

¿Ponerse el ambo violeta? Feminismos, ética del cuidado y salud pública

To wear violet scrubs? Feminisms, caring ethics and public health

Nuria Gutiérrez

Fecha de presentación: 08/04/20

Fecha de aceptación: 27/06/20

Resumen

El siguiente trabajo se enmarca en el recorrido formativo de la Residencia de Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires y se asienta en una perspectiva de género y de la ética del cuidado en salud. Reúne algunas consideraciones teórico-metodológicas con el objetivo de reflexionar acerca de la necesidad de potenciar los abordajes desde un posicionamiento feminista e interseccional para problematizar la producción de los cuidados en el trabajo con usuarias/os en el campo de la salud pública.

Palabras clave

Perspectiva de género, interseccionalidad, ética del cuidado, salud pública.

Abstract

The following work is part of the training course of the Social Work Residence of the City of Buenos Aires and is based on a gender perspective and the ethics of health care. It gathers some theoretical-methodological considerations in order to reflect on the need to strengthen the approaches from a feminist and intersectional position to problematize the production of care in the work with users in the field of public health.

Keywords

Gender perspective, intersectionality, caring ethics, public health.

Introducción

El siguiente escrito se enmarca en los requerimientos programáticos de la Residencia de Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires, la que consta de un proceso de capacitación en servicio de tres años. Se trata de un ciclo de formación de posgrado en el campo de la salud pública, dependiente de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. La consigna del trabajo es de

elección libre, con el fin de dar cuenta de recorridos y reflexiones sobre algún recorte alusivo a las prácticas.

En el caso de este ensayo, el tema se delimita por los cuidados en los procesos de salud/enfermedad de las/os usuarias/os de efectores públicos, que se analizan desde la perspectiva de género. Intento compilar reflexiones teórico-metodológicas para pensar esta temática, haciendo alusión a distintos observables en mis trayectorias de intervención que fueron registrados en el cuaderno de campo, acompañados por el apoyo de una tutora temática¹. Las situaciones a las que hago alusión remiten, mayormente, a mujeres “cis”², usuarias de los distintos espacios donde tuvieron lugar mis rotaciones durante la residencia; sin intenciones de que ello implique acotar la noción de género, de manera reduccionista a la idea de “mujer”, ya que cuando se habla de género se debe tener en cuenta que se trata de un concepto relacional, que implica a todas las personas (Pombo, 2012): mujeres, hombres y población disidente (travestis, transgénero, no binaries, queer, intersex, homosexuales, bi/pansexuales, entre otras identidades disidentes que se pueden nominar también como “LGBT+”).

Si bien el recorte responde a la toma de una decisión, cabe reconocer que suelen ser las mujeres cis las que transitan, en su mayoría, por los distintos efectores de salud (Tájer, 2012; Esteban, 2006). Ese sesgo también se condice con las barreras de acceso, implicadas en las características médico-hegemónicas del campo de la salud (Menéndez, 2003) y heteropatriarcales (Giamberardino, 2019), que dan como resultado movimientos de exclusión y vulneración de derechos más marcados para las identidades disidentes. Es decir, si bien el heteropatriarcado ejerce violencias sin excepción, especialmente lo hace con quienes no portan una identidad de género masculina hegemónica³, por lo que las disidencias suelen encontrar obstáculos más profundos para llegar a los efectores de salud.

El objetivo de este ensayo es reflexionar acerca de la necesidad de potenciar los abordajes desde una perspectiva de género, feminista e interseccional (Pombo, 2019) para consolidar una determinada ética del cuidado en salud (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014). Se pretende desplegar argumentaciones que apoyen la hipótesis de que intervenir desde este posicionamiento puede generar movimientos que den lugar a actos de salud (Franco y Merhy, 2011), desde una noción integral y de derechos, a la vez, que respete y promueva niveles de autonomía de usuarias/os y den un margen de no reproducción de las múltiples violencias machistas ejercidas desde las instituciones de salud pública donde se sitúan nuestras prácticas, atravesadas por el heteropatriarcado y las desigualdades. Partir de este reconocimiento estructural será ineludible para interrogarnos constantemente sobre sus efectos en ellas.

¹ Le agradezco profundamente a mi colega y compañera de trabajo, Nazarena Alegre, por su escucha y lectura atenta, aportes críticos y acompañamiento respetuoso.

² “Cis” alude “cisgénero”, término para nombrar a las personas cuya identidad de género autopercibida se condice con la que les fue asignada al momento de nacer.

³ Me refiero al sujeto hegemónico en el sistema heteropatriarcal, que ubica posiciones de poder. Ese sujeto es hombre, heterosexual, blanco y de clase media/alta. Son todos los atributos privilegiados en el ordenamiento social.

Asimismo, cabe pensar el rol del trabajo social dentro del conjunto de profesionales de la salud, ya que se trata de un colectivo eminentemente feminizado (Nebra, 2018) y precarizado (Polanco, 2019), con lo que ello implica: ¿Cómo las violencias machistas afectan nuestros procesos subjetivos y condiciones materiales de existencia y trabajo?, ¿Cuál es el impacto del encuentro con otras/os también violentadas/os por las mismas lógicas heteropatriarcales?, ¿Cómo se asemejan y difieren nuestras trayectorias de las mujeres y disidencias con las que trabajamos?, ¿Cómo logramos identificar o no esos puntos de contacto?, ¿Qué implicancias tienen para nuestras intervenciones?

