las cargas de trabajo y algunas relaciones que establecieron con agentes de salud, irrumpen para disolver ciertos saberes encarnados sobre cómo cuidarse. Por un lado, provocan una fisura en la privatización de los cuidados al generar espacios de contención y organización colectiva de los mismos. Por otro lado, devienen una oportunidad para identificar necesidades propias como, por ejemplo, saber leer y escribir o el deseo de conocer más sobre su sexualidad y sobre el funcionamiento de sus cuerpos. En el marco de esta identificación de necesidades propias, y a partir de sus acercamientos al sistema sanitario, las mujeres registran las dimensiones que configuran buenos encuentros de cuidados con los efectores de salud.

Para finalizar, este capítulo da cuenta de los paisajes musicales, afectivos, culinarios y vegetales que construyen las mujeres y que desbordaban el sentido de los cuidados en su dimensión económica o como práctica para sostener la vida que, por momentos, se vuelve alienante y mecánica. En estos paisajes se recrean las rutinas y se siembran las semillas que vienen de otros tiempos y latitudes, se generan lazos con otrxs para compartir las cargas de trabajo, se busca el goce y se ponen a trabajar la imaginación y la creatividad en la tarea de reproducir de la vida.

CAPÍTULO VI

Lxs agentes de salud, su formación y sus prácticas

Este capítulo aborda las experiencias de formación y las prácticas cotidianas de atención de agentes de salud que trabajan en servicios sanitarios públicos de la Provincia de Mendoza. En cuanto a la formación, recorremos los escenarios familiares, políticos, económicos y sociales/barriales que atravesaron la decisión de estudiar carreras con inserción en el campo biomédico y sus experiencias de aprendizaje en la universidad, centros de salud y hospitales. Registramos con especial atención algunas vivencias disruptivas que marcaron el rumbo de sus trayectorias formativas y de trabajo: la militancia política, la irrupción de la dictadura militar en Argentina, los años post dictadura, el sexismo, el racismo y, en el caso de una promotora de salud intercultural, su experiencia como migrante y activista en organizaciones sociales barriales.

Asimismo, este capítulo reconstruye algunos paisajes del trabajo cotidiano que realizan lxs profesionales, especialmente lxs promotorxs de salud y enfermerxs de las postas. En este marco, nos aproximamos a las relaciones al interior de los equipos sanitarios y a las prácticas de atención con comunidades migrantes y, específicamente, con mujeres que migran desde Bolivia. Algunas percepciones y valoraciones de lxs agentes sobre los encuentros con migrantes fueron una guía para comprender cómo operan la formación biomédica, características estructurales del sistema de salud y experiencias familiares y políticas en sus prácticas discursivas sobre la migración, la cultura y los cuidados y en el trabajo de atención de la salud.

Entrelazadas con las experiencias formativas y laborales de lxs agentes, incluimos las reflexiones de una funcionaria pública que coordina el Programa de Salud Indígena, una

política destinada a mejorar el acceso a la salud de comunidades de pueblos originarios y que, a su vez, impacta en la atención sanitaria de personas migrantes. Esta informante nos permitió identificar algunas tensiones, desbordes y posibilidades que se abren en los recorridos que hace el texto del programa hasta que se encarna en las prácticas cotidianas de lxs agentes de salud.

Las trayectorias formativas de lxs agentes de salud que participaron en esta investigación son heterogéneas. La heterogeneidad tiene que ver, por un lado, con características propias, en mayor o menor medida estructuradas, de los contenidos curriculares y exigencias institucionales para obtener cada una de las titulaciones. Por otro lado, con las posiciones de clase, el sexo, las condiciones histórico-políticas en las que estudiaron, las configuraciones familiares, la militancia política y la migración, entre otras dimensiones.

Aunque cada ocupación cumple con tareas específicas que requieren aprendizajes diferenciales, pusimos en diálogo las experiencias y recorridos formativos de lxs agentes en cada una de sus labores. De esta forma, identificamos algunos puntos de confluencia, matices, continuidades e interrupciones en la in-corporación de los valores occidentales de la biomedicina en sus prácticas discursivas de atención.

Antes de comenzar, vale aclarar que, si bien entendemos que hay instancias estructuradas de aprendizaje, con tiempos y contenidos de estudio pre-establecidos para la obtención de un título, consideramos que la formación es un proceso continuo en el trabajo cotidiano de lxs agentes de salud. De esta forma, más adelante en esta investigación, cuando comentemos algunas experiencias de trabajo territorial, resaltaremos el carácter pedagógico y, en algunos casos transformador, de determinadas experiencias de atención de la salud.

1. “La vocación es una construcción de sentidos no relacionados con una misma”: algunos apuntes sobre la decisión de estudiar carreras en el campo de la salud

Una de las preguntas que hice a lxs agentes de salud fue ¿por qué eligieron su ocupación? La curiosidad inicial que alentó este interrogante tiene que ver con conocer cómo dialogan las expectativas iniciales de las personas sobre una carrera y/o empleo, con las tareas y destrezas que posteriormente aprenden y desarrollan en la fase de estudios y, luego, en el desempeño laboral remunerado. Después de escuchar sus réplicas, además de reparar en aspectos que respondían a dicha curiosidad, noté que, en mi expectativa de lo que implicaba el proceso de elección de una carrera o labor, operaba un prejuicio. Esto último, en cuanto asumía que, previamente a la elección, hubo un tiempo de reflexión consciente que, posteriormente, dio lugar a una decisión. Como veremos a continuación, las elecciones y los recorridos no siempre siguen un camino lineal y de certezas. En ocasiones, las posibilidades de formación y trabajo emergen como oportunidades circunstanciales que las personas toman de forma imprevista.

Ingrid (médica, 68 años) manifestó que eligió medicina porque “desde pequeña le gustó cuidar enfermos”. Carla (médica de familia, 50 años), en su lugar, relacionó su opción con la curiosidad que siempre tuvo por “las cosas que tenían que ver con el cuerpo humano y con la mente” y, además, porque su materia preferida en la secundaria era la biología. En el caso de Ingrid, hay una asociación entre medicina, los cuidados directos y la enfermedad. Carla, por su parte, vincula dicha profesión con una curiosidad por el funcionamiento del cuerpo, especialmente en sus aspectos biológicos.

Resulta interesante observar cómo el recorrido vital, formativo y laboral de Ingrid la acercó a la salud pública y la medicina preventiva que, distinguiéndose de la biomedicina curativa que pone el foco en la enfermedad, se ocupan del estudio de las condiciones sociales y ambientales necesarias para producir salud y prevenir padecimientos. Es decir,

que en Ingrid hay una transformación en la motivación inicial para elegir la carrera, que era cuidar enfermos.

Con Carla sucedió algo similar. Su interés inaugural estuvo marcado por una curiosidad científica en el terreno de la biología, no obstante, cuando salió de la facultad se dedicó a la Medicina Familiar en un ámbito rural del Valle de Uco. En este contexto, el trabajo de atención es más bien artesanal, con recursos tecnológicos limitados y en el que, según su perspectiva, prima el diálogo con las personas como herramienta de trabajo.

Malena (médica, 65 años) establece un contrapunto con la idea de que la elección de la carrera fue producto de una inclinación natural que se manifestó a temprana edad. Para ella, no existe tal cosa como la vocación. Por el contrario, considera que “la vocación es una construcción de sentidos no relacionados con una misma” y ella nunca la sintió. Su decisión inicial de estudiar medicina fue un poco a ciegas. Sabía qué no quería estudiar, pero no tenía del todo claro si la medicina era lo suyo. La única recomendación firme que recibió por parte de su madre fue “que no fuera maestra”, porque consideraba que esta profesión no es bien remunerada en relación con las cargas de trabajo que implica. Como veremos más adelante, tras su apuesta inicial para estudiar la carrera, y con ambigüedades durante el proceso, fue descubriendo ramas de la profesión que le interesaban más que otras y, sobre todo, espacios de trabajo en los que se sentía cómoda y que motivaron la elección de sus recorridos académicos y laborales.

Malena buscaba una carrera relacionada con “las humanidades y el trato con personas” y medicina “tenía un poco de todo”. En este sentido, su elección fue más bien una apuesta abierta a la multiplicidad de saberes y habilidades que, en su opinión, albergaba la medicina. La idea de que la biomedicina tiene “un poco de todo” y, en ese poco de todo, una relación con las humanidades establece un contraste con la asociación frecuente que se establece entre esta disciplina y el gusto y las destrezas previas para ciencias básicas como la biología, la química y la física. Sin negar estas imbricaciones, que la medicina “tenga un poco de todo” crea una fisura en los relatos monolíticos sobre su rol social y habilita un espectro de posibilidades para ser y hacer en este campo.

La inclinación hacia la medicina desde la infancia que manifiestan Ingrid y Carla se des-naturaliza a partir de algunos relatos comunes sobre la posición que ocupaban en la división sexual del trabajo de cuidados al interior de sus núcleos familiares. Como hermanas mayores, una de ellas en una unidad familiar con escasos recursos económicos, cuidaban de sus hermanxs más pequeñxs y de otrxs integrantes de la familia. Desde niñas aprendieron a curar heridas, acompañar enfermedades y atender diversos padecimientos, especialmente cuando sus progenitorxs se ausentaban por trabajo. Carla nos contó que cuando tenía alrededor de los 12 años le tocó llevar a su hermanita a una campaña de vacunación. Tuvo que convencerla de “que se dejara pinchar para tener buena salud” y luego de la práctica se apañó para consolarla por el susto.

Para Ingrid y Carla, el lugar que ocupan dichas experiencias de cuidados en la decisión de estudiar medicina es el de revelar su vocación y algunas aptitudes que relacionan con el ejercicio de su profesión, como ser “valientes”, “no asustarse con la sangre” y estar disponibles para asistir a las personas que enferman o se accidentan. Incluso antes del ingreso a la carrera, el modelo de médicx que impregna los sentidos sociales asociados con esta profesión está ligado a una figura heroica, con valores como la invulnerabilidad o la in-condicionalidad para afrontar el sufrimiento ajeno.

Durante la infancia y la adolescencia, Carla cumplió con las expectativas familiares de género en tanto participó activamente en la organización doméstica de los cuidados. No obstante, cuando manifestó que quería estudiar medicina su padre se opuso. La amenazó con no ayudarla económicamente para estudiar y la instó a ser maestra, una carrera que, en su opinión, era más corta, menos demandante y adecuada para una mujer que luego iba a tener que cuidar de su familia. Incluso, llegó a pedir consulta con un psiquiatra para ver si su hija “tenía algún problema”. Para Carla, el psiquiatra “le dio una mano enorme”, porque le dijo a su padre que su hija “era una persona perfectamente normal” y lo instó a acompañarla en su decisión. Éste, accedió a condición de que obtuviera buenos resultados durante el primer año de la carrera, de otra forma, tendría que buscarse un trabajo.

En paralelo con la narración del desencuentro con su progenitor por la carrera, Carla describe el contexto familiar y esto nos aporta algunas pistas para comprender la reacción de su padre. En primer lugar, dice Carla, no había ninguna persona con estudios universitarios en la familia ampliada. Trabajaban como contratistas en la agricultura, con tareas bien establecidas según sexo y edad. Todxs aportaban a la economía familiar. De esta manera, la decisión de Carla desestructuraba esta organización e implicaba un gasto extra, debido al costo del transporte (tres colectivos de ida y otros tres de vuelta) y los materiales de estudio. Es decir, que su elección produjo rechazo porque desafiaba estereotipos de género y porque implicaba una desestructuración de la organización familiar del trabajo reproductivo y productivo y un gasto extra considerable que no sabían si podrían afrontar.

En el caso de Julia (enfermera, 59 años), la elección de la carrera estuvo ligada a una necesidad económica. La habían despedido de su trabajo como encargada de un hotel y tuvo que buscar otra salida laboral. En ese momento, consideró que la enfermería, labor a la que se dedicaba su madre, era la mejor opción. Empezó sus estudios en un instituto terciario y su mamá, que estaba por jubilarse, le abrió el camino para empezar a trabajar, mientras estudiaba, en la clínica donde había ejercido toda su vida. A mediados de los 80, época en la que ingresó al mundo de la enfermería, era frecuente hacerlo como instancia de continuidad con las genealogías familiares en dicha labor. También remarca que las habilidades de cuidados que adquirió al cuidar a su padre y a su esposo, que padecían diabetes y constantes descompensaciones por la enfermedad, y su breve experiencia como docente de educación inicial, le facilitaron la decisión de elegir enfermería y, posteriormente, el ejercicio de esta profesión.

En relación con el recorrido formativo y laboral que nos relató Julia, en el cual da cuenta de que pudo empezar a trabajar antes de recibirse, mencionar que las instituciones sanitarias han sido históricamente poco exigentes en la titulación de las enfermeras porque usufructuaron de manera implícita los saberes domésticos que ellas portaban (Ramacciotti, 2019).

Melisa (promotora de salud intercultural, 35 años) no planificó sus estudios, se encontró con esa posibilidad. Tal como adelantamos en capítulos previos, ella migró desde Bolivia y su ocupación en Mendoza, antes de formarse como promotora, fue el trabajo doméstico remunerado. Asentada en el Barrio Belgrano, junto con otrxs paisanxs, participa activamente en “el banquito popular⁷²”, rondas de tejidos con otras mujeres, difusión de los derechos de migrantes y mediación con los servicios de salud, especialmente en instancias de comunicación entre personas que hablan castellano y quechua. En relación con esto último, ella y otrxs vecinxs le propusieron a la referente del programa de Salud Indígena formar agentes de salud para que cumplieran con el rol de traductorxs. La respuesta que recibieron a cambio fue que, en lugar de capacitar a personas que ya estaban insertas en el sistema sanitario, eligieran dos personas de la comunidad que hablaran quechua para ingresar como becarixs del programa y obtener la titulación de promotorxs interculturales. A través de una consulta popular con lxs vecinxs, eligieron a Melisa y a otro referente barrial para dicha formación.

Los relatos previos muestran una diversidad de modos de acercamiento de lxs agentes a sus profesiones. Para algunas personas, el interés por una determinada carrera “siempre” estuvo presente, con un sentido próximo a la vocación. En otros casos, la decisión fue más tardía, relacionada con alguna característica particular de la ocupación que les resultaba atrayente, precipitada por algún acontecimiento como la pérdida del trabajo o, por el contrario, a partir de una oferta laboral inesperada. Las narraciones hablan de sus intereses y deseos y, a la vez, de crianzas generizadas, mandatos familiares patriarcales, de clase y características propias del proceso formativo y el ejercicio de cada profesión.

⁷² El Banquito Popular de la Buena Fe surgió como iniciativa de la Comisión Nacional de Microcrédito del Ministerio de Desarrollo Social de Nación. En el año 2004 se integra como parte del Plan Nacional de Desarrollo Local y Economía Social Manos a la Obra, orientado a proporcionar financiamiento a emprendimientos productivos a través de la herramienta del microcrédito. Su objetivo es el mejoramiento de la calidad de vida de los sectores en situación de mayor vulnerabilidad social, la generación y el fortalecimiento de redes y vínculos sociales, el desarrollo de circuitos productivos y de intercambio para el crecimiento de emprendimientos productivos individuales.

La vinculación entre experiencias de cuidados y la elección de ocupaciones en el campo de la salud es común a casi todos los relatos. No obstante, en el caso de la enfermera y la promotora de salud las habilidades adquiridas para los cuidados, la docencia y el trabajo reproductivo a nivel comunitario, devienen un insumo central y un requisito para insertarse en espacios de formación y ejercicio profesional. En el caso de la enfermera, que optó por esta profesión cuando la echaron de otro trabajo, el camino abierto por su madre en la enfermería y sus propias experiencias de cuidados posibilitaron una salida laboral rápida en un momento personal crítico por la pérdida del empleo.

Melisa aclara que aceptar la beca del programa no implicó una mejora en su salario previo como trabajadora de hogares. Para ella, en cambio, resultaban significativos, por un lado, el reconocimiento de su trayectoria de trabajo en organizaciones sociales y, por otro lado, la posibilidad de tener un trabajo con mayor autonomía y al aire libre, recorriendo el barrio. Hasta el momento en que le ofrecieron la beca, por las cargas de trabajo reproductivo remunerado y no remunerado, no había tenido la opción de estudiar, algo que le gustó desde pequeña y que se vio interrumpido en los primeros años del proceso migratorio.

En el caso de las médicas, observamos un vínculo entre crianzas generizadas, con responsabilidades de cuidados desde temprana edad, y la elección de medicina. No obstante, por la demanda de tiempo y recursos económicos de esta carrera, en el caso de Carla, la opción por esta ocupación también significó una ruptura con algunos mandatos sexo-genéricos sociales y familiares.

A continuación, realizamos un recorrido por los acontecimientos, azares, vivencias, irrupciones políticas, condiciones económicas y situaciones amorosas que delinearón los itinerarios formativos de lxs agentes de salud luego de la opción por una ocupación.

2. Los años de facultad en la carrera de medicina: el ingreso a “*otro mundo*”

Los años en la carrera de medicina están signados por etapas históricas y políticas particulares y diferenciadas. Ingrid, que estudió en los setenta, previamente a la irrupción de la última dictadura militar en Argentina⁷³, formó parte de grupos estudiantiles auto-organizados que frecuentaban algunas ideas políticas del peronismo⁷⁴ y la educación popular. Trabajaban con la comunidad aquello que aprendían en la facultad sobre los cuidados de la salud y organizaban encuentros de lectura para aprender sobre historia, ideas políticas y ciencias sociales, saberes insuficientes en el currículum formal biologicista de la carrera. Con una fuerte presencia territorial, inauguraron campamentos sanitarios en zonas rurales donde, en conjunto con la población, establecían estrategias de prevención para enfermedades transmisibles. Otra labor de los campamentos consistía en la detección precoz de dolencias crónicas y la derivación a hospitales cuando requerían tratamientos complejos. Pasaban casi una semana fuera de sus casas cada vez que organizaban esta actividad.

Además de los campamentos, se reunían para colaborar con la reparación y embellecimiento de las postas sanitarias. En una oportunidad, Ingrid y un compañero de la facultad pintaron la posta de salud del Barrio Flores, próximo a la Universidad Nacional de Cuyo. Ella cuenta que su madre “no asimilaba que tuviera esas ideas”, “María la del pueblo”, la llamaba resignada. La resignación y el mote que utilizaba para nombrarla, traslucen expectativas sobre la profesión relacionadas con el prestigio médico: la posibilidad de crecimiento económico, el ejercicio privado de la medicina y el

⁷³ La última dictadura militar en Argentina (1976-1983) fue parte de la serie de derrocamientos de gobiernos constitucionales que se sucedieron en las décadas de 1960 y 1970 en América Latina. La Junta Militar, integrada por representantes de las Fuerzas Armadas, usurpó el poder e instaló el Terrorismo de Estado, con diferentes formas y tecnologías generalizadas y sistemáticas de represión contra la población (Valdebenito, 2011).

⁷⁴ El peronismo es un movimiento político argentino surgido a mediados de siglo XX en torno a la figura de Juan Domingo Perón.

reconocimiento académico individual. Dichas expectativas se vinculan con el devenir actual de la salud, los saberes y prácticas biomédicas como productos de consumo y nichos de ganancias para las industrias y corporaciones médicas y farmacéuticas (Rose, 2012). Aun con las resistencias familiares, Ingrid persistió en estos espacios de activismo social donde la salud era considerada un derecho colectivo.

La universidad, aunque es una institución normativa, más aún en el caso de la facultad de medicina con sus prescripciones sobre lo que es normal y lo que no lo es, es presentada por Ingrid como un espacio de encuentro con otrxs que puede resultar transformador. Recordemos que su inclinación inicial para estudiar esta carrera tenía que ver con el gusto por cuidar enfermxs, que representa una instancia inter-individual de relación que, en el campo de la práctica biomédica, habitualmente se organiza en espacios cerrados como los hospitales. Su paso por la facultad despertó un interés por las instancias colectivas de producción de salud y abordaje de los procesos de salud y enfermedad. Pintadas, campamentos y grupos de lectura, en su relato se despliega la alegría dentro de un abanico de posibilidades para el ejercicio de la medicina que desafiaba la clásica imagen del médico varón al lado de la cama del enfermo.

En el caso de Malena, la experiencia fue diferente. Ella ingresó a medicina un año antes del golpe militar, cuando el ambiente universitario se encontraba enrarecido y la actividad política estudiantil bajo amenaza. Para empeorar las cosas, el cursado de anatomía en primer año “fue tétrico”, ya que le impresionaba mucho ver “partes de personas en las mesas de disección”. Malena cuenta que tuvo que lidiar con los cadáveres a fuerza de sacrificio y “se la tuvo que tragar”, sin espacios para problematizar esta práctica de aprendizaje. El método de enseñanza de la anatomía humana, con fragmentos de cuerpos dispuestos en mesas alrededor de las cuales se organizan las clases, tiene continuidad con la fragmentación en los abordajes clínicos. Es decir, con la comprensión de los procesos de salud y enfermedad como el resultado de fallas en alguna parte del sistema –mecanismos celulares, órganos y funciones- desvinculadas de la afectividad, las emociones y las condiciones sociales en las que enfermamos y morimos (Davis Floyd, 2004). A su vez, tener que “tragarse” la afectación que produce el encuentro con cadáveres, otros cuerpos y

la muerte, constituye una pedagogía del distanciamiento de sus propias emociones y necesidades corporales como condición para abordar un *objeto* de estudio.

Luego del primer año de cursada irrumpió el golpe militar. Malena no tenía actividad en partidos políticos, pero estaba cerca de militantes. Su compañera de estudios pertenecía al Partido Obrero y con la intervención militar pasó a la clandestinidad y no volvió a verla. Es una de lxs 30.000 detenidxs y desaparecidxs durante la dictadura. Malena cuenta que, desde su desaparición, “nunca más se sintió bien en el ambiente médico”. Durante un tiempo dejó de cursar y luego se reincorporó para continuar con una asistencia solitaria hasta la fase del internado⁷⁵, cuando rotó por Clínica Médica en el Hospital Central de Mendoza y pudo hacer amistad con personas del Servicio. La posibilidad de volver a generar vínculos afectivos en el ámbito médico será crucial en su decisión de seguir con su formación médica y en la elección de la especialidad.

Carla, por su parte, entró a medicina en el 85, dos años después del retorno de la democracia. Para ella, la facultad era “otro mundo”. El contraste entre su vida previa en una zona urbano rural y su presencia casi continua en la ciudad y en la facultad fue significativo para ella. De un día para otro, se encontró con un movimiento estudiantil que volvía a tener actividad y algunxs compañerxs que militaban en organizaciones estudiantiles no afiliadas con partidos políticos la invitaron a participar. En una oportunidad, recuerda que estuvo en una “toma” universitaria organizada para reclamar por mejoras en las condiciones edilicias y en la cantidad de profesorxs. Eran demasiadx alumnx para poco espacio y, en ocasiones, no alcanzaban lxs docentes ni los materiales de trabajo para el aprendizaje de todxs. Carla menciona que si su padre se enteraba de que había estado en una toma “la mataba” y seguramente se hubiese preguntado “¿qué clase de hija había criado?”. Nuevamente, al igual que en el relato de Ingrid sobre su madre que no comprendía su

⁷⁵ El internado es la instancia final de formación en la carrera de medicina. La nomenclatura alude a la presencia intensiva de lxs estudiantes en hospitales y centros de salud durante esta etapa. Su objetivo principal es consolidar y poner en práctica los aprendizajes de los años previos de la carrera y, a su vez, preparar a lxs estudiantes para el abordaje de problemas clínicos concretos, sobre todo en contextos donde podría tocarles trabajar solxs.

interés político, aparecen mandatos patriarcales y familiares que tuvieron que resistir para ser sujetas activas en sus procesos de formación.

A diferencia de Malena, que vivió un cursado en solitario, Carla resalta que había compañerismo. Las principales dificultades que tuvo en los años de facultad, además de la vigilancia continua de su padre y los obstáculos estructurales de una universidad desfinanciada, fueron económicas. En su casa les resultaba difícil reunir el dinero necesario para costear el transporte y los materiales de estudio. Debido a eso, Carla comenta que pasaba horas en la biblioteca para hacer resúmenes y estudiar de los libros que no podía comprar.

Para estas tres mujeres, la facultad fue un proceso de aprendizaje que no pasó desapercibido. Implicó transformaciones subjetivas, el encuentro con lo colectivo y con limitaciones económicas, el acercamiento a la militancia política, rupturas afectivas dolorosas, duelos y resistencias a los mandatos paternos y a prácticas deshumanizadas de aprendizaje, como la que contó Malena en relación con los cadáveres en anatomía.

En los tres relatos, los escenarios históricos, políticos y familiares atraviesan sus experiencias universitarias. En efecto, las tres médicas le dieron mayor relevancia a la descripción de dichos escenarios que a cuestiones específicas del aprendizaje curricular de la medicina. En este sentido, sus vivencias compartidas en conversación devienen una pista para analizar cómo, a diferencia de lo que ocurrió en las entrevistas, en la atención hospitalaria y de consultorio, en ocasiones, lxs médicxs se desconectan de sus propias experiencias y des-conectan a sus pacientes de sus escenarios vitales en la comprensión y abordaje de sus padecimientos. Desde nuestra perspectiva, una punta de ovillo para analizar las causas de esta desconexión se encuentra en la pérdida de instancias colectivas amigables como modo de politizar la experiencia y como forma de interpelación a la lente propia con la que se mira y comprende el mundo.

