

Salud feminista

Soberanía de los cuerpos,
poder y organización

Compilado y editado por

**Fundación Soberanía
Sanitaria**

Sabrina Balaña
Agostina Finielli
Carla Giuliano
Andrea Paz
Carlota Ramírez



Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización - 1ª ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Tinta Limón, 2019.

224 p. ; 19 x 13 cm.

ISBN 978-987-3687-58-7

1. Salud Pública. 2. Feminismo. I. Fundación Soberanía Sanitaria
CDD 613.0424

Primera edición: 1000 ejemplares, septiembre de 2019

Diseño de cubierta: Diego Maxi Posadas

Imagen de tapa: Nosotras proponemos/Trenza (8 de marzo de 2019, Buenos Aires)

Maquetación y diseño de interiores: Juan Pablo Fernández

Corrección: Mariano Pedrosa

© De los textos, Fundación Soberanía Sanitaria

© 2019, de la edición, Tinta Limón Ediciones



Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 3.0
(CC BY-NC-ND 3.0)



Usted es libre de:

 * Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

Bajo las condiciones siguientes:

 * Reconocimiento — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciente (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).

 * No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

* Sin Obras Derivadas — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

Entendiendo que:

 * Renuncia — Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor

* Dominio Público — Cuando la obra o alguno de sus elementos se halle en el dominio público según la ley vigente aplicable, esta situación no quedará afectada por la licencia.

* Otros derechos — Los derechos siguientes no quedan afectados por la licencia de ninguna manera:

- Los derechos derivados de usos legítimos u otras limitaciones reconocidas por ley no se ven afectados por lo anterior.

- Los derechos morales del autor

- Derechos que pueden ostentar otras personas sobre la propia obra o su uso, como por ejemplo derechos de imagen o de privacidad.

* Aviso — Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar muy en claro los términos de la licencia de esta obra.

Salud feminista

Soberanía de los cuerpos,
poder y organización

Dora Barrancos
Sabrina Balaña
Agostina Finielli
Carla Giuliano
Andrea Paz
Carlota Ramírez
Marta Dillon
Moirá Pérez
Laura Contrera
Débora Tajer
Luciano Fabbri
Blas Radi
Karina Felitti
Valeria Salech
Violeta Osorio
Julieta Saulo
Ruth Zurbriggen



Índice

Prólogo. Dora Barrancos	7
Introducción. Rondas para pensar la salud desde el género. Bases para una agenda sanitaria feminista. Sabrina Balaña, Agostina Finielli, Carla Giuliano, Andrea Paz, Carlota Ramírez (Ronderas Feministas. Fundación Soberanía Sanitaria)	11
Ronda 1. Salud, género y soberanía de los cuerpos	
Una historia contemporánea. Marta Dillon	21
Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. Moira Pérez	31
De la patología y el pánico moral a la autonomía corporal: gordura y acceso a la salud bajo el neoliberalismo magro. Laura Contrera	49
El aborto como problema de salud colectiva. Débora Tajer	75
Ronda 2. Poder y disputas en el campo de la salud	
Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable. Andrea Paz y Carlota Ramírez	89
Género, masculinidad(es) y salud de los varones. Politizar las miradas. Luciano Fabbri	101
Injusticia reproductiva: entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales y reproductivos. Blas Radi	125

Ronda 3. Organización y prácticas feministas en el campo de la salud	
Brujas de la Nueva Era. La salud de las mujeres en clave espiritual y feminista. Karina Felitti	147
Cannabis para la salud: Mamá Cultiva Argentina. Valeria Salech (Mamá Cultiva Argentina)	161
Parir sin nombre, vivir sin voz. Violeta Osorio y Julieta Saulo (Las Casildas)	183
Abortar y acompañar a abortar. Armándonos vidas activistas feministas afectadas. Ruth Zurbriggen (Socorristas en Red)	199
Autorxs	219

Prólogo

DORA BARRANCOS

Los estudios concernientes a las relaciones de género y a las diversas identidades sexo sociales han alcanzado particular estatura cuanti y cualitativa en nuestro medio. Un dato revelador de esta circunstancia es el número de proyectos de investigación hospedados en los últimos años en el CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas). En esta institución, se contaban alrededor de doscientos abordajes hacia 2018, con una clara mayoría de propuestas de tesis doctorales y de planes de trabajo posdoctorales que indagaban sobre géneros, feminismo y diversidades sexuales. Sin embargo, la dimensión de la salud no constituye el escenario más concurrido por las indagaciones en clave generizada, aunque resultan incontestables las contribuciones con que contamos desde hace bastante tiempo en el país. Debe reconocerse que desde hace mucho disponemos de excelentes referencias en la materia.

Este libro se ofrece como una notable ampliación de los tópicos, de los problemas y de las existencias afectadas tanto por los procesos de salud-enfermedad como por las concepciones y los imaginarios relativos al cuerpo, en un sentido polisémico, que se distancia por completo de los determinantes biológicos. El conjunto de los textos reta a las tentaciones normativas del contrapunto normal vs. patológico, tan entrañable a las formas canónicas de la medicina. El propio título del libro es una toma de posición que constituye un desafío, porque resitúa en llave sociocultural a la dimensión de la salud, y de manera singular se propone un alzamiento contra lo prescriptivo alegando la soberanía sanitaria. No sorprende que una primera parte vincule de modo directo a los cuerpos y sus conformaciones genéricas con la cuestión de la autonomía como estatuto básico de salud, y que rápidamente incorpore el fenómeno de la violencia. ¿O es extraña a la salud la violencia que padecen las mujeres y les diverses? Los padecimientos, las humillaciones y las exclusiones

debidos a las marcas de género se traducen como fenómenos al menos *contra* sanitarios. Agréguese que la marca patriarcal de la medicina apenas se ha atenuado y que sus concepciones asisten casi sin fisuras al fórceps antiemancipatorio. La medicina acodada sobre la biología es paradójica, porque la anamnesis no se realiza sobre el conversatorio entre órganos y sistemas, sino que quien oficia en el campo médico interroga acerca de fenómenos culturales, tales como el tipo de vida, alimentación, consumo, trabajo, etc. No obstante, el orden médico está todavía distante de mostrar competencias con el vocabulario que la cultura le dicta a la naturaleza.

8 Una segunda parte se despliega en torno del poder y su fragua en la dimensión de la salud. Las identidades socio sexuales tienen mucho que decir frente al ejercicio hegemónico de concepciones y prácticas. Los nuevos derechos obligan a reinterpretaciones, pero no cabe duda de que hay muchas dificultades para establecer nuevos paradigmas epidemiológicos. Y esto vale también para las conformaciones genéricas estandarizadas, “varón”, “mujer”, de imposible unanimidad ontológica cada una de esas categorías falsamente polares. Desde luego, las concepciones sedicentes están alteradas con las emergencias travestis, trans –y la suma de otredades–, manifestaciones estas que enloquecen la brújula del control médico. No podía faltar en este segmento dedicado a los intrincados vínculos con el poder la cuestión del aborto, cuya penalización habla alto acerca del ordenamiento patriarcal. Orden jurídico recostado sobre orden médico, que no se nos olvide, en una operación sinergial que ha cobrado innúmeras vidas sobre todo entre las más pobres, pues las formas más abyectas de la clandestinización son proporcionales a la segregación de clase de las gestantes. Las macizas movilizaciones de 2018 para conquistar el aborto legal, seguro y gratuito como derecho humano fundamental estuvieron a un tris de la victoria, y tenemos la convicción de que más temprano que tarde obtendremos la ley.

Por último, este libro ofrece una perspectiva feminista de intervenciones en la salud que van desde las formulaciones colectivas de autocuidado, con múltiples formas de gestión –incluyendo prácticas espirituales– hasta los empeños solidarios de acompañamiento de quienes desean interrumpir embarazos no deseados, una saga conmovedora

de sororidad. Con esas manifestaciones, se intercala una celebración del derecho a parir sin violencia, con dignidad, explorando determinadas experiencias militantes en nuestro medio. Entre los textos que se refieren a estas cuestiones, se sitúa la emblemática defensa del cultivo de cannabis con propósitos sanitarios, reclamo que finalmente pudo plasmarse –con limitaciones– en una ley que, sin embargo, está muy lejos de la aplicación, como suele ocurrir con algunas de las prerrogativas alcanzadas.

Este libro ofrece un conjunto de reflexiones que el campo de la salud debe absorber para incidir con conductas que promuevan la autonomía y la dignidad. Resulta consternadora la rémora de las viejas concepciones acerca de los procesos de salud-enfermedad, la ceguera cognitiva respecto de la generización inexorable de tales fenómenos y, muy especialmente, la recusa de percepción contextual para hacer inteligible el lenguaje del cuerpo que enuncia sus significados contrariando a los presupuestos *naturales*. A menudo he sostenido una advertencia, y me parece más que adecuado dar la bienvenida a este libro volviendo a ella: para quienes creen a pie juntillas que hay una lectura transparente de los fenómenos de la naturaleza, es bueno que sepan que la naturaleza no sabe que se llama naturaleza. Su lenguaje es el que hemos inventado, una arbitraria operación mediadora con la que damos por sentado principios y leyes. Conviene abdicar de su prepotencia, y hacer de la salud un estatuto libertario, tal como emerge como acicate de las páginas de este texto.

Introducción

Rondas para pensar la salud desde el género. Bases para una agenda sanitaria feminista

SABRINA BALAÑA, AGOSTINA FINIELLI,

CARLA GIULIANO, ANDREA PAZ, CARLOTA RAMÍREZ

(RONDERAS FEMINISTAS. FUNDACIÓN SOBERANÍA SANITARIA)

Las movilizaciones masivas en defensa del derecho al acceso al aborto voluntario, seguro y gratuito que recorrieron el año 2018 instalaron a los feminismos populares en la escena pública y en el debate acerca de la igualdad como objetivo de toda política sanitaria. La participación de más de 800 representantes de la sociedad en el debate parlamentario y público fue un motor que permitió profundizar y fortalecer los argumentos jurídicos, éticos y sanitarios a favor del derecho a decidir sobre el cuerpo e instalar la necesidad de revisar los modelos vigentes de atención en salud. El debate legislativo dejó también al descubierto que el sistema de salud no está en condiciones, en el mejor de los casos, de satisfacer las necesidades de salud (no) reproductivas^I de las mujeres, varones trans y otras personas con capacidad de gestar, ni de garantizar el acceso a servicios de calidad. Y sería un error reduccionista e ingenuo limitar las causas de esta situación a la mayor o menor proporción de profesionales de la salud dispuestos a dar acceso a esta práctica.