La relevancia de estos planteos radica, por una parte, en la contribución que puede generar una perspectiva de género interseccional y feminista, que debe ser transversal a todas las prácticas de salud: de ahí el llamado del título del ensayo a “ponerse el ambo violeta”, parafraseando la metáfora popularmente difundida en el campo de los feminismos de “ponerse las gafas violetas”⁴, que llama poéticamente a mirar el mundo con ojos críticos desde la perspectiva de género; por otro lado, para destacar la potencia de las teorías feministas y sus contribuciones como fuente de abordajes con aspiraciones de integralidad y derechos. Por último, como tarea necesaria para (re)crear un posicionamiento profesional desde un Trabajo Social crítico, que continúe cuestionándose su quehacer, para reconocer sus determinaciones socio-históricas, en pos de un compromiso con el cambio y la emancipación social: de aquellas/os con quien/es trabajamos y de nosotras/os mismas/os. En tal búsqueda constante, articular nuestras prácticas con los aportes de los feminismos, como fuerza que cuestiona lo instituido, es indispensable.

Organizo la estructura del trabajo en tres grandes apartados, que entiendo necesarios para cuestionar las prácticas. En una primera parte, vuelco algunas inquietudes teórico-metodológicas respecto al género dentro del campo de la salud, los aportes de las teorías feministas y la perspectiva de género interseccional; en segundo lugar, hago hincapie en los condicionantes estructurales de nuestras prácticas en el marco de instituciones, como las de salud, que contribuyen a la (re) producción de la organización social heteropatriarcal, y qué lugar tiene en ellas el Trabajo Social como disciplina feminizada y precarizada; por último, me pregunto cómo los planteos anteriores pueden servir de lente para fortalecer la dimensión micropolítica de las intervenciones, para la construcción de una determinada ética del cuidado en salud desde una perspectiva de derechos; a modo de final, incluyo algunas reflexiones decantadas del recorrido.

Este escrito no pretende ser una receta de intervención o verdad acabada. Su intención es exponerla como producto de inquietudes de una práctica reflexiva, interpelada constantemente por los vertiginosos cambios en los que se encuentra inmersa, que busca mostrarse permeable y conmovida por los ecos de las luchas feministas que resuenan cada vez con más fuerza en las calles, las academias, los consultorios, las casas y las plazas. Por tal motivo, cada una de las siguientes palabras debe ser leída e interpretada en clave provisoria y condicional, ya que

⁴ Juego de palabras que alude al cuento “El diario violeta de Carlota” de Gemma Lienas (2001). Hace referencia a la necesidad de ponerse las lentes para mirar el mundo y visibilizar las desigualdades de género. En este caso yo elijo el “ambo violeta”, por la prenda que comúnmente se asocia a les profesionales de la salud.

pretenden contribuir a búsquedas, más que a respuestas, a preguntas, más que a certezas, para impulsar debates y ser debatidas.

Interviniendo entre un mosaico de desigualdades: salud e interseccionalidad

Desde el comienzo de mi tránsito por la residencia, me inserté en un equipo de salud de un servicio ambulatorio de Pediatría, que trabajaba con niñas/os y adolescentes que vivieron situaciones de violencias extremas y abuso sexual, en donde comienzo a notar que las/os usuarias/os que acompañábamos eran, en su mayoría, mujeres; no sólo las niñas y adolescentes que las habían sufrido, sino también sus madres y cuidadoras, que muchas veces también relataban historias de padecimientos y abusos machistas en sus propias biografías. Otra constante que se ponía de relieve es que las/os agresores que perpetraban los maltratos y las violencias eran, casi en su totalidad, varones. Al respecto, Tájér (2012) repiensa los perfiles epidemiológicos en clave de género. Hace alusión a cómo la masculinidad hegemónica, que delimita atributos esperados para los varones tales como ser fuertes, poderosos y dominantes, impactan en sus comportamientos, incurriendo con mayor probabilidad en conductas violentas para sí (falta de cuidados y exposición a riesgos) y para otras/os (especialmente, niñas/os, mujeres y disidencias). Si bien es un análisis interesante, no articula con otras variables, como clase y raza, tomando al género como un concepto totalizador y único determinante de la salud (Pombo, 2012).

Desde los grupos de acompañamiento a la crianza del servicio de pediatría, veíamos semana tras semana una película repetida: las personas que se acercaban como sostén de las/os niñas/os eran, casi en su totalidad, mujeres: madres, abuelas, hermanas, tías, primas, vecinas. Cada tanto algún varón, pero siempre en compañía de alguna mujer, nunca como cuidador exclusivo en la situación de consulta.

Fueron pasando los meses y me inserté en salas de internación de clínica médica. El panorama se vuelve "más masculino", ya que la mayor cantidad de personas internadas siempre eran varones. Como sabemos, la socialización de género promueve en los varones poco registro de sus malestares, por lo que suelen llegar a los efectores de salud con cuadros más avanzados, como es el caso de las situaciones de internación (Tájér, 2012). La constante que se percibía a la hora de realizar articulaciones con la red sociofamiliar de los internados era similar: casi siempre eran mujeres las que ocupaban la tarea de cuidadora; madres, hijas, esposas, ex-esposas, amigas, tías, sobrinas. Incluso, muchas veces eran mujeres que, habiendo sido violentadas por parte del internado, cumplían como un mandato moral el tener que estar allí apoyándole.