En las líneas que siguen, recogemos algunas críticas que realizaron las tres profesionales en relación con algunos aspectos de la formación biomédica en la facultad.

2.1 “Hay un abismo entre ser estudiante y ser realmente médico”: cuestionamientos a la formación biomédica en la Facultad de Medicina

En este apartado recogemos reflexiones de las médicas entrevistadas sobre algunas características de la formación biomédica en la Universidad Nacional de Cuyo que les resultaron problemáticas. En paralelo a sus cuestionamientos, expresaron modos alternativos de aprendizaje que hubiesen preferido.

Desde la perspectiva de Ingrid, el biologismo en la formación médica, que consiste en priorizar aprendizajes sobre los determinantes biológicos de los procesos de salud y enfermedad (Menéndez, 2009; Belmartino, 2010), limitaba los espacios curriculares para aprender y debatir sobre el rol social de la medicina y los determinantes sociales de los padecimientos. En su opinión, hubiese sido enriquecedor contar con equipos docentes multidisciplinarios y, en ellos, con la participación de personas formadas en ciencias sociales para abordar dichos temas. En el período en que cursó sus estudios, entre finales de los 60's y principios de los 70's, estos saberes discurrían por fuera de la facultad, en encuentros entre estudiantes de medicina y otras carreras, como ciencias políticas y filosofía. “En la actualidad es diferente”, remarca Ingrid. Lxs alumnxs trabajan desde el primer año temas afines a la sociología de la salud en materias dictadas por equipos docentes conformados por médicxs, sociológxs, psicológxs y trabajadorxs sociales.

Otra crítica al aprendizaje biomédico tiene que ver con la escasez de instancias para conocer cómo es el ejercicio de la medicina fuera de los centros urbanos. Carla cuenta que, cuando hizo sus primeras prácticas de la residencia de Medicina de Familia en una zona rural del Valle de Uco, se encontró con la necesidad de utilizar recursos de trabajo diferentes en relación con los que conoció en hospitales, que es donde transcurre la mayor parte del aprendizaje práctico en la facultad. Algunos de los nuevos recursos que incorporó progresivamente fueron las salidas a terreno para hacer visitas domiciliarias y prácticas médicas como la colposcopia y el Papanicolaou que, en zonas más urbanas con mayor acceso de efectores de salud, son habitualmente realizadas por especialistas en ginecología y obstetricia.

En relación con lo dicho en el párrafo anterior, otra falencia de la formación biomédica es que “no te prepara para la práctica” (Malena, médica endocrinóloga, 65 años). Según las profesionales, el nivel de enseñanza teórico es bueno, pero no te prepara para el momento de ejercer. “Salís muy cruda con tus libros abajo del brazo” y “hay un abismo entre ser estudiante y ser realmente médico” (Carla, médica de familia, 50 años). “Recién cuando estás en terreno te das cuenta de lo que necesitás saber” (Malena, médica endocrinóloga, 65 años).

El lugar de lxs estudiantes en el aprendizaje y en los equipos de salud es pasivo. En general, se encuentran como observadorxs externxs de las prácticas de atención de otrxs médicxs y no llegan a establecer un vínculo con las personas que consultan. En relación con esto último, en una oportunidad, a partir de una experiencia en el servicio de gastroenterología de un hospital público, Carla tomó consciencia del carácter invasivo de ciertas prácticas de enseñanza sobre la privacidad de lxs pacientes. Un hombre había acudido para hacerse una colonoscopia y, al entrar a la sala donde se llevaría a cabo la práctica, se encontró con cinco estudiantes, además de lxs médicxs y enfermerxs. Esta persona les hizo notar a lxs allí presentes que “no era un objeto en exposición”. Esta intervención la impactó y la hizo tomar consciencia de lo intrusiva que podían resultar tantas presencias y miradas para una persona en situación de vulnerabilidad y exposición corporal. No obstante, no pudo decir nada ni retirarse de la sala en ese momento. Hacerlo hubiese implicado una sanción y no encontró complicidad en otrxs compañerxs para tomar esta decisión. La respuesta de lxs médicxs ante el planteo de la persona a la que iban a realizarle la práctica fue que estaba en un hospital escuela, y que si no estaba de acuerdo podía irse a otra institución.

La anécdota anterior muestra cómo se incorpora en lxs futurxs profesionales uno de los valores centrales de la biomedicina, que es el de objetualizar a las personas. En el marco de las prácticas y relaciones educativas, identificamos que hay una correspondencia entre la subordinación y la pasividad de lxs estudiantes como sujetxs de aprendizaje y las prácticas de objetualización. Las jerarquías entre profesionales y aprendices y la exclusión de estxs últimxs como parte del equipo de salud es una de las formas en que toma cuerpo la

pedagogía del distanciamiento. Lxs estudiantes son instadxs a observar y a recibir de forma pasiva los conocimientos que otrxs tienen. De esta manera, no forma parte del proceso de aprendizaje el desarrollo de habilidades para establecer vínculos de responsabilidad con las personas, que atiendan a las consecuencias emocionales de los procesos de salud y enfermedad y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Por el contrario, el foco de la enseñanza está puesto en que puedan ver, palpar y emular prácticas para luego poder reproducirlas cuando sea el turno de atender a sus propixs pacientes.

A continuación, profundizamos en las experiencias de formación durante el período de especialización en residencias médicas.

3. Los años de residencia médica

Las residencias médicas son estudios de posgrado cuyo objetivo es el aprendizaje de los saberes y habilidades propios de alguna especialidad en medicina. La mayor parte del proceso formativo se realiza en hospitales y con tutorxs que, en general, son residentes de años superiores y profesionales del plantel estable de trabajadorxs en los centros asistenciales.

Investigaciones como las de Davis Floyd (2005) y Castro y Erviti (2015) dan cuenta del rol de las residencias como “rito de pasaje” para sedimentar e in-corporar los valores de la biomedicina en la subjetividad y en las prácticas de atención de lxs médicxs. In-corporar el modelo biomédico en el sentido de aprender teoría y, a la vez, un modo de estar con el cuerpo para cuidar de otrxs. Podemos decir que hay una relación recíproca entre la teoría biomédica, con sus modelos explicativos de los procesos de salud y enfermedad, y las condiciones en las que se aprende a cuidar en las residencias médicas.

El formato de aprendizaje en residencias contempla condiciones de trabajo que domestican las corporalidades de lxs profesionales para centrar su atención en determinadas dimensiones del trabajo en salud y los cuidados: la eficiencia, los aspectos biológicos de los padecimientos, la medicalización, el cumplimiento de protocolos, la preocupación por llegar a parámetros bioquímicos de normalidad antes que garantizar otros aspectos del bienestar de las personas. Este proceso de domesticación se lleva a cabo a través de la imposición de rutinas de trabajo en situaciones de privación de sueño y alimento, pérdida de espacios personales de ocio, responsabilización individual en la toma de decisiones, múltiples tareas en simultáneo y, en ocasiones, violencia racial y heterosexista (Davis Floyd, 2004).

Aun contando con información que les anticipaba que la residencia sería una instancia difícil de atravesar, por las características que mencionamos en el párrafo previo, las médicas que entrevistamos decidieron transitar esta experiencia. Quisimos saber por qué.

Malena tuvo dos motivaciones, la primera, fue afectiva y tiene que ver con los lazos de amistad que creó con las personas que trabajaban en el servicio de Clínica Médica cuando rotó como interna en el último año de la carrera. Sintió que había encontrado de nuevo su lugar y no quiso dejarlo. La segunda motivación, que comparte con Carla, es que no se sentía segura con los conocimientos que le dio la facultad para ejercer por su cuenta. Tanto Carla como Malena, vieron en la residencia una alternativa a la salida solitaria al mundo del trabajo después de la carrera. Carla nos contó que apenas se recibió trabajó en emergencias médicas a domicilio. Le tocó atender personas con enfermedades complejas para las que no se sentía preparada. Hizo cursos de Resucitación Cardiopulmonar en la facultad, no obstante, por fuera de este tipo de capacitaciones, la oferta formativa era escasa. A su vez, por la cantidad de horas semanales de trabajo, le quedaba poco tiempo para seguir estudiando. De esta forma, las posibilidades de continuar con la formación médica se acotaban en gran medida a la especialización en hospitales. En el caso de Ingrid, decidió hacer una residencia porque era un mandato de la época, “super especializarte” para un buen ejercicio de la medicina.

En cuanto a las experiencias de formación que tuvo cada una de ellas, encontramos elementos afines y contrapuntos en relación con la caracterización que hicimos sobre las residencias al principio de este apartado. Y a su vez, de sus relatos también emergen dimensiones menos visibilizadas y exploradas del proceso de aprendizaje en dicha instancia formativa.

Ingrid, que venía de una experiencia de participación política y comunitaria en la facultad, quería estudiar psiquiatría. Como era costumbre en su época, fue a pedir el aval del jefe de servicio de psiquiatría y éste último le recomendó que hiciera primero clínica médica. Tomó su consejo y entró a la residencia de clínica de uno de los hospitales de referencia de la Ciudad de Mendoza. El jefe de servicio era un médico que había llegado a Mendoza desde Buenos Aires, convocado por el Ministerio ante la falta de profesionales especializadxs en la provincia. Era una persona sensible y formada en la comprensión de las dimensiones sociales y políticas de la salud de las poblaciones. Al comentar casos de pacientes, animaba a lxs residentes y estudiantes a establecer relaciones entre los procesos de salud y enfermedad y la pobreza, los conflictos entre clases sociales y las migraciones, entre otros aspectos. De esta forma, hubo una continuidad entre los intereses sociales y políticos que Ingrid desarrolló durante la carrera y la posibilidad de integrarlos y enriquecerlos en su práctica médica hospitalaria.

A principios de su último año de residencia, en el 76, un sábado como tantos otros en los que se reunían para discutir sobre casos de pacientes que habían tratado en la semana, el jefe de servicio llegó para despedirse. Les contó que el gobierno militar le había dado un par de horas para recoger sus cosas y salir del hospital. Durante los años que duró la dictadura, este médico no pudo dedicarse a tareas asistenciales en efectores públicos de salud. Ante este panorama político, ella y su compañero, que también era médico, decidieron irse a España apenas terminaran la residencia. En este nuevo destino, la posibilidad que le brindó el contexto para seguir formándose fue en el campo de la hematología. El proyecto de la psiquiatría había quedado atrás. En este sentido, volvemos a notar algo que mencionábamos al principio del capítulo. En ocasiones, no fue una vocación marcada de antemano la que definió el camino formativo a seguir, sino que las

circunstancias propias de un lugar y un tiempo configuraron el campo de posibilidades y el próximo paso a seguir.

Para Malena, “la residencia fue como volver a vivir”. A diferencia de los años de facultad, marcada por la dictadura militar, y en los que cumplió con sus obligaciones porque “tenía que hacerlo”, la residencia de clínica médica fue un lugar deseado y amigable. Malena identifica que, a partir de la experiencia de pertenencia a un equipo de trabajo, pudo experimentar el sentido de la integralidad en la atención biomédica. Resulta novedoso el modo en que trae la integralidad a la conversación porque, en general, esta categoría se asocia con el trabajo en equipos multidisciplinarios y la calidad de atención que se ofrece a lxs usuarixs de servicios sanitarios (Seixas et al., 2016). Ella, por su parte, establece una conexión entre la atención integral y las condiciones de trabajo y aprendizaje de lxs médicxs en formación. Repara en la salud y el contexto general de vida y trabajo de aquellxs que cuidan en el campo de la salud.

Si bien en su relato aparecen el machismo, las jerarquías por edad y especialidad y el cansancio físico constante, la vivencia compartida de pasar días y noches enteras en el hospital, enfrentar situaciones críticas como el acompañamiento de la muerte, la incertidumbre y el agotamiento, matizan las experiencias de subordinación, explotación laboral y los conflictos entre compañerxs. Entre lxs residentes creaban estrategias de trabajo colectivo para aminorar cargas, se divertían y ella experimentaba un espacio de confianza para debatir sobre el sexismo en la medicina. Malena cuenta que tuvo muchas discusiones por las diferencias en los tratos de los jefes hacia mujeres y varones, no obstante, rescata que fueron dichas disputas las que la acercaron a los feminismos fuera del ámbito biomédico. Comenzó a “cuestionar cosas” y a tener voz propia para defenderse y manifestar desacuerdos.

En el caso de Carla, como mencionamos anteriormente, la decisión de hacer una residencia estuvo motivada por la sensación de que la carrera no la había preparado lo suficiente para la práctica médica. Eligió medicina de familia porque descubrió que le gustaba el trabajo en centros de salud y relacionarse con las personas, “era charleta” y

sentía que esta característica le permitiría desenvolverse con mayor facilidad en el ámbito de la medicina familiar. Tras rendir el examen de ingreso a residencias, pudo elegir plaza en un hospital público de Tunuyán, departamento que se encuentra aproximadamente a 80 km de la ciudad de Mendoza.

Carla recuerda con gran alegría sus años de residente. Si bien menciona que le costó adaptarse a las exigencias de horarios, los trabajos académicos en lenguaje científico, la falta de sueño y la comida del hospital que era “asquerosa”, el centro de su relato vuelve a ser, al igual que con Malena, la experiencia de trabajo colectivo. En primer lugar, cuenta que una compañera la pasaba a buscar, junto a otros dos residentes, para hacer el tramo hasta el hospital en un auto viejo “al que le entraba aire por todos lados”. En invierno llevaban frazadas y se ubicaban en el asiento trasero para no pasar frío, mientras la conductora cumplía estoicamente con su tarea. Como la comida del hospital no era buena, se organizaban para cocinar y compartir alimentos. También, se ayudaban con las rutinas de trabajo diarias para terminar a tiempo y se intercambiaban días de guardia si alguno se enfermaba o tenía algún compromiso impostergable. En relación con el trabajo médico propiamente dicho, lo que más le gustaba “era la cantidad de cosas que aprendía” y “el proceso entre que un paciente consultaba por un síntoma y descubrir qué tenía”. En su caso, el mandato de aprendizaje se focalizaba en el desarrollo de destrezas clínicas, por encima de los aprendizajes sobre las dimensiones sociales de los procesos de salud y enfermedad. En este sentido, sus jefes exigían el mayor detalle a la hora de realizar historias clínicas y conocer los antecedentes médicos y las particularidades del examen físico.

Carla manifiesta que a sus jefes “les tenía miedo”, “eran bravos” y “no les dejaban pasar una”. “Se enojaban” cuando cometían errores y los instaban a rehacer por completo historias clínicas que les habían insumido muchas horas de trabajo. Después de comentar esta anécdota, rápidamente matizó la sensación de miedo con la de gratitud por haber formado parte de un equipo que le daba seguridad. En general, eran los profesionales con más años de experiencia los que decidían diagnósticos y terapias. De hecho, Carla menciona que en la residencia “no tuvo la posibilidad de llevar sus propios pacientes”. Siente que le costó mucho despegarse de la residencia cuando le tocó trabajar sola en postas

sanitarias y, en la actualidad, todavía “le asusta no saber y condenar a alguien”. Una manera que encuentra para convivir con ese miedo es “apegarse a las reglas y a los protocolos médicos” y ser constante en el seguimiento de pacientes “por si se le pasó algo”. Tanto para Carla como para Malena, el hospital es el lugar del saber, donde se aprende de otrxs que son lxs que saben. En los centros de salud, más que aprender, se trabaja, con la duda y el temor constante de estar haciendo mal la labor.

La instancia colectiva en las residencias muestra algunos dobleces. En relación con el trabajo entre pares, emerge como un espacio de sostén emocional, económico y como modo de compartir las cargas de trabajo. A su vez, formar parte de un equipo les daba un marco de protección frente a la incertidumbre y la falta de experiencia. No obstante, el tutelaje y el miedo al castigo obstaculizaron la posibilidad de hacerle lugar a la duda, al error y a “no saber” como experiencias fructíferas y necesarias para configurar modos de atención más flexibles, creativos y humanizados. En lxs aprendices quedó una huella de desconfianza sobre sus modos propios de practicar la medicina. Esta huella contiene los rastros de las jerarquías que atraviesan las relaciones de aprendizaje entre estudiantes, médicxs en formación y profesionales experimentadxs y, a su vez, entre hospitales y centros de salud. Lxs superiores son lxs que saben, enseñan y no cometen errores, mientras que aquellxs que recién ingresan son como una hoja en blanco a la que hay que rellenar con conocimientos. “En el hospital se aprende y en el centro de salud se trabaja” (Malena, 65 años), como si fuese imposible capitalizar aprendizajes por fuera de los saberes ya digeridos que otrxs imparten.

El miedo a no saber, las amenazas de castigos y el tutelaje resuenan con experiencias más atrás en el tiempo, en la carrera y en sus crianzas. Instancias en las que estas mujeres tensionaron, resistieron, desistieron y, en ocasiones, se adaptaron a relaciones interpersonales e institucionales marcadas por jerarquías sexistas, adultocéntricas y, en algunos casos, por prácticas represivas comandadas por el Estado, como en el caso de la dictadura.

En los párrafos que siguen, abordamos los procesos de formación de una promotora de salud intercultural y una enfermera del sistema público de salud. En esta instancia, reparamos en algunos matices, contrastes y continuidades con las experiencias de las profesionales médicas entrevistadas.

4. Los procesos formativos de una promotora de salud intercultural y una enfermera que trabajan en el sistema público de salud en Mendoza

En el apartado anterior, a partir de los relatos de tres médicas, observamos el carácter eminentemente teórico de sus estudios de grado. Al finalizar la carrera, las profesionales no se sintieron preparadas para el ejercicio de su profesión y este fue uno de los motivos por el que decidieron hacer una residencia. Así, en la medicina como disciplina habría una diferencia marcada entre formación y trabajo y, para transitar de una al otro, es preciso seguir un proceso lineal y consecutivo de aprendizajes. Esta particularidad contrasta con las experiencias de una promotora de salud y una enfermera que entrevistamos. En sus ocupaciones, los límites entre formación y trabajo son difusos y los conocimientos que preparan para la práctica no se adquieren en recorridos lineales y consecutivos.

El trabajo disciplinar de Melisa (35 años) y Julia (59 años), promotora de salud intercultural y enfermera respectivamente, partió de una base de habilidades y conocimientos previamente adquiridos. En el caso de Julia, su experiencia como cuidadora de familiares que padecían enfermedades crónicas, junto con la colaboración de su madre que era enfermera, le permitieron obtener un empleo en esta ocupación apenas comenzaba su formación terciaria. Melisa, por su parte, por su experiencia de trabajo barrial y participación en organizaciones sociales y, a su vez, por ser migrante y hablar quechua, fue convocada como becaria del Programa Nacional de Salud Indígena.

En sus relatos, las instancias formales de capacitación quedan en un lugar secundario en relación con el trabajo. Julia señaló que aprendió más en la clínica donde trabajaba mientras estudiaba que en el terciario, instancia que finalizó como un trámite necesario para lograr mayor estabilidad laboral. Al momento de la entrevista, aún no finalizaba la licenciatura para obtener el título de enfermera profesional. La carga horaria de trabajo en el hospital, sumada al tiempo que dedica a las tareas reproductivas en el hogar, han hecho de sus estudios un proceso de larga duración. A diferencia del carácter teórico de la formación en medicina, las exigencias en enfermería se centran en el desarrollo de habilidades prácticas para los cuidados directos de las personas y la realización de quehaceres administrativos como otorgar turnos, ordenar y archivar historias clínicas y programar estudios, entre otros. En relación con estas últimas tareas, sus trabajos previos como recepcionista en un hotel y como maestra le aportaron los saberes necesarios para desenvolverse de forma fluida. Según Julia, estas habilidades no forman parte de los aprendizajes formales de la carrera en enfermería.

Julia establece un paralelismo entre ser maestra y enfermera: “la carrera de docencia la sigo ejerciendo por más que no sea docente, enseñándole al paciente cómo colocarse una vacuna”. Para ella una de las funciones principales de la enfermería es explicar y “hacer entender” a lxs pacientes cómo cuidar la salud y por qué es importante hacerlo. En el desempeño profesional hay una preocupación por volver accesible el conocimiento y el lenguaje biomédico.

Por su parte, el trabajo de Melisa consiste en favorecer el acceso de comunidades indígenas a los servicios públicos de salud. Su beca de capacitación como promotora contempla la formación para la promoción de la salud, prevención primaria⁷⁶ y atención intercultural. No obstante, estos aprendizajes ocupan un lugar secundario en relación con la carga horaria de tarea asistencial prevista para lxs becarixs. Para cumplir con dichas tareas,

⁷⁶La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, a su vez, las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La prevención primaria, por su parte, está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia (OMS, 1998).

Melisa recurre a conocimientos y redes sociales y afectivas previamente construidas a partir de su labor territorial con organizaciones sociales. Traduce a lxs médicxs los motivos de consulta de personas que hablan quechua, facilita la obtención de turnos para personas que no leen ni escriben en castellano, visita las unidades familiares de “paisanos que no se animan a consultar” (Melisa) y realiza actividades de promoción de la salud. En las actividades de prevención pone en práctica lo aprendido en talleres sobre alimentación y recuperación de recetas originarias de tierras andinas, entre ellas, del territorio andino en Bolivia.

La categoría de becaria que le asignaron, y que hace alusión a quien goza de una beca de estudios, no se corresponde exactamente con el rol que cumple Melisa. En efecto, el sistema de salud, más que formarla a través del programa, se sirve de su acervo de redes sociales, conocimientos y destrezas previas para el ejercicio de sus tareas asistenciales cotidianas.

El resto de las horas de trabajo, Melisa realiza un curso de capacitación para ser agente sanitaria. La referente del Programa Salud Indígena en Mendoza nos contó que dicho curso es opcional:

“pueden estar como promotores interculturales sin la necesidad de hacer el curso de agentes sanitarios en la provincia, pero, en general, todos quieren acceder porque es requisito legal para permanecer en el Estado como agentes” (Lucía, 55 años, coordinadora del Programa Salud Indígena en Mendoza)

Para esta funcionaria, la disyuntiva a la que se enfrentan lxs promotorxs interculturales que eligen formarse como agentes sanitarixs es que “adquieren conocimientos de la medicina oficial que los alejan de sus saberes, en un contexto donde lo que se busca [a través del programa de Salud Indígena] es lo contrario, una recuperación”. De esta forma, el programa deviene una instancia precaria en términos de la institucionalidad de su política sanitaria. Depende del sostén coyuntural de promotorxs que trabajan en condiciones laborales inestables y que, si quieren acceder a mejores condiciones de trabajo, deben asimilar los valores de la biomedicina y dejar en un lugar secundario los

recursos de trabajo y cuidados relacionados con los saberes populares y las medicinas indígenas propias de cada comunidad.

En relación con las experiencias que narraron las médicas, observamos que las capacitaciones formales de Julia y Melisa fueron menos estructuradas y estaban orientadas hacia aspectos prácticos. Las características de los procesos formativos se conectan con dinámicas de trabajo cotidianas en los servicios sanitarios. Estas dinámicas se configuran a partir de relaciones laborales jerarquizadas según el sexo, la racialización y la ocupación, y se sustentan en el supuesto patriarcal de que hay habilidades que se desprenden naturalmente de las personas y que, por tal motivo, merecen menor reconocimiento económico y profesional (Ramacciotti, 2019). Al contrario de dicho supuesto, las descripciones de las trabajadoras sobre sus recorridos laborales y de instrucción formales e informales muestran el tiempo, las energías y los recursos económicos dedicados y necesarios para el desarrollo de sus múltiples habilidades de trabajo.

La diversidad de fuentes de aprendizajes de las que dan cuenta Julia y Melisa configura modos de aprendizajes disruptivos con el biologicismo, la objetualización y la separación de las personas de su entorno, entre otras dimensiones que caracterizan a la biomedicina. En el caso de Melisa, porque trabaja en terreno, inmersa en los contextos habitacionales, afectivos y laborales de las personas. Conoce a la gente del barrio y con lxs vecinxs vienen trabajando el acercamiento a los bailes típicos, la alfabetización y la alimentación como dimensiones de la salud colectiva. En el caso de Julia, hay una preocupación por volver comprensible el lenguaje técnico de la medicina y por explicar la importancia de seguir tratamientos para que las personas puedan ejercer un rol activo en sus propios cuidados.

A continuación, nos acercaremos al trabajo cotidiano de atención en centros de salud y hospitales públicos de Mendoza.

5. Paisajes del trabajo cotidiano en servicios de salud pública en Mendoza

El trabajo asistencial en el campo de la salud presenta matices en relación con el contexto territorial particular donde se lleva a cabo. No obstante, aún en la diversidad de paisajes donde se atiende a las personas, tanto en términos del tipo de efector –centro de salud u hospital-, como en cuanto a las características geográficas, demográficas y sociales, encontramos puntos de encuentro.