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. Colectivos feministas se han organizado para asegurar políticas de cuidado basadas en la solidaridad, disputando así el sentido acerca de la salud y de cómo gestionarla. Plantean el desafío de lograr incorporar esas lógicas de construcción de ciudadanía en salud dentro de las

II

I Los principales motivos de consulta de las mujeres y personas con capacidad de gestar en el sistema de salud se relacionan con *procesos reproductivos*, dentro de los que habitualmente se incluyen el embarazo, parto y puerperio, pero también las situaciones de aborto. Sin embargo, este último se trata de un proceso *no reproductivo*, dado que en muchos casos incluye la decisión de la persona gestante de no continuar con un embarazo. Nominarlo como tal es parte importante de reconocerlo.

instituciones responsables de producirla y preservarla. La organización y el pensamiento feminista han logrado poner definitivamente en agenda el derecho a las decisiones autónomas libres de toda opresión y violencia y han denunciado el sometimiento de los cuerpos feminizados a la violencia patriarcal, colonial, extractivista y capitalista. A lo largo de estos procesos de lucha que llevan más de 40 años, y que tiene como antecedente e inspiradoras a las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo, hemos ido desarrollando entre todas nuevas formas de producción de conocimiento desde donde estamos sentando las bases para la construcción de una salud popular y feminista.

Después de tres décadas de encuentros de mujeres, de las movilizaciones masivas del Ni Una Menos y de tres paros internacionales, las mujeres, lesbianas, trans, travestis y personas no binarias no nos conformamos con que nos vean y que nos escuchen, lo que queremos ahora –y para lo que nos preparamos– es decidir en qué mundo queremos vivir y qué salud vamos a construir.

Desde hace varios años, en la Fundación Soberanía Sanitaria, nos planteamos algunos interrogantes, y nos propusimos convocar a otras compañeres que, desde la academia y el activismo transfeminista, están construyendo nuevos discursos teóricos, nuevas prácticas de cuidado, nuevas formas de producir salud más igualitarias e inclusivas. Convocamos a las mujeres que gestionan colectivamente desde el territorio la salud de les hijes o los abortos seguros, al feminismo gordx que politiza la mirada médica sobre la diversidad corporal, a las compañeras que desde los sindicatos luchan por la salud de las mujeres trabajadoras, a académicas que desarrollan preguntas y conceptos para pensar las nuevas prácticas. Organizamos el diálogo en rondas, como metodología sorora, con el propósito de pensar en conversación colectiva qué necesitamos y cómo construir con otras un círculo expansivo donde la palabra circule hasta el infinito y donde todas las voces importen. Un pensar con otras, donde no haya posibilidad de pensamiento unívoco. Durante 2018 nos encontramos a lo largo de cuatro rondas en las que a partir de interrogantes y análisis incómodos tomamos la palabra y fuimos enhebrando reflexiones, nuevas preguntas y disidencias.

¿Es posible pensar en la soberanía sanitaria sin la soberanía de las personas sobre sus propios cuerpos? ¿Puede existir la equidad en salud sin la autonomía de las mujeres para que decidan sobre su reproducción y su destino, o sin la autonomía de los varones para elegir cómo vivir sus emociones y vínculos, interpelando las formas hegemónicas de la masculinidad y sus privilegios? ¿Podemos construir salud si no rompemos finalmente con el binarismo cis heteronormativo sobre el que se sostienen los modelos de atención dominantes?

Con un anclaje en el contexto local y regional, y a partir de distintas miradas y relatos, invitamos a quienes participaron de las Rondas para Pensar la Salud desde el Género a que, basados en esa experiencia, escribieran los artículos que ahora forman los capítulos que dan cuerpo a este libro, y que organizamos inicialmente en cuatro ejes de trabajo articulados entre sí, con la intención de abrir preguntas más que de ofrecer certezas. Cobijadas en la casa de las Madres de Plaza de Mayo durante cuatro encuentros de praxis colectiva y con una epistemología feminista, continuamos (a partir del trabajo de otras y otros) profundizando el reconocimiento de los mecanismos de subordinación de género que por medio de la violencia patriarcal se apropia de nuestros cuerpos-territorios produciendo sufrimiento, enfermedad y muerte. La experiencia de producción de conocimiento feminista nos permitió comprender que la reparación de los vínculos sociales es sanadora y poderosa, que cuando decimos que “si tocan a una, nos tocan a todas”, estamos diciendo que la salud es colectiva y que la autonomía es en relación –entre nosotres– y que todos los cuerpos importan. Entendimos que todo cuidado es político y que sólo si somos dueñas de nuestras decisiones reproductivas, podremos transformar un sistema patriarcal que expropia la fuerza de trabajo de las mujeres y explota doblemente a quienes reproducimos esa misma fuerza de trabajo bajo la premisa del amor.

13

Este libro intenta recuperar estos debates para contribuir de manera colectiva a la reflexión y a la problematización de la noción de soberanía sanitaria y democracia en clave feminista. En los actuales escenarios de resistencia, los colectivos feministas, travestis, trans y no binarios han desarrollado una inmensa capacidad organizativa y discursiva. Los feminismos que viven en los territorios colectivizan los problemas y las soluciones, entendiendo que somos todes integrantes de una red de interacciones. Ante la violencia, la pobreza y la marginación que produce el

neoliberalismo, hemos creado soluciones locales que garantizan la seguridad, la alimentación y la vivienda en la resistencia, sin dejar de participar activamente en la militancia política como herramienta emancipatoria. Una política en clave feminista por experiencia histórica acumulada, en palabras de Rita Segato, una política del arraigo territorial y comunitario, pragmática y orientada por las contingencias más que por la moralidad, próxima y no burocrática, interesada más en el proceso que en el resultado y, sobre todo, solucionadora de problemas y preservadora de la vida en el cotidiano. En este proceso de descubrimiento y crecimiento, los feminismos han construido poder. Queremos transformar el sistema de salud, cambiarlo todo para que cada una pueda vivir su sexualidad y su corporalidad con autonomía y libertad, y pueda acceder a una atención y acompañamiento sin violencias ni discriminación, y eso incluye necesariamente a los servicios de salud, sus prácticas y sus lógicas de organización. Identificar qué aspectos del funcionamiento del sistema de salud facilitan el acceso a los derechos y cuáles obstaculizan, reconociendo que los sentidos acerca de la salud y del rol del Estado como garante de derechos tienen un impacto en la subjetividad de las personas.

Los capítulos del libro están organizados en tres Rondas, y fueron escritos en su mayoría por ronderas y ronderes participantes de los encuentros realizados en 2018. La selección de invitadas a escribir este libro fue pensada para darle voz a las mujeres, lesbianas, trans, y otras personas con identidades disidentes, sabiendo que no están todas las voces presentes. Tomamos la decisión de excluir la voz de los varones cis hétero entendiendo que la búsqueda consiste en empezar a dar voz y letra a quienes históricamente hemos sido callados. Profesionales, académiques y activistas con experiencias docentes, territoriales y comunitarias heterogéneas utilizaron sus saberes y aprendizajes para interpelar el campo de la salud desde el lente del género.

En la Primera Ronda del libro, sobre Salud, Género y Soberanía de los Cuerpos, Marta Dillon recorre el lugar del cuerpo en su historia feminista desde su experiencia singular, familiar, histórica y militante, siempre en relación con otros. Describe el recorrido de los cuerpos que conocen la deriva, los desplazamientos, las opresiones, pero también la resistencia. Cuerpos vulnerables a la pasión y a la amistad política. Luego, Moira

Pérez desarrolla algunos puntos nodales de una perspectiva acerca de la salud desde la teoría queer. Esto implica, por un lado, detectar cuáles son las críticas que se podrían hacer desde este marco teórico a las concepciones hegemónicas en salud, poniendo particular atención en las nociones de universalidad, autonomía, autoridad epistémica y normalidad. Por su parte, Laura Contrera, cuyo recorrido se define en el activismo gordx, analiza el discurso médico como mecanismo normalizador de los cuerpos, que sanciona el exceso de grasa/carne y construye la construcción de una jerarquía en la cual algunos cuerpos son más valiosos que otros. Propone nuevas lecturas de lxs cuerpxs en las que el exceso de grasa/carne pueda abordarse desde el marco de derechos, la ciudadanía plena y de la diversidad humana. Cierra esta Ronda Débora Tajer, quien aporta una mirada desde el campo de la salud mental acerca del aborto, haciendo fundamental hincapié en la advertencia de no psicologizar los procesos personales a la hora de interrumpir un embarazo.

En la Segunda Ronda, que intenta exponer algunas de las estructuras de poder que sostienen el modelo patriarcal en el campo de la salud, las ronderas Andrea Paz y Carlota Ramírez proponen abrir la discusión de la epidemiología como campo en disputa. Politizan el concepto de riesgo, invitan a construir epidemiologías feministas, y señalan cómo las prácticas médicas, y el uso de los resultados de la epidemiología del riesgo, habilitan el despliegue de un poder que se ejerce sobre los cuerpos en el presente, basado en la probabilidad de un futuro deseado. Luego, Luciano Fabbri se propone politizar las miradas sobre la masculinidad y su vínculo con la salud, con la intención de problematizar algunas de las aproximaciones hegemónicas al campo de la “salud de los varones” como un aporte a la construcción de una salud feminista. Critica la mirada auto-centrada de la masculinidad, e invita a pensar la relación entre masculinidad y salud desde una perspectiva relacional. Para cerrar esta ronda, la voz de Blas Radi describe las contradicciones y conflictos que existen entre el reconocimiento del derecho a la identidad y algunas consecuencias negativas para la población trans. Identifica obstáculos legales, políticos y culturales que impiden a las personas trans ejercer sus derechos reproductivos. Propone el concepto de justicia reproductiva que

incorpora la teoría de la interseccionalidad y la universalidad e indivisibilidad de los derechos humanos y permite interpelar la matriz binaria que caracteriza al pensamiento occidental.