Con el segundo año de residencia llegaron los espacios de atención en el Primer Nivel, en distintos dispositivos en un Centro de Salud y Acción Comunitario (CeSAC). Un Taller de la Memoria que trabajaba con adultas/os, pero el cien por ciento de sus concurrentes eran

mujeres⁵. Eran convocadas para realizar ejercicios de estimulación cognitiva, pero entre juegos y jornadas de meriendas ponían en la mesa historias de múltiples violencias heteropatriarcales que habían dejado marcas en sus cuerpos y en sus vidas: violaciones y abusos en la infancia, mandatos que les prohibieron estudiar o realizar carreras educativas que hubieran deseado, dedicación casi exclusiva al cuidado de hijas/os -hasta algunas en la actualidad, sus nietas/os- y el hogar, una vivencia reprimida y normatizada acerca de sus deseos y vínculos sexo-afectivos, tanto hoy como en sus pasados, lejos del placer y el respeto por sus derechos.

Múltiples mujeres con historias repetidas tanto de CePAD⁶, como en situación de embarazos no deseados en el marco de un dispositivo de Consultoría Integral de la Mujer que acompaña interrupciones voluntarias de embarazos, manifestando malestares y dificultades asociadas a la imposibilidad de negociar con sus vínculos sexo-afectivos (casi siempre varones), el uso de preservativo u otro método anticonceptivo; cuando no también el despliegue de desgarradoras escenas de violencias físicas y sexuales, por las cuales llegaban a consulta, preocupadas por su salud sexual.

Acompañando procesos de mujeres con trayectorias de padecimientos en salud mental, más de una vez trabajé en situaciones en las que se les habían colocado métodos anticonceptivos de larga duración sin tener en cuenta su opinión o su voluntad. En vez de ser consideradas como mujeres con derechos a disfrutar de su sexualidad y a recibir información acorde para ponerla en práctica, eran tratadas como objeto de tutela y decisiones paternalistas sobre sus cuerpos.

En el dispositivo de guardia hospitalaria, también pude observar algunas similitudes en los motivos de entrada de consultas por género: mujeres con “ataques de nervios”, “ataques de histeria”, sobreingestas medicamentosas y procesos depresivos; varones, en general, ingresan en contextos de ejercicio de violencias en la vía pública o en el ámbito doméstico, muchas veces a sus parejas mujeres, acompañados por consignas policiales o estados de intoxicación con sustancias psicoactivas al borde de la pérdida de conciencia. Para reafirmarse en el modelo de masculinidad hegemónica, los varones suelen exponerse a situaciones más riesgosas y a cometer este tipo de excesos que, en algunos casos, los llevan a muertes por causas externas, como homicidios, accidentes y suicidios (Tájer, 2012).

Acompañando distintas situaciones de la demanda espontánea del Servicio Social hospitalario, algunas se destacaban como recurrentes: mujeres, en su gran mayoría migrantes, tras haber trabajado de forma no registrada y/o no remunerada durante toda su vida, urgidas por recursos de sustento económico al no poder iniciar sus trámites jubilatorios por falta de aportes a la seguridad social; mujeres, también migrantes, con procesos de salud/enfermedad tan avanzados,

⁵ Se puede pensar que esto sucede por dos motivos: por los índices de sobremortalidad masculina y porque los varones suelen hacer menor uso de los primeros niveles de atención. Esto se debe a que las construcciones de masculinidad hegemónica atentan contra sus propias capacidades de autoconservación y que sólo suelen consultar ante malestares más avanzados.

⁶ Se trata de Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual que funcionan en distintos efectores de salud públicos CABA, que brindan acceso a testeo rápido de VIH y sífilis, provisión de preservativos e información sobre las distintas enfermedades y cómo promover pautas de autocuidado para reducir situaciones de riesgo, entre otras atenciones.

hasta el punto de provocar condiciones discapacitantes que les restaban autonomía para desempeñarse en su vida cotidiana, sin poder acceder al derecho de pensiones por discapacidad, al no cumplir con el criterio excluyente de presentar una cantidad de años de radicación en el país. En este punto, es importante tener en cuenta la tendencia de que las mujeres suelen vivir en promedio más años que los varones, pero con mayores cargas de discapacidad y en peores condiciones socioeconómicas, teniendo en cuenta la tendencia a la feminización de la pobreza (Tájer, 2012). Los varones consultantes, en cambio, se presentaban en mayor medida en situación de calle demandando informes sociales para acceso a algún programa habitacional o la articulación con otras instituciones estatales para gestionar el ingreso a paradores u hogares. Esta situación guarda consonancia con los índices de masculinización del fenómeno de situación de calle. El mandato de ser sostén proveedor, el contexto de precarización del mercado de trabajo, el perfil socio-subjetivo masculino hegemónico con mayores dificultades para sostener lazos sociofamiliares como apoyo, más un escenario deficitario de respuesta estatal, son algunas de las variables que pueden servir para pensar por qué la población en calle es mayoritariamente masculina (Ciapessoni, 2014).

Todas esas viñetas, que fueron reconstruidas de anotaciones en cuadernos de campo, las despliego a modo de generalizaciones observadas, sin ahondar en datos contextuales y situaciones particulares. Deben ser tomadas como una foto estática, que no pretende dar cuenta de cómo cada una de esas personas se encuentra dentro de las estructuras de desigualdad y opresión, ni cómo experimentan sus trayectorias. Plasmarlas, en cambio, auspicia de puntapié inicial del propio recorrido situado para reconocer el hecho de que la salud tiene género y que, algunas de las desigualdades que trato de enunciar, no responden a cuestiones del orden de lo biológico, como lo explicaría un enfoque médico-hegemónico (Tájer, 2012).