Por diferentes motivos, el tema de los turnos es identificado como un problema por agentes que se desempeñan en áreas urbanas, urbano marginalizadas, rurales, en hospitales o en centros de salud. Es decir, que es una situación estructural problemática para todos los sectores a los que nos acercamos. En el caso de los centros de salud más cercanos a la ciudad de Mendoza, los agentes refieren que el sistema telefónico de otorgamiento de turnos no funciona adecuadamente. Las personas se gastan el crédito de sus teléfonos y demoran semanas enteras en ser atendidas y en programar sus visitas. Malena (65 años), la médica que trabaja en el Barrio la Gloria, resolvió en parte las debilidades de este sistema con una agenda propia. Las personas se dirigen directamente a ella para pedir turno por primera vez y, en el caso de visitas sucesivas, se van de la consulta con la próxima fecha programada. La limitación de esta estrategia es que, en ocasiones, no puede captar todos los pedidos de consulta porque está atendiendo. Esta tarea administrativa es una labor extra a su trabajo como médica, que le demanda tiempo y energías, pero que le permite hacer un buen seguimiento de las personas con enfermedades crónicas que la visitan. Julia, la enfermera que trabaja en uno de los hospitales que acoge mayor población en la provincia, tiene un sistema similar al de Malena. Programa y registra en una carpeta las visitas de seguimiento para vacunación del servicio de alergias, que es donde trabaja.

En el centro de salud de Ugarteche y en el Hospital de Tupungato, ubicados en ámbitos urbano-rurales, y en la posta sanitaria de San Carlos, localizada en una zona rural,

el sistema de otorgamiento de turnos es presencial y por orden de llegada. A excepción de los seguimientos clínicos, en los cuales se utiliza la estrategia “del cuaderno” para programar la próxima consulta, las personas que asisten por primera vez o que perdieron un turno programado deben acudir de madrugada para tener un lugar. Lxs promotorxs de salud, si, al hacer sus recorridos barriales, identifican alguna situación de salud que desde su perspectiva requiere atención médica, suelen gestionar ellxs mismxs las consultas. Desde nuestra perspectiva, este sistema puede ser facilitador del acceso a los centros de salud, o bien un obstáculo, ya que el otorgamiento de turnos queda supeditado a la legitimidad que dan lxs promotorxs a los motivos de consulta de las personas.

Las médicas entrevistadas mostraron sensibilidad frente a las cargas de trabajo reproductivo y el coste económico que implica acceder al sistema público de salud, dada la lejanía geográfica de algunos centros y la necesidad de acudir en diferentes medios de transporte.

También, notaron cómo impactan las bajas frecuencias de colectivos y el estado de las rutas en la posibilidad de llegar a tiempo para obtener un turno. No obstante, su preocupación central en relación con los turnos es cómo afecta su labor médica diaria. Manifestaron el malestar y la frustración que les provoca no poder cumplir con un seguimiento adecuado de las personas, que se les pierda de vista algún diagnóstico nuevo y la falta de encuentros suficientes para reforzar indicaciones médicas.

Asimismo, comentaron que les resulta difícil derivar a personas que precisan la atención por determinadas especialidades de hospital. El contacto de los centros de salud y las postas sanitarias con los hospitales no es fluido. Las estrategias de comunicación entre los diferentes niveles de atención no se encuentran sistematizadas y, en ocasiones, dependen de relaciones de amistad y/o afinidad previa entre lxs profesionales que trabajan en el primer nivel de atención y aquellxs que lo hacen en el tercer nivel. De esta forma, si el contacto previo con las especialidades no es establecido de antemano por lxs médicxs y promotorxs de salud, las personas deben recorrer hasta 40 km, en el caso de lxs habitantes del Valle de Uco, para llegar de madrugada a los hospitales regionales de referencia y

obtener un turno. Muchas veces llegan y, si no traen una serie de exámenes complementarios, lxs especialistas se niegan a atenderlxs y culpabilizan a lxs trabajadorxs de centros de salud por no hacer bien su trabajo. Las postas sanitarias y los centros de salud, especialmente en contextos urbano-marginalizados y rurales, no están equipadas para realizar algunas pruebas de base que solicitan lxs especialistas para el estudio de unx paciente. Es frecuente que, cuando un diagnóstico urge, las personas terminen pagando sus estudios en algún efector privado.

El malestar y la frustración por no cumplir con los estándares de atención mínimos, según sus experiencias formativas previas y en función de las pautas establecidas en guías de atención clínica, es relacionado también con la falta de medicamentos básicos como insulina, antibióticos y hierro.⁷⁷ En relación con esto último, Carla dice que “podés saber mucho, pero si no tenés con qué trabajar, ¿de qué sirve?”. Con el programa Remediar⁷⁸ se intentó equipar los centros de atención con un botiquín básico de medicamentos imprescindibles, no obstante, es frecuente que durante algunos períodos tengan faltantes de anticonceptivos y medicamentos elementales para el tratamiento de las patologías más prevalentes como hipertensión arterial y diabetes.

Una de las enfermeras especializada en atención obstétrica, con la que conversamos en el marco de una de las entrevistas grupales que realizamos en el Valle de Uco, nos contó que la falta de recursos también se extiende a su área de trabajo. En el marco de la Ley de parto respetado y de una iniciativa local para la atención de procesos reproductivos desde una perspectiva intercultural, el hospital regional donde trabaja se comprometió a promover y respetar la opción por el parto en cuclillas. Incorporaron camillas adaptadas y realizaron cursos de capacitación para acompañar a las mujeres. No obstante, esta práctica no se pudo efectivizar. En primer lugar, por la falta de tiempo, ya que el servicio está siempre

⁷⁷ La insulina es una hormona que, de forma sintética, se utiliza como fármaco para el tratamiento de la diabetes. Los antibióticos son medicamentos que se usan para tratar infecciones, y el hierro, para el tratamiento de la anemia (disminución de la molécula transportadora de oxígeno en los glóbulos rojos de la sangre) que se produce por el déficit corporal de este metal.

⁷⁸ Remediar es un programa creado por el Ministerio de Salud de Argentina y financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo para enfrentar la emergencia sanitaria de 2002. Su objetivo es proveer a los Centros de Atención Primaria con medicamentos gratuitos y esenciales que dan respuesta a la mayoría de los motivos de consulta (Maceira, Apella, Barbieri et al, 2005)

desbordado por la cantidad de partos diarios y, por este motivo, lxs profesionales prefieren realizar prácticas a las que están más acostumbradxs y que les demandan menos tiempo de atención. En segundo lugar, porque no se asignó el presupuesto necesario para construir más salas y poder incorporar la infraestructura y el espacio necesario para garantizar esta opción. De esta forma, observamos que, en contextos de carencias económicas, de insumos, recursos humanos e infraestructura se dificulta la inclusión de prácticas acordes a las necesidades de las mujeres y hay una propensión a la estandarización de la atención, que es la manera que se encuentra para hacer rendir los recursos con los que se cuenta.

Lo que sí lograron cumplir durante algún tiempo en el hospital regional, fue el derecho al acompañamiento por algunx familiar, pareja o amigx durante el parto. Esta práctica se realizó mientras una psicóloga estaba a cargo de la dirección del hospital. Posteriormente, con el cambio de gestión de gobierno, se incorporó como director un médico especialista en terapia intensiva que consideraba que el acompañamiento durante el parto constituía un riesgo para el desarrollo de infecciones intrahospitalarias y, por este motivo, decidió suspender esta práctica.

El relato de la enfermera pone en relieve la falta de institucionalización⁷⁹ y, por lo tanto, de continuidad en el tiempo de algunas prácticas. Esto último, obstaculiza el ejercicio de derechos por parte de las usuarias de servicios de salud. Además de la falta de infraestructura hospitalaria y financiamiento, obstaculizan la institucionalidad del parto respetado los discursos preventivistas y medicalizantes que se desprenden del paradigma epidemiológico del riesgo. Sobre la base de este paradigma, se ponen en práctica modelos de atención de los procesos reproductivos en los cuales se impone la comodidad laboral de lxs médicxs por sobre el bienestar de las personas (Davis Floyd, 2004).

Otro aspecto de la tarea asistencial en centros de salud y postas sanitarias que resaltaron algunas de las médicas, es la soledad que experimentan en el trabajo. En el caso de la posta sanitaria, Carla trabaja con una enfermera y, en ocasiones, acude el promotor de

⁷⁹ Institucionalización es “el proceso por el cual adquieren valor y estabilidad las organizaciones y procedimientos” (Huntington y Oszlak, 1972: 22)

salud a colaborar con la atención presencial. Esta médica manifestó que, al trabajar lejos de otras colegas, siente inseguridad en cuanto a la imposibilidad de compartir decisiones médicas, consultar casos y formarse de manera continua en conversación con otras. Establece una distinción con su experiencia previa de trabajo como residente en un hospital, dado que, como comentamos previamente, allí se sentía contenida. Por el contrario, en la posta tiene la responsabilidad de “saber un montón”, de “saberlo y resolverlo todo”. Malena (médica, 65 años) también hizo referencia a la soledad en el trabajo. Aunque trabaja en una zona urbana, con otras colegas que también atienden en el centro, refiere que “cada uno se mete a su consultorio” y establecen escaso contacto. Carecen de instancias colectivas para proyectar objetivos asistenciales comunes porque, desde su perspectiva, falta liderazgo para la gestión en las personas que dirigen el centro. En su caso, resiste el aislamiento a partir del trabajo con alumnxs de años avanzados de la carrera que la acompañan a diario en la consulta. A diferencia de sus propias experiencias como estudiante, en la cual era observadora y no partícipe de los encuentros médicos, ella promueve el involucramiento afectivo de lxs alumnxs con las personas que consultan y, también, en cuanto a los razonamientos diagnósticos y terapéuticos.

A la vez que registran la soledad, el aislamiento y la falta de trabajo en equipo como aspectos negativos de sus rutinas laborales, reconocen que, al ser sus propias jefas, pueden elegir cómo distribuir los tiempos de atención para cada paciente según sus necesidades y, en ocasiones, explorar estrategias terapéuticas, preventivas y de seguimiento más apropiadas en relación con las particularidades vitales y de salud de las personas y las comunidades con las que trabajan. Así, el trabajo individual y en contextos de aislamiento tiene, desde su perspectiva, la virtud de aportarles cierto grado de autonomía para organizar sus tareas y modos de ejercer como médicas. No es el caso de Julia, la enfermera que trabaja en un hospital de la Ciudad de Mendoza. Sus responsabilidades diarias son múltiples y se encuentran subordinadas a órdenes médicas que la implican en tareas que van desde los cuidados directos de las personas, la realización de pruebas diagnósticas y la administración de medicación, hasta el trabajo de limpieza y administrativo de localizar y archivar historias clínicas y la gestión de los turnos.

En relación con las experiencias de atención de migrantes, específicamente de mujeres que llegaron a Mendoza desde Bolivia y que, en algunos casos son quechua-hablantes, lxs agentes de salud problematizaron especialmente dos dimensiones de los encuentros con dicha comunidad: la comunicación y la cultura. Los apartados que siguen a continuación tratan sobre las conversaciones con agentes alrededor de estos dos temas.

6. “Yo tampoco me acercaría ni hablaría si las instituciones me responden desde la sanción”: algunas reflexiones sobre la comunicación entre lxs agentes de salud y las mujeres migrantes

La totalidad de lxs agentes de salud que participaron en esta investigación considera que la comunicación con migrantes, especialmente con mujeres que provienen de Bolivia, es un problema para la prescripción y el cumplimiento de medidas preventivas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Hacen hincapié en mayores obstáculos con las mujeres porque consideran que son más “introvertidas”, “calladas” y “cerradas” que los varones. En opinión de lxs profesionales, en general, los varones tienen mayor nivel de instrucción y hablan mejor el castellano.

Según Carla (médica de familia, 50 años) y el equipo de salud conformado por un promotor y dos enfermeras con el que realicé una entrevista grupal en San Carlos, el quechua es un problema porque no les entienden lo que dicen. No obstante, a partir de nuestra presencia en el campo observamos que la mayoría de las personas que hablan quechua vienen acompañadxs por alguien que habla castellano y facilita el intercambio. De esta forma, intuimos que el malestar, además de relacionarse con la incomprensión del idioma, es con los modos particulares que tienen lxs sujetxs, que no reproducen el lenguaje de la biomedicina, de decir, explicar e interpretar sus dolencias. Algunxs migrantes de pueblos andinos y otros territorios de Bolivia nombran y significan sus padecimientos con

metáforas y neologismos impregnados por la mixtura entre el quechua, el aymara y el castellano. Esto aumenta la frustración y la impaciencia de lxs agentes de salud. Son modos de decir que establecen contrastes con el lenguaje técnico y lineal de la biomedicina.

A partir de las observaciones de campo y las entrevistas en profundidad que realizamos, identificamos al menos dos condiciones propias de las instituciones de salud y las prácticas de sus agentes que interfieren con la comunicación y la producción de una atmósfera receptiva en las consultas médicas. En primer lugar, el racismo institucional incorporado en las prácticas discursivas de lxs profesionales sobre la cultura. Sobre este tema profundizaremos en el próximo apartado, no obstante, introduciremos algunas reflexiones para abordar el tema de la comunicación. Algunxs trabajadorxs de la salud codifican los modos de reproducción de la vida que se alejan de sus horizontes de experiencias posibles como atributos propios de la cultura de lxs migrantes. Cultura a la que consideran un riesgo para la salud y que precisa ser reconducida a través de las prescripciones y la educación biomédica. En relación con estos supuestos, observamos una actitud paternalista y, en ocasiones, punitiva frente a las prácticas de cuidados de las mujeres, especialmente en relación con la maternidad. Desde la alimentación que les dan a sus hijxs, hasta el tipo de ropas que utilizan para abrigarlxs, son prácticas cuestionadas por lxs agentes en las consultas.

Las trabajadoras de un equipo de salud mental del Hospital de Tupungato nos contaron que, constantemente, reciben derivaciones de otrxs profesionales para evaluar el rol maternal de mujeres migrantes. Los motivos más frecuentes de derivación son llevar a lxs hijxs a las cosechas y que, mientras trabajan, lxs niñxs más pequeñxs queden al cuidado de sus hermanxs mayores. En general, estas situaciones son detectadas por lxs agentes sanitarixs en sus visitas casa por casa. Bajo amenaza de intervención judicial, las obligan a asistir semanalmente al área de la mujer y con el equipo de salud mental. Les preguntamos a las agentes si el sistema sanitario realizaba alguna intervención similar con los padres y nos contestaron que no. Desde su perspectiva, el sistema sanitario no considera a los varones como responsables de los cuidados de lxs niñxs y adolescentes. En el caso de consumos problemáticos de sustancias en jóvenes, las citaciones para la participación en

grupos terapéuticos interdisciplinarios van destinadas a las mujeres. De esta forma, el sistema sanitario refuerza la división sexual del trabajo de cuidados Y, en el caso de mujeres que no disponen de los medios económicos para delegarlos en otrxs, las patologiza y las sanciona por no cumplir con una dedicación maternal plena.

En relación con los silencios de algunas mujeres migrantes en los encuentros de salud, interpretados por varixs profesionalxs como una introspección propia de la cultura, desde la perspectiva de la trabajadora social del equipo de salud mental, es un modo de respuesta, desacuerdo y resistencia a los malos tratos del personal de salud. “Yo tampoco me acercaría ni hablaría si las instituciones me responden desde la sanción” (Irene, 38 años).

La segunda condición que obstaculiza la comunicación, especialmente en contextos de diversidad lingüística, es el tiempo. Cuando las agendas del día están repletas, por lo general, cada consulta tiene un tiempo asignado de entre 10 a 15 minutos. Desde la perspectiva de lxs agentes, es un tiempo acotado para conocer en profundidad a las personas y establecer una conversación de ida y vuelta. Entonces, interrumpen a las personas en sus relatos y priorizan una escucha dirigida hacia los aspectos biomédicos que ellxs mismxs interrogan de manera concisa. De esta forma, se focalizan en identificar síntomas y signos que les permitan construir un cuadro sindromático para realizar alguna intervención. La falta de tiempo produce frustración y condiciona una mirada atenta a lo visible, objetivable y rápidamente interpretable en términos clínicos. Por lo tanto, es marginal el lugar que ocupan las narrativas de las personas, con los motivos que lxs llevan a consultar y las preguntas que les surgen en relación con las interpretaciones biomédicas sobre sus padecimientos y las terapias que proponen lxs agentes.

Sobre el escaso tiempo que dedican lxs agentes para explicar a las personas sus interpretaciones diagnósticas e intervenciones terapéuticas, presenciamos una situación en la posta sanitaria de San Carlos que vuelve palpable esta característica de la práctica. Una mujer de 25 años, que migró desde Potosí dos años antes, acudió a la consulta para el control de un embarazo de 37 semanas. Mientras la médica de familia revisaba la historia

clínica perinatal, comentaba que se trataba de “una mamá con un embarazo de alto riesgo” (Carla, médica de familia, 50 años). Debido a que no cumplía con el número mínimo de controles estipulados, había presentado registros de presión arterial elevada y vivía en una zona alejada de cualquier centro de atención, la cartilla perinatal tenía un encabezado escrito a mano que decía, en mayúsculas, embarazo de alto riesgo. Por la cercanía con el parto, y debido a las dificultades que podría tener para llegar a cualquier centro asistencial, la médica le dijo que la derivarían al hospital para quedarse internada hasta el momento de parir. La mujer guardó silencio unos segundos y, tras la pausa, preguntó “¿qué significa embarazo de alto riesgo?”. Había cargado la cartilla con la etiqueta durante casi nueve meses, había pasado por hospitales con pedidos de estudios donde se leía dicho diagnóstico, pero nadie le explicó qué significaba. La médica, visiblemente sorprendida y avergonzada, le contó de qué se trataba. La mujer manifestó que aceptaba ir al hospital, pero antes quería avisar a su marido que no volvería a su casa y el lugar donde sería trasladada para que pudiera ir a verla y llevarle ropas.

La impresión al presenciar la situación anterior fue que, en ocasiones, las etiquetas diagnósticas viajan de un lugar a otro sin las personas, aunque éstas las transporten en historias clínicas e informes médicos. El diagnóstico de embarazo de alto riesgo constituía un código de comunicación rápida entre agentes de salud, pero la mujer había quedado afuera de ese diálogo, sin comprender su significado y las implicancias que tenía para su salud. La categoría riesgo, con un sentido de peligro oculto y potencial (Almeida-Filho y otrxs, 2009), activó una serie de protocolos diagnósticos y de atención del embarazo que no le aportaron insumos para ejercer un rol activo en la prevención y los cuidados frente a posibles complicaciones, ni en relación con su participación en las decisiones médicas. El peligro estuvo oculto para ella hasta la cercanía del parto, cuando Carla le explicó el significado del diagnóstico y le dijo que debía internarse. Con escaso tiempo para digerir la información que recibió, la mujer firmó un consentimiento informado para ser trasladada al hospital. De esta forma, y en consonancia con los hallazgos de otras investigaciones, el consentimiento informado deviene una herramienta de protección legal para lxs agentes de salud (Delgado Rodríguez, 2012) y se desdibuja su función, que es garantizar información

en un lenguaje comprensible, de manera amable y comprometida con la búsqueda de opciones terapéuticas aceptables para lxs usuarixs y sus redes de contención.

En los párrafos previos, observamos cómo algunxs agentes atribuyen los problemas para la comunicación a las mujeres migrantes. No obstante, otros, re-direccionan la mirada hacia ellxs mismxs y determinadas prácticas institucionales, y se involucran en la búsqueda de estrategias posibles en aras de mejorar el diálogo y la comprensión mutua entre usuarixs y agentes en los encuentros médicos. Para Malena (médica, 65 años), “ya de por sí es difícil para un nativo entender el lenguaje médico”. Por eso mismo, desde su perspectiva, lxs profesionales necesitan formarse y desarrollar habilidades para transmitir diagnósticos y tratamientos de forma más precisa y sensible a los efectos y transformaciones que provocan en la vida cotidiana de las personas. Además, en el caso de migrantes que llevan poco tiempo en la provincia, propone un ejercicio de recibimiento. Es decir, la disposición de un tiempo y agentes capacitadxs para explicar cómo es la organización del sistema de salud, los diferentes sistemas de obtención de turnos y otros asuntos administrativos que precisan conocer las personas para moverse al interior de las instituciones del Estado.

La práctica de recibimiento a la que invita Malena nos recuerda la propuesta de Luis Pescetti (2021) sobre el papel que debería tener la escuela en la acogida de niñxs migrantes:

Si los niños son inmigrantes, la escuela es la casa del inmigrante y su función, como cualquier refugio de acogida, es dar alivio, dar tiempo en la obligación de integrarse eficazmente, compartiendo experiencias y enseñando las reglas del nuevo lugar (p.14)

En relación con la comunicación y las prácticas de recibimiento en los encuentros de atención biomédica, las trabajadoras del equipo de salud mental reflexionan sobre el lugar de la palabra hablada. Consideran que, en los espacios de salud mental y la práctica biomédica en general, la comunicación verbal está sobrevalorada como modo de interacción. En su experiencia de trabajo con mujeres migrantes bolivianas, descubrieron que el grupo de tejido que organizaron como espacio terapéutico era una invitación a participar que no forzaba a las mujeres a hablar. Con el paso del tiempo y los encuentros,

las que se iban animando, contaban historias de infancia, problemáticas en sus relaciones de pareja, con sus hijos y en sus trabajos. En ocasiones, estos relatos animaban a otras mujeres a transmitir lo que les pasaba y, a veces, solo se dedicaban a tejer. En alguna ocasión, al final del encuentro, varias asistentes se acercaron a las terapeutas para manifestarles que esperaban con alegría el día de tejido. Las agentes de salud consideran que el ritual de compartir el espacio con otras mujeres una vez por semana es en sí mismo terapéutico y, a su vez, a partir de las inquietudes que traían las propias tejedoras, ellas podían planificar intervenciones que les hiciesen más sentido a las mujeres.

Ingrid, por su parte, refiere que, cuando trabajó como directora de la Escuela de Salud Pública en Mendoza, diseñaron trípticos en castellano y quechua con información para prevenir la intoxicación por pesticidas durante la siembra y las cosechas. En este material figuraban teléfonos de contacto, direcciones de los centros de atención de referencia y los medios de transporte para llegar a dichos destinos. Se repartieron en centros de salud y en fincas como medida complementaria a la entrega de material de protección que se exigió a las empresas. Desde su perspectiva, esta propuesta tuvo dos aspectos valiosos. En primer lugar, a diferencia del modelo habitual de atención en el cual se espera que sean las personas las que se acerquen a las instituciones para recibir información, fueron los agentes de salud quienes llegaron hasta los lugares de trabajo y facilitaron insumos para la prevención y el abordaje de intoxicaciones. En segundo lugar, la iniciativa de elaborar un material en soporte papel traducido al quechua intentó sortear las dificultades que podían surgir con la comunicación oral en un contexto de barrera idiomática.

En los últimos relatos de experiencias de las agentes entendemos que hay un ejercicio reflexivo sobre sus propias prácticas de atención. Por un lado, en relación con los modos hegemónicos de comunicación en la consulta biomédica y el impacto de prácticas punitivas y racistas sobre la confianza de las mujeres hacia el sistema de salud y sus agentes. Por otra parte, tanto Malena como Ingrid registraron el trabajo que implica para los migrantes abrirse camino para acceder y transitar por centros de salud y hospitales (comprender el lenguaje biomédico, incorporar circuitos de atención, recorridos de calles, medios de transporte y de comunicación, entre otras dimensiones). A partir de estas reflexiones, las

profesionales elaboraron las propuestas de *recibimiento*, el tríptico y las rondas de tejido como estrategias para facilitar la integración de lxs migrantes y formas terapéuticas más cercanas a las necesidades de las mujeres.

A continuación, retomaremos algunos aspectos introducidos previamente en relación con las prácticas discursivas de lxs agentes de salud sobre cultura.

7. Usos de la categoría cultura en lxs agentes de salud

La categoría cultura tiene una presencia continua en los relatos de lxs agentes de salud sobre sus experiencias de atención con mujeres migrantes bolivianas. Por los contextos discursivos en los que la utilizan, identificamos su asociación con prácticas de cuidados, creencias, el trabajo productivo, las relaciones de género y el lenguaje, entre otras dimensiones. A partir de estas asociaciones, entendemos que cultura para lxs agentes es un conjunto de atributos, significaciones y prácticas propias de lxs migrantes. En este marco, consideran que el trabajo reproductivo y los cuidados que realizan las mujeres son un desprendimiento natural de una cultura específica.

Por el contrario, cuando se refieren a sus propias prácticas de cuidados, tanto en el ámbito de sus vidas personales como en el ejercicio de su profesión, no las relacionan con una cultura específica. Desde una posición etnocéntrica, dan por sentado que se corresponden con el modelo occidental de humanidad que porta la racionalidad acertada para organizar la reproducción de la vida. Por lo cual, al referirse a la cultura y las prácticas de cuidados de las mujeres, tienden a identificarlas como diferentes y, en ocasiones, de inferior valor y de riesgo en relación con las propias.

“Por ahí tienen un nivel cultural que, si bien yo trato de respetar, hay momentos en que ponen en riesgo la vida del paciente y les tengo que decir, mire mamá, si tiene diarrea esto no se lo puede dar” (Carla, médica de familia, 50 años).

Carla mostró especial preocupación por las diarreas asociadas al consumo de agua no potable. Se refirió específicamente a la provisión de agua desde cauces como acequias o piletas para riego como prácticas propias de la cultura de las mujeres que migraron desde Bolivia. Sin embargo, la calle donde se encuentra la posta sanitaria, y donde habitan la mayoría de lxs vecinxs que allí se atienden, todavía no cuenta con servicio de agua potable en diversos tramos. En este sentido, algunxs profesionales perciben la cultura como un atributo inmutable, indiferenciado y desconectado de las condiciones materiales de vida.