En la Tercera Ronda de este libro emerge la riqueza transformadora de la organización feminista en el ámbito sanitario. Karina Felitti explora la manera en que se vive y se expresa la “liberación femenina” en el grupo de mujeres cis heterosexuales de clase media urbana en dos escenarios, poniendo el foco en la espiritualidad. El texto analiza las críticas que surgen al modelo médico hegemónico desde esta perspectiva y también la relación entre las prácticas alternativas y la recuperación del movimiento por la salud de las mujeres de la década del setenta. Por su parte, Valeria Salech describe el recorrido realizado por las mujeres que forman Mamá Cultiva en su búsqueda de alternativas al modelo médico que mejoren la calidad de vida de les hijes y familiares enfermes. Interpela el modelo médico dominante, los dispositivos que diagnostican desde una mirada puramente biológica, la fragmentación de los servicios y prestaciones de salud, las opciones limitadas que ofrece la farmacología con las secuelas adversas para les niñes y el rol de cuidadoras que interpela el sistema de salud. En el siguiente capítulo, Violeta Osorio y Julieta Saulo invitan a pensar el vínculo conflictivo entre el feminismo y la maternidad. Las autoras, fundadoras e integrantes de Las Casildas, comparten su mirada sobre las prácticas obstétricas dominantes en el contexto de la sociedad patriarcal, resaltando la importancia de abrir espacios de organización donde las mujeres puedan alzar la voz, discutir, cuestionar y ser protagonistas de sus propias decisiones y deseos. Por último, Ruth Zurbriggen cierra la ronda historizando el surgimiento de Socorristas en Red, contando su experiencia territorial para luego centrarse en la corporalidad de las mujeres y en la necesidad de que ese cuerpo sea sostenido en red por otras mujeres. Reflexiona sobre la productividad de una agencia micropolítica en las prácticas de aborto, y en cómo en ese agenciamiento generamos abortos de manera segura, autónoma, cuidada y acompañada, por fuera de la relación de dependencia de un saber médico hegemónico.

El final de estas rondas es abierto a nuevas preguntas y a nuevas intervenciones que enriquezcan la discusión para acciones transformadoras en el campo de la salud. A lo largo de estas páginas de intercambio, esperamos propiciar un debate que nos permita identificar y definir algunos de los mecanismos de subordinación de género que producen desigualdades e inequidades. También nos proponemos promover el surgimiento de nuevas preguntas que nos guíen en el análisis crítico de las políticas y las prácticas en salud para pensar la relación entre la soberanía de los cuerpos, la construcción de poder, la organización territorial y la soberanía sanitaria. Como militantes políticas feministas, apostamos a la producción colectiva del conocimiento, entendiendo que la única práctica que puede oponerse a las lógicas patriarcales y coloniales del capitalismo es la organización y solidaridad en comunidad, con un Estado que garantice equidad. Esperamos que este libro contribuya a enriquecer y profundizar el debate abierto por los feminismos, permeando el campo de la salud, para desarrollar políticas integrales de cuidado inclusivas y con justicia social. Deseamos que abra la posibilidad de nuevas rondas en los diversos territorios, con nuevos saberes y nuevas voces.

Ronda I.
Salud, género y
soberanía de los cuerpos

Una historia contemporánea

MARTA DILLON

Todas las historias contemporáneas llevan en su corazón la experiencia singular de quien las cuenta. Aun cuando en el relato no se diga ni una sola vez “yo”.

Puede tratarse de una obra de arte o una performance, de un texto académico, una entrevista, una crónica, del relevamiento formal de un cuerpo de leyes, la sistematización de ciertas tendencias, un descubrimiento cultural o la transformación de una geografía, puede ser que se trate del modo de comer o de gozar de una época. En la elección del objeto, en el recorte particular de un tiempo, en el ojo dispuesto a enfocar una arista, un contraste: ahí, en su centro, late la experiencia de quien se anima a la tarea de narrar.

Giro autobiográfico o superpoblación de narraciones y de información, necesidad de fijar los contornos de una vida, como si una vida pudiera vivirse aislada de las otras; no lo sé. El yo aparece con más fuerza que la primera persona, que el registro de la experiencia que aparece más como acumulación de sucesos que como transformación de la subjetividad. Yo tomo mi propia fotografía, yo estuve aquí, yo leí, yo comí.

21

Pero, ¿quién puede decir yo si no es con otre, sin la conciencia de que no hay existencia sin lazo y que ese lazo es tanto distancia como nudo con otros cuerpos?

En las historias feministas, en su narración, la experiencia está en el centro como búsqueda de un hilo narrativo, ya no de la memoria del yo, sino de la memoria y la construcción de un lazo que pone en evidencia el doble mecanismo de enlace y separación, de atadura y corte, de identidad y diferencia. Somos feministas porque no estamos solas, pero somos

feministas también porque alguna vez estuvimos solas o creímos estarlo. Buscamos un lazo que se teje resistente para hacer red entre cuerpos con potencia de enjambre.

Pero la experiencia tampoco alcanza para fraguar una voz feminista. Se necesita también un cuerpo, uno hecho de sangre y de lágrimas, de heces y de babas, de músculos, de piel, de maquillaje. Cuerpos que conocen la deriva, los desplazamientos, las opresiones, pero también la resistencia. Cuerpos afectados por la pasión y la amistad política.

Un cuerpo como este que soy, que habla, que vibra, que se expone a la mirada, que tiembla de miedo y de vergüenza, pero también de amor y de deseo.

Así es como a diario ponemos el cuerpo. Lo sujetamos con palabras, lo erguimos, lo adornamos con hebillas y tatuajes; envuelto en cosas que elegimos con precisión lo sacamos a la calle. Nunca nos olvidamos de que ahí debajo está la sangre. No, si somos feministas. Nosotras ponemos el cuerpo. Lo ponemos para hacernos de uno que sea propio, que goce con sus propios goces, que inscriba el tiempo a su ritmo, que se expanda o se contraiga según su deseo. Porque nuestros cuerpos están escritos desde antes que podamos vivirlos. Es sobre esa superficie tangible que se acunñan las instrucciones escritas por otros para su correcto funcionamiento.

Nuestro cuerpo no debe tener olores inconvenientes: si menstruamos, que sea con perfume, aunque sangremos, que sea azul. Nuestros cuerpos tienen que encajar en medidas o someterse a todo tipo de tecnologías, a veces crueles, a veces inútiles, siempre implicando dinero. O encajan o son burlados. O se meten al gimnasio o son burlados, ocultan los signos del tiempo o quedarán fuera del mercado del deseo, inhabilitados para el placer, aunque nosotras lo tomemos y lo gocemos lo mismo.

Nuestros cuerpos están hechos para aguantar, albergar, limpiar, cuidar. Borrados detrás de los deseos y las necesidades de los otros, enajenados de las decisiones más íntimas, cómo coger, cómo comer, cuándo y cómo tener un hijo o una hija, cómo parir, cómo dar la teta y en dónde. Cómo vestirse según la edad,

¿Y si no, qué?

Si no, la abyección: putas, lesbianas, feminazis, gordas, estériles, locas, malas madres. Más abyectas aun si somos negras, si somos pobres, si somos indias. Los textos que se imprimen sobre nuestros cuerpos cambian, para todas hay un modo que es más o menos correcto para su época, que dialoga con las rebeliones que desde el feminismo se suceden en pliegues, que se apropian de las políticas del orgullo para declararse orgullosamente monstruosas, disidentes, negras, gordas o mestizas. El deber ser nunca nos abandona, tal vez como parpadeo, hasta que el mercado del deseo y el mercado a secas, hasta que el lenguaje del capitalismo neoliberal, el marketing, captura esa rebeldía y la traduce en producto con su nuevo manual de instrucciones para el correcto funcionamiento. Lo saben las indígenas en Bolivia que, después de asistir a la espectacularización de los ritos ancestrales de la Pachamama por parte de las autoridades gubernamentales, se ven expropiadas igual de sus territorios, asisten a la tala de bosques y son miradas con sospecha cuando la pañoleta de su traje de chola no está lo suficientemente bordada. Lo saben las negras que ahora deberían alegrarse porque el clásico calendario Pirelli, que desde los años setenta retrata súper modelos por medio de la lente de consagradísimos fotógrafos, en esta década hizo uno que retrata sólo personas negras, y no sólo mujeres. Lo sabemos cada vez que nuestras consignas se transforman en remeras producidas en talleres donde la explotación humana contradice los gritos indignados que las acuñaron. La consigna Ni Una Menos, en Argentina, fue producida por una importante ropa de marca y no casualmente esa producción tiene un plus en el precio, porque se supone que las ganancias extras irán a grupos de mujeres en situación de violencia. Pero antes pasan por la vidriera.

Paradoja: nosotras cargamos con la animalidad. Nos dicen vacas por gordas, zorras por putas, yeguas cuando nos rebelamos o ejercemos poder, gatas cuando nos objetivan como cuerpos sexuados, conejas cuando parimos; siempre aludiendo a nuestra sexualidad y a los excesos de nuestro cuerpo. Pero no disponemos de nuestros flujos, nuestros saberes sobre la carne no cuentan, nuestros cuerpos siguen habitando la zona del misterio. Y sin embargo, ponemos el cuerpo, problematizamos el cuerpo, nos hacemos de un cuerpo. Contra la amenaza siempre presente de la abyección, en esa misma zona nos hacemos de un cuerpo. Podemos manipularlo, dejar de menstruar si queremos, hacerlo en una copa y volcar

el sangrado de todo un día en una protesta, quitarnos las tetas cuando nos pesan, mostrarlas porque se nos da la gana, explorarlas para el placer, levantarlas con sostenes, agrandarlas, perforarlas, ignorarlas.

Ser feminista es un diálogo constante con el cuerpo. El propio y el de las otras, los otros, les otros.

El cuerpo, primer territorio para el reclamo de soberanía, primera superficie de exploración, con las fajas de clausura que impone la medicina, el discurso de las madres, el higiénico. Nos meten miedo a las cavidades donde no entra la luz; ahí no se mete la mano, te la pueden comer; lo que no se ve, por algo está oculto. No es de niñas andar metiéndose donde no las llaman aunque no haya distancia entre el yo de la niña y la hendija donde se hurga.

El misterio femenino siempre es una postergación, una revelación que llegará después, de la mano de quien sea capaz de operar la llave correcta. No la nuestra.

Pero casi nunca obedecemos, metemos dedos, nos los llevamos a la boca, los chupamos, los volvemos a meter, imaginamos placeres antes de nombrarlos en cualquier orificio, nos pellizcamos fuerte para reconocer la sangre latiendo debajo de la piel, nos cortamos para no llorar, nos besamos con las amigas en los armarios, nos apretamos granos frente al espejo con asco y dolor pero deseosas de saber qué hay dentro, espiamos detrás de las puertas de los baños en busca de otros cuerpos, para saber, para saber, para saber.