Pero, ¿Qué significa afirmar que la salud tiene género? Múltiples autoras contribuyen a pensar una definición de género en clave feminista y problematizar sus usos en el campo de la salud. Es el caso de Pombo (2012), quien se refiere al género como social e históricamente construido y, por tal motivo, modificable como un ordenador que moldea a las personas a través de distintas normas basadas en las formas en cada sociedad organiza las diferencias sexuales. Asimismo, llama a rescatar la politicidad del género, ya que se trata de un concepto atravesado por conflictos en torno a las relaciones dispares que se tejen entre las distintas identidades sexo-genericas. Se pone de relieve, así, que se trata de una construcción relacional, que moldea a todas las personas, hombres, mujeres y disidencias.

Tájer (2012), escribe desde la Corriente de Salud Colectiva y desde la Medicina Social Latinoamericana (SC-MSL)⁷ y, a su vez, desde el feminismo, por lo que contribuye considerablemente a incorporar la perspectiva de género en el enfoque de los determinantes sociales de la salud. La autora señala que los modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser

⁷ Se trata de una corriente de pensamiento que reúne un conjunto heterogéneo de autora/es, de los años 70 hasta la actualidad. No constituye una escuela homogénea, sino una multiplicidad de voces diversas, en constante cambio y evolución (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

atendidas/os y morir, deben ser entendidas como determinadas por las asimetrías de poder que se tejen en el marco de organizaciones socio-históricas, como lo son el capitalismo y el patriarcado.

El contexto social nos obliga a pensar que el género no es un estratificador que actúa de manera autónoma, sino en intersección con otras desigualdades. Para visibilizarlas es que surgió, del colectivo feminista negro estadounidense⁸, la noción de interseccionalidad como concepto denuncia (Pombo, 2019) de que la opresión basada en razones de género debía ser pensada de manera fusionada con otras categorías de dominación como la clase y la raza.

Respecto de la interseccionalidad en el campo de la salud, puede ser utilizada como una perspectiva teórico-metodológica para pensar las inequidades que se dan a su interior, así como para tener en cuenta la compleja red de relaciones de poder que oprimen a las personas, cómo se intersectan y refuerzan mutuamente determinando los procesos de salud/enfermedad/cuidado (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014). A su vez, cómo deben ser tenidas en cuenta, de manera compleja y dinámica, para que no resulten como simple adición de categorías para pensar los perfiles epidemiológicos (Couto, De Oliveira, Alves Separavich y Do Carmo Luiz, 2019).

Ese mosaico de entrecruzamientos sirve de herramienta para dejar en evidencia las violencias y discriminaciones que, articuladas interdependientemente, producen mayores niveles de exclusión o inclusión del derecho a la salud; así como también, el mayor o menor peso de las prácticas de control sobre los cuerpos más perjudicados, es decir, “[...] *aquellos que no se adecuan al estereotipo físico y sexual del colonizador occidental: hombre, blanco, clase media o superior, heterosexual*” (Couto, De Oliveira, Alves Separavich y Do Carmo Luiz, 2019:3). Estos mecanismos restringen el ejercicio de la autonomía, ejerciendo violencias que afectan indudablemente de forma negativa sus procesos de salud/enfermedad/cuidado, presentando factores más injustos y difíciles para sus trayectorias.

En este sentido, parece pertinente cerrar el apartado haciendo referencia a Ferrandini (2011), otra exponente de la SC-MSL, que definió a la salud como la capacidad, tanto individual como colectiva, de luchar contra las condiciones que limitan la vida. Sin lugar a dudas, las violencias sexistas, racistas y clasistas atentan contra la reproducción vital, por lo cual se torna imperioso cuestionar nuestras prácticas como agentes de la salud para tomar una postura crítica, adoptando una perspectiva de género feminista e interseccional. Pero cabe preguntarse también por los alcances y limitaciones de su capacidad transformadora, si nos pensamos como parte de las instituciones públicas y de los efectores de salud, donde esos procesos de opresión se ven sedimentados (Pombo, 2019).

⁸ Pombo (2019) realiza una interesante genealogía de cómo surge la noción de interseccionalidad, en 1989, por la abogada afro-estadounidense Kimberlé Crenshaw. Su implementación cumple la función de denunciar un supuesto género femenino universal, que invisibilizaba y violenta las experiencias de las mujeres negras de clases bajas, oprimidas simultáneamente por el orden hetero-patriarcal, racista y capitalista.

Las transformaciones posibles en disputa: eso que pasa entre la realidad y el deseo

En este apartado pongo el foco en algunos atravesamientos que condicionan las prácticas de cuidado en salud para problematizar nuestras prácticas en clave feminista e interseccional. Principalmente, se analizan tres aspectos: la feminización del trabajo social y del campo de la salud; nuestras implicaciones como trabajadoras mujeres que intervienen con otras mujeres y disidencias; y nuestra pertenencia a políticas públicas que reproducen los engranajes que mueven la rueda de las desigualdades.

Sobre la feminización del Trabajo Social, Nebra (2018) refiere que es un fenómeno que responde a una cuestión cuantitativa, ya que la presencia mayoritaria dentro del colectivo es de mujeres; y también a una cualitativa, debido a que ciertos atributos asignados socialmente a la condición femenina operan en nuestro perfil profesional, como por ejemplo, el cuidado hacia las/os otras/os. Sumado a esto, en nuestras formaciones de grado, generalmente, carecemos de una perspectiva crítica de género como eje transversal, coartando la posibilidad de adquirir una visión más integral acerca de cómo los géneros afectan los procesos sociales con los que trabajamos. Puedo dar cuenta de ello desde mi trayectoria de graduada de la Carrera de Trabajo Social de la UBA (2011-2016). En el plan de estudios tuve escasa formación en temáticas relacionadas con géneros; contamos con la posibilidad de acceder a estos contenidos a través de materias optativas; y son pocas, aunque existen, las cátedras que los incorporan de forma transversal a sus programas.