La percepción de la cultura como un riesgo para la salud emerge especialmente cuando lxs agentes se refieren al rol maternal de las mujeres. De esta forma, el racismo, que encarna en prácticas discursivas esencialistas, a-históricas e inferiorizantes sobre la cultura, se entrelaza con cuestionamientos a los modos de matenar y una vigilancia estrecha sobre las prácticas de cuidados hacia lxs hijxs. Para algunxs profesionales, la cultura es un obstáculo para el cumplimiento de los mandatos de género que se imponen sobre las mujeres. En este sentido, hay una imputación sobre los modos en que las migrantes encarnan lo femenino, principalmente en relación con su presencia en el trabajo agrícola y los modos de conciliarlo con la vida reproductiva.

Ellos de a poco se están acostumbrando al ritmo del sistema de salud, pero cuesta mucho, cuesta mucho. Muchas veces le tenés que decir: mirá mamá, decile a tu marido que no podés trabajar porque ya vas a tener. Pero es cultural, ¿qué podés hacer? (Eduardo, 40 años, agente sanitario)

Tienen que trabajar, sí, pero tenés que cuidar a tu hijo, el Estado te está pagando para eso, para que lo mandes a la escuela, es una responsabilidad y la tenés que tener. En cambio, encontrás niños solos todo el tiempo, todo el tiempo encontrás niños solos, todo el tiempo vas a encontrar niñitos de uno, dos o tres años al cuidado de una de doce (Eduardo, 40 años, agente sanitario).

En relación con el último fragmento de entrevista, lxs agentes de salud coinciden en que “la cultura boliviana es machista” (Eduardo, 40 años, agente sanitario y Carla, 50 años, médica de familia). Refieren que las mujeres se encuentran sometidas a las órdenes de los

varones y que son ellos quienes tienen la última palabra en relación con la organización del trabajo productivo y reproductivo en las unidades domésticas. Desde su perspectiva, las mujeres carecen de autonomía para tomar decisiones sobre su sexualidad. El varón es quien decide cuántos hijos tener, el uso de métodos anticonceptivos y el tipo de parto adecuado para reincorporarse, lo antes posible, al trabajo.

Además, comentan que las mujeres asisten a las consultas médicas acompañadas por sus parejas y que, en general, son ellos quienes interactúan con los sanitarios. En cuanto a esta última afirmación, nuestra impresión, a partir de las observaciones y entrevistas en el trabajo de campo, es contraria. Las salas de espera en centros de salud y hospitales están mayormente habitadas por mujeres y, en las consultas, son ellas, en ocasiones acompañadas por otras mujeres de la familia o vecinas, las que establecen contacto con el sistema de salud. A su vez, en las entrevistas que realizamos, manifestaron ser las responsables principales de los cuidados y el nexo de los hogares con el sistema sanitario.

En más de una oportunidad, identificamos un desfase entre las descripciones de los agentes de salud sobre las costumbres y prácticas de cuidados de las mujeres migrantes y lo que efectivamente observábamos a partir de nuestra presencia en el campo. Estos desfases remiten a imaginarios sobre la cultura como una trama de sentidos y prácticas homogéneas, a-históricas y en compartimientos estancos aislados de la interacción con el capitalismo hetero-patriarcal de Occidente. Asimismo, los agentes tampoco visualizan los vínculos transaccionales entre diferentes modelos médicos de atención (Menéndez, 2009). Transacciones que ocurren en la cotidianidad de las vidas y de los múltiples espacios (casas, calles, escuelas) por los que transitan los sujetos en comunidad y, también, a partir del contacto con la biomedicina en las instituciones de salud.

Con respecto a la percepción del machismo en “la cultura boliviana”, algunos agentes se refieren al tema como ajeno a sus propias vivencias. Aun cuando registran los mandatos patriarcales que atraviesan sus propias vidas, no los identifican en términos de machismo y no establecen una conexión con las experiencias de las mujeres migrantes que consultan.

Como ejemplo de esta disociación, nos interesa volver hacia atrás, al apartado de formación biomédica, para traer el relato de Carla (médica de familia, 50 años) sobre la resistencia de su padre a que estudiara medicina. Ella desafió con un alto costo los mandatos patriarcales familiares sobre las profesiones que le correspondían a una mujer de su edad y su clase social. En contra de su voluntad, la llevaron a una consulta psiquiátrica para que un médico dictaminara si tenía algún problema mental que hubiese que tratar. Aun con esta experiencia a cuestas, las huellas del sexismo quedan excluidas de la autopercepción de su práctica biomédica.

La dificultad de las agentes de salud para identificarse con las experiencias de machismo de otras mujeres se relaciona con las diferentes posiciones de clase que ocupan y el racismo institucional incorporado en sus prácticas discursivas. Racismo y clasismo son una lente a partir de la cual se amplifican problemas estructurales como el sexismo en grupos sociales a los que se construye como otredad. En este contexto de posiciones, relaciones sociales y prácticas, la cultura deviene la marca y el hilo argumental a partir del cual establece una división jerárquica entre aquellxs sujetxs que se encuentran por encima y por debajo de la línea de lo humano, al decir de Fannon (1956).

El obstáculo epistemológico que impide conectar las experiencias de sexismo y racismo de lxs agentes con las de otras mujeres también se vincula con algunas características de los procesos formativos en ciencias de la salud. Por un lado, con la pedagogía del distanciamiento que disciplina a lxs aprendices en el ejercicio de marginalizar sistemáticamente los conocimientos producidos a partir de experiencias de vida y cuidados por fuera del ámbito de la medicina. De esta forma, in-corporan y se identifican con los valores del modelo biomédico, que expresan las visiones de mundo de un segmento de Occidente, blanco y heterosexual. Por otro lado, las pesadas cargas de adiestramiento biomédico, centradas en las dimensiones biológicas y clínicas de los padecimientos, dificultan la interacción entre pares para problematizar las dimensiones sociales y políticas de sus procesos formativos, prácticas de atención y modos de enfermar de los conjuntos sociales.

Otra condición que configura dicho obstáculo epistemológico es la escasez de instancias formales de aprendizajes en el campo de las ciencias sociales y los feminismos. Sin las herramientas teóricas necesarias para comprender cómo interactúan el racismo, el colonialismo, la heterosexualidad obligatoria, las relaciones de género y el clasismo en el ordenamiento de las relaciones sociales, lxs agentes de salud tienden a naturalizar las violencias, la exclusión y la discriminación en el sistema sanitario, así como a verlas como problemáticas aisladas, individuales o de ciertos colectivos y culturas.

Lxs agentes que complementaron y cuestionaron sus recorridos formativos habituales con la militancia política barrial, aprendizajes en el campo de las ciencias sociales y los estudios de género, y con experiencias de trabajo disruptivas, tienden a conectar con mayor frecuencia las prácticas de cuidados de las personas con las condiciones materiales de vida, más que con la cultura. A su vez, quienes trabajan con grupos terapéuticos intergeneracionales perciben un dinamismo en las identificaciones de las personas. Natalia (37 años) psiquiatra del equipo de salud mental de Tupungato, entiende que

“Hay múltiples intersecciones en la vida de las personas que hacen difícil querer encuadrarlas en una cultura. La cultura es algo dinámico, no solo en las relaciones entre culturas, sino intrafamiliarmente, intergeneracionalmente. Porque van a la escuela [lxs adolescentes, hijxs de migrantes], y se encuentran con las costumbres que se usan ahora de la ropa, de esto y lo otro, y bueno, ahí empiezan a darse estos choques. Con querer otras cosas. Y los padres a no entender por qué van a querer vestirse distinto, escuchar otra música. Y bueno, ahí las mujeres más jóvenes de familias con tradiciones muy arraigadas han tenido mucho padecimiento. Con poca posibilidad los papás de entenderlas. Y la realidad es que bueno, viven ahí y se van a encontrar con otros chicos, otras costumbres”.

A diferencia de las prácticas discursivas con una visión a-histórica y estática de la categoría cultura, Natalia integra los conflictos, ambigüedades y contradicciones que operan en todo grupo social. En el caso que ella relata, a partir de las diferencias de edad, los gustos musicales y en relación con la vestimenta.

Ingrid, médica sanitarista que trabajó durante un corto período en el Chaco Salteño, recuerda esta experiencia como una instancia crucial en su decisión de dedicarse a la especialidad Salud Pública y en su entendimiento de algunos procesos de salud y enfermedad, especialmente las enfermedades epidémicas infecciosas⁸⁰. Ingrid conecta lo que otros agentes interpretan como hábitos fijos y prácticas de cuidados que brotan naturalmente de la cultura, con las condiciones de vida y las desigualdades sociales. En los 90', observó cómo los desmontes para monocultivos en el Chaco, impulsados por empresas transnacionales y avalados por el Estado, desabastecían a los habitantes de distintas zonas de una variedad de alimentos y del agua potable. De esta forma, la alimentación de pueblos originarios se empobreció, se volvió monótona, con una alta carga de grasas, y dio lugar a diferentes formas de malnutrición. La falta de agua potable fue caldo de cultivo para el desarrollo de enfermedades infecciosas como las diarreas agudas y crónicas.

Fernando (34 años), de profesión odontólogo y ex Director de un hospital de la Ciudad de Mendoza, nos contó que su formación como sanitarista, con un acercamiento al movimiento de Salud Colectiva, le permitió cuestionar sus propias prácticas de atención biomédica en zonas urbano marginalizadas del oeste del departamento de Godoy Cruz

“El equipo de salud o el profesional puede hacer mucho daño bajando línea dura sin siquiera conversar, sin saber si la terapéutica es aplicable a la realidad de esa comunidad. Les criticamos el peso a las personas y los mandamos a comer menos y hacer ejercicio. Pero quizás esa persona llegó de trabajar 14 horas y no tiene ganas de salir a hacer ejercicio, a lo mejor quiere descansar o estar con los hijos”.

En la misma línea que el odontólogo, la trabajadora social del equipo de salud mental de Tupungato considera que, en ocasiones, cuando los profesionales son visitantes ajenos al territorio, “vos te transformás en un obstáculo para ellos básicamente” (Irene, 38 años, trabajadora social). Esto último, cuando se plantean intervenciones terapéuticas o medidas

⁸⁰ Una epidemia se produce cuando una enfermedad contagiosa se propaga rápidamente en una población determinada, afectando simultáneamente a un gran número de personas durante un periodo de tiempo concreto.

preventivas que no toman en cuenta lo que es deseable y relevante en términos de salud para las personas, y en función de sus condiciones de vida.

En un intento por subvertir los cortocircuitos entre el modelo de atención biomédico y las prácticas de cuidados de las personas y sus comunidades, Lucía, coordinadora del Programa Salud Indígena en Mendoza, nos contó sobre su experiencia de trabajo en mesas de enlace con pueblos originarios que elegían referentes propios para formarse como promotores de salud intercultural.

“Nos reunimos con las comunidades, hacíamos la consulta, aprendías a hacer la consulta. Realmente los pueblos nos enseñaron qué era trabajar con los pueblos Originarios. Porque veníamos con un modelo de trabajo muy diferente, por ejemplo, esto que yo te digo de consultar, es consultar todo desde el comienzo, no es que armo un programa en el centro de salud con el equipo y después voy y se los aplico. No, construís desde el principio con ellos. Es, por ejemplo, no sacar fotos ni grabar si no es previamente acordado. No tomar decisiones sobre cómo se va a organizar el primer encuentro si no lo organizás con ellos desde el comienzo. Es un aprendizaje constante y las familias y los pueblos te enseñan, algunos tienen experiencia de trabajo, tienen mucha experiencia de participación, entonces eso también ha servido para que, bueno, podamos conformar la unidad” (Lucía, coordinadora del Programa de Salud Indígena)

A partir de las consultas, algunos equipos de salud planificaron de forma articulada con las comunidades cómo invertir los recursos de programas como SUMAR⁸¹ y, a su vez, integraron en los predios de los centros de salud herbolarios con algunas medicinas de uso

⁸¹ El Programa **Sumar** es una política pública que promueve el acceso a los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud. Brinda prestaciones específicas para el cuidado del embarazo, la primera infancia, la adolescencia y la adultez. Por cada persona integrada al Programa y por cada consulta y control que se realiza, el hospital o centro de salud recibe recursos para fortalecer al equipo de salud y mejorar los servicios que presta. El uso de estos recursos, que pueden ser monetarios o de equipamiento médico, son gestionados por cada unidad asistencial. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>

habitual en comunidades originarias locales. No obstante, desde su perspectiva estas son experiencias aisladas en algunos centros de salud. Desde el programa han tenido dificultades para expandir esta política por la resistencia que oponen lxs mismxs agentes de salud. Melisa, la promotora intercultural, cuenta que todavía tiene que “pelear por un lugar” en el centro de salud donde trabaja, ya que algunxs compañerxs y la dirección no la consideran parte del equipo, la “ignorán” y la excluyen de las reuniones de trabajo. Con prácticas discursivas racistas, le dan a entender que su lugar no está en el sistema de salud, sino como trabajadora del hogar o en las cosechas.

Cuando se produce algún grado de desplazamiento del paradigma biologicista y medicalizante que organiza la práctica biomédica y cuando se integran las dimensiones sociales, políticas y económicas en la comprensión y los abordajes de los procesos de salud y enfermedad, lxs agentes ya no se refieren al *problema de las diferencias culturales*. Por el contrario, tienden a repensar y cuestionar los modos de atención biomédica que no acompañan y son intrusivos en relación con las necesidades, las elecciones y las experiencias de cuidados de las personas. A partir de este ejercicio auto reflexivo, algunas profesionales vieron transformadas sus propias prácticas, especialmente en relación con el involucramiento de sus propios cuerpos y el lugar de la incertidumbre en la tarea de acompañar padecimientos. A estas experiencias nos referiremos en las líneas que siguen a continuación.

8. “Tuve que poner el cuerpo para poder pensar la intervención de otra manera”: experiencias de trabajo con migrantes en un equipo de salud mental de Tupungato

En la última parte de este capítulo nos interesa retomar algunos aspectos de la entrevista grupal con las trabajadoras de un equipo de salud mental en Tupungato. En

primer lugar, para resaltar cómo el diálogo entre pares posibilitó repensar algunas valoraciones y percepciones que surgieron al inicio de la entrevista sobre las prácticas de cuidados de mujeres migrantes desde Bolivia. Al principio de la conversación, emergieron sentidos cristalizados sobre la categoría cultura y algunos supuestos sobre las prácticas de cuidados que homogeneizaban e impedían ver los matices en las experiencias de cuidados de las mujeres. Por ejemplo, que son “cerradas” y priorizan el trabajo productivo en relación con el trabajo de cuidados.

Cuando alguna de las compañeras se refería a dichos supuestos, otra intervenía para recordar alguna experiencia que establecía un contrapunto con la posición anterior. Tal fue el caso, cuando la psicóloga del equipo se refirió a una paciente que había atendido y que, desde su perspectiva, no problematizaba que sus hijxs permanecieran en Bolivia mientras ella trabajaba en Mendoza. La trabajadora social del equipo le recordó que fue a partir del contacto con esta mujer que empezaron con los encuentros de tejido. La mujer consultaba a menudo por dolores en diferentes partes del cuerpo, y como otrxs médicxs del hospital no encontraban ninguna enfermedad orgánica clasificable, decidieron derivarla a salud mental. Al principio no quería hablarles. Se pasaban sesiones enteras en silencio. Hasta que una vecina de la zona le contó a Irene, la trabajadora social, que a la mujer le gustaba tejer. Empezaron a llevar lanas y agujas a la consulta y “se copó y empezó a hablar” (Ludmila, psicóloga, 37 años) y contó que había dejado a sus hijxs en un hogar de monjas en Sucre para huir de la violencia de su marido. Por el momento no era posible traer a sus niñxs con ella, porque no podría sostenerlxs económicamente ni darles la posibilidad de estudiar. A la vez, no estaba dispuesta a volver a Bolivia y soportar la violencia y las amenazas constantes de su marido.

De esta forma, en diálogo, desmontaban algunos supuestos y, a la vez, problematizaban sus dispositivos de escucha y contaban el recorrido de algunas estrategias disruptivas de trabajo que integraron a su práctica. Por las diferentes posiciones que ocupan en el territorio y en el circuito de atención sanitaria, y debido a las herramientas singulares que portan para trabajar, hay dimensiones de la vida cotidiana de las personas y de los padecimientos que son más evidentes para algunas disciplinas que para otras. En este

sentido, las agentes destacan que el trabajo en equipo fue un facilitador en el acercamiento a comunidades migrantes y, especialmente, a mujeres quechua hablantes. La interdisciplina tiene la potencialidad de interpelar la lente con la que cada profesión comprende y aborda las consultas. No obstante, a partir de la dinámica horizontal de diálogo en la entrevista grupal, observamos que, para que acontezca, es preciso desarmar el heterosexismo, el clasismo y el racismo que ordenan las jerarquías entre profesionales en el campo de la salud. Esto último, porque, en general, son desestimadas las voces y el trabajo que hacen las mujeres y profesionales no médicos en el sistema de salud.

El segundo motivo por el que traemos algunas huellas de esta conversación grupal es porque las agentes problematizaron el lugar de sus propios cuerpos en el trabajo de atención sanitaria:

“Para mí, haber hecho danza de las culturas andinas, cuando yo empecé a bailar tinku⁸² me empecé a dar cuenta que es una guerra guerrera, y ahí empecé a entender que la chicha⁸³ tiene un sentido, entrar en trance también tiene un sentido. También, bueno, cuando empecé a aprender cómo era la saya, el lugar que ocupaba la mujer en la Saya a mí como que me hizo crack en la cabeza. Y decir, bueno, yo tuve que poner el cuerpo para poder pensar la intervención de otra manera. Me fui interesando y eso fue un facilitador en mi caso. En el caso del hospital me parece que el equipo es muy importante, porque el equipo promueve no quedarse detrás del escritorio, deja que se hagan preguntas, que se equivoquen, se caga de risa, de última, si no saben, no cuestionan no saber” (Irene, 38 años, trabajadora social).

Habitualmente, son las personas que consultan las que ponen el cuerpo para que lxs agentes de salud hagan sus diagnósticos y para recibir tratamientos. En este caso, Irene fue la que lo puso, para bailar y compartir con la comunidad en una festividad a la que fue invitada por una de las participantes de la ronda de tejido. A partir del baile, pudo ver de otra forma a las mujeres. Ya no como “cerradas, tímidas y sumisas”, sino como agentes

⁸² El tinku, que en quechua significa encuentro, es una danza indígena del norte de Potosí, en Bolivia. El baile se centra en movimientos que simulan una pelea de guerreros.

⁸³ Chicha es el nombre que reciben diversas variedades de bebidas alcohólicas de baja graduación que se obtienen a partir de cereales y frutas, cuyos almidones son fermentados y transformados en alcohol por la acción de levaduras.

activas en la organización de la celebración y en una instancia de goce individual y colectivo.

En relación con “el sentido de la chicha” en las celebraciones, si bien no haremos un análisis en profundidad sobre este tema, nos interesa rescatar dos nuevas perspectivas sobre el consumo de alcohol que adquirió la trabajadora social a partir de su experiencia. Si otrora consideraba que el consumo en abundancia era una enfermedad muy arraigada en la comunidad boliviana, durante y después de la celebración comenzó a pensar que no necesariamente remitía a una enfermedad. En la misma línea de algunos trabajos antropológicos, vislumbró la función de integración social, celebración y válvula de escape que cumple el alcohol frente a las exigencias de trabajo productivo (Menéndez, 1990). A su vez, notó que había un patrón diferencial de consumo entre varones y mujeres. Desde su perspectiva, el consumo en varones tenía connotaciones de festejo e integración con pares, mientras que en el caso de las mujeres se realizaba en soledad y venía a mostrar “una pena”, especialmente en relación con el desarraigo. Independientemente de lo acertado o no de su análisis, lo que nos interesa remarcar es que se corre de las perspectivas biologicistas, patologizantes e individualizantes sobre la alcoholización. Por el contrario, pone el acento en el carácter colectivo, social y generizado de los hábitos de consumo.

Lo que vio y lo que sintió al poner el cuerpo, el “crack en la cabeza”, da cuenta de la dimensión encarnada de la experiencia y de los aprendizajes. Cuestión que establece un contrapunto con la enseñanza y la atención biomédica, en las cuales se practica y se ejerce una disociación entre mente y cuerpo, tanto en el caso de lxs usarixs como de lxs propixs trabajadorxs de la salud.

Para finalizar, en las últimas líneas del verbatim donde cuenta sobre su participación en la celebración, reconoce el lugar del equipo de trabajo del hospital como posibilitador de dicha experiencia. Por un lado, porque las autoridades habilitan el trabajo en terreno como alternativa a estar siempre “detrás de un escritorio” y, a su vez, porque está permitido no saber. Desde nuestra perspectiva, en el caso de las agentes de salud mental, la aceptación de la incertidumbre fue el motor de búsqueda de otros modos de relación, comunicación y

comprensión con las personas y, a su vez, la condición de posibilidad para la interpelación de los supuestos y prejuicios cristalizados sobre la cultura.

9. Síntesis del capítulo

Los relatos de lxs agentes de salud resuenan con las reflexiones de Emerson Merhy (2017) sobre los dos núcleos de saberes, prácticas y tecnologías que ordenan el trabajo de atención sanitaria. Un núcleo organizado alrededor de la formación profesional y otro no profesional, al que denomina cuidador, que se relaciona con habilidades e intervenciones que no son propias del dominio de ninguna disciplina.

La vinculación entre experiencias de cuidados y la elección de ocupaciones en el campo de la salud es común a casi todos los relatos. No obstante, para la enfermera y la promotora de salud intercultural las habilidades adquiridas en el trabajo de cuidados de familiares, la docencia y el trabajo comunitario en organizaciones sociales, devienen un insumo central y un requisito para insertarse en espacios laborales y de formación profesional.

En el caso de la medicina, los aprendizajes durante el trayecto universitario y de residencias son principalmente biologicistas y no preparan para la práctica. Algunas de las médicas con las que conversamos refieren que, de modo marginalizado en relación con el currículo formal, gestionaron instancias de acercamiento a conocimientos teóricos en el campo de las ciencias sociales y los estudios de género. Algunas de estas instancias se asocian con la participación en espacios de militancia política.

Los relatos sobre las experiencias en residencias médicas mostraron algunos dobleces. En relación con el trabajo entre pares, es considerado como un espacio de sostén emocional, económico y en el cual se comparten las cargas de trabajo. A su vez, formar

parte de un equipo es considerado una protección frente a la incertidumbre y la falta de experiencia. No obstante, en algunos casos, el tutelaje y el miedo al castigo obstaculizaron la posibilidad de hacerle lugar a la duda, al error y a “no saber” como experiencias fructíferas y necesarias para configurar modos de atención más flexibles, creativos y humanizados. De esta forma, los protocolos y las guías de atención clínica devienen herramientas de trabajo para lidiar con la incertidumbre en la práctica diaria.

En cuanto a las experiencias de atención sanitaria con migrantes, lxs profesionales de todas las disciplinas, a excepción de la promotora intercultural, manifestaron dificultades para la comunicación, especialmente con mujeres que migraron desde Bolivia. Algunxs relacionan estas dificultades con la incompreensión del quechua y “la cultura cerrada”. Otrxs, las vinculan con la falta de habilidades para la comunicación producto de falencias en la formación profesional. Por su parte, las trabajadoras de un equipo de salud mental de Tupungato entienden que la resistencia de algunas migrantes para hablar durante los encuentros médicos tiene que ver con el maltrato y los castigos que reciben por parte del personal de salud en relación con sus prácticas de cuidados.

Lxs agentes que complementaron y cuestionaron sus recorridos formativos habituales con la militancia política barrial, aprendizajes en el campo de las ciencias sociales y los estudios de género, y con experiencias de trabajo disruptivas, tienden a conectar con mayor frecuencia las prácticas de cuidados de las personas con las condiciones materiales de vida, más que con la cultura. Asimismo, el trabajo en equipo, las salidas a terreno, el involucramiento con la comunidad y “poner el cuerpo” para pensar sus intervenciones profesionales, son experiencias que habilitaron una desnaturalización de los supuestos sexistas y racistas sobre la cultura, las relaciones de género y las experiencias de cuidados de las mujeres a las que acompañaron.

CONCLUSIONES

A lo largo de esta tesis hemos analizado las experiencias de cuidados de mujeres migrantes bolivianas en la trama de relaciones que establecen con el sistema público de salud y sus agentes en Mendoza. Antes de ajustar la lente para enfocar en esta relación específica de cuidados, elaboramos una matriz teórica capaz de hacer inteligibles las tensiones permanentes entre la dimensión estructurada de los cuidados y las experiencias, relaciones y encuentros de cuidados. Asimismo, esta matriz analiza aspectos estructurales del funcionamiento de la biomedicina como modelo de atención. Posteriormente, convocamos las voces de mujeres migrantes con sus experiencias de cuidados en relación con los procesos migratorios, etapas vitales y su vínculo con el sistema público de salud. Por último, analizamos las experiencias de formación y las prácticas cotidianas de atención de agentes de salud que trabajan en servicios sanitarios públicos de Mendoza.

A continuación, desarrollamos los hallazgos más relevantes, para finalizar con algunas reflexiones.