24 Nuestras exploraciones no son distintas de las de los varones al principio, salvo que nuestros cuerpos están hiperhablados, poblados de advertencias, de zonas sin retorno una vez que se las transita, las exploraciones nos pueden hacer perder –la virginidad, la belleza, la reputación– y si a ellos se los alienta a la aventura, a nosotras se nos demanda la espera.

Y sin embargo, acá seguimos sometiéndonos a los caprichos del capillo que intenta domeñar los rulos, bien tirantes para que no se note la mota, para que no asuste esa selva, recuperando después soberanía sobre la geografía de nuestros cuerpos no ya como conquistadoras, que ese es el lenguaje del tirano, sino como busconas del deseo de ser encarnadas, sin pedir perdón por la sangre ni por las grasas ni por su ausencia.

Mi cuerpo es mío solemos decir las feministas como grito de guerra frente a las decisiones conculcadas por la violencia machista, pero no alcanza declamar propiedad porque un cuerpo no es nada sin otro cuerpo; porque no se trata de cerrar fronteras y nombrar en singular los territorios, sino de abrir espacios para habitar y desear; para todos los cuerpos. Mi cuerpo es mío, decimos a sabiendas de todos los poderes que operan sobre él, a sabiendas de la ilusión que se ofrece a diario para entregarlo a una tecnología –la que fuera: el gimnasio, la cirugía, los tratamientos naturales, el yoga o las flores de Bach– y que nos lo devuelva apto para la circulación, la reproducción, la idea de salud o de sexualidad. Mi cuerpo es mío, pero si me embarazo no podré abortar en la mayor parte de América Latina; mi cuerpo es mío, pero no me puedo entregar al goce del intercambio sexual si no hay quien lo reciba, por viejo, por fofo, por demasiado flaco, por pobre, por ininteligible. Mi cuerpo es mío, y de sólo pronunciarlo debería acudir la sorpresa: si mi cuerpo es mío, ¿quién es que declama la propiedad? ¿Cómo puedo decir yo sin decirlo también con el cuerpo? ¿Quién es capaz entonces de decir yo y que tenga sentido?

La historia del cuerpo es la historia de los seres humanos, no hay práctica cultural que se haya aplicado primero al cuerpo. Aun si recortara esa historia en la del cuerpo feminista, aun cuando empecé esbozando la centralidad del cuerpo en los relatos feministas, no podría abarcarla. Puedo, en cambio, ensayar una narrativa de mi propio cuerpo acá emplazado, de cómo este cuerpo que ahora me da la sorpresa de envejecer y transformarse, de desear la cama más que la deriva –sólo algunas noches–, cómo este cuerpo devino cuerpo político que se hace en la calle con otras, cómo este cuerpo antes que su fragilidad descubrió su poder en ese mismo magma del cuerpo colectivo.

25

“Hay algo que hemos perdido en nuestra insistencia en el cuerpo como algo socialmente construido y performativo. La visión del cuerpo como una producción social, discursiva, ha escondido el hecho que nuestro cuerpo es un receptáculo de poderes, capacidades y resistencias, que han sido desarrolladas en un largo proceso de coevolución con nuestro ambiente natural, así como también las prácticas intergeneracionales que lo han convertido en un límite natural a la explotación”, dice Silvia

Federici en su texto “Alabanza al cuerpo danzante”.¹ Límite natural, dice ella y se refiere no sólo a las prácticas colectivas, sino a la necesidad del sol, del cielo azul, de sumergirse en el mar o advertir la fase de la luna, de tocar, oler, dormir, coger. Toda esa estructura de deseos que permanece indestructible en algún núcleo, aun en medio de la guerra, aun cuando lo que asola es el hambre.

Ese saber y esa relevancia de las necesidades que opuestas al capitalismo son poder, creo yo, lo aprendí de mi madre. Mi madre fue una militante política en los años setenta en Argentina, fue secuestrada y desaparecida por la dictadura militar en 1976. Sus restos fueron hallados en 2010, y por la aparición de esos pocos huesos que quedaban, descarnados y maltrechos por la intemperie del anonimato, supimos que había sido asesinada en febrero de 1977, después de meses de cautiverio. Pero yo supe algo más, supe del efecto reparador de volver a encontrarme con la materialidad de su vida, con ese resto de su existencia. El poder de la superficie donde se inscribe el amor, el consuelo y también las luchas y las restricciones emergieron como una constatación tangible. Volvió a traerme preguntas olvidadas, me quitó de encima el peso de cargar su ausencia sobre mi propio cuerpo para darle alguno a ella. Mientras sus restos estuvieron desaparecidos, yo ponía el cuerpo también por ella, para la transmisión de la memoria, para cierto anclaje al dolor que no me permitía del todo reconocer mi propia resistencia. Entre esas preguntas que afloraron, estaban aquellas básicas: ¿Por qué sosteníamos el rito de ir al cine en medio de la clandestinidad y la persecución? ¿Por qué seguíamos armando la canasta para ir a comer al aire libre cuando la muerte le pisaba los talones?

26

El cuerpo desaparecido tiene una gravitación especial en nuestro país, Argentina. Tenemos muchos, no se terminaron con la dictadura, todos los días buscamos a alguna joven desaparecida, se supone secuestrada por victimarios privados, sus propias parejas o ex parejas, también por las redes de trata con fines de explotación sexual. En 2017, reclamamos por un joven de 28 años, esta vez directamente desaparecido después de una represión perpetrada por las fuerzas armadas en connivencia con el gobierno nacional, que acompañaba la lucha del pueblo mapuche, esos

1 Disponible en <http://brujeriasalvaje.blogspot.com/2017/06/en-alabanza-del-cuerpo-danzante-por.html>

cuerpos inconvenientes que declaman ser en unión con la tierra y que por eso mismo son objeto de persecución permanente, de despojo, de violencia. Su relación con la tierra no puede ser reducida a las leyes capitalistas neoliberales. *¿Para qué la quieren?* Claman desde el poder. *Porque es vital, porque no hay límites entre ser y estar en la tierra*, dice el pueblo mapuche que resiste.

El cuerpo desaparecido, los cuerpos desaparecidos, 30 mil según cuentan los organismos de derechos humanos como número y acuerdo político de las dimensiones de la represión en Argentina, se representaron al principio de la vuelta democrática, a mitad de los ochenta, con siluetas vacías: se denotaba más la ausencia que la actividad de esos cuerpos. Fue una estrategia visual que abrió espacio para la representación de los cuerpos que faltaban, los que todavía nos faltan. Con el correr de las décadas, las siluetas empezaron a ser insuficientes, se necesitaron también los relatos íntimos, las trayectorias militantes y también las profesionales, vitales. Esas siluetas eran agujeros en la trama social que lentamente fueron reconstruyéndose con múltiples narrativas.

En lo personal, la aparición del cuerpo de mi madre multiplicó los relatos, escribí un libro para ella, que creo que fue como recuperar los músculos, la piel, los nervios, las caricias, hacer para ella un cuerpo de palabras para hacerla aparecer entre nosotros, quienes la habíamos amado y también para otros hijos e hijas de desaparecidos que no tuvieron la misma suerte que yo. Cada cuerpo de un desaparecido o desaparecida que emerge del anonimato es un entierro para todos y todas las que nos faltan. Porque si esos cuerpos, su ausencia y su recuperación, son políticos, también lo son nuestros vínculos, que se forjaron buscándolos. Políticos y colectivos.

27

En lo personal, la aparición de mi madre en tanto resto material entre nosotros y nosotras, vivos, desarmó la temporalidad, puso en cuestión el tiempo y la idea de lazo entre los cuerpos, la idea misma de comunidad. Esa madre aparecida, no mía, madre que había sido en vida para otros y otras también hermana o amante y que ahora convertida en hueso volvía a reunirnos, traía una memoria material del amor. Una poesía material de lo aprendido no de ella, sino en contacto con ella. La memoria material quizá tenga que ver –en parte– con aquel momento anterior al lenguaje

y al individuo en el que madre e hijo coexisten bajo una misma ensoñación, en una mater-ialidad desde la cual se accede al mundo, como señala León Rozitchner en su libro *Materialismo ensoñado*.²

Una madre originaria y ensoñada, que abre el mundo por primera vez y que se mantiene en una memoria sensible y sensorial, en un éter donde se mezcla lo imaginario y lo afectivo, lleno de *mater-ialidad* y de corporalidad sentida (lo que se siente en el fondo de sentirse vivo), pero anterior a los significados establecidos.

¿Es casual que sólo después de ese encuentro amoroso con unos huesos que desarticulaban el tiempo, la lucha feminista que llevaba desde el papel me haya pedido un cuerpo a cuerpo con otras?

No fue sino después de haber recuperado los restos del cuerpo de mi madre, de haber hecho para ella un cuerpo con la memoria coral de quienes la amamos, de haberla despedido, es que pude volver al activismo. O mejor, a la actividad militante. Venía de casi diez años de letargo en esa tarea que ahora me toma casi por completo. Había atravesado la experiencia de la agrupación HIJOS (Hijos e Hijas por la Identidad y la Justicia contra el Olvido y el Silencio) con quienes construimos juntos y juntas una idea de justicia alternativa pero, sobre todo, donde cubrimos la ausencia de los cuerpos que nos faltaban en un cuerpo colectivo que impulsó devolver el nombre a cada una de esas ausencias, contar sus historias, reivindicar sus luchas. Pero la madurez me empujó fuera de esa organización: ¿Cómo permanecer en ella cuando el tiempo pasa y la edad nos aleja de la identidad filiatoria, aun cuando ese sea un vínculo político?

28

Pero el poder de esos huesos me sacó a la calle otra vez, en complicidad con muchas otras, casualidad o sinergia, signo de los tiempos o del poder de un cuerpo en singular que aparece después de décadas de anonimato porque hay, había, una sociedad entera que persistió en la búsqueda, lo cierto es que el libro que tejí con palabras para mi madre estuvo en la calle al mismo tiempo que la primera manifestación Ni Una Menos.

2 Rozitchner, León (2011). *Materialismo ensoñado*. Ensayos, Buenos Aires: Tinta Limón.

Esa primera manifestación opuso un enorme cuerpo colectivo, masivo, vibrante, cargado de rabia pero también de amor por las otras a la performance femicida que dice que nuestros cuerpos no cuentan, son descartables, se pueden tirar en basurales, envolver en bolsas negras, desaparecer en fosas comunes; esa manifestación dijo que nuestros cuerpos sí cuentan, que su voz se amplifica colectivamente y que podemos modificar la historia.