Si ampliamos la mirada al campo de la salud pública, vemos que se reafirma el fenómeno de la feminización, cuantitativa y cualitativa, de las/os trabajadoras/es. En ese sentido, Tájér (2012) alude a que es mayor la cantidad de mujeres empleadas. La autora señala que se debe, en parte, a que el sistema tiene un ingreso más equitativo a través de concursos públicos y examen. Así, las mujeres tenemos iguales posibilidades de ocupar cargos, a diferencia del sector privado, en donde tienen peso criterios más arbitrarios y meritocráticos, que suelen ser más beneficiosos para los varones, por sus privilegios y poder. Asimismo, existe una distribución feminizada por especialidades. En aquellas de uso de mano de obra más intensiva, con menor prestigio y reconocimiento (enfermería, medicina general, clínica o nuestra misma disciplina de trabajo social), se observan más mujeres. En cambio, en las de uso intensivo de tecnologías, con mayor poder y reputación (cirugías, neurología, traumatología, etc.), suelen predominar los hombres.

Este “doble proceso de feminización” que opera sobre las trabajadoras sociales de la salud pública, debe ser pensado en conjunción con la precarización y el desfinanciamiento, condición en la que suelen encontrarse las políticas públicas en las que se observa predominancia femenina. Los campos asociados a tareas de asistencia y cuidados, donde nos insertamos mayormente, suelen recibir presupuestos más bajos (Polanco, 2019). Lo importante a destacar es que no se trata de una mera coincidencia, sino que por la desigualdad que vivimos, solemos tener condiciones de mayor desventaja a la hora de insertarnos en el mercado laboral. Así, la segregación ocupacional nos condiciona, producto de una socialización de género estereotipada,

que da como resultado que nos concentremos en las profesiones y puestos más precarizados. Se retroalimenta, de este modo, un círculo vicioso entre feminización y precarización del empleo, que se correlacionan con los lugares que solemos ocupar dentro de nuestros espacios de trabajo, con menos privilegios que los profesionales varones, con menor proporción de cargos jerárquicos y de cuotas de poder.

Otro de los condicionamientos de nuestro ejercicio responde al análisis de las propias implicaciones como mujeres (Guiliani, 2016)⁹, trabajando con otras mujeres e identidades sexo-genéricas disidentes. Imprescindible, ya que los abordajes desde una perspectiva feminista, nos exhortan a traer a la luz las propias contradicciones y tensiones que se enredan en el terreno de las intervenciones (Turégano Castellanos y Barbeito., 2018). Este posicionamiento nos convoca a revisar nuestras trayectorias, privilegios e historias en relación a las violencias machistas, ya que, en mayor o menor medida, todas las mujeres y disidencias hemos atravesado situaciones abusivas.

Lo valioso de revisar las implicaciones radica en dar lugar a nuestras vivencias y cuestionarnos constantemente por todo aquello que permanece naturalizado. No obstante, lo que no debemos perder de vista son los medios con los que contamos para enfrentar a las violencias machistas que sufrimos y que, sea cual sea nuestra posición, siempre nos encontramos situacionalmente en una relación asimétrica con las/os usuarias/os que trabajamos, por más de que podamos haber pasado por experiencias comunes basadas en las desigualdades de género.

¿Qué efecto tiene nuestra condición de profesión feminizada sobre las formas de pensar, sentir e intervenir sobre las situaciones? ¿Tenemos lo suficientemente problematizada esta dimensión como para evitar que se cuele nuestros prejuicios y privilegios? ¿Cómo permean mecanismos de opresión patriarcal que todas tenemos internalizados sobre nuestra forma de trabajar con las/os usuarias/os? ¿Hacemos algo para reproducirlas o para cuestionarlas? ¿Cómo nos atraviesan las representaciones sociales estereotipadas que sostienen socialmente las desigualdades sociales en el momento que estamos frente a una mujer o una persona de identidad disidente demandando intervención profesional? Hacernos estas y otras preguntas, sin caer en la trampa de alimentar la ilusión de una opresión universal y común, pero refuerzan la idea de que los aportes de los feminismos son imprescindibles para (re)pensar no sólo nuestra actuación profesional, sino también nuestra forma misma de ser y estar en el mundo.

Además de interpelarnos por nuestras condiciones de trabajo, de existencia y nuestras trayectorias subjetivas, cabe preguntarnos acerca de los alcances y limitaciones de la revisión de nuestros abordajes en esta línea. ¿Se pueden pensar prácticas transformadoras desde marcos institucionales impregnados por lógicas que reproducen las desigualdades? Al respecto, Turégano Castellanos y Barbeito (2017) señalan que el sistema patriarcal y sus violencias se encuentran presentes en todas las instituciones, de manera invisibilizada, lo que complota a que

⁹ Guiliani (2016) emplea la noción de implicaciones de Lourau, que se refiere a la forma en que estamos condicionadas/os como sujetos socio-históricos, y cómo se expresa en la configuración social de nuestros procesos subjetivos, dando como resultado formas singulares de ver, sentir e interpretar los fenómenos que nos rodean.

las/os trabajadoras/es, si no se actúa en consecuencia, terminamos colaborando, con o sin deseo expreso, en la perpetuación de esas injusticias. Por ello, fortalecer una perspectiva de género crítica es importante, ya que todas/os intervenimos desde una idea de género determinada (Polanco, 2019). Estemos más ávidas/os de ello o no, las relaciones de género están presentes en todos los ámbitos y no existen posturas “neutrales”. Y si la tendencia ideológica hegemónica desde las políticas públicas es ciega a estos planteos, si actuamos por inercia, lo más probable es que reproduzcamos acríticamente sus mandatos, como caja de resonancia (Guiliani, 2016).