La mutua imbricación entre la crisis de los cuidados, el proceso migratorio y el protagonismo infantil espontáneo

En las experiencias de cuidados en la infancias y juventudes de las mujeres que entrevistamos, la crisis de los cuidados (Pérez Orozco, 2012), entendida como la imposibilidad de sostener la vida, cuidar y ser cuidadas, aparece como una condición común que impulsó la migración. Por la muerte de algún familiar, la falta de cariño, la imposibilidad de trabajar la tierra, por pasar hambre y por la poca variedad de alimentos, decidieron cruzar la frontera en busca de una mejor vida.

Previamente a la decisión de migrar, especialmente aquellas que eran hermanas mayores en su núcleo familiar, asumían o les delegaban responsabilidades respecto del trabajo de cuidar a sus hermanxs, llevar la casa, cultivar y vender diversos productos de forma ambulante. De manera que, por el contexto social, económico y político en sus territorios de nacimiento, la división sexual del trabajo de cuidar y el rol que ocupaban como hermanas mayores, desarrollaron un protagonismo infantil espontáneo (Liebel, 2007) para garantizar la supervivencia, los cuidados propios y de personas cercanas.

Una estrategia para garantizar las necesidades materiales y de cuidados en el proceso migratorio fue apegar con otrxs. Esta categoría, expresada por una de las mujeres migrantes, alude a la construcción de vínculos inestables, circunstanciales y precarios, “con gente”, “con conocidos”, con la propia familia y con animales. Apegar con otrxs da cuenta de una trama potente de apoyo mutuo en simultáneo o como alternativa a las relaciones de sangre, y que surgía de la necesidad continua de hacer frente a diversas situaciones como la violencia intrafamiliar, no tener qué comer, la necesidad de cariño y de aprender oficios y trabajos que les permitieran algún grado de independencia material para elegir qué caminos seguir en el proceso migratorio.

En cuanto a las experiencias de trabajo en la infancia observamos que la frontera entre trabajo productivo y reproductivo, en algunos casos, era aún más difusa que en la adultez. Esto último, porque algunas mujeres trabajaban a cambio de un plato de comida y del cuidado frente a situaciones de abuso policial y la dificultad para comunicarse en castellano. Asimismo, los límites entre la vida productiva y reproductiva eran difusos porque, en el trabajo rural, las mujeres vivían en las mismas fincas donde trabajaban. En este sentido, la reproducción de la vida acontecía entrelazada temporal y espacialmente con el trabajo por el que recibían una paga. Las niñas y jóvenes que eran hermanas mayores, además de trabajar con la tierra abriendo surcos o recolectando granos, tenían la responsabilidad de cuidar a sus hermanxs más pequeñxs y preparar los alimentos para reponer fuerzas luego de la jornada de trabajo. Habitualmente se les pedía que cambiaran de tarea de un momento a otro.

A partir de los relatos de las mujeres, observamos que, por las condiciones de vida en la ruralidad, con dificultades para el acceso a servicios básicos como el agua y la vivienda, por la edad, por ser migrantes y andar sin papeles, por no hablar castellano, por el racismo, el sexismo y el adultocentrismo, las niñas y jóvenes hacían un trabajo extra para generar las condiciones materiales básicas de existencia, ir a la escuela, conseguir y mantener un trabajo y garantizar la disposición física y emocional de los cuerpos para realizar dichas labores. Este hallazgo nos permitió cuestionar los imaginarios sobre la infancia como un todo homogéneo y universal. Por el contrario, nos invitó a aprehender las infancias, desde un punto de vista teórico, político y de las relaciones de cuidados, como experiencias situadas y diversas en relación con el contexto histórico, social, económico, político, cultural, la residencia urbana o rural, el género y la racialización, entre otras dimensiones (Krauskopf, 2004).

En relación con la escolarización, la totalidad de las mujeres manifestó que fue un proyecto trunco. En algunos casos, debido al rol que asumieron como infancias cuidadoras y trabajadoras. En otros, por el racismo que experimentaron de parte de la institución escolar y sus compañerxs.

Respecto de su rol como infancias cuidadoras y trabajadoras, realizaban un trabajo extra para conciliar el trabajo de cuidados, las cosechas estacionales y el pastoreo de animales, con los horarios y los regímenes de actividad y descanso del año escolar. Algunas mujeres no daban a basto para seguir con el cursado y cumplir con los deberes escolares y, en otros casos, manifestaron que la escuela no les servía de mucho para su vida de trabajo en el campo. A partir de sus relatos, pudimos observar que la institución escolar, estructurada a partir una concepción clasista que supone que lxs niñxs tienen sus necesidades materiales y de cuidados previa y exclusivamente resueltas por lxs adultxs de la familia nuclear, estaba desarticulada de sus experiencias como niñas migrantes, trabajadoras, habitantes de áreas rurales y protagonistas de sus propios cuidados y la subsistencia familiar.

Sobre el racismo en la escuela, encontramos que se trata de otra dimensión del trabajo que implica escolarizarse para algunas infancias migrantes. A partir del relato de una de las mujeres, que nos contó sobre el maltrato y las burlas que recibía por su país de procedencia, pudimos observar el trabajo emocional que implicaba defenderse y cumplir con la obligación de asistir diariamente a la escuela ante la indiferencia de las docentes y la impotencia de su madre y padre.

La pérdida de oportunidades para el aprendizaje en la escuela posicionó a las mujeres en un lugar de desventaja y dependencia económica y de cuidados en la adultez. Al no haber aprendido a leer y escribir, se restringieron sus posibilidades de obtener empleos que no fuesen en la agricultura y el trabajo de cuidados remunerados. Con más de 60 años y dolencias propias del desgaste físico de tantos años de trabajo, algunas mujeres ya no pueden realizar tareas que requieren un gran despliegue de fuerza física.

Como alternativa a la escolarización formal, y como modo situado de aprendizaje y cobijo, las mujeres refieren que se hicieron grandes trabajando. El trabajo tomó el lugar de morada y espacio de enseñanzas a cielo abierto, con y contra la familia y la escuela como espacios sociales idealizados para transitar la niñez.

El adultocentrismo del sistema sanitario frente a las infancias cuidadoras

Una de las mujeres migrantes, que vivió desde la infancia en una localidad urbana de Mendoza, puso en relieve una tarea reproductiva que no apareció en los relatos de otras mujeres: el trabajo de cuidar en términos del vínculo con el sistema sanitario. Debido a las ausencias de su madre y su padrastro por motivos de trabajo y consumo problemático de alcohol, asumió la responsabilidad de llevar a sus hermanxs a los controles obligatorios de salud y a las campañas de vacunación. Esta tarea le implicaba estar atenta a los días, horarios y lugares donde debía llevarlx a la consulta y, a su vez, desarrollar habilidades de cuidados para contener el miedo que les daba tener que vacunarse e ir a las visitas médicas.

Su relato puso en evidencia algunas expectativas y normativas sexistas y adultocéntricas de las instituciones públicas de salud respecto de la coordinación de tareas

de cuidados. En primer lugar, que el trabajo de cuidar es una responsabilidad de las mujeres adultas/madres y, en segundo lugar, que las infancias y adolescencias no tienen la capacidad para hacer trámites y tomar decisiones como prestar consentimiento para determinados procedimientos médicos urgentes. En relación con el imaginario sobre la infancia, el sistema público de salud considera un modelo de niñez tutelada en la cual lxs niñxs solo son capaces de recibir cuidados y lxs adultxs toman decisiones por ellxs. Aun cuando efectivamente algunxs adultxs no están en condiciones o disponibles para hacerlo.

Experiencias de cuidados en la adultez: el trabajo como ordenador de los cuidados de sí y de otrxs

A partir de los relatos, se observa que los cuidados de otrxs y de sí se organizan en función del trabajo agrícola y de cuidados remunerados. Respecto del cuidado de otrxs, las mujeres son las principales responsables del cuidado de lxs hijxs. En este sentido, deben conciliar sus actividades y horarios laborales fuera de casa con la gestión de tareas reproductivas y de cuidados en las unidades domésticas. Desde la preparación de alimentos y la coordinación de los horarios de las comidas y la escuela, hasta los cuidados de lxs hijxs y adultxs mayores cuando enferman. Los varones “ayudan”, pero de forma marginal en relación con el trabajo que realizan las mujeres. En el mejor de los casos, cumplen con tareas que éstas les encomiendan.

Cuando sus hijxs eran pequeñxs y no existía la opción de externalizar sus cuidados, lxs llevaban consigo a las cosechas y a las casas donde realizaban trabajo reproductivo pago por hora. En estas circunstancias, un trabajo que asumían diferencialmente en relación con los varones era el de lidiar con la angustia, la culpa y la carga emocional que les producían las situaciones de riesgo para la integridad física y los proyectos trancos de escolarización de sus hijxs. Estas dos últimas situaciones acontecían por la imposibilidad de mandarlxs a la escuela cuando viajaban a otras provincias para cosechar, o por accidentes domésticos que les ocurrieron a lxs niñxs mientras trabajaban.

Con el correr del tiempo durante el proceso migratorio, y el afianzamiento de algunas mujeres en diferentes trabajos, observamos que se iba configurando una ética de los cuidados en relación con sus hijxs: que no vivan lo que ellas vivieron. Esto incluye “que no sufran lo mismo”, “que no les falte comida”, “que puedan estudiar” y “que no tengan que trabajar para estudiar”, entre otras dimensiones de los cuidados relevantes para las mujeres. Entendemos que se trata de una ética porque es una preocupación y una experiencia compartida por las mujeres y, a su vez, porque hay un diálogo entre las experiencias cotidianas de cuidados y la forma en que instituciones como la maternidad, el racismo y la división sexual del trabajo dan forma a esas experiencias. Esta ética de los cuidados se gesta anudada con la experiencia migratoria como dimensión situada de la experiencia, pero también con el racismo y otras desigualdades que se imprimen de forma diferencial sobre los cuerpos y subjetividades de las mujeres.

El trabajo necesario para garantizar techo, comida y escuela para sus hijxs se entrecruza con la demandante tarea de cuidarlx en contextos urbanos empobrecidos en los que viven situaciones de hostilidad, violencia y problemáticas de consumo de sustancias. Una preocupación a la altura de que sus hijxs no vivan lo que ellas vivieron es “que no vayan por mal camino”. En este sentido, las mujeres dedican tiempo diariamente para “ir detrás” de los varones jóvenes de la familia, porque entienden que son ellos quienes están más expuestos a situaciones de violencia barrial y consumo de sustancias. En el caso de las mujeres, la solución que han encontrado es que pasen más tiempo en la casa para evitar los peligros del barrio.

El trabajo de cuidar en contextos sociales marginalizados puso en relieve algunos asuntos. En primer lugar, que la adolescencia como etapa vital de los hijxs, aunque las libera de algunas tareas de cuidados directos como alimentarlos o vestirlos, no implica un alivio para el trabajo de cuidados. Las mujeres adquieren nuevas preocupaciones y tareas que tienen que ver con salvaguardar la integridad física de sus hijxs frente a situaciones de violencias y el consumo problemático de sustancias. En segundo lugar, la logística diferencial que se despliega para el cuidado de las hijas mujeres reproduce la idea de que el espacio doméstico es un espacio de resguardo frente a las violencias sexistas. Cuestión que

resulta contradictoria respecto de algunos relatos, donde en más de una ocasión las mujeres mencionaron experiencias de maltrato al interior de la familia nuclear y las unidades domésticas. Por último, observamos que, frente a la indiferencia del Estado y las instituciones sanitarias respecto de los cuidados en la juventud en contextos sociales marginalizados, las mujeres se organizan: trabajan para integrar a lxs jóvenes en proyectos comunitarios como grupos de danzas y generan lazos de apoyo mutuo entre mujeres como punto de fuga respecto de los cuidados en soledad y del mandato patriarcal que descarga sobre las mujeres/madres biológicas la responsabilidad individual de los cuidados.

Respecto de los cuidados de sí, observamos que sus experiencias de trabajo agrícola y de cuidados remunerados -en situaciones de vulnerabilidad por la edad, el racismo, el sexismo, la migración reciente, andar sin papeles, no hablar castellano, y por contrataciones laborales a destajo- dejaron huella en las prácticas de cuidados sobre sí mismas. “Trabajar enfermas”, “hacer lo que más se podía” y “dejarse estar” son formas de vinculación con sus cuerpos y necesidades de cuidados que se gestan en los modos de hacer en el trabajo y que, a la vez, se potencian con la división sexual y racial del trabajo de cuidar y el mandato de disponibilidad permanente para otrxs. Las cargas de trabajo productivo y reproductivo y la postergación de los propios cuidados se imprimen en sus corporalidades como procesos de desgaste que las mujeres perciben con el paso del tiempo.

Si bien hay una percepción del desgaste corporal producto de las condiciones precarias de trabajo, las mujeres reconocen que su capacidad de trabajo a la par de los hombres les ha posibilitado autonomía –en términos de fortaleza subjetiva y disponibilidad de recursos económicos- para tomar decisiones frente a situaciones de violencia machista con sus parejas y para gestionar sus propias necesidades de cuidados. Como matiz frente a la autonomía económica que les brindaba el trabajo productivo fuera de casa, una de las mujeres destacó que ella se siente más a resguardo en su casa. Tanto en relación con las condiciones precarias de trabajo agrícola, como respecto de la libertad con la que maneja sus tiempos para realizar tareas reproductivas y de cuidados.

En relación con el trabajo agrícola en zonas rurales, algunas mujeres, describen que la condición de ruralidad condicionaba las estrategias de cuidados de sí y de otros frente a situaciones de violencia sexista. Describen la ausencia de líneas telefónicas de denuncia, la televisión y los libros como medios de información, entre otros recursos con los que sí contaban cuando se trasladaron a zonas urbanas. Por la lejanía geográfica, no tenían donde resguardarse y tampoco encontraron respuesta por parte de la policía ni de las instituciones sanitarias para denunciar, acompañarlas y asesorarlas. De esta forma, en el caso de una de las mujeres, para salvarse de la violencia física de su marido cuando vivían en el campo, tuvo que huir a otra provincia para trabajar en cultivos con una comunidad religiosa ligada al INTA.

En relación con el registro del propio cuerpo y los cuidados de sí, las mujeres manifestaron que se afianzaron a partir de los procesos reproductivos y/o el diagnóstico de algún padecimiento crónico que supuso un límite brusco al discurrir de su cotidianidad. Para otras, en cambio, esto ocurrió de forma progresiva a medida que sus hijos se iban de casa y ellas comenzaban a notar el desgaste físico producto de una vida de trabajo intensivo. Previamente a estos procesos, las mujeres refieren que se dejaban estar, trabajaban aun cuando estaban enfermas y siempre quedaban para lo último. La premisa del paradigma del riesgo, cuyo sentido principal es administrar en el presente la ocurrencia de eventos futuros, aparece en los relatos de las mujeres como ordenadora de los cuidados de otros. Para sí mismas no había más que un presente dedicado al trabajo y a los hijos.

Determinados procesos de salud y enfermedad les abrieron la posibilidad de reconectarse de manera novedosa con sus cuerpos y retomar viejos placeres y proyectos de vida, como la alfabetización. Descubrieron espacios para ellas y se conectaron con otras mujeres en espacios como rondas de tejidos. Algunas de sus dolencias físicas fueron la puerta de entrada a servicios de salud mental donde pudieron hablar y empezar a sanar padecimientos emocionales producto de las heridas por el desamor y las excesivas cargas de trabajo en la infancia. Asimismo, la necesidad de cuidados propios, por enfermedades y rutinas médicas que les prescribieron, generaron una reorganización familiar de las cargas de cuidados y una negociación de roles en el trabajo reproductivo con sus parejas.

Las experiencias de cuidados de las mujeres con el sistema público de salud

La mayoría de las mujeres afirma que, por falta de costumbre y tiempo debido a las cargas de trabajo, por experiencias previas de racismo en la infancia y por miedo a que las trataran mal por ser migrantes, se acercaron por primera vez al sistema público de salud para los controles de embarazo. Según una de ellas, lxs médicxs te tratan y te explican en función de tu apariencia física. Desde su perspectiva, si vas mejor vestida y te expresas mejor, te prestan más atención y te tratan mejor.

En relación con los procesos reproductivos como puerta de entrada al sistema público de salud, algunas mujeres reconocen que, a partir de experiencias de violencia obstétrica, racismo y desconocimiento sobre las transformaciones fisiológicas y corporales que implicaban el embarazo y el parto, notaron que en la infancia y en la juventud les faltaron instancias para el aprendizaje sobre los cuerpos, los procesos reproductivos y las estrategias de afrontamiento frente a las violencias machistas y el racismo. “De esas cosas no se hablaba con nadie” dice una de las mujeres. De esta forma, a partir de sus relatos, identificamos que la ESI emerge como una dimensión de los cuidados relevante para las mujeres.

Otro modo de acercamiento al sistema público de salud al que aluden las mujeres es la televisión. A través de este medio de comunicación aprendieron que tenían que hacerse controles de salud si tenían enfermedades crónicas, se enteraron de campañas de vacunación, mamografías gratis y cirugías para tratar cataratas.

En relación con el acceso efectivo al sistema público de salud, observamos que, además del temor a la discriminación que mencionamos con anterioridad, las mujeres deben lidiar, al menos, con cinco problemáticas que les implican trabajo reproductivo y de cuidados: sacar turnos, el tránsito por las instituciones cuando no se aprendió a leer y a escribir, la rotación continua de profesionales, la falta de medicamentos y la hogarización de los cuidados complejos de la salud.

Respecto del problema de los turnos, las mujeres refieren que a veces deben pasar la noche en los hospitales, a la intemperie en las inmediaciones de las postas sanitarias y centros de salud, o alquilar fletes que las lleven de madrugada para obtener un lugar en la lista de visitas del día. En este sentido, se observa una insuficiencia de turnos disponibles - tanto en centros de salud como hospitales- y una falta de conexión entre el transporte público y los efectores de salud. A su vez, en algunas zonas rurales no hay líneas telefónicas para contactar con las postas sanitarias y obtener turnos por este medio.

A partir de uno de los relatos, se puso en relieve la falta de flexibilidad e intolerancia de algunxs profesionales frente a las demoras –producto de las distancias que deben recorrer y las falencias de transporte público- de algunas mujeres. En estos casos de intolerancia, en los cuales son amenazadas con no ser atendidas por acudir con tardanza, las mujeres realizan un doble trabajo de salud” (Sinding, 2010, p. 1657 citado en Yañez, 2016), el de hacer visibles las propias condiciones materiales e identidades sociales a partir de las cuales se acercan a las instituciones de salud, y el trabajo de gestionar estas condiciones e identidades cuando no son atendidas por la institución.

En zonas urbanas, la *eHealth* -a través de turnos telefónicos- alivia las cargas reproductivas de algunas mujeres porque no tienen que levantarse tan temprano y pueden realizar otras tareas en simultáneo mientras esperan a ser atendidas. No obstante, aluden a ciertas limitaciones de esta estrategia: no alcanza a quienes padecen la brecha tecnológica, por no saber leer, no disponer de teléfonos o no saber usarlos e interpretar las indicaciones del sistema de obtención de turnos para establecer la conexión y finalmente obtener la hora de visita. En este sentido, esto implica un trabajo adicional para las mujeres que conviven con adultxs mayores que se encuentran en la brecha digital (Gómez Navarro et al., 2018).

En relación con el trabajo que implica acceder al sistema de salud cuando no se aprendió a leer ni escribir, además de las dificultades que describíamos en el párrafo anterior para el uso de la *eHealth*, una de las mujeres relató que tiene que ir acompañada por algún familiar que toma notas de las indicaciones médicas, la ayuda a orientarse en los

circuitos de atención hospitalaria y a identificar los horarios y las dosis de los medicamentos que le prescriben.

Respecto de la rotación continua de profesionales, las mujeres aludieron a esta situación habitual como causa de interrupción de procesos terapéuticos, farmacológicos y trámites de discapacidad ya iniciados. Por último, la rotación continua de agentes de salud les implica el trabajo emocional de tener que contar una y otra vez su historia y sus dolencias para poner al día a lxs profesionales.

La falta de medicamentos en los centros de salud les significa a las mujeres el trabajo de ir a los hospitales para conseguirlos, a riesgo de interrumpir tratamientos o tener que comprarlos con dinero de sus bolsillos. Se observa una falta de conexión entre postas sanitarias, centros de salud y hospitales que recae sobre las mujeres y les implica más trabajo reproductivo. Esta situación también se observa en el caso de exámenes complementarios de alta complejidad que no se realizan en centros de salud. Situación que las obliga a pasar la noche en el hospital para sacar un turno que les permita acceder al estudio.

Otra dimensión del trabajo para acceder al sistema sanitario tiene que ver con la hogarización de los cuidados complejos de la salud. Dos de las mujeres que entrevistamos contaron sus experiencias de cuidados de familiares con enfermedades complejas y situaciones de dependencia absoluta de cuidados. En ambos casos, observamos que las mujeres eran reticentes a delegar los cuidados en otras personas que no fuesen del núcleo familiar porque, según una de ellas, “como en la familia nadie te va a cuidar”. Desde su perspectiva, las instituciones -como residencias para adultxs mayores- tienen prácticas estructuradas de cuidados que no atienden a las singularidades y necesidades de las personas.

Si bien en uno de los casos la familia recibió ayuda médica en los últimos días de vida, el resto de los cuidados directos y los recursos económicos, terapéuticos, alimentarios y emocionales fueron provistos casi exclusivamente por las mujeres y sus familias. A partir de estos hallazgos, se observa que el cuidado de enfermedades complejas se encuentra

mayormente privatizado. Son escasos los recursos económicos estatales destinados al acondicionamiento de las unidades domésticas para los cuidados complejos, como así también, para la contratación de personal capacitado y destinado al acompañamiento ambulatorio de las personas que padecen y que acompañan procesos de salud y enfermedad crónicos y terminales. Las mujeres principalmente, en algunos casos acompañadas por familiares y vecinas, aprendieron “haciendo” a realizar prácticas de cuidados complejas. Y una vez más, se cargaron al hombro con múltiples tareas en simultáneo, incluida la emocional de lidiar con la impotencia, la culpa, el cansancio y la tristeza que puede producir acompañar procesos de salud irreversibles en personas queridas.

Por último, en relación con las experiencias de las mujeres con el sistema sanitario, registramos algunas dimensiones de los cuidados que identificaron como necesarias para producir encuentros satisfactorios con el sistema público de salud. Este registro nos permitió profundizar en aspectos que hacen a la calidad de los encuentros de cuidados. Y de esta forma, ir más allá de la ponderación del vínculo con el sistema de salud en virtud de la dimensión de accesibilidad. Así, las mujeres nos ayudaron a trazar un mapa con las huellas de los gestos y las prácticas que nutren sus vínculos de cuidados con el sistema de salud y, como contrapartida, de aquellos que los desvitalizan. Las dimensiones que registramos son las siguientes:

- “Que no te discriminen” (Rita, 59, 50) “que no te nieguen la atención por ser migrante y que atiendan a todos por igual” (Sabrina, 55, 17))
- “Que no te hagan esperar” (Valeria, 34, 33)
- “Que te atienda el mismo médico para no tener que contar tantas veces tu historia” (Mariela, 45, 28)
- “Que te conozcan, que sepan sobre tu vida, tu familia, tus problemas de salud, lo que te hace bien comer y lo que te angustia” (Mariela, 45, 28)
- “Que te expliquen” y “que se hagan entender” (Valeria, Livia, Rita, Mariela, Flora)

- “Que te dejen preguntar” (Livia, 37, 17)
- “Estar en confianza” (Melisa, 35, 17)
- “Que hablen quechua” (Sabrina, 55, 17)
- “Que las atiendan sin turno cuando no alcanzaron a sacar” (Sabrina, 55, 17)

Apuntes sobre los recorridos formativos de agentes de salud

Respecto de la elección de ocupaciones en el campo de la salud, observamos que los recorridos no siempre fueron lineales ni con certezas. En ocasiones, las posibilidades de formación emergieron como oportunidades circunstanciales de trabajo. Tal fue el caso de una enfermera, que nos contó que, gracias a sus habilidades aprendidas para los cuidados a partir del acompañamiento a su esposo que padecía una enfermedad crónica, y el camino abierto por su madre en la enfermería, pudo encontrar en dicha profesión una salida laboral en un momento de gran dificultad económica por la pérdida de un trabajo en hostelería.

Las narraciones sobre las motivaciones que las llevaron a elegir carreras y ocupaciones en el campo de la salud hablan de intereses y deseos diversos. No obstante, se observa que es común a la mayoría de los relatos la vinculación con crianzas generizadas y el rol de infancias cuidadoras. En el caso de la enfermera y la promotora de salud, las habilidades previamente adquiridas para los cuidados fueron un insumo central y un requisito para insertarse en espacios de formación y ejercicio profesional.

A la vez que hay una imbricación entre crianzas generizadas y la elección de carreras que tienen una continuidad con el lugar socialmente asignado a las mujeres en los cuidados, observamos que, para una de las médicas, la decisión de estudiar medicina supuso una ruptura con mandatos de género y familiares. Por la demanda de recursos económicos que implicaba para su familia que estudiara dicha carrera, y porque se esperaba de ella que fuera maestra y dispusiera de tiempo para seguir colaborando con las tareas de cuidados en su casa, tuvo que enfrentarse a la negativa de su padre para acompañarla económicamente en su decisión de ser médica.