Esa irrupción modificó las vidas de todas, los cuerpos de todas. Ya no toleramos la violencia machista de la misma manera que antes, está expuesta, desnaturalizada. Las transformaciones operan jugando sobre una línea de tiempo rígida, iluminan hacia atrás las vidas de todas; hicieron que muchas Madres de Plaza de Mayo, que nunca lo habían hecho antes, se reconocieran a sí mismas feministas, porque entendían el feminismo como la rebelión y la resistencia a las opresiones con las armas de las que se supone débiles. Esos pañuelos blancos que conoce el mundo entero son, ni más ni menos, pañales, telas donde cagaban sus hijos y que ellas lavaban obedientes antes de que el dolor las empujara a la calle.

Después de esas manifestaciones masivas y hospitalarias para todas las voces y las experiencias femeninas, también las sobrevivientes de los campos de concentración pudieron denunciar, no de manera aislada, sino colectivamente, los delitos sexuales que sufrieron como una forma particular y ensañada de la tortura que tenía un doble mensaje. Por un lado, hacia ellas, por guerrilleras o militantes –y por tanto traidoras del mandato de género de la sumisión y la ropa limpia para el resto–, y por otro, para sus compañeros que se sentían expropiados de lo que ellos también, lamentablemente –porque implica mirar hacia dentro de las izquierdas y los movimientos sociales– consideraban propio: sus mujeres.

29

El 8 de febrero de 2018, cuando declaré en un juicio cuarenta años postergado por el secuestro y desaparición de mi madre, mis compañeras de Ni Una Menos llevaron unos carteles con la imagen de mi mamá a la sala del tribunal, estaba impresa la siguiente frase: “Hijas de tu desobediencia”. Ningún abrazo puede ser más poderoso que ese entendimiento entre nosotras, ninguna casa puede ser más fuerte que esa que construimos juntas, poniendo el cuerpo, recuperando nuestra historia. Una

idea de comunidad no definida de antemano, que se pregunta por los sentidos en disputa sobre lo común, por aquello que nos une más allá y a pesar de todo, aquello que nos potencia y nos sostiene.

Esta, la que cuento, es una historia feminista; y por eso me atrevo al singular aunque ninguna biografía se escribe de esa manera, siempre convive con otras, igual que los cuerpos no son unos sin los otros, menos en tiempos de extrema precariedad como estos, en los que parece que no tenemos nada, que las instituciones se modelan a gusto del consumidor, que los discursos mediáticos parecen tapan el cielo con un solo canal de televisión.

Mi trabajo y también mi activismo son recorridos distintos pero inseparables, persiguen (persigo) una modulación, una fuerza, capaz de abrir cuñas en los muros de lo decible y de sostener ese espacio abierto, no como tutor, sino como fuga, para que aparezca lo no dicho, lo silenciando.

Ahí es donde aparecen los cuerpos y las narraciones sobre ellos, sobre nosotras, narramos y nos narramos. Nos hacemos de un cuerpo y a la vez de una comunidad.

Hablo en primera persona, pero también en plural, para reconocer la fragilidad y también la capacidad de resistencia, la pulsión vital, el deseo. Y que es ese doble saber que las mujeres acumulamos, que lo acumulamos por mujeres pero también por migrantes, por negras, por pobres, por gordas, por lesbianas, por trans o por viejas, lo que se transforma en potencia. Lo que construye el cobijo colectivo. Lo que hace de la movilización feminista un enorme cuerpo con voluntad para imprimir su propia huella. Sobre el duelo por las muertas y por las propias marcas de la violencia machista, entonces, la fiesta de estar juntas. Ahí donde nuestros cuerpos cuentan.

Todas las historias contemporáneas llevan en su núcleo la voz de quien las cuenta, esta historia que conté exhibe esa voz porque exhibe también un cuerpo, un cuerpo resistente, deseante, capaz de dolerse y abrirse a la pasión y la amistad. Un cuerpo que no es nada sin otro cuerpo, y otro, y otro más. Pero que sabe de la potencia de esa suma, aun en la precariedad que nos toca en este tiempo, aun cuando parezca que no tenemos nada, nos tenemos. Y podemos producir revoluciones.

Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer

MOIRA PÉREZ

Introducción

La teoría queer surge como corriente dentro de la academia hacia principios de los años noventa, a raíz de una serie de disconformidades con los desarrollos de gran parte del feminismo y los estudios gay-lésbicos. Desde ese momento, uno de sus principales puntos de interés han sido aquellxs sujetxs clasificadxs en nuestro contexto social como “anormales”, es decir, sujetxs “anormalizadxs” por nuestra cultura. ¿Cómo se constituye esta distinción entre “normal” y “anormal”? ¿Qué tipo de sujetxs quedan dentro, y cuáles fuera, de esta “normalidad”? ¿Cuáles son los mecanismos por los que todxs participamos en la reproducción y control de esos estándares? ¿Qué formas de resistencia y subversión se sostuvieron y sostienen desde ese territorio de “anormalidad”? He aquí algunas de las preguntas que han acompañado las teorizaciones queer hasta nuestros días.

En particular, el cuerpo tuvo siempre un lugar central en estas discusiones: su disciplinamiento, clasificación, normalización y represión, pero también su sublevación y resistencia, son cuestiones que han sido abordadas desde el punto de vista histórico, sociológico, psicológico, artístico, entre otros. Se ha indagado, por ejemplo, en el modo en que lxs sujetxs que son anormalizadxs, es decir, clasificadxs como anormales y tratadxs como tales en un determinado contexto, son reducidxs a su cuerpo, eliminando cualquier tipo de agencia. En palabras de lxs catalanxs Jordi Planella y Asun Pie,

los sujetos anormalizados han pasado a ser sujetos hipercorporizados. El cuerpo ha tomado una relevancia desenfrenada y el sujeto ha sido “cosificado” y ahora es, sobre todo, un cuerpo. (...) Es a través de los diferentes saberes (...) que el sujeto pasa a ser solamente un cuerpo, quedando anulada su personalidad, su historia y su identidad (2012: 273).

A esto podemos añadir, tras esa reducción al cuerpo, una reducción a una parte muy específica del cuerpo: aquella señalada como “deficiente”, “anormal” o necesitada de corrección. Así, lxs sujetxs son reducidxs al cuerpo, y este al aspecto específico que ha sido “anormalizado” (la capacidad motriz, la talla, la forma de vivir el género, etcétera).

Esta misma reducción se hace evidente cuando se reflexiona o interviene en el campo de la salud: desde un marco reduccionista, es habitual pensar en “salud” exclusivamente en relación con ese aspecto hiperbolizado del cuerpo de unx sujetx. Con demasiada frecuencia, el rasgo “anormalizado” que articula esta hipercorporización es también la puerta de entrada de la patologización y del trabajo de “corrección” de los cuerpos para llevarlos nuevamente al terreno de lo “saludable”. Pretensión que encubre, como espero mostrar, un proceso de normalización.

La hipótesis que articula este capítulo es, en efecto, que el concepto de “salud” funciona de hecho como un instrumento legitimado para el ejercicio de distintas formas de violencia sobre los cuerpos “anormalizados”, en pos de su normalización. A fin de desarrollar esta hipótesis, me ocuparé primero de señalar algunos puntos nodales de las perspectivas hegemónicas actuales sobre la salud, que encontramos tanto en la práctica sanitaria como en el sentido común. A continuación, presentaré lo que entiendo como una relectura queer de esos mismos supuestos, que buscan no sólo desarticularlos, sino también pensar la salud de otras maneras. En una última sección, me enfocaré en los modos en que una perspectiva queer sobre el cuerpo y la salud pone en cuestión la idea de “soberanía de los cuerpos”, al resaltar la interdependencia y vulnerabilidad de lxs sujetxs como una característica propia de lo humano.

32

Como espero dejar en evidencia a lo largo de estas páginas, mi propuesta no es pensar una “salud queer” en el sentido de la atención a la salud referida a sujetxs LGBT –como sí lo proponen, por ejemplo, Semp (2011) en relación con la salud mental, o Numer y Gahagan (2009) en relación con el VIH–, sino más bien considerar qué nos pueden ofrecer las herramientas de la teoría queer para (re)pensar la salud como concepto y como práctica. Tal como he sugerido en otros trabajos (Pérez, 2016), me interesa utilizar y producir teoría queer como una epistemología y una política, esto es, un modo de conocer el mundo y de intervenir en él,

con la justicia social como objetivo. En esta ocasión, espero aportar a la reflexión y al ejercicio del campo de la salud, más allá de la identidad o la sexualidad de sus destinatarixs y agentes.

La salud desde una concepción reducida

La “hipercorporización” de lxs sujetxs anormalizadxs, es decir, su reducción a un aspecto de su existencia, específicamente de su cuerpo, implica que lo que digamos acerca de su “salud” (o falta de ella) se referirá solamente a dicho aspecto. Basta pensar en lo que sucede habitualmente cuando se trabaja sobre los vínculos entre “salud” y “género”: es frecuente ver que “género” se reduce a “mujeres”, y estas a mujeres cis (es decir, aquellas que no son trans), y estas a lo que se entiende como su marca diferencial: la capacidad reproductiva. Así, la agenda de salud vinculada con “género” es con frecuencia limitada a la salud sexual y (no) reproductiva de mujeres cis. Quedan afuera no sólo los problemas de salud que afectan especialmente a mujeres cis y no tienen que ver con las capacidades reproductivas, sino también las consecuencias insalubres de los estándares de la masculinidad hegemónica y la salud sexual y reproductiva de las personas que tienen capacidad de gestar pero no son mujeres.

Paralelamente, “identidad de género” se entiende como algo propio de las personas trans* y/o travestis, y la salud de estas personas es reducida a lo que suele llamarse “salud trans-específica”, esto es, prácticas quirúrgicas u hormonales de afirmación del género. En contraposición, profesionales de la salud trans* y aliadxs proponen trabajar sobre la conformación de servicios de salud “trans-competentes”, es decir, que estén informados y preparados para trabajar con personas trans* (The Lancet, 2016). Esto implica, entre otras cosas, identificar los modos en que generizamos ciertas condiciones de salud y replantear por completo su vínculo con el sexo, el género o las características sexuales. Así, esferas como la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, se evidenciarán como algo que no compete exclusivamente a las mujeres cis, sino a todo tipo de sujetxs, comenzando por aquellxs que tienen capacidad de gestar, sean o no mujeres (Radi, 2018).