Todas las políticas públicas están generizadas (Guiliani, 2016), ya que portan una mirada determinada de género, casi siempre sesgada, tomada como un proceso complementario y no inherente a todos los fenómenos. Reconocen ciertas situaciones como problemáticas a aliviar, pero con limitaciones estructurales, porque no son entendidas como fruto de los sistemas de dominación. Así, se redobra la necesidad de incorporar la categoría de género como herramienta de revisión de las prácticas para ajustarlas al modelo que queramos inscribir.

De esta manera, como trabajadoras estatales nos insertamos en el núcleo de lo que Anzorena (2018) define como una situación paradójica, porque el Estado, a la vez, que se sostiene sobre la explotación de algunos cuerpos, se convierte en el garante de acciones para mitigar las disparidades que promueve. En tanto, nos encontramos en una trinchera plagada de contradicciones, dentro de las cuales debemos reconocer límites y posibilidades.

Asimismo, si buscamos posicionarnos desde un proyecto profesional afín al Trabajo Social crítico será condición necesaria abordar las desigualdades, para lo que una perspectiva feminista e interseccional es coherentemente compatible, ya que nos ayuda a intervenir para revertirlas, cuestionando las estructuras de dominación hetero-patriarcales, racistas y clasistas que nos afectan a todas/os, pero en mayor medida a las poblaciones con las que solemos trabajar. Al respecto, cabe abrir un campo nuevo de preguntas hacia adentro de la disciplina que se cuestione acerca de la necesidad de incorporar un llamamiento al ejercicio de un trabajo social, no sólo crítico, sino también feminista (Giamberardino, 2019).

Feminismos y ética del cuidado: un vínculo saludable

A la hora de hablar del término “cuidados” se debe reconocer que guarda múltiples sentidos y usos, hasta contrapuestos, ubicado en un terreno de disputas por su definición (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014). Desde la SC-MSL, se lo conceptualiza para resignificar el uso del trinomio “salud/enfermedad/atención” para reemplazarlo por “salud/enfermedad/cuidados”, como una forma de dotar a las estrategias de atención de una connotación más amplia e integral, que denote una dinámica de vínculos usuarias/os-trabajadoras/es más horizontales y participativos. Es decir, pone el foco en los encuentros que se producen en el contexto de los servicios de salud y cómo se organizan los procesos de trabajo en su marco, intentando abarcar la complejidad de las prácticas en salud.

Los abordajes en clave de cuidados priorizan la construcción de la empatía y un lazo con la/el otra/o, desde una instancia ética de buen trato, reconocimiento como sujeta/o de derechos y como semejante Franco y Merhy (2011) hablan de líneas de vida o de muerte puestas en juego en los actos de salud, según los movimientos que circulen del encuentro usuarias/os-trabajadoras/es; estos se pueden alejar o acercar a uno u otro extremo, dependiendo si toman formas de acompañamiento, empatía, disponibilidad o de desoimiento, estandarización y destrato. Similar a las líneas de vida, Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez (2014) emplean el concepto “ética del cuidado” para hacer referencia a prácticas con rasgos de seguridad, información, protección, respeto, amparo y aprecio.

Asimismo Franco, y Merhy (2011) escriben sobre la producción subjetiva de los cuidados, para pensar cómo se mediatizan por las subjetividades de las/os trabajadoras/es. Hacen uso del término “territorios existenciales” de Rolnik como referencial que forma sentidos e identidades singulares, pero producto de contextos sociales, que imprimen características particulares a los procesos de trabajo puestos en acto. Este planteo es afín con la revisión de las propias implicaciones, como fuente de interpelación constante para desentramar los atravesamientos institucionales que sedimentan en nuestras trayectorias, para reflexionar cómo nos afectan, cómo nos hacen ver determinadas cosas y no otras.

Entonces, el proceso en donde cada trabajador/a se inscribe como sujeta/o ético-política/o, condiciona los procesos de cuidados que sostenga. Por tanto, repasar los efectos de las implicaciones que llevamos con nuestros transitares, no se torna en un mero acto de terapia individual, sino en movimientos éticamente necesarios de territorialización y des-territorialización de nuestras prácticas. Se trata de mirarse para adentro, cuestionar nuestros instituidos para incorporar novedades a nuestros territorios, ética y políticamente identificados con la producción de una nueva realidad social más justa.