Respecto de los años en la facultad de medicina, las experiencias son diversas. Para algunas agentes posibilitaron el encuentro con espacios de trabajo comunitario y la militancia política. En este sentido, vieron transformados sus intereses iniciales que las llevaron a elegir su profesión. La mutación hacia un interés por el trabajo comunitario en salud supuso un desafío hacia las expectativas familiares y sociales sobre lo que se suponía que daba prestigio en la medicina: la posibilidad de crecimiento económico, el ejercicio privado y el reconocimiento académico individual.

Para otra de las médicas, la facultad fue una experiencia solitaria, dolorosa y difícil de atravesar sin interrupciones. Con la irrupción de la dictadura militar, tuvo la difícil tarea de transitar y terminar la carrera después de la desaparición forzada de su compañera de estudios. Asimismo, en dicho contexto, estudiar anatomía con cadáveres y partes de cuerpos le resultaba insoportable, aunque, como ella misma manifiesta, “se lo tuvo que tragar”. A partir de su relato, observamos que no había instancias institucionales para reflexionar sobre este tipo de práctica pedagógica y los efectos emocionales que provocaba en lxs estudiantes.

Observamos algunos cuestionamientos por parte de las médicas a la formación biomédica. En primer lugar, el biologismo. Esto es, que existían limitados espacios curriculares para aprender y debatir sobre el rol social de la medicina y los determinantes sociales de los procesos de salud y enfermedad. En segundo lugar, la escasez de instancias para conocer y ejercitar la medicina por fuera de centros urbanos. En tercer lugar, las agentes señalaron que la carrera no prepara para la práctica. Manifestaron que, recién cuando fueron a terreno, se dieron cuenta de lo que necesitaban saber para trabajar como médicas. Por último, a partir de uno de los relatos, observamos un cuestionamiento al rol de lxs estudiantes como observadorxs pasivxs de lxs pacientes, que son tratadxs como objetos de estudio frente a la mirada atenta de numerosas personas sin roles ni responsabilidades definidas.

En relación con los años de residencia, las motivaciones que las llevaron a elegir las son variables. No obstante, manifestaron un motivo común que se vincula con uno de los

cuestionamientos a la formación biomédica: que la formación no te prepara para la práctica. Las profesionales contaron que no se sentían seguras para ejercer por su cuenta al salir de la facultad. De su tránsito por residencias médicas, observamos que esta instancia de formación muestra algunos dobleces. Respecto del trabajo con pares, generaba un sostén emocional, económico y era un modo de compartir las cargas de trabajo asistencial. A su vez, formar parte de un equipo les brindaba protección frente a la incertidumbre y la falta de experiencia. Como contrapartida, observamos que el tutelaje por parte de médicos superiores, los castigos y el miedo a los castigos obstaculizaron la posibilidad de hacerle lugar a la duda y al error como experiencias fructíferas en el desarrollo de habilidades para tratar con las personas.

Sobre los procesos formativos de la promotora de salud intercultural y la enfermera que entrevistamos, encontramos que los límites entre formación y trabajo eran difusos. Sus experiencias profesionales partieron de una base de recursos, habilidades y conocimientos previamente adquiridos en relación con los cuidados y el trabajo barrial y en organizaciones sociales. En el caso de la enfermera, la formación terciaria y universitaria no fue un requisito obligatorio para insertarse laboralmente, aunque sí para mejorar sus condiciones de trabajo. Algo similar se observa en el caso de la promotora que, para pasar a la categoría de agente sanitaria, con un contrato formal y mejores condiciones de trabajo, debía realizar una capacitación formal y obligatoria garantizada por el Ministerio de Salud. Ante esta situación, según la referente del Programa Salud Indígena, lxs promotorxs se encuentran ante una disyuntiva: si eligen formarse como agentes sanitarixs se les exige que adquieran conocimientos de la medicina oficial que lxs alejan de su rol promotorxs de salud intercultural. De esta forma, se observa que el programa deviene una instancia precaria en términos de la institucionalidad de su política sanitaria. Depende del sostén coyuntural de promotorxs que trabajan en condiciones laborales inestables y que, si quieren acceder a mejores condiciones de trabajo, deben asimilar los valores de la biomedicina y dejar en un lugar secundario los recursos de trabajo y cuidados relacionados con los conocimientos populares y las medicinas indígenas propias de cada comunidad.

A partir de los relatos de la promotora y la enfermera, identificamos modos de aprendizaje y trabajo disruptivos con el biologismo, la objetivación y la separación de las personas de su entorno, entre otras dimensiones que caracterizan a la biomedicina. En el caso de la promotora, porque trabaja en terreno, inmersa en los contextos habitacionales, afectivos y laborales de las personas. En el caso de la enfermera, porque manifestó una preocupación por volver comprensible el lenguaje técnico de la medicina y explicar la importancia de seguir tratamientos, para que las personas puedan ejercer un rol activo en sus propios cuidados.

Paisajes del trabajo cotidiano en servicios de salud

Al igual que las mujeres migrantes entrevistadas, lxs agentes de salud identificaron la dificultad para el otorgamiento de turnos como un problema para el acceso al sistema público de salud.⁸⁴ En el caso de los centros de salud en zonas urbanas, lxs agentes manifestaron que el sistema telefónico funcionaba inadecuadamente. Las personas debían esperar largas horas para ser atendidas y gastaban dinero en las llamadas telefónicas. Una profesional resolvió, en parte, este problema. Elaboró una agenda propia. De esta forma, las personas se dirigían directamente a ella para solicitar un turno y, después de la primera consulta, se iban con la próxima visita programada. No obstante, este sistema tenía la limitación de no poder captar todos los pedidos ya que, en ocasiones, era difícil encontrarla cuando estaba atendiendo. Además, suponía un trabajo administrativo extra a su tarea asistencial. En zonas urbano-rurales y rurales, el otorgamiento de turnos era presencial y por orden de llegada. Esto implicaba largas horas de espera a la intemperie y la posibilidad de no encontrar turno por la alta demanda.

Algunxs agentes mostraron sensibilidad frente a las cargas de trabajo que implicaban para las mujeres determinados condicionantes –lejanía geográfica, falta de frecuencia de transporte público y escasez de turnos- para el acceso al sistema público de salud. No obstante, la preocupación central de lxs profesionales es que estos

⁸⁴ En relación con el sistema de otorgamiento de turnos, nos referiremos a los relatos en tiempo pasado debido a que muchas modalidades se vieron modificadas con la pandemia de COVID.

condicionamientos afectan la calidad de su labor médica, el seguimiento de las personas, el cumplimiento de protocolos terapéuticos y las oportunidades perdidas para hacer diagnósticos.

Dos dificultades para la atención que mencionaron lxs agentes, y que se encuentran en consonancia con las manifestadas por algunas mujeres migrantes, es la falta de medicamentos y de fluidez en la comunicación entre centros de salud y hospitales para derivaciones a especialidades y la realización de pruebas diagnósticas de alta complejidad.

En relación con la falta de recursos tecnológicos y edificios para el trabajo en efectores de salud, una enfermera especializada en obstetricia contó que, en el marco de la implementación de la Ley de Parto Respetado con perspectiva intercultural, no pudieron incorporar el parto en cuclillas por dos motivos. En primer lugar, por la gran demanda asistencial, contexto en el que lxs profesionales, para agilizar la tarea, preferían realizar prácticas que les resultaban más cómodas y conocidas. El segundo motivo, en relación con el anterior, fue que no se asignó presupuesto suficiente para construir más salas y contratar más profesionales para asumir la mayor demanda. En este sentido, observamos que, ante la falta de recursos humanos, edificios y tecnológicos, hay una tendencia hacia la estandarización de la práctica médica como modo de optimizar los recursos disponibles.

La totalidad de lxs agentes de salud considera que la comunicación con migrantes, especialmente con mujeres que provienen de Bolivia, les genera malestar y es un problema para la prescripción y el cumplimiento de medidas preventivas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Observamos que este malestar, además de relacionarse con la incomprensión del idioma, tiene que ver con modos de decir que emplean las mujeres que no reproducen el lenguaje sobre los cuerpos y los modos de expresar dolencias de la biomedicina.

La evidencia construida nos permitió identificar al menos dos condiciones propias de las instituciones de salud y las prácticas de lxs agentes que interfieren con la comunicación. En primer lugar, el racismo institucional incorporado en las prácticas discursivas de lxs profesionales sobre la cultura. Algunxs trabajadorxs de la salud codifican los modos de

reproducción de la vida y de cuidados que se alejan de sus horizontes de experiencias posibles como atributos propios de la cultura de lxs migrantes. Cultura a la que consideran un riesgo para la salud y que precisa ser reconducida a través de las prescripciones y la educación biomédica. En relación con estos supuestos, se observa una actitud paternalista y, en ocasiones, punitiva frente a las prácticas de cuidados de las mujeres, especialmente en relación con la maternidad. A partir de nuestras observaciones y, también, desde la perspectiva de una trabajadora del área de salud mental, los malos tratos por parte de lxs agentes de salud amedrentan a las mujeres a la hora de consultar, hablar y preguntar en las consultas médicas.

Las sanciones respecto de las prácticas de cuidados de lxs hijxs, con citaciones semanales en el área de la mujer que evalúan el rol maternal a través de entrevistas con equipos de salud mental, se dirigen hacia las mujeres y no hacia los varones que paternan. En este sentido, observamos que el sistema sanitario refuerza la división sexual del trabajo de cuidados a nivel social y en las unidades domésticas.

La segunda condición que obstaculiza la comunicación, especialmente en contextos de diversidad lingüística, es el tiempo. Desde la perspectiva de lxs agentes, 10 a 15 minutos por consulta es un tiempo insuficiente para conocer en profundidad a las personas y establecer una conversación de ida y vuelta. Observamos que, frecuentemente, interrumpen a las personas en sus relatos y priorizan una escucha dirigida hacia los aspectos biomédicos, sobre lxs que ellxs mismxs interrogan de manera concisa. De esta forma, es marginal el lugar que ocupan las narrativas de las personas, con los motivos que lxs llevan a consultar y las preguntas que les surgen en relación con las interpretaciones biomédicas sobre sus padecimientos y las terapias que les proponen lxs agentes.

Respecto del uso de la categoría cultura, que tiene una presencia continua en los relatos de lxs agentes sobre sus experiencias de atención con migrantes, observamos que la simbolizan como un conjunto de atributos, significaciones y prácticas propias de lxs migrantes. Desde una posición etnocéntrica, dan por sentado que sus propias prácticas de cuidados se corresponden con el modelo occidental de humanidad que porta la racionalidad

acertada para organizar la reproducción de la vida. Por lo cual, al referirse a la cultura y las prácticas de cuidados de las mujeres, tienden a identificarlas como diferentes y, en ocasiones, de inferior valor y de riesgo.

Algunxs agentes de salud mencionaron en repetidas oportunidades que un atributo de la cultura boliviana es el machismo. Aun cuando algunas médicas registraron mandatos patriarcales y experiencias de sexismo con familiares y en el ámbito de la formación biomédica, no establecen una conexión entre sus propias experiencias y las de las mujeres que consultan. De esta forma, se observa que hay una tendencia a realzar las diferencias y problemáticas estructurales como el sexismo en las comunidades migrantes a las que atienden.

Lxs agentes de salud que complementaron sus formaciones profesionales con la militancia política y barrial, aprendizajes en el campo de las ciencias sociales y los estudios de género, tienden a conectar con mayor frecuencia las prácticas de cuidados de las personas con sus condiciones materiales de vida, más que con la cultura. A su vez, tienden a poner en cuestión sus propias prácticas de atención biomédica y a identificar que, en ocasiones, ellxs mismxs se transforman en un obstáculo para las personas. Especialmente, cuando plantean tratamientos y medidas preventivas que se encuentran desconectadas del contexto social, familiar y personal en el que plantean sus intervenciones.

Una manera de subvertir los cortocircuitos entre el modelo de atención biomédico y las prácticas de cuidados de las personas y sus comunidades surgió a partir de una experiencia con mesas de enlace impulsadas por el Programa Salud Indígena en algunos centros de salud. A partir de consultas con referentes de pueblos originarios, algunos equipos de salud pudieron planificar cómo invertir los recursos de programas como SUMAR. Asimismo, en algunos centros de atención primaria se pusieron en funcionamiento herbolarios con algunas medicinas de uso habitual en comunidades originarias locales. No obstante, según la funcionaria responsable de Salud Indígena, estas fueron experiencias aisladas y difícilmente replicables en otros centros, principalmente por

la resistencia que oponen lxs agentes de salud a la participación de referentes de las comunidades en los equipos de salud y en la toma de decisiones sobre el uso de recursos.

A partir de una entrevista grupal con trabajadoras de un equipo de salud mental en Tupungato, observamos que el espacio y el tiempo que propició la entrevista gestó una dinámica reflexiva entre las compañeras de trabajo. En diálogo, desmontaron algunos supuestos cristalizados y esencialistas sobre las identidades, la cultura y las prácticas de cuidados de las mujeres, problematizaron sus dispositivos de escucha centrados en la palabra hablada y contaron experiencias de trabajo disruptivas a partir de grupos de tejidos. Otra dimensión de los abordajes biomédicos problematizada fue el lugar de sus propios cuerpos en el trabajo de atención sanitaria. “Poner el cuerpo” y tener presencia en el territorio para compartir bailes y festividades le permitió a una de las agentes ver de otra forma a las mujeres. Ya no como “cerradas, tímidas y sumisas”, sino como agentes activas en la organización de la celebración y en una instancia de goce individual y colectivo. Asimismo, posibilitó un corrimiento respecto de las perspectivas biologistas, patologizantes e individualizantes sobre el consumo de alcohol en la comunidad boliviana.

Algunas reflexiones finales

Las historias mínimas de apegar con otrxs, el protagonismo infantil espontáneo (Liebel, 2007) y el trabajo a la par de los hombres en las cosechas, entre otras experiencias vinculadas con los procesos migratorios, fueron horadando mandatos de género y edad para las propias mujeres. Dichas experiencias producen dislocaciones y matices respecto de los modos socialmente normados de habitar los cuerpos, el trabajo y las relaciones de cuidados para las mujeres e infancias y, a su vez, ponen en cuestión el lugar de la familia nuclear como red vincular principal y exclusiva para la reproducción de la vida.

Al mismo tiempo que observamos infancias protagonistas y desplazamientos respecto de mandatos sexistas y familiares; los procesos migratorios, el racismo, la violencia barrial y la presencia insuficiente de las instituciones sanitarias y de asistencia social reforzaron el rol maternal en algunas relaciones de cuidados. En ocasiones en

detrimento de sus propias necesidades corporales, deseos y proyectos, cuidaron de forma intensiva a sus hermanxs menores, a sus hijxs -para que no vivieran lo mismo que ellas y para “que no fueran por mal camino”- y, también, a familiares con enfermedades crónicas y terminales. Nos referimos a rol maternal en lugar de ética maternal porque entendemos que la ética de los cuidados que construyeron las mujeres, al estar atravesada por la migración, las desigualdades sociales y las opresiones a las que aludimos al principio de este párrafo, exceden el sentido de la ética maternal como resultado del imperativo patriarcal y heterosexista de maternidad intensiva (Hays, 1998, citado en Schwarz, 2016).

En función de estos hallazgos, entendemos que la migración, las identificaciones de género y edad y las relaciones de cuidados son procesos mutuamente imbricados y, a la vez, experiencias dinámicas en el tiempo, singulares, ambiguas, contradictorias y, en algunos aspectos, compartidas por las mujeres. Entonces, en este punto, nos surge la siguiente pregunta: ¿somos sujetxs culturales o políticxs?

Desde la perspectiva de algunxs agentes de salud, las mujeres migrantes forman parte de un grupo homogéneo, con una cultura particular, estática en el tiempo y que puede ser riesgosa para la salud. En especial, tienen una actitud punitiva frente a las prácticas de maternidad y el rol de las infancias en el trabajo productivo y de cuidados. Con frecuencia, notamos un desfase entre las descripciones de lxs agentes sobre las costumbres y prácticas de cuidados de las mujeres -a las que vinculan con la cultura- y lo que observábamos en las consultas médicas, las visitas a terreno con el promotor de salud y las entrevistas con las migrantes.

Por un lado, se observa un cuestionamiento a determinadas prácticas de cuidados y, a la vez, hay una reproducción de imaginarios estáticos sobre la cultura que borran la multiplicidad de matices en las experiencias de cuidados. En parte, estos imaginarios se configuran a partir de supuestos racistas que históricamente han construido a la migración de países limítrofes como una amenaza social y sanitaria (Domenech, 2020). No obstante, observamos que, según el caso, también operan la ceguera, la indiferencia y la impotencia respecto de la variedad de tareas, modos de organización familiar y comunitaria de los

cuidados y obstáculos que componen el trabajo reproductivo que realizan las mujeres como condición de posibilidad para acceder al sistema público de salud y cumplir con las prescripciones biomédicas.

Algunxs agentes muestran sensibilidad frente a la distancia geográfica y la escasez de turnos como condicionantes del acceso al sistema sanitario, y registran las preferencias de algunas mujeres por el parto en cuclillas, entre otras dimensiones sociales de los procesos de salud y enfermedad. No obstante, estos registros son marginales respecto de la inquietud por cumplir con las obligaciones asistenciales y normativas biomédicas en su labor diaria. Esto último, se relaciona, por un lado, con políticas de Estado que priorizan la asignación de recursos económicos, edilicios y humanos para la asistencia médica, en detrimento de actividades de promoción y prevención de la salud y la asignación de recursos para garantizar el cumplimiento de normativas como la Ley de parto respetado. Por otro lado, se vincula con los procesos de formación de lxs agentes, especialmente en relación con la formación médica. En consonancia con hallazgos en otras investigaciones (Menéndez, 2020), son escasos los recursos destinados al desarrollo de conocimientos y habilidades profesionales que permitan integrar las condiciones sociales, históricas, económicas y biográficas de los territorios, comunidades y personas en los abordajes biomédicos.

Las instituciones de salud pública y sus agentes se ocupan, principalmente, de la materialidad biológica de los cuerpos y el cumplimiento de pautas de cuidados ligadas al modelo biomédico. Las narrativas de las mujeres, por su parte, muestran cómo esa materialidad biológica se va construyendo al incorporar las experiencias -de migración, apegar con otrxs, maternidad, trabajo, afecto, racismo y violencias- en la propia carne. Asimismo, ponen en relieve lo inescindible de dichas experiencias respecto de los modos de cuidar de sí, de otrxs y de vincularse con el sistema sanitario en diferentes momentos vitales.

EPÍLOGO

Estas últimas líneas contienen una reflexión respecto de una expresión de Irene (38 años), trabajadora social que participó en esta investigación, en relación con su experiencia de trabajo con poblaciones migrantes: “poner el cuerpo para pensar las intervenciones de una manera diferente”. Desde nuestra perspectiva, el ejercicio de poner el cuerpo es una punta de ovillo para desactivar abordajes sanitarios biologicistas, punitivos, esencialistas y reduccionistas sobre las experiencias y necesidades de cuidados de las personas que consultan, sean o no migrantes.

La expresión poner el cuerpo, al explicitar la dimensión encarnada de los saberes y el ejercicio de profesiones biomédicas, constituye un lugar de enunciación. Desafía la posición aprendida de lxs agentes como observadorxs neutrxs de las conductas y padecimientos de las personas, y restituye a la experiencia encarnada su lugar cognitivo en el quehacer artesanal del trabajo en salud. Artesanal porque, aunque se pretenda ajustar la práctica a las normativas del modelo biomédico, los problemas de la reproducción social, como mostraron los relatos de mujeres y agentes en esta tesis, con frecuencia, desbordan la capacidad de respuesta de abordajes contruidos a priori, estandarizados y que toman forma en protocolos y guías de atención médica.

Ahora bien, ¿cómo es que poner el cuerpo podría subvertir abordajes biomédicos biologicistas y reduccionistas sobre las experiencias de cuidados? A partir del análisis de entrevistas y conversaciones informales con agentes de salud en instituciones públicas, identificamos dos ejercicios en los que poner el cuerpo contribuye a reflexionar y erosionar las perspectivas y prácticas problemáticas que mencionamos anteriormente en relación con el saber-hacer biomédico. El primero de estos ejercicios, consiste en integrar las propias experiencias de padecimientos, cuidados y atención médica de lxs agentes de salud en sus abordajes. El segundo, implica realizar un desplazamiento físico y perceptivo desde los

confines del consultorio médico como espacio privilegiado de encuentro y escucha, hacia otros escenarios en los que acontecen las vidas de las personas.

Respecto del primer ejercicio, a continuación, comparto un suceso que grafica algunos alcances de esta apuesta. En el mes de marzo de 2022, mientras desayunábamos con varixs compañerxs de trabajo en un hospital público en la Ciudad de Barcelona, un médico aludió a un episodio que había vivido esa misma mañana con una mujer migrante que estaba internada por tuberculosis. El compañero comentó que no entendía por qué la mujer se negaba a realizarse pruebas y tratamientos y, lo que más parecía impactarle, que no quisiera que su bebé fuera examinado para saber si también había contraído la infección. Repitió en varias oportunidades lo difícil que le resultaba trabajar con culturas “rígidas” y con personas que parecían no entender lo que era “mejor para ellos” en términos de salud. Tras la exposición del médico, una compañera que realiza trabajo administrativo en el servicio comentó lo siguiente: “habría que ver cómo la han tratado antes en la sanidad”⁸⁵. Después de esta intervención, algunas médicas e investigadoras de otras disciplinas, nacidas en Barcelona, asintieron y comenzaron a mencionar experiencias traumáticas que habían tenido con el sistema de salud, con ginecólogos que ejercieron violencia obstétrica y en cirugías en las que nadie les había explicado los procedimientos. En síntesis, variadas situaciones en las que habían experimentado miedo y enojo por el trato que habían recibido.

El espacio de diálogo que se dio de forma espontánea en la cafetería de un hospital puso en cuestión el supuesto racista sobre la cultura rígida como modelo explicativo de las decisiones que toman las personas respecto de sus cuerpos y cómo atravesar procesos de salud y enfermedad. Asimismo, hubo un registro de las implicancias que tienen para las personas –a nivel físico y emocional- transitar procesos diagnósticos, terapéuticos, abordajes sexistas, o hacerse a la idea de convivir con padecimientos crónicos, entre otras vivencias frecuentes cuando se interactúa con las instituciones de salud. Este registro, puede ser la condición de posibilidad para una escucha más abierta, menos juzgante y para

⁸⁵ Cuando dice sanidad se refiere al sistema público de salud.

buscar las maneras y los recursos para construir, en conjunto con las personas, las decisiones sobre lo que es “mejor para ellxs”.

El segundo ejercicio, por su parte, alude a la propuesta de Irene (38), que nos contó sobre su experiencia de participar en bailes y festividades a los que fue invitada por la comunidad en la que trabaja. También podríamos mencionar como ejemplo las rondas de tejido, donde agentes y mujeres se reunían para compartir un tiempo, una tarea, para conocerse y establecer vínculos de confianza para avanzar en los procesos terapéuticos. Desde estos lugares novedosos se abre la posibilidad para ver, escuchar, problematizar los dispositivos de diálogo y escucha hegemónicos y comprender, no solo desde las construcciones sobre la cultura y los conocimientos teóricos que aporta la biomedicina, sino a partir de lo que captan los sentidos sobre la vida en movimiento de las personas. Estos desplazamientos, además, dan cuenta de momentos de disfrute y creatividad para lxs agentes, cuestión que no es menor si recordamos el mandato de disponibilidad permanente y olvido del cuerpo que atraviesa los procesos de formación biomédica, y si hablamos de la importancia de traer de vuelta el cuerpo a la tarea.

BIBLIOGRAFÍA

- ADASZKO, Dan y KORNBLIT, Ana Lía (2008). Xenofobia en adolescentes argentinos: Un estudio sobre la intolerancia y la discriminación en jóvenes escolarizados. *Revista mexicana de sociología*, 70 (1), 147-196.
- AIZENBERG, Lilia (2019). Miradas sanitarias en torno a las mujeres bolivianas en Argentina: un aporte desde la interseccionalidad. *Migraciones internacionales*, 10 (20), 1-23.
- AIZENBERG, Lila y BAEZA, Brígida (2021). Itinerarios terapéuticos y pluralismos médicos de las migrantes bolivianas en Argentina. *Resistances. Journal of the Philosophy of History*, 2 (3), e21046.
- AIZENBERG, Lila, RODRÍGUEZ, María Laura y CARBONETTI, Adrián (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones internacionales*, 8 (1), 66-94.
- AIZENBERG, Lila y MAURE, Gabriela (2017). Migración, Salud y género: abordajes de proveedores de salud en la atención de mujeres migrantes bolivianas en la Provincia de Mendoza. *REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.* 25 (51), 149-164.
- ALBERTS Y COL. (2010). *Biología Molecular de la Célula*. Buenos Aires: Editorial Omega.
- ALCARAZ AGÜERO, Maritza; NÁPOLES ROMÁN, Yaimí; CHAVECO GUERRA, Isabel; MARTÍNEZ RONDÓN, Máximo y COELLO AGÜERO, Juan Mario (2010). La historia clínica: un documento básico para el personal médico. *MEDISAN*, 14 (7), 982-993.
- ALMEIDA FILHO, Naomar y SILVA PAIM, Jairnilson (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad. méd. soc.* (75), 5-30.