Esta noción de “salud” que reduce cada sujetx a su cuerpo, y este a sus características marcadas como “anormales”, es acompañada por otra operación de reducción: la de plantear la salud en términos meramente fisiológicos e individuales, como “falta de enfermedad”. Pensar desde una noción amplia de salud implica, por el contrario, considerar las condiciones de existencia de esos cuerpos y esxs sujetxs, algo particularmente relevante en el caso de personas socialmente marginadas. Esta propuesta no es, desde ya, exclusividad de las perspectivas queer. Desde un enfoque de derechos vigentes en la actualidad, las concepciones de la salud responden a este paradigma integral, que excede la noción de la salud como algo que afecta al cuerpo o a cierta parte de él. La *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* (Asociación Canadiense de Salud Pública *et al.*, 1986), por ejemplo, establece un conjunto de pre-requisitos que deben ser garantizados para poder comenzar a pensar en “salud” en un sentido más estricto: paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

La reducción de la noción de salud no es el único punto que las perspectivas queer han contribuido a detectar y desarticular. A este se le suman muchos otros, vinculados con la conceptualización del cuerpo, la temporalidad de salud y enfermedad, la autoridad epistémica, por ejemplo. No se trata de denunciar un paradigma homogéneo y delimitado, o acusar a una corriente o tradición dentro de la práctica en salud que podamos atribuir a ciertos agentes o instituciones puntuales. Estas observaciones se refieren, más bien, a un conjunto de supuestos y prácticas que permean las concepciones que tenemos de la salud, la enfermedad, y la medicina. En lo que sigue, consideraré algunos de dichos supuestos, para luego abordarlos críticamente.

Existe el “cuerpo sano” y, como contrapartida, el “cuerpo enfermo”. El pensamiento binario y dicotómico ha sido uno de los focos preferidos de análisis desde los inicios de las teorizaciones queer. En este caso, nos encontramos ante la idea de que los cuerpos pueden “ser” sanos o enfermos: una división constitutiva que sostiene aquel régimen de normalización. En palabras de Fiona Kumari Campbell,

hay dos elementos fundamentales en el centro de los regímenes capacitistas, elementos que se presentan independientemente de su puesta en práctica localizada; estos son la *noción* de lo normativo (y el individuo normado) y la imposición de una *división constitucional* entre la humanidad naturalizada perfeccionada y lo aberrante, lo impensable, el híbrido cuasi-humano y por lo tanto no humano. Esta constitución provee la disposición, el mapa para dar escala y marcar los cuerpos y para ordenar sus términos de relación (2008).

En otras palabras, se trata de dos categorías que no se combinan, no se solapan, e inundan la totalidad del cuerpo, aunque esa “enfermedad” se refiera a una función específica y no afecte al resto.

La salud es el estado normal, esperable y deseable en cualquier persona. Se trata del estado “por defecto” y aquel al que todas las personas debemos aspirar; además, se define a partir de los parámetros culturales de lo que es “sano”, en los que indagaremos más adelante. Los desarrollos sobre diversidad funcional desde una perspectiva queer, denominados *Crip Theory* (McRuer, 2006), se han referido a esto como “la cultura del cuerpo capacitado”: la cultura que da por supuesto que todas las personas estamos de acuerdo en que es preferible ser “capacitadx” a no serlo. En palabras de Robert McRuer, uno de los precursores de esta corriente, desde aquella postura,

las identidades capacitadas, las perspectivas capacitadas, son preferibles y aquello a lo que todxs, colectivamente, aspiramos. Un sistema de capacidad compulsiva exige repetidamente que las personas con discapacidad encarnen para otrxs una respuesta afirmativa a la pregunta no dicha: sí, pero a fin de cuentas, ¿no preferirías ser más como yo? (2013: 372).

35

En los casos más extremos, este supuesto toma la forma de cribado eugenésico, es decir, la selección y descarte de embriones a partir de los estándares sociales de lo que será una vida que vale ser vivida, y una que no. Las condiciones intersex y ciertas formas de diversidad funcional son tomadas en algunos casos como razón suficiente (y superior a cualquier otra, incluyendo la mera voluntad de no procrear) para terminar con el proceso de gestación.

La enfermedad –y los correspondientes cuidados– son algo pasajero y puntual. Así como la salud es el estado “por defecto”, encontramos que, como contrapartida, la enfermedad es concebida como propia de algún momento específico y, en muchos casos, atribuida a la culpa individual de la persona enferma. Por consiguiente, excepto en aquellos eventos puntuales de enfermedad, se da por sentado la no necesidad de cuidados, ayuda, asistencia o acompañamiento, ya sean privadas o del Estado. Tal como señala Johanna Hedva,

lo que resulta tan destructivo acerca de concebir a la salud como el estado por defecto, en tanto el modo estándar de existencia, es que inventa a la enfermedad como algo temporario. Cuando estar enfermx es una aberración de la norma, se nos permite concebir el cuidado y el apoyo en los mismos términos. El cuidado, en esta configuración, es sólo requiriendo por momentos. Cuando la enfermedad es temporal, el cuidado no es normal (2016).

La salud es universalizable. “Salud” puede entenderse de igual manera para todas las personas, a partir de criterios y medidas universales. Dicha estandarización suele defenderse debido a su eficacia para el diseño e implementación de políticas de salud pública nacionales y transnacionales, que pueden aplicar criterios comunes sin atender a las diferencias étnicas, ambientales o culturales. En el fondo, requiere de una noción de cuerpo humano homogéneo, que a su vez se sostiene en la universalización de ciertos tipos de cuerpos, en detrimento de otros. Algunos ejemplos son los protocolos de investigación de medicamentos, que cubren sólo a sujetos de ciertas características (en general, varones cis por debajo de un cierto peso), a cuyas dosis debe adaptarse el resto de la población; y el índice de masa corporal (IMC), que es tomado como medida antropométrica universal por la medicina, las políticas de salud pública y gran parte del público en general, y como criterio universal de lo que es un cuerpo sano y un cuerpo enfermo a la luz de su peso y altura.

La autoridad epistémica no es de lxs sujetxs sanxs o enfermxxs, sino de lxs “especialistas”. Qué es salud y qué enfermedad lo determina la institución médica, que incluye la industria médica y farmacéutica, las agencias estatales e internacionales de salud pública, y los espacios académicos de investigación y enseñanza. En este modelo, que algunxs críticxs han llamado “paternalista” o “de tutelaje”, las personas consideradas “enfermas”

“quedamos supeditadas a la voluntad de nuestros tutores, que administran y gestionan nuestros futuros” (Contrera y Cuello, 2016: 114). Del lado de lxs “tutorxs”, se define qué es la enfermedad, quién la padece, cuál es el tratamiento adecuado y cuándo se puede considerar que se ha curado.

A partir de lo dicho hasta aquí, queda en evidencia que dentro de este sistema lxs sujetxs que por algún motivo no son consideradxs “saludables” deben aspirar a salir de dicho estado transitorio e indeseable y ubicarse en el ámbito de lo saludable –esto es, lo normal–. Pero quién, cómo y cuándo se debe hacer tal cambio de estado (de “anormal” a “normal”) es algo que no decide el individuo mismo, sino esa entidad tan difícil de cuestionar en nuestra cultura: “la medicina”. Así es como se abre la puerta para que la noción de “salud” funcione como instrumento de violencia: el cuerpo marcado como “anormal” es forzado a adaptarse a un medio, forzamiento que se justifica en nombre de la salud. De esta manera, la salud legítima o dignifica la violencia que conllevan estas formas específicas de normalización.

Perspectivas alternativas acerca de la salud

Estas nociones hegemónicas han chocado históricamente con perspectivas alternativas que ofrecen un cambio radical respecto del modo en que entendemos actualmente a lxs sujetxs y la salud. Me refiero a propuestas tales como la teoría queer, el activismo y el pensamiento por la diversidad corporal, la diversidad funcional, la neurodiversidad, el movimiento intersex, entre muchos otros. Diversxs autorxs han considerado esto como un cambio de paradigma, teniendo en cuenta la profundidad de la transformación que proponen dichos marcos críticos. Es el caso de Nick Walker (2016), por ejemplo, quien se refiere a un cambio de paradigma vinculado con la salud mental: el paso del paradigma de la patología al de la neurodiversidad. De manera similar, en cuestiones trans* se ha hablado de un pasaje del paradigma biomédico al de Derechos Humanos, en consonancia con documentos internacionales tales como los *Principios de Yogyakarta*. Mientras que bajo el modelo biomédico la transexualidad tendría causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento, en

el modelo de Derechos Humanos, que entiende a la identidad de género como una vivencia interna e individual, ninguna de estas categorías tiene sentido (Radi y Pérez, 2018).

Es importante tener presente que este “cambio de paradigma” no necesariamente implica un rechazo radical y absoluto de la medicina como institución, ni una desvalorización de todas sus funciones sociales. Implica más bien una invitación a repensar su lugar y rol en nuestra cultura, poniéndola al servicio del bienestar de las personas, en lugar de que ellas se adapten a los requerimientos de las concepciones hegemónicas de la salud. Este ejercicio conlleva, además, una revisión de todos nuestros y nuestras prácticas cotidianas, ya que entiende que todas las personas, aunque más no sea debido a nuestra socialización, están en mayor o menor medida comprometidas con las nociones tradicionales de salud y enfermedad. Volviendo a Walker (2016), el autor invita a “inventariar con cuidado nuestras palabras, conceptos, pensamientos, creencias y preocupaciones, y ver si todavía tienen sentido si deseamos el concepto de normal, el concepto de que hay una forma ‘correcta’ de funcionamiento de las personas. En síntesis, este ejercicio implica sustraer todo un conjunto de fenómenos del ámbito de la enfermedad y pensarlos en términos de diversidad “como matriz de inteligencia posible de los cuerpos” (Contrera y Cuello 2016: 112). Así, “diversidad corporal”, “diversidad funcional”, “neurodiversidad” aparecen no como palabras caprichosas, sino como profundas resignificaciones de nuestra experiencia del mundo.

Una diferencia central que encontramos entre este enfoque crítico y el tradicional –abordado en la sección anterior– es que aquí no se entiende automáticamente “salud” como “falta de enfermedad”, sino que se propone desentrañar los sentidos de cada uno de estos términos, y desarrollar concepciones y estrategias que aporten realmente al bienestar de las personas y comunidades, respetando su derecho a ser lo que son. Sin dejar de atender a las problemáticas de salud vinculadas específicamente con la “ausencia de enfermedad” ni dejar de lado la lucha por el derecho a la salud, se trata de exponer qué sentidos (morales, políticos, antropológicos, ontológicos) se están traficando detrás de nuestra idea de “salud” y su supuesta “neutralidad” científica, desglosarlos, y considerar sus implicancias concretas para aquellos sujetos “hipercorporizados”.