La posibilidad de construcción de una nueva ética del cuidado puede verse limitada a través de las actitudes normativas, como puede ser el no dar lugar a las inseguridades que genera estar delante de lo indefinido o lo que no se amolda a los comportamientos esperados. Abrazar esta posibilidad es un acto imprescindible para dar lugar a la/el otra/o. No hacerlo implicaría violentarla/o y no dejar que se exprese y despliegue sus sentidos respecto a lo que le aqueja y la realidad que la/o rodea. En el campo de la salud, mucha influencia se le debe al peso de los modelos de intervención médico hegemónicos, centrados en una visión positivista que alienta al abordaje de las situaciones casi como una forma de operar a la persona o a “su problema”, cual cuerpo enfermo para quitar o resolver. Según Turégano Castellanos y Barbeito (2017), estas tendencias que objetualizan a las/os usuarias/os pueden interpretarse como lastres de una visión patriarcal y androcéntrica de la ciencia inmiscuida en seno de nuestras formas de abordaje.

Esa impronta machista también opera homogeneizando a todos los cuerpos que escapan a la norma de la masculinidad hegemónica; por eso, fortalecer la opción de singularizar las trayectorias debe ser entendido como feminista. Poder dar lugar a las/os otras/os, escucharlas/os, poner atención a sus discursos y también reconocer las estrategias de

resistencias que ya emplean, de la magnitud y fuerza que sean, abandonando el sesgo paternalista de que el fin de las prácticas debe ser “dotarles de herramientas” (Turégano Castellanos y Barbeito, 2017). Es imperioso sacar el foco de la mirada victimizada, reconociendo que trabajamos con personas con capacidad de agencia.

Para analizar y tratar de entender a esas/os otras/os, la perspectiva interseccional nos puede ayudar a construir diagnósticos más enriquecidos de sus situaciones (Pombo, 2019). Ahí es cuando esas fotos estáticas expuestas al inicio del ensayo en forma de observables de la práctica deben estallar en mil fragmentos para que, como piezas de un rompecabezas, podamos ir (re)pensando junto con ellas qué caminos son necesarios o posibles transitar los acompañamientos; qué precisan resignificar, qué problematizar, qué poner en palabras, a qué sentires dar lugar, qué estrategias hay que potenciar, qué procesos hay que gestionar, qué silencios hay que respetar o qué preguntas hay que profundizar. Todos estos interrogantes son abstracciones sin sentido, sino se funden con las múltiples intersecciones anudadas en las trayectorias de esas usuarias: dónde nacieron, cuántos años tienen, en dónde viven, de qué trabajan, con quién conviven, cuáles son sus creencias religiosas o ideológicas, qué procesos de salud/enfermedad están atravesando, cuáles son sus itinerarios de atención, qué cosas les dan miedo o les preocupan, cuáles son sus deseos, con qué recursos cuentan.

Desterritorializar nuestras prácticas y reterritorializarlas (Franco y Merhy, 2011) en este sentido es propicio para la construcción de una ética del cuidado afín a una perspectiva de derechos, que para ser potenciada, debe ser traccionada en el encuentro con el enfoque feminista e interseccional. Alertarnos constantemente sobre esta revisión, ya que se trata de un movimiento inacabado e inacabable, nos recuerda del imperativo fundamental de no caer en intervenciones automatizadas, homogeneizantes y que, por lo tanto, (re)produzcan violencias racistas, clasistas y patriarcales. Violencias que, además de ser constitutivas de las estructuras sociales que nos envuelven, están a la orden del día en nuestros espacios de trabajo, acechando de manera intrínseca, y a veces inevitable, para cooptar nuestras intervenciones.

Retomando los dichos de Ferrandini (2011), respecto de que la salud es luchar contra las causas que atentan contra la vida, me parece interesante destacar que luchar en soledad es prácticamente imposible. De ahí en más, cualquier acto que intente provocar efectos de salud debe ser un acto que vaya al encuentro de las/os otras/os y una de las formas posibles y necesarias de ir a ese encuentro es a través de una ética del cuidado en clave feminista e interseccional.

Reflexiones finales

Los aportes de los feminismos han contribuido, entre otros aspectos, a repensar los procesos de salud/enfermedad/cuidados como condicionados por procesos de opresión atravesados por distintos estratificadores de desigualdad, entre los que se encuentran el género, la raza y la clase. Denunciando así, que todos los cuerpos que escapan a la norma heteropatriarcal de la

masculinidad hegemónica como privilegiada son violentados y oprimidos, de diferentes formas y con distinta intensidad. Estas trayectorias interseccionadas de desigualdades son las que traen consigo las/os usuarias/os con quienes trabajamos día a día. De allí que reconocer estos procesos implica adoptar una perspectiva teórico-metodológica feminista e interseccional.

Pero, a su vez, las intersecciones imprimen nuestras configuraciones de experiencia como trabajadoras/es de la salud pública. Analizando nuestras implicaciones podemos revisar los distintos privilegios y marcas de las violencias en nuestros cuerpos y vidas. Lo que nos interpela a dejar de relieve también los condicionamientos institucionales que delimitan nuestra intervención. Trabajadoras/es sociales, dentro de un colectivo profesional feminizado, en el marco de políticas públicas precarizadas, que son instrumentos de (re)producción de un orden social injusto y desigual. Entonces, ¿Desde dónde abordamos las situaciones que se nos presentan? ¿Qué potencialidades y limitaciones nos condicionan?

Repensar las prácticas en esta clave es propicio con una búsqueda de diálogo permanente con los procesos que nos atraviesan como sociedad, en tanto se aspire a un posicionamiento crítico. Y en tal sentido, los avances y aportes con los que ha contribuido el feminismo a las luchas sociales por la igualdad y los Derechos Humanos ha sido, y continúa siendo, una fuerza que cuestiona lo instituido a su paso. Esa potencia con la que se plantea corroer los cimientos de las desigualdades, también exige un trabajo de construir nuevas referencias desde dónde actuar. Tomar esta fuerza para pensar movimientos de desterritorialización y territorialización de nuestros esquemas puede ser un camino frondoso para problematizar la puesta en práctica de los actos de salud y cuidados de las/os usuarias/os que vemos día a día.