- ALMEIDA FILHO, Naomar y ROUQUAYROL, Maria Zélia (2011). *Introducción a la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- ALMEIDA FILHO, Naomar; CASTIEL Luis David y AYRES José Ricardo (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5 (3), 323-344.
- ÁLVAREZ, Luz S. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30 (1), 95-101.
- ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE MENDOZA (s.f.). InfoSalud Mendoza. Recuperado el 14 de marzo de 2022, de <https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2021/02/ASIS-2019.pdf>
- ANDRADE, Jorge (1979). Marco conceptual de la educación médica en la América Latina. *Educación Médica y Salud*, 28 (4), 463-478.
- ANTONIUCCI, Melina (2016). *El acceso a la salud de las personas trans: el caso del CADS de la ciudad de Mar del Plata*. Tesis de pregrado. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- ANZALDÚA, Gloria (1987). *Borderlands/La Frontera*. San Francisco: Aunt Lute Books.
- ANZORENA, Claudia (2013). *Las mujeres en la trama del Estado: una lectura feminista de las políticas públicas*. Mendoza: EDIUNC.
- ANZORENA, Claudia (2015). ¿Qué implica la protección social para las mujeres? Un análisis feminista de las políticas sociales y de igualdad en Argentina. *Oxímora Revista Internacional de Ética y Política*, (7), 98-118.
- ARES, Carlos (7 de febrero de 1992). Estado de emergencia en Argentina por el cólera. *El país*. Recuperado el 24 de febrero de 2022, de https://elpais.com/diario/1992/02/07/sociedad/697417203_850215.html#?prm=cop_y_link

- ARMUS, Diego (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Barcelona: Edhasa.
- ARIZAGA, Cecilia (2017). *Sociología de la felicidad. Autenticidad, bienestar y management del yo*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- ASA LAUREL, Cristina (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, (17), 59-79.
- AUYERO, Javier (2013). *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba.
- AYRES, José Ricardo (2005). *Acerca del riesgo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- AZAHAR LU (2020). *Cómo invocar contacto*. Buenos Aires: Cuadernos Lumpen.
- BACH, Ana María (2010). *Las voces de la experiencia. El viraje de la filosofía feminista*. Buenos Aires: Biblos.
- BAEZA, Brígida (2013). La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia. *Anuario americanista europeo* (11), 179-197.
- BAEZA, Brígida (2021). Memoria e itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes andinas en la cuenca patagónica del Golfo San Jorge (Argentina). *Diálogo Andino* (65), 307-320.
- BAEZA, Brígida. N y AIZENBERG, Lila. (2017). Salud reproductiva y migración boliviana en contextos restrictivos de acceso al sistema sanitario en Córdoba, Argentina. *Health Sociology Review Journal of the Australian Sociological Association*, 26 (3), 254-256.
- BAEZA, Brígida; AIZENBERG, Lila y BARRÍA OYARZO, Carlos. (2019). Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Si Somos Americanos*, 19 (1), 43-66.

- BALADRÓN, Mariela et. al (2013). *Migrantes*. Buenos Aires: Centro de Estudios Legales Y Sociales (CELS).
- BALLESTEROS, Matías (2014). *Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- BARRANCOS, Dora (2014). Género, profesiones de la salud y sociedad. *Salud Colectiva*, 10 (3), 297-299.
- BASUALDO, Lourdes (2017). Inclusión diferencial de extranjeros/migrantes a trasplantes de órganos. *RHEMU, Re. Interdiscip. Mov. Hum.*, Brasilia, 25 (50), 65-80.
- BATTHYÁNY, Karina; GENTA, Natalia y PERROTTA, Valentina (2015). El aporte de las familias y las mujeres a los cuidados no remunerados en salud en Uruguay. Uruguay: CEPAL.
- BELMARTINO, Susana (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- BELMARTINO, Susana (2010). Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX. *Salud Colectiva*, 6 (3), 329-356.
- BELLÓ, Mariana y BECERRIL-MONTEKIO, Víctor M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53 (2), 96-109.
- BIGLIA, Bárbara (2012). *Corporeizando la epistemología feminista: investigación activista feminista*. En M. L. Franco y M. Duque Mora (Comp.). *Subjetivación femenina: investigación, estrategias y dispositivos críticos*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.

- BINDA, María del Carmen; SILVEIRA, Romina y KRÄMER, Cristian (2010). Cecilia Grierson, la primera médica argentina. *Revista Argentina de Radiología*, 74 (4), 361-365.
- BIONDINI, Valentina (2021). Migración, género y salud. Prácticas y experiencias de derechos sexuales y (no) reproductivos de mujeres migrantes peruanas. *Estudios Sociales Contemporáneos*, (25), 99-118.
- BORDO, Susan (2001). El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo. *La ventana* (14), 7-81.
- BORGEAUD-GARCIANDÍA, Natacha (2012). *En la intimidad del cuidado de adultos mayores dependientes: la experiencia de cuidadoras "cama adentro" en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. En L. Pautassi y C. Zibecchi (Coords.), *Las fronteras del cuidado: agenda, derechos e infraestructura* (p. 273-316). Buenos Aires: Biblos.
- BREILH, Jaime (2002). *Por una subjetividad emancipadora en "Epidemiología Crítica"*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- BREHIL, Jaime (2015). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- BRADFORD HILL, Austin (1994). *Ambiente y enfermedad: ¿Asociación o causación?* En *Aspectos Metodológicos, Éticos y Prácticos en Ciencias de la Salud* (p. 14-21). OPS.
- CABRAL, Mauro y BENZUR, Gabriel (2005). Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad. *Cadernos pagu*, (24), 283-304.
- CAMPBELL, Fiona Kumari (2008). "Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism". *M/C Journal*, 11 (3), 1-10.

- CANEVARI BLEIDEL, Cecilia (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco edita.
- CANEVARI, Cecilia (2016). El feliz matrimonio entre patriarcado y capitalismo. La frontera de los cuerpos. *Revista Agenda de Géneros*.
http://www.agendadegeneros.com.ar/nota_2016-7-5_canevari.html. [Recuperado agosto 2016]
- CANGUILHEM, George (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- CARRASCO, Cristina; BORDERÍAS, Cristina y TORNOS, Teresa (2019). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- CANO, Virginia (2015). *Ética tortillera. Ensayos en torno al ethos y la lengua de las amantes*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Madreselva.
- CAPONI, Sandra (2010). Georges Canguilhem: del cuerpo subjetivo a la localización cerebral. *Salud Colectiva*, 6 (2), 149-161.
- CARVAJAL ARIAS, Norberto. (2002). El consentimiento informado. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 10 (2), 85-95.
- CASTRO, Roberto y ERVITI, Joaquina (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: Universidad Autónoma de México.
- CAVIA, Beatriz (2019). La gestión de lo patológico: Itinerarios de la transexualidad. *Estudios atacameños*, (62), 223-245.
- CECCHETTO, Sergio (2000). Antecedentes históricos del consentimiento del paciente informado en Argentina. *Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg.*, 5 (2), 77-87.

- CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES Y COMISIÓN ARGENTINA PARA REFUGIADOS Y MIGRANTES (2019). *Laberintos de papel. Desigualdad y regularización migratoria en América del Sur.*
- CERRUTI, Marcela (2010). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina.* Buenos Aires: Centro de Estudios de Población - CENEP; UNFPA.
- CERNADAS FONSAÍAS, Claudia (2014). Cuidados en disputa. Las voces de los expertos y de las madres migrantes en el ámbito de la Salud Pública. En: Tarducci, Mónica (comp.): *Feminismo, lesbianismo y maternidad en Argentina.* Buenos Aires: Librería de Mujeres Editoras, pp: 115-132.
- CERNADAS FONSAÍAS, Claudia (2012). El concepto de interseccionalidad. Aportes para el análisis de la maternidad y los cuidados de la infancia en familias migrantes de Perú y Bolivia. *Temas de Mujeres*, 8, 28-41.
- CETRÁNGOLO et al, (2007). *Recursos humanos en los hospitales públicos y centros de atención primaria de la provincia de Mendoza. Diagnóstico y recomendaciones de política.* Buenos Aires: CEPAL.
- CHIAVETTA, Valeria; MARTÍNEZ ESPÍNOLA; Victoria; INSA, Cinthia y ROMERO GOLDAR, Sol (2014). Una aproximación a los alcances y desafíos de la Ley 25.871 en Mendoza. Políticas públicas, normativa y prácticas institucionales. Fundación Ecuménica de Mendoza.
- CHOUINARD, Vera (1997). “Making Space for Disabling Difference: Challenges Ableist Geographies”. *Environment and Planning D: Society and Space*, 15, 379–387.
- CHRIZOSTIMO, Miriam Marinho y BRANDÃO, André Augusto Pereira (2015). La formación profesional del enfermero: estado del arte. *Enfermería Global*. 14 (4), 414–445.
- CONTRERA, Laura (2019). *De la patología y el pánico moral a la autonomía corporal: gordura y acceso a la salud bajo el neoliberalismo magro.* En *Salud feminista:*

soberanía de los cuerpos, poder y organización (p. 49-73). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón.

CONRAD, Peter (2007). *The Medicalization of Society*. Baltimore MD: The Johns Hopkins University Press.

COURTIS, Corina, LIGUORI, Gabriela y CERRUTTI, Marcela (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina*. Santiago de Chile: CEPAL.

CURIEL, Ochy y FALQUET, Jules (2012). *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas: Colette Guillaumin - Paola Tabet - Nicole Claude Mathieu*. Buenos Aires: Brecha Lésbica.

CURIEL, Ochy (2014). *Construyendo metodologías feministas desde el feminismo decolonial*. En Mencia Azkue et. al (eds.), *Otras formas de (re)conocer. Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista* (pp. 45-60). Bilbao: Universidad del País Vasco.

DA COSTA MARQUES, Sofía; LINARDELLI, María Florencia y MAURE, Gabriela. *La relación entre antropología médica crítica y estudios feministas y de género: notas para una discusión. Actas de las I Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de la UNCuyo* (p. 1-19). Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo.

DAGUERRE, Pedro; FALCO, Paula; ALONSO, Pablo; GIMENEZ, Cecilia; SAYEGH, Fabiana; SANZ, Alba y otros (2014). "Salud e interculturalidad: un estudio en una población migrante en Mendoza". *Revista Médica Universitaria*, 10 (1), 1-9.

D´ALESSANDRO, Mercedes; O´DONNELL, Victoria; PRIETO, Sol; TUNDIS, Florencia; ZANINO, Carolina (2020). *Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto*. Ministerio de Economía de la Argentina.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico.pdf

DAVIS, Ángela (2005). *Mujeres, raza y clase*. Madrid: Ediciones Akal.

DAVIS-FLOYD, Robbie (2004). *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida.

DE LAURETIS, Teresa (2000). *Etapas de un camino a través del feminismo*. Madrid: horas y horas.

DE ORTÚZAR, María Graciela (2020). Justicia social y derecho a la salud de migrantes latinoamericanos en una Argentina con legados neoconservadores. *Resistances. Journal of the Philosophy of History*, 1 (2), 135- 147

DELGADO RODRÍGUEZ, Janet (2012). Autonomía relacional: un nuevo enfoque para la bioética. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Educación a Distancia. España.

DI GIACOMO, Susan (2010). *Autobiografía crítica y teoría antropológica. Reflexiones en torno a la enfermedad y la identidad cultural y profesional*. En M.A. Martorell, J.M. Comelles y M. Bernal (eds.), *Antropología y enfermería* (p. 301-314). Tarragona: Publicacions URV.

DI LISCIA, María Silvia (2005). Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina, 1870-1940. *Signos Históricos*, (13), 95-119.

DOMENECH, Eduardo (2011). *Crónica de una “amenaza” anunciada. Inmigración e “ilegalidad: visiones de Estado en la Argentina contemporánea*. En B. Feldman-Bianco, L. Rivera Sánchez, C. Stefoni y Carolina y Villa, Marta *La construcción social del sujeto migrante en América Latina: prácticas, representaciones y categorías*. Quito: FLACSO.

- DOMENECH, Eduardo (2020). La “política de la hostilidad” en Argentina: detención, expulsión y rechazo en frontera [The “politics of hostility” in Argentina: detention, expulsion and border rejection]. *Estudios Fronterizos*, 21, 1-25.
- DOMÍNGUEZ MON, Ana (2015). El cuidado invisible: RAICES (Red Argentina de Investigaciones en Cuidados de la Salud). XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- DO NASCIMENTO SILVA TRAD, Sergio (2010). *El uso de ansiolíticos entre las mujeres: límites del enfoque en Brasil*. En M. L. Esteban, J.M. Comelles, C. Diez Mintegui (Coords.). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Editions Bellaterra.
- DONOVAN, Anthony (1946). Los Últimos adelantos en medicina y sanidad”. *Bol. Of. San. Pan.*, 39, 40-58.
- EHRENREICH, Bárbara y ENGLISH, Deidre (1988). *Brujas, comadronas y enfermeras*. Valencia: Ediciones de les Donnes.
- ESQUIVEL, Valeria (2015). El cuidado: de concepto analítico a agenda política. *Nueva Sociedad* (256), 64-74.
- ESTEBAN, Mari Luz (1994). Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. *KOBIE* (Serie Antropología Cultural) (7), 17-39.
- ESTEBAN, Mari Luz (2003). Cuidado y salud: Costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. SARE 2003 “Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado”.
- EYSENBACH, Gunther (2001). What is e-health? *Journal of medical Internet research*, 3 (2), 10-36.
- EZQUERRA, Sandra (2012). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*, 2, 175-187.

- FANON, Franz (1956). *Racismo y Cultura*. Actas del Primer Congreso de Escritores y Artistas Negros. París.
- FAUSTO-STERLING, Anne (2006). *Cuerpos Sexuados. La política del género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Editorial Melusina.
- FEDERICI, Silvia (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Feltri, Adriana, Arakaki, Jorge, Justo, Luis, Maglio, Francisco, Pichún, Florentino, Rosenberg, Marta y otrxs (2006). Salud reproductiva e interculturalidad. *Salud Colectiva*, 2 (3), 299-316.
- FOUCAULT, Michel (1974). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.
- FOUCAULT, Michel (1984). *Histoire de la sexualité*. París: Éditions Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (1986). *Historia de la sexualidad, la voluntad del saber*. México: Siglo XXI.
- FOUCAULT, Michel. (1987). *El orden del discurso*. (Trad. A. González). Barcelona: Tusquets Editores.
- FOUCAULT, Michel (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Editorial Altamira.
- FOUCAULT, Michel (2002). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- FOUCAULT, Michel (2003). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

- FOUCAULT, Michel (2008). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- FREYERMUTH ENCISO, María Graciela (2012). Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. *Revista CONAMED*, 21(1), 25-32.
- FREYERMUTH ENCISO, María Graciela (2014). La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas. Un análisis desde la interculturalidad. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 12 (2), 30-45.
- FUNDACIÓN SOBERANÍA SANITARIA (2019). *Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- GALENDE, Emiliano (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- GALENDE, Emiliano. “Transformaciones políticas e intelectuales en los abordajes en salud mental” [Video]. Librandi J. Entrevistador. Buenos Aires: CeDoPS; 2015. Video 51 min, Sonido, Color.
- GAYET, Cecilia (2015). *Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género*. México: Secretaría de Salud.
- GARCÍA CANCLINI, Néstor (1982). *Las Culturas populares en el capitalismo*. México: Nueva Imagen.
- GARZÓN, Teresa (2018). Oxímoron. Blanquitud y feminismo decolonial en Abya Yala. *Descentrada*, 2 (3), 1-13.
- GEERTZ, Clifford (1992). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- GIL ARAUJO, Sandra y PEDONE, Claudia (2014). Introducción. Familias migrantes y Estados: vínculos entre Europa y América Latina. *Papeles del CEIC*, 2, 1-24.

- GOLDBERG, Alejandro (2014). Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires. *Cuadernos de antropología social*, (39), 91-114.
- GÓMEZ NAVARRO, Dulce Angélica; ALVARADO LÓPEZ, Raúl Arturo; MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ, Marlene; DÍAZ DE LEÓN CASTAÑEDA, Christian (2018). La brecha digital: una revisión conceptual y aportaciones metodológicas para su estudio en México *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 6 (16), 30-58.
- GOODMAN Y GILMAN (2012). *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Buenos Aires: MCGRAW-HILL.
- GRIMSON, Alejandro (2015). *Los límites de la cultura: Crítica de las teorías de la identidad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- GROSFUGUEL, Ramón (2012). El concepto de racismo en Michel Foucault y Frantz Fanon: ¿teorizar desde la zona del ser o desde la zona del no-ser? *Tábula Rasa*, (16), 79-102.
- GRÜNER, Eduardo (1998). *El retorno de la teoría crítica de la cultura: una introducción alegórica a Jameson y Zizek*. En: F. Jameson y S. Zizek. *Estudios Culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo*. Buenos Aires: Paidós.
- HARNECKER, Marta (2005). *Los conceptos elementales del materialismo histórico*. Buenos Aires: siglo XXI editores.
- HAWKINS, Daniel (2010). ¿Crisis internacional o crisis del capitalismo? *Colombia Internacional* (71), 211-233.
- HELD, Virginia (2005). *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. New York: Oxford University Press.

- HERKOVITS, Damián y SPINELLI, Hugo. Homicídios em jovens: sociabilidades locais e agressões interpessoais letais. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2019/Out). [Citado em 13/08/2021]
- HERRERA, Gioconda (2016). Trabajo doméstico, cuidados y familias transnacionales en América Latina: reflexiones sobre un campo en construcción. *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM* [En línea] Publicado el 09 junio 2016, consultado el 08 septiembre 2020. URL: <http://journals.openedition.org/alhim/5430>; DOI: <https://doi.org/10.4000/alhim.5430>
- HILLS COLLINS, Patricia (1998). *La política del pensamiento feminista negro*. En: M. Navarro y C. Stimpson (Comps.). *¿Qué son los Estudios de Mujeres?* México: Fondo de Cultura Económica.
- HOBBSAWM, Eric (2013). *La era de la revolución (1789-1848), La era del capital (1848-1875), La era del imperio (1875-1914)*. Buenos Aires: Crítica.
- HOOKS, BELL (2014). *Yearning. Race, gender and cultural politics*. New York: Routledge.
- HUERTAS B., Franco (1993). "El método PES. Entrevista con Carlos Matus". Ecuador: Mimeo.
- HUNTINGTON, Samuel. P. y OSZLAK, Oscar. (1972). *El orden político en las sociedades en cambio*. Paidós Ibérica. Barcelona.
- IERULLO, Martín (2015). La crianza de niños, niñas y adolescents en contextos de pobreza urbana persistente. *Rev.latinoam.cien.soc.niñez.juv* 13 (2), 671-683.
- ILLICH, Ivan (1978). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: Joaquín Mortiz.

- IRISARRI VÁZQUEZ, Fabiola (2018). *Psiquiatría crítica en España en la década de los 70*. Tesis doctoral. Universidad complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina preventiva, salud pública e historia de la ciencia.
- IRIART, Cecilia (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciencia & Saúde Colectiva* 1 (5), 1619-1626.
- JELIN, Elisabeth (Dir.); GRIMSON, Alejandro; ZAMBERLIN, Nina; MOMBELLO, Laura; CERRUTTI, Marcela; CAGGIANO, Sergio; ABEL, Lidia (2006). *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- JIMÉNEZ ESPAÑA, Paula (2013). Lesbianas anónimas. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-2867-2013-03-30.html>
- KEESING, Roger (1987). La Antropología como búsqueda interpretativa. *Current Anthropology*, (28), 251-281.
- KRAUSKOPF, Dina (2004). Comprensión de la juventud. El ocaso del concepto de moratoria psicosocial. *JOVENes. Revista de estudios sobre Juventud*, 8 (21), 26-39.
- KUSNIR, Liliana (1996). *La política social en Europa*. México: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- LASSO TORO, Patricia (2012). Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensamiento Psicológico*, 10 (2), 123-133.
- LAURELL, Asa Cristina (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales* (19), 1-11.
- LAURELL, Cristina y NORIEGA, Mariano (1989). *La salud en la fábrica*. México: editorial ERA.

- LEMUS ALCÁNTARA, Sergio; HAMUI SUTTON, Alicia; PÉREZ, Ixla Minerva; MAYA, Alfredo Paulo (2017). Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología de la salud. *Revista Conamed*, 22 (2), 98-103.
- LEWONTIN, Richard; STEVEN, Rose; KAMIN, Leon (1987). *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*. Barcelona: Crítica.
- LINARDELLI, María Florencia (2021). Antes yo rendía bastante. Las marcas de la doble presencia en el cuerpo de trabajadoras agrícolas migrantes. *Argumentos Revista de Crítica Social*, (24), 285-316.
- LINARDELLI, María Florencia y ANZORENA, Claudia. (2021). Cuidar, gestionar, esperar. Estrategias de mujeres migrantes ante contextos restrictivos de acceso a la atención sanitaria. *Jangwa Pana*, 20 (2), 206-224.
- LINARDELLI, María Florencia y GOLDBERG, Alejandro (2018). Vivir y trabajar en fincas, fábricas y talleres. Experiencias de padecimientos y cuidados de mujeres migrantes en Mendoza y Buenos Aires. *MIGRACIONES*, 45, 29-56.
- LIEBEL, Manfred (2007). *Paternalismo, participación y protagonismo infantil*. En Y. Caraveo, & M. E. L. Linares-Pontón (Comps.) *Participación infantil y juvenil en América Latina*, (pp. 113-146). México, D. F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- LORDE, Audre (2002). *La hermana, la extranjera*. Madrid: Traficantes de sueños.
- LORENZETTI, Mariana (2017). Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 11, 148-176.
- LUGONES, María (2012). *Subjetividad esclava, colonialidad de género, marginalidad y opresiones múltiples* En MONTES, Patricia (Ed.) *Pensando los feminismos en Bolivia* (p. 129-140). La Paz: Conexión Fondo de Emancipaciones.

- MACEIRA, Daniel; APELLA, Ignacio y BARBIERI, Eugenia (2005). Análisis del programa REMEDIAR: notas sobre evaluación y seguimiento. Nota Técnica. *Oficina de Evaluación y Supervisión (OVE)*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C.
- MACHADO DE AZEVEDO FILHO, Francino., SOARES MARTINS, I.M., RODRIGUES SILVA SOARES, C.S., GOMES FAZENDEIRO, P., TANFERRI DE BRITO PARANAGUÁ, T., & QUEIROZ BEZERRA, A.L (2012). Administración de medicamentos: conocimiento de los enfermeros del sector de urgencia y emergencia. *Enfermería Global*, 11 (26), 54-69.
- MAGLIANO, María José y ZENKLUSEN, Denise (2021). Las largas trayectorias de cuidado remunerado de las familias peruanas en Córdoba, Argentina. *Polis Revista Latinoamericana*, 20 (58), 177-197.
- MAGLIANO, María José y ARRIETA, Sofía (2021). “La política en territorio. Género, migraciones y sostenibilidad de la vida en Argentina”. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 71: 143-160.
- MALLIMACI, Ana Inés (2016). Migraciones y cuidados. La enfermería como opción laboral de mujeres migrantes en la ciudad de Buenos Aires. *Universitas Humanística*, 82, 395-428.
- MALLIMACCI, Ana Inés y MAGLIANO, María José (2018). Mujeres migrantes sudamericanas y trabajo de cuidado en dos ciudades argentinas. *Odisea. Revista de Estudios Migratorios*, (5), 109-134.
- MARCO NAVARRO, Flavia y RICO, María Nieves (2013). *Cuidados y políticas públicas: debates y estado de situación a nivel regional*. En Laura, Pautassi y Carla, Zibecchi (Coords.), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. (p. 27-58). Buenos Aires: Biblos.

- MARGULIS, Mario (2008). *La juventud es más que una palabra. Ensayos sobre cultura y juventud*. Buenos Aires: Biblos, Sociedad.
- MARGULIS, Mario y URRESTI, Marcelo (1998). *La construcción social de la condición de juventud*. En: Cubides, H., Lavarde, M.C. & Valderrama, C. (editores) (1998). *Viviendo a toda. Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- MARTIN ALCOFF, Linda (1997). Merleau – Ponty y la teoría feminista sobre la experiencia. *Cultural Critique*, (36), 5-27.
- MARTÍNEZ FRANZONI, Juliana y VOOREND, Koen (2013). “Desigualdades de género en los regímenes de bienestar latinoamericanos”, en Laura Pautassi y Carla Zibecchi (comp.) *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- MARTÍNEZ MATÍAS, Paloma (2016). Del neoliberalismo como ideología. *LOGOS. Anales del Seminario de Metafísica*, 49, 161-187.
- MARTÍNEZ SAGASTA, Carlos (2007). Estandarización de los Procesos Asistenciales. Calidad en la Gestión clínica. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- MATUS, Carlos (1987). *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Fundación Altadir.
- MAURE, Gabriela; LINARDELLI, María Florencia y ANZORENA, Claudia (2016). ¿Autoatención o trabajo de cuidados? El rol de mujeres migrantes bolivianas en el cuidado de familiares enfermos/as. Jornadas de Antropología Social Santiago Wallace. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires - Instituto de Ciencias Antropológicas.
- MAURE, Gabriela y ENCINAS, Natalia (2017). “Emancipación gráfica”: experiencias de activismo artístico popular y migrante. El caso de la cooperativa gráfica La Voz de la Mujer”. *Zona Franca* (25), 62-68.