Desde una perspectiva queer, resulta fundamental exponer cómo –en su concepción tradicional– “salud” significa de hecho adaptación plena a un sistema capitalista, patriarcal, cisexista, capacitista; en resumen, un sistema sostenido sobre prácticas violentas de disciplinamiento y normalización. McRuer, por ejemplo, señala que definimos a las personas como “capacitadas” cuando han podido insertarse satisfactoriamente en un sistema de producción. La identidad “capacitada” –surgida hacia fines del siglo XIX en consonancia con el capitalismo industrial– se refiere a aquellas personas “libres de vender su mano de obra pero no libres para hacer nada más”, esto es, “libres para tener un cuerpo capacitado, pero no particularmente libres para tener ninguna otra cosa” (2013: 371). Este ordenamiento va más allá de la diversidad funcional, y alcanza a la idea misma de bienestar: “La persona que ‘está bien’ es la persona que está suficientemente bien como para ir a trabajar. La persona ‘enferma’ es la que no puede hacerlo” (Hedva, 2016). Como contrapartida, la promesa de acceder a la salud está frecuentemente atada a ser sujeto de consumo, ya sea mediante medicamentos, prótesis, o mediante toda una gama de productos y servicios vinculados con la pérdida de peso.¹ En parte es por esto que las perspectivas críticas aquí reseñadas con frecuencia incorporan el eje de clase para indagar en la existencia y las experiencias de marginación que enfrentan aquellxs sujetxs hipercorporizadxs.

Como alternativa, urge establecer y afianzar redes de cuidado que sostengan y mejoren la existencia de esos cuerpos que el capitalismo contemporáneo descarta. Esto se vincula con una tendencia al interior de las propuestas queer de poner el foco no sólo en los procesos de represión y normalización, sino también en la creatividad, la resistencia, y las formas que estas toman en nuestro contexto actual.

39

En línea con la sección anterior, dedicaré el resto de este apartado a desplegar los modos en los que cada uno de aquellos puntos enumerados más arriba puede pensarse desde lo que propongo como un enfoque queer sobre la salud. Para ello, seguiré el mismo orden por el que opté más arriba.

1 En este sentido, resulta significativo lo que señalan Laura Contrera y Nicolás Cuello (2016) sobre el hecho de que la protección contra la discriminación prevista en la Ley argentina 23.592, en el caso de los cuerpos gordos, requiere de una autoafirmación patologizante y se ofrece *solamente en el contexto de relaciones de consumo*.

“Cuerpo sano” y “cuerpo enfermo” son categorías construidas y recreadas a partir de relaciones de poder, disputas por definir lo humano e intereses económicos. Desde una perspectiva queer está claro que el cuerpo es un territorio político: los términos de los límites del cuerpo (qué forma parte de un cuerpo, qué es una prótesis, qué es prescindible o debe ser erradicado), la viabilidad de un cuerpo, su enfermedad o salud, cuáles de ellos son objetos –los animales no humanos, por ejemplo– y cuáles sujetos, todos estos son factores configurados y reconfigurados permanentemente en una red de relaciones de poder. Se trata de una red agonística (es decir, una red que no puede no estar atravesada por conflictos, luchas por la hegemonía, delimitación de rivales) de la que todxs participamos. Estamos aquí ante un uso muy concreto del anti-esencialismo identitario que supo dar forma a las propuestas queer desde sus inicios: la identidad no es algo esencial, sino histórico, y esto también significa entre otras cosas que esxs sujetxs no pueden ser reducidxs a esa “anormalidad”, y que esa característica del individuo no explica todo lo que es ni lo que puede llegar a ser.

Estas relaciones de poder no tienen agentes claros: funcionan más como una red de relaciones que como una jerarquía claramente delimitable. McRuer, por ejemplo, describe a dicha red como una “formación disciplinar que aparentemente emana de todos lados y de ningún lado”, y que da lugar a las “disciplinas de normalidad” (2013: 371). Resultará familiar esta descripción aplicada a la sexualidad como régimen político, pero el autor advierte que en el caso de la capacidad/discapacidad –a diferencia, por ejemplo, de la sexualidad– es difícil que las personas reconozcan que el cuerpo (“capacitado” o “discapacitado”) tiene elementos que no son “naturales” o “biológicos”, sino culturales. Esta reticencia a reconocer el elemento cultural de nuestras nociones sobre la (dis)capacidad, incluso dentro del ámbito académico, está entre las principales diferencias respecto del sistema de heterosexualidad compulsiva, uno de los puntos nodales de la teoría queer:

La identidad capacitada es, en este punto, incluso más naturalizada que la identidad heterosexual. Al menos, muchas personas que no simpatizan con la Teoría Queer concederán que las formas de ser heterosexual son producidas culturalmente y culturalmente variables, incluso si y

cuando entienden a la identidad heterosexual como algo completamente natural. No puede decirse lo mismo, en términos generales, de la identidad capacitada (McRuer, 2013: 371).

Esta dificultad para reconocer el carácter histórico y político de las concepciones acerca de la salud humana es, al menos en parte, efecto del vocabulario supuestamente “neutral” (léase científico, desinteresado, objetivo) detrás del que esas concepciones se amparan. A su vez, esa pretendida “neutralidad” sirve para ocultar la fuerte carga moral de cada uno de los términos. Un ejemplo es la referencia a “malformaciones” en cualquier legislación o política, incluidas las que se discutieron en nuestro país en 2018 respecto del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Allí se delinean, como en tantas otras prácticas, los límites de lo humano, lo razonable y lo deseable. De hecho, para muchos colectivos, ser reconocidos como “sanos” implica negociar la propia identidad y la relación con el propio cuerpo; en estos casos, las formas de contrarrestar la opresión “implican negociar nuestra carne y aceptar la derrota eugénica de abandonar nuestra existencia como personas gordas” (Contrera y Cuello, 2016: 121). Se trata de un imperativo moral, en última instancia, de elegir entre el reconocimiento de la propia identidad y el reconocimiento en tanto “cuerpo sano”.

La salud, que se presenta como la “normalidad”, es en realidad el fruto de la “normalización”. Uno de los puntos centrales de la teoría queer, así como de los estudios trans*, la *Crip Theory*, entre otros, es cuestionar la normalización y develar los modos en que ella se oculta detrás de muchas iniciativas presentadas en términos de “salud”. El caso más evidente es el de las “intervenciones normalizadoras” denunciadas desde hace décadas por el movimiento intersex, que se realizan “antes de que la persona pueda dar su consentimiento, y sin evidencia sólida de la necesidad médica de realizar estas intervenciones, ni de que la cirugía tendrá resultados positivos” (Carpenter 2016: 75; ver también Chase 2005, Cabral 2017). Incluso en los casos de intervenciones que sí tienen un fundamento clínico, este se entrelaza con motivaciones normalizadoras y con una supuesta preocupación por la estigmatización y la falta de oportunidades en la vida, incluida la posibilidad de matrimonio. Como

alternativas a esto, el movimiento intersex exige implementar prácticas de consentimiento informado articuladas en torno a los valores de la autodeterminación, la autonomía corporal y la no estigmatización.²

Este sistema de normalización corporal busca encauzar los cuerpos tanto en términos de sexo, género y sexualidad como de otros ejes que han sido colonizados por el ámbito de la salud, tales como la diversidad funcional o la talla. Desde la *Crip Theory*, Robert McRuer (2013) analiza cómo estos distintos ámbitos están estrechamente entrelazados, tomando como punto de partida la idea de Adrienne Rich (1996) de “heterosexualidad obligatoria” para aplicarla a la diversidad funcional, resultando en la categoría de “capacidad obligatoria”. El sistema heterosexista y el capacitista se alimentan mutuamente y dependen el uno del otro; en conjunto, sirven para avanzar sobre la normalización de los cuerpos, que deberán ser capacitados y heterosexuales (entre muchas otras cosas). Es importante comprender la dimensión compulsiva de esta “normalidad”, que tiene más de obligatoria que de voluntaria, y sirve a su vez para imponer y sustentar una idea de obligatoriedad (cómo *hay que ser*, porque es *la forma normal de ser*). En este punto, McRuer sigue a Michael Warner (1999), uno de los pioneros de la teoría queer, quien pone en cuestión la idea de que hay algo así como una elección o decisión de ser “normal”, considerando el grado de presión que se ejerce sobre lxs sujetxs para que sigan el camino de la normalidad, y el enorme riesgo que implica no hacerlo. Además, en ambos sistemas, la esfera “normal” o aceptada se define en contraposición a aquella de la “anormalidad”: la persona heterosexual es aquella no homosexual, la persona “capacitada” es aquella que no tiene ninguna discapacidad, y así sucesivamente.

42

La enfermedad atraviesa a todas las personas. Esta afirmación, central para una concepción queer de la salud, se fundamenta en distintos atributos que, desde esta perspectiva, son propios de lo humano. En primer lugar, la idea de que todos los cuerpos son vulnerables. Judith Butler, reconocida como una de las fundadoras de la teoría queer, se ha ocupado

2 Estos objetivos acercan al activismo intersex a ciertas corrientes dentro del movimiento trans*, mientras que lo alejan de la agenda de gran parte del activismo gay-lésbico, concentrado principalmente en “cuestiones de performatividad e identidad” (Carpenter, 2016: 78); es por eso que Carpenter y otros cuestionan la “inclusión” en el movimiento LGBT como objetivo, y defienden más bien la especificidad de las reivindicaciones intersex.

de desentrañar la concepción del ser humano, y particularmente el sujeto de derechos, como autónomo y “corporalmente individual”, implícita en la afirmación de que *todo sujeto* tiene derecho a la salud. De acuerdo con la autora, este enfoque es incapaz de “capturar el sentido de vulnerabilidad, exposición o incluso dependencia que está implicado por el mismo derecho y que (...) corresponde a una visión alternativa del cuerpo”. En otras palabras, añade Butler:

Si aceptamos que parte de lo que es un cuerpo (y esto es por el momento una declaración ontológica) es su dependencia de otros cuerpos y redes de apoyo, entonces estamos sugiriendo que no es del todo correcto concebir los cuerpos individuales como algo completamente distinto unos de otros (2014).