No se trata de una receta o método de intervención “infalible” listo para usar, sino más bien, de ejercitar incesantemente un determinado posicionamiento en el marco de una ética del cuidado respetuosa con las/os otras/os, que promueva actos en salud. Esta postura ética, no debería ser pensada en escisión con una práctica en salud nutrida desde el feminismo y la perspectiva de género interseccional, para que ponerse el ambo violeta se convierta en un proceso inherente a nuestro cotidiano de trabajo y no de un mero cambio de vestuario para la ocasión.

Referencias bibliográficas

Anzorena, Claudia (2018): La institucionalidad que supimos conseguir: debates necesarios. V *Jornadas CINIG de Estudios de Género y Feminismos* (pp. 1-11). La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.10819/ev.10819.pdf . Fecha de consulta: 11/02/20.

Ciapessoni, Fiorella (2014): *Informe Situación de calle desde una perspectiva de género y el trabajo de atención directa*. Febrero. La diaria. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: https://ladiaria.com.uy/media/attachments/Informe_mujeres_Fiorella_Ciapessoni_1.pdf Fecha de consulta: 15/02/2020.

Couto, Marcia Thereza, de Oliveira, Elda, Alvez Separavich, Marco Antonio, & do Carmo Luiz, Olinda (2019): La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, 1-14. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.

Esteban, María Luz (2006): El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 9-20.

Ferrandini, Débora (2011): Algunos problemas complejos de salud. Entrevista. Disponible en entrevista. Disponible en: <http://www.heroinas.net/2013/06/debora-ferrandini.HTML> Fecha de consulta: 22/02/2020

Franco, Tulio Batista y Merhy, Emerson (2011): El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7 (1), 9-20, enero-abril. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.

Giamberardino, Gisela. (2019): De ausencias y suturas. Feminismos para un Trabajo Social emancipador. En Riveiro Laura, "Trabajo Social y feminismos: perspectivas y estrategias en debate" (pp. 71-104). La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de: <https://n9.cl/qlau> Fecha de consulta: 15/01/2020.

Guilliani, Delia (2016): La práctica profesional de Trabajadoras Sociales y la inherente condición de lo femenino: la importancia de su análisis. En Entel, Rosa: *Violencia de género: miradas e intervenciones desde la diversidad disciplinar*. Espacio Editorial, Buenos Aires.

Lienas, Gemma (2001): El diario violeta de Carlota. Destino infantil y juvenil. Recuperado de: <https://n9.cl/5l67f> Fecha de consulta: 20/02/2020

Menéndez, Eduardo (2003): Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 8 (1), 185-207. ABRASCO, Río de Janeiro.

Michalewicz, Alejandro; Pierri, Carla y Ardila-Gómez, Sara (2014): Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso de salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, 21, 217-224. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf> Fecha de consulta: 21/01/2020.

Nebra, Julieta (2018): Feminización del trabajo social: implicancias en la construcción del perfil y la identidad profesional en estudiantes y docentes de la Universidad de Buenos Aires. *Trabajo y Sociedad - Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas*, 31, 261-284. Santiago del Estero. Recuperado de: <https://n9.cl/haeip> Fecha de consulta: 27/01/2020.

Polanco, Nadia (2019): El feminismo como lente privilegiada para el análisis crítico del ejercicio profesional, de las políticas públicas y las prácticas cotidianas. En Riveiro Laura (Comp.), *Trabajo Social y feminismos: perspectivas y estrategias en debate* (Pp. 211-241). La Plata, Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de: <https://diariofemenino.com.ar/df/wp-content/uploads/2019/07/FEMINISMO-web.pdf> Fecha de consulta: 15/01/20.

Pombo, Gabriela (2019): La interseccionalidad y el campo disciplinar del trabajo social: topografías en diálogo. En Riveiro, *Trabajo Social y feminismos: perspectivas y estrategias en*

debate (pp. 149-176). La Plata, Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos. Recuperado de: <https://n9.cl/qlau> Fecha de consulta: 15/01/20.

----- (2019): La interseccionalidad y el campo disciplinar del trabajo social: topografías en diálogo. En Riveiro Laura (Comp.), *Trabajo Social y feminismos: perspectivas y estrategias en debate* (pp. 149-176). La Plata, Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de: <https://n9.cl/qlau> Fecha de consulta: 15/01/20.

Stolkiner, Alicia y Ardila, Sara (2012): Conceptualizando salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. Recuperado de: <https://n9.cl/hobjo> Fecha de consulta: 15/02/2020.

Tájer, Débora (2012): *Género y salud. Las políticas en acción*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Turégano Castellanos, Cristina y Barbeito, Ana (2017): *Trabajo Social Feminista. Aportes desde la experiencia de trabajo con mujeres en situación de prostitución y trata*. Madrid, Equipo de trabajadoras del dispositivo Concepción Arenal. Madrid.

Cita recomendada

Gutiérrez, N. (2020). ¿Ponerse el ambo violeta? Feminismos, ética del cuidado y salud pública. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 4 (7). 247-261. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30761> ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre la autora

Nuria Gutiérrez

Argentina. Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Residente de 3er año de la Residencia de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Docente de la materia "Psicología Institucional" (Cátedra Acevedo) de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Correo electrónico: nuriasoledadgutierrez@hotmail.com