- MAURE, Gabriela (2020). Abordajes de la interculturalidad en salud. Una revisión de artículos científicos sobre los enfoques conceptuales y temas de estudio en América Latina en el período 2003-2017. Tesis de Maestría sin publicar. Universidad Nacional de Lanús.
- MENDIZÁBAL, Nora (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa, pp. 65-103.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1990). *Morir de alcohol*. México, D.F: Alianza Editorial Mexicana.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2001). Biologización y racismo en la vida cotidiana. *Alteridades*, 11 (21), 5-39.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MENÉNDEZ, Eduardo Luis (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 21 (1), 109-118.
- MENÉNDEZ, Eduardo Luis (2018). *De saberes médicos tradicionales, populares y científicos: relaciones y dinámicas racistas en la vida cotidiana*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MENEU, Ricard (2018). La medicalización de la vida y la reciente emergencia de la “medicamentación”. *Farmacia hospitalaria*, 42 (4), 174-179.
- MERHY, Emerson Elías (2006). *Salud. Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MERHY, Emerson Elías (2017). Micropolítica del cuidado en salud [Video]. Herkovits, D. y Sy, A. Entrevistadores. Buenos Aires: CeDoPS. Video 34.55 min, Sonido, Color.

- MÓDENA, María Eugenia (2009). Alcoholismo, ayuda mutua y autoayuda. *Desacatos* (9), 7-10.
- MOGROVEJO, Norma (2017). *Del sexilio al matrimonio. Ciudadanía sexual en la era del Consumo Liberal*. Ciudad de México: Colectivo editorial Pez en el Árbol.
- JELIN, Elizabeth (Dir.); MOMBELLO, Laura; CAGGIANO, Sergio; GRIMSON, Alejandro; ZAMBERLIN, Nina; CERRUTTI, Marcela y ABEL, Lidia (2006). *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: IDES.
- MOMBELLO, Laura (2006). Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad. La cercanía barrial y la acción institucional. En E., JELIN (Dir.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (p.103-116). Buenos Aires: IDES.
- MONTES VILLASEÑOR, E., GARCÍA GONZÁLEZ, J (2018). Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. *Ciencia UAT*, 12 (2), 54-56.
- MORAGA, Cherrie (1981). La güera. En Anzaldúa, G y Moraga, C, *This Bridge Called My Back. Writings of Radical Women of Color*, Watertown: Persephone Press.
- MOREIRA, Micaela (2019). Repensar la crisis. Una estrategia para investigar la crisis política argentina de 2001. *Cartografías Del Sur Revista De Ciencias Artes y Tecnología*, (9), 135-159.
- MORENO, Marta Silvia y MARTÍNEZ ESPÍNOLA, María Victoria. (2016). Trayectorias de mujeres bolivianas en áreas rurales y urbanas de Mendoza (Argentina). *Si Somos Americanos*, 16 (2), 73-99.
- MORI QUISPE, Elizabeth y BALTAZAR, Giovanna (2011). Consumo de psicofármacos estimulantes y tranquilizantes sin indicación médica y factores psicosociales

- asociados en la población escolar adolescente del Perú, 2009. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15 (3), 1-5.
- MURGUÍA, Adriana, ORDORIK, Teresa, y LENDO, León F. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23 (3), 635-651.
- MURILLO, Eugenia (2 de julio de 2021). No podemos abordar la violencia de género en el campo con una cabeza urbana. *Página 12*. Recuperado el 13 de abril de 2022, de <https://www.pagina12.com.ar/351649-no-podemos-abordar-la-violencia-de-genero-en-el-campo-con-un>
- NARI, Marcela (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Biblos.
- NAQUÍN, Nora y MAREÑO, Mauricio (2012). La discapacidad desde un enfoque de derechos. Una aproximación desde el Trabajo Social. Propuesta programática para Curso Libre. Universidad Nacional de Córdoba.
- NIJENSOHN, Malena (2018). “Vivir [rompiendo l]a dieta”. En Cano V (Comp.) *Nadie viene sin un mundo. Ensayos sobre la sujeción e invención de unx mismx*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Madreselva.
- NORIEGA Mariano; CRUZ, Cecilia y GARDUÑO, Ángeles (2008). Aportes de la Medicina Social a la Salud en el Trabajo. *Salud Problema*, 9 (17), 47-56.
- NUREÑA, César (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26 (4), 368-376.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Cibersalud [Internet]. 58ª Asamblea Mundial de la Salud; 2005 may 16 - 25; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2005 (resolución WHA58.28) Disponible

en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_28-sp.pdf.

[[Links](#)]

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Estrategia y plan de acción sobre eSalud (2012 - 2017). Washington: OPS; 2011.

ORZUZA, Stella Maris (2014). Políticas en salud mental e interculturalidad en la Argentina. *Psiencia. Revista Latinoamericana de ciencia psicológica*, 6 (1), 40-47.

PALERMO, Alicia Itatí (1998). La participación de las mujeres en la universidad. *La Aljaba*, 3.

PARELLA RUBIO, Sonia (2003). *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*. Barcelona: Anthropos.

PAUTASSI, Laura y ZIBECCHI, Carla. (Coords.) (2013). *Las fronteras del cuidado: agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Biblos.

PAUTASSI, Laura Cecilia (2016). Del “boom” del cuidado al ejercicio de derechos. *Revista internacional de Derechos Humanos*, 24 (12), 1-8.

PEDONE, Claudia (2006). Los cambios familiares y educativos en los actuales contextos migratorios ecuatorianos: una perspectiva transatlántica. *Athenea Digital*, 10, 154-171.

PEDONE, Claudia y GIL ARAUJO, Sandra (2016). Tramando futuros. Transnacionalismo familiar en la migración desde República Dominicana y Brasil hacia España. *Investigaciones Feministas* 7 (1), 241-263.

PEDRIDO NANZUR, Victoria (2017). El derecho a la educación sexual integral (ESI). Organización Panamericana de la Salud.

- PETRACCI, Mónica (2006). *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: CEDES.
- PETRACCI, Mónica; SÁNCHEZ ANTELO, Victoria I. M.; SCHWARZ, Patricia K. N.; MENDES DIZ, Ana María (2017). La relación médico-paciente en la indagación académica contemporánea. En M. Petracci, P.K.N. Schwarz, P.G. Rodríguez Zoya, *Comunicación y salud. Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía* (pp. 105-181). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.
- PÉREZ OROZCO, Amaia (2012). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, (5), 7-37.
- PÉREZ GAÑÁN, Rocío y NEIRA MOLINA, Andrea (2017). Las abuelas de la migración. Cuidados, reciprocidad y relaciones de poder en la familia transnacional. *Migraciones*, (41), 55-77.
- PERT, Candence (1993). *Cuerpo y Mente son una sola cosa* [Video]. Asociación Generar Salud. Barcelona. Video 4.56 min, Sonido, Color.
- PERT, Candence (1999). *Molecules of Emotion: how you feel the way you feel*. London: Simon & Schuster.
- PRECARIAS A LA DERIVA (2004). *A la deriva por los circuitos de la precariedad femenina*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- PRECIADO, Beatriz (P.) (2007). La invención del género, o el tecnocordero que devora a los lobos. En *Conversaciones Feministas, Biopolítica* (p.15-38). Buenos Aires: Ají de Pollo.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998). *Glosario Promoción de la Salud*. Ginebra.
- PONS RABASA, Alba (2018). Vulnerabilidad analítica, interseccionalidad y ensamblajes: hacia una etnografía afectiva. En Pons Rabasa y Guerrero Mc Manus (coords.),

Afecto, cuerpo e identidad. Reflexiones encarnadas en la investigación feminista (pp. 23-52). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

PUIG DE LA BELLACASA, María (2011). Matters of care in technoscience: Assembling neglected things. *Social Studies of Science* 41 (1), 85–106.

QUIRÓS, Julieta (2014). Etnografiar mundos vívidos. Desafíos de trabajo de campo, escritura y enseñanza en antropología. *Publicar en Antropología y Ciencias Sociales*. (17), 47-65.

QUIRÓS, Julieta (2017). Del intercambio al interconocimiento: la etnografía ante los hechos invisibles del trabajo político. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*. (60), 121-142.

RAMACCIOTTI, Karina (2019). La profesionalización del cuidado sanitario. La enfermería en la historia argentina. *Trabajos y comunicaciones, 2da. Época*, (49), e081.

RAMÍREZ HITTA, Susana (2014). Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Suramérica. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 19 (10), 4061-4069.

RICH, Adrienne (2019). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Traficantes de sueños.

RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, Corina (2012). La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico? *Revista CEPAL*, (106), 23-36.

RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, Corina (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Nueva Sociedad*, 256, 31-44.

RODRÍGUEZ MAGDA, Rosa María (2004). *Foucault y la genealogía de los sexos*. Barcelona: Anthropos Editorial.

- RODRÍGUEZ DÍAZ, Susana y FERREIRA, Miguel (2010). Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de dis-capacidad. *Cuadernos de relaciones laborales* 28 (1), 151-172.
- ROOSTA-G, Manigeh (2015). Madres indígenas enfrentan más de tres demoras: los desafíos de la interculturalidad en salud. *Journal of the Selva Andina Research Society*, 6 (2), 64-74.
- ROSALES NAVA, Rosa María (2002). *Trabajo, salud y sexualidad. Las cargas de trabajo laborales y reproductivas en la salud de las mujeres*. Barcelona: Icaria editorial.
- ROSE, Nikolas (2007). Beyond medicalisation. *The Lancet*, 369, 700-701.
- ROSE, Nikolas (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: Unipe.
- ROVERE, Mario (2004). La Salud en Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. En *La Esquina del Sur*, mayo de 2004. Recuperado el 23 de febrero de 2022, de http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Comun/Rovere.pdf
- RUÍZ LÓPEZ, Paulina; PULLAS TAPIA, Paúl; ALBERTO PARRA, Christian; ZAMORA SÁNCHEZ, Ruth (2017). La doble presencia en las trabajadoras femeninas: equilibrio entre el trabajo y la vida familiar. (Double presence in feminine workers: balance between work and family life) *Revista de Comunicación de la SEECI*, 44, 33-51.
- SÁEZ PÉREZ, Isabel, IRIGOIEN ULAIAR, Maier; OIZ ELORRIAGA, Iker (productoras) (2019). *Zauria (K)* [Cinta cinematográfica]. España: Princesa Inca.
- SALESSI, Jorge (1995). *Médicos maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación argentina*. Rosario: Beatriz Viterbo Editora.

- SAMAJA, Juan (2014). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- SÁNCHEZ, Marina; HERRERA, Francia y SOCARRAS Marta. (2012). La formación de enfermería centra la enseñanza en los valores del cuidado de la vida y la salud. *Revista praxis*, 8, 138-146.
- SANTARELLI, Natalia y ANZORENA, Claudia (2017). Los socorrismos y las disputas de sentidos sobre el aborto voluntario. Consideraciones teóricas desde una perspectiva del feminismo crítico. *Descentrada*, 1 (1).
- SAYAD, Abdelmalek (2010). *La doble ausencia. De las ilusiones del emigrado a los padecimientos del inmigrado*. Barcelona: Anthropos.
- SARAVÍ, Fernando (2020). *Texto virtual de fisiología y biofísica*. Tratado actualizado. Recuperado el 13 de abril de 2022, de <http://fisiologiahumana.weebly.com/>
- SCHWARZ, Patricia Karina Natalia (2016). *Maternidades en verbo: identidades, cuerpos, estrategias, negociaciones. Mujeres heterosexuales y lesbianas frente a los desafíos de maternar*. Buenos Aires: Biblos.
- SERRA VALDÉS, Miguel Ángel. (2017). La resistencia microbiana en el contexto actual y la importancia del conocimiento y aplicación en la política antimicrobiana. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16 (3), 402-419
- SCOTT, Joan (1993). La mujer trabajadora en el siglo XIX, en Georges Duby y Michelle Perrot. *Historia de las mujeres en Occidente* (pp.405-436). Madrid: Taurus Ediciones.
- SCOTT, Joan (2015). Experiencia. *La ventana*, 2 (25), 42-72.
- SIBRIAN, Nairbis (2016). De máquina a proyecto: el cuerpo en el nuevo espíritu del capitalismo. *Rev. Reflexiones*, 95 (1), 143-155.

- SINDING, Cristina (2010). Using Institutional Ethnography to Understand the Production of Health Care Disparities”. *Qualitative Health Research*, 20 (12): 1656-1663.
- SMITH, Dorothy (2005). *Institutional ethnography. A sociology for people*. Toronto: Altamira Press.
- SMITH, Dorothy Edith (2012). El punto de vista (standpoint) de las mujeres: Conocimiento encarnado versus relaciones de dominación. *Temas de mujeres*, 8 (8), 5-27.
- SOTOMAYOR TRIBÍN, Hugo Armando. (2008). La medicina y las guerras: una introducción. *Revista Med*, 16 (2), 263-266.
- SY, Anahí (2018). Mujeres, migrantes y “locas”. Trayectorias de internación psiquiátrica entre 1895 y 1940 en Argentina. *TraHs*, (39), 5-19.
- SOUCHY BAUER, Agustín (2007). *Entre los campesinos de Aragón: El comunismo libertario en las comarcas liberadas*. Buenos Aires: Editorial Tierra del Sur.
- TERENZI SEIXAS, Clarissa; MERHY, Emerson Elias; STAEVIE BADUY, Rossana; SLOMP JUNIOR, Helvo (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12 (1), 113-123.
- TESTA, Mario (1993). El hospital: visión desde la cama del paciente. *Salud, problema y debate*, 5 (9), 1-3.
- TIRZO GÓMEZ, Jorge y HERNÁNDEZ, Juana G. (2010). Relaciones interculturales, interculturalidad y multiculturalismo; teorías, conceptos, actores y referencias. *Cuicuilco*, (48), 12-34.
- TOBAR, Federico (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. En Garay, O (Coordinador) *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires: Editorial La Ley

- TOBAR, Federico (2017). Sistema de salud. Informe del Ministerio de Salud de Argentina. Recuperado el 23 de febrero de 2022, de salud.gob.ar/dels/printpdf/145
- TOBOSO MARTÍN, Mario (2017). Capacitismo. En Platero, RL, Rosón M y Ortega E (eds.): *Barbarismos queer y otras esdrújulas* (p.73-81). Barcelona: Ed. Bellaterra.
- TOMÉ, Paula (2014). Pactos de cuidado. *Mujeres y salud*, (34), 16-18.
- TORRES PEREYRA, Mario (2004). Los hombres-niños (de la moratoria social a la subjetividad en la marginación). *Revista de APPIA*, (15), 181-192.
- TOSCANO LÓPEZ, Daniel Gihovani (2008). El bio-poder en Michel Foucault. *Universitas Philosophica*, 25 (51), 39-57.
- TREBISACCE, Catalina (2016). Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista. *Cinta moebio*, 57, 285-295.
- TRONCOSO, María del Carmen (1985). Evolución histórica de la educación médica en Argentina y su relación con el sistema de salud y la práctica médica. *Cuadernos Médico Sociales*, (32), 110-119.
- URQUÍA, Marcelo Luis (2006). *Teorías dominantes y alternativas en Epidemiología*. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa.
- VALDEBENITO, Erika (2011). El conocimiento sobre la última dictadura militar de jóvenes ingresantes. *KAIROS. Revista de Temas Sociales*, (27), 1-17.
- VALLS-LLOBET, Carme (2009). *Mujeres, salud y poder*. Barcelona: Ediciones Cátedra.
- VÁZQUEZ, Marie (2015). *El cuaderno De Nippur*. Buenos Aires: Planeta.
- VÁSQUEZ, Jorge Daniel (2013). Adultocentrismo y juventud: Aproximaciones foucaulteanas. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, 15, 217-234.

- VÁZQUEZ GARCÍA, Francisco. (2016). Más allá de la crítica de la medicalización. Neoliberalismo y biopolíticas de la identidad sexual. *Constelaciones. Revista De Teoría Crítica*, 5 (5), 76-102.
- VEDIA URGELL, C.; BONET MONNE, S., FORCADA VEGA, C., PARELLADA ESQUIUS, N (2005). Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Aten Primaria*, 36 (5), 239-47.
- VEGA SOLÍS, Cristina (2019). Reproducción social y cuidados en la reinención de lo común. Aportes conceptuales y analíticos desde los feminismos. *Revista de Estudios Sociales*, (70), 49-63.
- VELASCO, Laura. y GIANTURCO, Giovanna. (2012) —Migración internacional y biografías multiespaciales: una reflexión metodológica. En Ariza, M. y Velasco, L. (Coords.) *Métodos cualitativos y su aplicación empírica: por los caminos de la investigación sobre migración internacional*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales; El Colegio de la Frontera Norte, pp. 115-150.
- VERGARA, Ana; PEÑA, Mónica; CHÁVEZ, Paulina; VERGARA, Enrique (2015). Los niños como sujetos sociales. El aporte de los Nuevos Estudios Sociales de la infancia y el Análisis Crítico del Discurso. *Psicoperspectivas*, 14 (1), 55-65.
- VIDARTE, Paco (2007). *Ética marica*. Madrid: Editorial Egales.
- VIEZZER, Moema (2005). *Si me permiten hablar... Testimonio de Domitila. Una mujer de las minas de Bolivia*. México: Siglo XXI Editores.
- VIGNOLO, Julio; VACAREZZA, Mariela; ÁLVAREZ, Cecilia; SOSA, Alicia (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33 (1), 7-11.

- VILLA, Alejandro (2019). Muertes invisibles entre jóvenes en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires: reconstrucciones biográficas e itinerarios de la experiencia de familiares y amigos. *Salud Colectiva*, 15 (0), 1-14.
- WALSH, Catherine (2005). Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad. *Signo y Pensamiento*, 24 (46), 39-50.
- WATTS, Sheldon (2000). *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*. Barcelona: Editorial Andrés Bello.
- XUMEK (2020). Las comunidades huarpes y mapuches hoy. *Pueblos Indígenas* (2).
- YAÑEZ, Sabrina (2011). Develando la propuesta de Dorothy Smith: aportes epistemológicos y metodológicos para el abordaje de lo social. *Diálogos. Revista Científica de Psicología, Ciencias Sociales, Humanidades y ciencias de la Salud* 2 (1), 111-126.
- YAÑEZ, Sabrina (2016). De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta Mendoza, 2001 – 2013. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Buenos Aires.
- YAÑEZ, Sabrina (2016). Una reflexión sobre la etnografía institucional como herramienta de análisis feminista. V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, 16 al 18 de noviembre de 2016, Mendoza, Argentina. Métodos, metodologías y nuevas epistemologías en las ciencias sociales: desafíos para el conocimiento profundo de Nuestra América.
- ZEBALLOS, José Luis (2003). Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

ANEXO METODOLÓGICO

Perfil de lxs entrevistadxs, datos de las entrevistas y algunas precisiones sobre el trabajo de observación.

Mujeres bolivianas

Nombre Ciudad de origen en Bolivia Años de estancia en Mendoza (ficticio)	Edad	Educación	Ocupación	Estado civil	Hijas/os	Lugar de residencia	Datos entrevista
Flora, oriunda de Sucre. Lleva 56 años en Mendoza	65 años	Primaria incompleta	Ama de casa	Separada	Un varón	Ugarteche	29/7/15 en su casa
Mariela Oriunda de Cochabamba, lleva 28 años en Mendoza	45 años	Primaria completa	Ama de casa	Casada		Las Heras	1/3/16 en su casa
Melisa Oriunda de Oruro, lleva 17 años en Mendoza	35 años	Secundario completo	Agente sanitaria del área de salud de Guaymallén	Casada	Un varón	B° Belgrano, Guaymallén	3/5/16 en el Área de salud de Guaymallén.

Lohana Oriunda de Cochabamba, lleva 40 años en Mendoza	50	Primaria completa	Ama de casa	Casada	Tres varones	Las Heras	11/2/16 en su casa
Javiera Oriunda de Potosí, lleva 33 años en Mendoza	52	Primaria incompleta	Ama de casa	Separada	Un varón y una mujer	B° Lihué, Guaymallén	15/2/16 en su casa
Sabrina Oriunda de Potosí, lleva 17 años en Mendoza	55	Primaria completa	Ama de casa, cultiva hortalizas en su casa para consumo familiar y para venta.	Casada	Dos varones y una mujer con parálisis cerebral	Calle Coronel Videla, Distrito de La Consulta, San Carlos	31/5/17 en su casa.
Inés Oriunda de Potosí, lleva 5 años en Mendoza	36 años	Primaria completa	Ama de casa y trabajadora en cosechas estacionales	Casada	Un varón y una nena	Calle Coronel Videla, Distrito de la Consulta, San Carlos	3/11/17 en la puerta de la posta sanitaria
Livia Oriunda de Potosí, lleva 17 años en Mendoza	37 años	Primaria completa	Ama de casa	Casada	9 hijxs	Calle Coronel Videla, Distrito de la Consulta, San Carlos	29/12/17 en las cercanías de la posta sanitaria, en su camioneta.
Valeria, oriunda de Sucre, lleva 33 años en Mendoza	34 años	Secundario incompleto	Ama de casa, cultiva y cosecha flores	Casada	Un varón y una nena	B° La Primavera, Guaymallén.	3/2/18 en su casa
Rita Oriunda de Sucre, lleva 50 años en Mendoza	59 años	Primaria incompleta	Ama de casa	Casada	5 hijxs (4 varones y una mujer)	B° La Gloria	25/10/19 En una plaza cercana al Centro de Salud del B° La Gloria

Agentes de salud

Profesional	Edad aprox.	Cargo actual	Experiencias previas	Datos de entrevista
Eduardo	40 años	Agente sanitario del Área de Salud de San Carlos		Entrevista realizada el 10/2/16 al costado de la Calle Coronel Videla, durante el recorrido del agente.
Melisa	35 años	Promotora de salud intercultural del Área de salud de Guaymallén	Fundación Vida Joven para mujeres emprendedoras del B° Belgrano	Entrevista realizada el 3/5/16 en el Área de salud de Guaymallén
Carla	50 años	Médica de familia de la posta sanitaria de la Calle Coronel Videla de San Carlos	Directora del Hospital General Las Heras de Tupungato	Entrevista realizada el 2/6/17 en la Posta Sanitaria de San Carlos
Julia	59 años	Enfermera del servicio de Inmunología del Hospital Central		Entrevista realizada el 15/7/19 en el consultorio de alergia del Hospital Central
Malena	65 años	Médica endocrinóloga y clínica del Área de Salud de Godoy Cruz	Médica clínica del Hospital Central y del Centro de Salud de Agrelo	Entrevista realizada el 15/2/20 en su casa
Ingrid	68 años	Médica hematóloga. Directora del Registro Provincial de Tumores	Ex directora de la Escuela de Salud Pública de Mendoza.	Entrevista realizada el 04/12/19 en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo.

Entrevistas grupales con agentes de salud

Integrantes	Datos de la entrevista grupal
Trabajadoras del Área de salud Mental de Tupungato. Ludmila, psicóloga de 37 años, Irene, trabajadora social de 38 años y Natalia, psiquiatra de 34 años.	El grupo focal se realizó en el mes de mayo de 2016 en la casa de la psiquiatra que integró el grupo.
Dos enfermeras, Patricia y Juana de 32 y 37 años y Eduardo, un agente sanitario de 40 años. Área de salud de San Carlos.	El grupo focal se realizó en las cercanías de una posta Sanitaria de la Calle Coronel Videla de San Carlos. Al aire libre. Abril de 2016.

Otrxs informantes clave

Rol de las/os informantes	Datos de la entrevista
Médica responsable del programa de Salud Indígena en Mendoza. 57 años	Entrevista realizada en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo. 1/11/2017.
Lucía, funcionaria del Programa de Salud Indígena en el Ministerio de Salud de la Nación. 42 años	Entrevista realizada en la oficina del Programa de Salud Indígena del Ministerio de Salud de la Nación. 16/12/16
Fernando, 35 años, odontólogo. Ex funcionario del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza. Director del	Entrevista realizada el 3/11/17 en la entrada de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo.

Hospital Lencinas de Mendoza y Delegado del Ministerio de Salud en la provincia entre 2014 y 2015.	
Entrevista a directora de la escuela primaria próxima a la posta sanitaria de San Carlos. 55 años	Entrevista realizada el en la escuela. 15/6/17
Entrevista a la referente de la unión vecinal de la calle Coronel Videla de San Carlos. Nacida en Argentina, 45 años	Entrevista realizada en su casa. 16/6/17
Entrevista a vecina de la posta sanitaria de San Carlos. Nacida en Argentina. 45 años	Entrevista realizada en su casa. 15/6/17

Observaciones

Institución	Fecha	Contacto	Otros datos
Posta sanitaria de la Calle Coronel Videla del Distrito de La Consulta, San Carlos	Meses de mayo a diciembre de 2017	Agente sanitario y Médica de familia de la Posta Sanitaria.	Las observaciones se realizaron principalmente en la consulta médica. También se realizó observación en la sala de espera y en la puerta de la posta mientras las personas esperaban

			para sacar turno. En algunas oportunidades las observaciones se hicieron durante las recorridas por las calles aledañas a la posta con las/os agentes sanitarios.
--	--	--	---