A partir de esta constitución ontológica del ser humano como vulnerable e interdependiente (condición que, por otro lado, aúna a animales humanos y no humanos), queda claro que la vida y la supervivencia dependen, en todos los casos, de esa “red social de manos” (Butler, 2009: 14), incluyendo estructuras horizontales y verticales de cuidado. Retomando explícitamente los aportes de Butler, la “Teoría de la Mujer Enferma” de Hedva se propone

redefinir la existencia en un cuerpo como algo que es ante todo y siempre vulnerable (...). Dado que la premisa insiste que un cuerpo se define por su vulnerabilidad, y no que es temporalmente afectado por ella, la implicancia es que continuamente depende de infraestructuras de apoyo para resistir, y por lo tanto tenemos que rediseñar el mundo a nuestro alrededor a la luz de este hecho (2016).

43

En segundo lugar, podemos decir que la enfermedad es algo que nos atraviesa a todos, porque las exigencias del sistema de normalización en el que vivimos son inalcanzables para todas las personas, incluso aquellas en las posiciones más hegemónicas. Así como el género es una repetición performativa siempre fallida (Butler, 2008), de la misma manera los estándares de belleza, la “salud” y la “capacidad compulsiva” nunca pueden alcanzarse de una vez y para siempre: “Cada una es una identidad que es simultáneamente el suelo sobre el cual supuestamente descansan todas las identidades, y un logro notable que siempre es diferido y por lo tanto nunca está realmente garantizado” (McRuer, 2013: 372).

No obstante, ese ideal se sostiene, y seguimos teniendo la impresión de que los cuidados, la ayuda, la asistencia o el acompañamiento (privados o del Estado) no son necesarios. Esto se explica en parte porque gran parte de dichos cuidados están invisibilizados y el trabajo que implican no es reconocido socialmente, con lo cual su dimensión real y su continuidad en el tiempo quedan velados.

La salud y sus estándares no son universalizables; deben considerarse desde cada subjetividad y atendiendo a factores tales como la clase, la edad, la funcionalidad, el origen étnico, entre muchos otros. Pensar desde un paradigma de diversidad (corporal, funcional, etc.) implica considerar qué es sano y qué no en cada caso particular, en la convergencia del cuerpo, la identidad, el contexto, la historia y el deseo de cada sujetx. Por otra parte, dado que desde estas perspectivas la enfermedad es un estado propio de las violencias que operan nuestra cultura y sus instituciones, resulta particularmente relevante analizar cómo afecta a las personas “desechadas” por dichos sistemas, aunque alcanza en mayor o menor medida a todxs. La continuidad del sistema desigual en el que vivimos requiere que ciertos cuerpos sean desechables, “porque para seguir con vida, el capitalismo no puede responsabilizarse por nuestro cuidado –su lógica de explotación requiere que algunxs de nosotrxs nos muramos” (Hedva, 2016). En este sentido, y a diferencia de los enfoques tradicionales, es importante desplazar la idea de “culpa” individual por la propia enfermedad, y prestar atención a los problemas sociales (pobreza, estigma, patologización, discriminación) que afectan profundamente la existencia de lxs sujetxs marginadxs.

La autoridad epistémica debe volver a quienes llevan ese cuerpo, quienes deben participar del diálogo a la par de la institución médica. Sin dejar de reconocer la importancia de los saberes de la medicina, la propuesta es que lxs médicxs estén al servicio de lxs sujetxs, y no viceversa. Esto implica revertir una larga historia en la que las tecnologías médicas han dado forma a las leyes e incluso a la auto-percepción de lxs sujetxs: como señalan Contrera y Cuello, “por lo menos desde el siglo XVIII en adelante, la medicina es un elemento clave para la constitución y el propio entendimiento de los sujetos acerca de sí mismos” (2016: 117). Por otra parte, dada la importancia que reviste el lenguaje y el plano discursivo en las perspectivas queer, es natural que se haga énfasis en el trabajo sobre quién produce discursos, cómo circulan, a quién hablan y quiénes

los “padecen” sin poder intervenir en ellos. El discurso –incluidos los términos que utilizamos para denominar(nos)– tiene la capacidad de intervenir sobre la realidad y las relaciones de poder que la marcan. Y, en ese sentido, poder auto-denominarse como colectivo (y denominar a otros) es una forma de privilegio:

El tipo de desigualdad social más insidiosa, el tipo de privilegio más difícil de retar, ocurre cuando un grupo dominante está tan profundamente establecido como el grupo “normal” o “estándar” que no tiene nombre específico, no tiene etiqueta alguna. Los miembros de dicho grupo son simplemente considerados “gente normal”, “gente sana” o “gente” a secas (Walker, 2016).

Como contracorriente, abundan los ejemplos en los que la diversidad funcional, corporal, de género acuñó sus propios términos: las palabras “cis”, “endosex”, “neurotípico” fueron propuestas por comunidades que históricamente han padecido las imposiciones unilaterales de la medicina, para denominar a aquellos “otros” que históricamente les habían etiquetado, nombrado y normalizado. En el caso de la neurodiversidad, Walker relata:

El primer paso esencial en el movimiento (...) fue la acuñación del término *neurotípico*. *Neurotípico* es a *autista* lo que *straight* es a *gay*. La existencia de la palabra *neurotípico* hace posible tener conversaciones acerca de temas como el privilegio neurotípico. *Neurotípico* es una palabra que nos permite hablar de los miembros del grupo neurológico dominante sin reforzar de manera implícita la posición privilegiada de ese grupo (y nuestra propia marginación) al referirnos a ellos/as como “normal”. La palabra *normal* es utilizada para privilegiar a un tipo de humano sobre otros, es una de las herramientas del amo, pero la palabra *neurotípico* es una de *nuestras* herramientas (2016, itálicas del autor).

Este giro epistémico invita, además, a volcar la mirada sobre los fenómenos hegemónicos que hasta el momento no habían sido marcados ni abordados explícitamente. Por ejemplo, en lugar de pensar en la discriminación por discapacidad, tal vez sea hora de pensar en el sistema de privilegios que la sostiene, es decir, “desplazar nuestra mirada y concentrarnos en aquello que el estudio de la discapacidad nos dice acerca de la producción, la operación y el mantenimiento del capacitismo”

(Campbell, 2008). Acuñar las propias categorías, sobre todo aquellas que sirven para denominar a un “otro” históricamente hegemónico, e invertir la relación sujeto/objeto en el análisis, es uno de los gestos más poderosos de afirmación de la soberanía de los grupos que históricamente han sido blanco de las políticas de normalización.

Soberanía y vulnerabilidad

La cuestión de la soberanía aparece una y otra vez en las propuestas vistas en la sección anterior: autodeterminación, autonomía decisional, consentimiento libre e informado, redistribución de la autoridad epistémica; todos son principios reivindicados desde los distintos movimientos y propuestas que he adoptado hasta aquí. En síntesis, el gobierno del propio cuerpo resulta un valor central para pensar la salud desde una perspectiva queer. Sólo así podremos acercarnos a esa idea integral de la salud y a una práctica que apunte al bienestar de lxs sujetxs, sin obligarlx a ser algo que no son.

Sin embargo, también es necesario pensar los límites de esta idea de soberanía como clave para entender la salud y el bienestar. Porque la teoría queer –siguiendo una larga tradición filosófica– también se ha ocupado de recordarnos que todas las personas, todos los cuerpos, son vulnerables, y por eso mismo interdependientes. Aquella idea moderna de ser humano maduro como sujeto autónomo e independiente es puesta en cuestión, y con ello tal vez tengamos que repensar exactamente qué queremos decir con “soberanía”. En una interesante conversación con la artista y activista por la diversidad funcional Sunaura Taylor, Judith Butler sugiere que en estas cuestiones “lo que está en juego es realmente repensar al humano como un sitio de interdependencia”, en el que lxs sujetxs que explicitan su vulnerabilidad están

básicamente postulando la pregunta: ¿vivimos o no en un mundo en donde nos ayudamos unos a otros? ¿Nos ayudamos unos a otros o no, con nuestras necesidades básicas? ¿Y las necesidades básicas están ahí para ser decididas como una cuestión social, y no sólo como mi asunto personal o individual, o tu asunto personal o individual? (Marin *et al.*, 2008).

La idea de que todos los seres humanos somos inherentemente precarios no sólo pone en cuestión la ontología del individualismo, sino que también conlleva una serie de consecuencias normativas: debemos asumir nuestra parte de responsabilidad en minimizar tal precariedad. “Si la ontología del cuerpo sirve como punto de partida para este replanteo de la responsabilidad”, dice Butler en *Frames of War*, “es precisamente porque, en su superficie y su profundidad, el cuerpo es un fenómeno social: está expuesto a otrxs, es vulnerable por definición” (2009: 33).

Entonces, la pregunta es: ¿Estamos dispuestxs a reconocer la propia vulnerabilidad y la de quienes nos rodean? Al pedir –y dar– ayuda estamos planteando “un desafío al individualismo” que Butler y Taylor esperan que las personas tomen, animándose a afirmar “sí, yo también vivo en ese mundo, en donde entiendo que nos necesitamos lxs unxs a lxs otrxs a fin de atender a nuestras necesidades básicas, y quiero organizar un mundo social y político sobre la base de ese reconocimiento” (Marin *et al.*, 2008). Se trata de una invitación que llega al corazón del campo de la salud: el desafío de encontrar el equilibrio entre disputar aquella soberanía, defender el derecho a decidir sobre nuestros propios cuerpos, y a la vez reconocer la interdependencia y la vulnerabilidad como algo no sólo existente, sino positivo y potente.

Bibliografía

- Asociación Canadiense de Salud Pública, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá.
- Berlant, L. (2007). “Slow Death (Sovereignty, Obesity, Lateral Agency)”, en *Critical Inquiry*, 33 (4), pp. 754-780.
- Butler, J. (2008). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2009). *Frames of War. When is Life Grievable?* Londres y Nueva York: Verso.
- Butler, J. (2014, junio). *Repensar la vulnerabilidad y la resistencia*. Conferencia dictada en la Universidad de Alcalá, España.
- Cabral Grinspan, M. (2017). “Torture in Medical Healthcare Settings: An Intersex Approach”, en *The Journal of Sexual Medicine*, 14 (5), e267.
- Campbell, F. K. (2008). “Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism”, en *M/C Journal*, 11(3). Disponible en www.journal.media-culture.org.au/index.php/mc-journal/article/viewArticle/46/o

- Carpenter, M. (2016). "The human rights of intersex people: addressing harmful practices and rhetoric of change", en *Reproductive Health Matters* 24 (47), pp. 74-84.
- Chase, C. (2005). "Hermafroditas con actitud: cartografiando la emergencia del activismo político intersexual", en Bagueiras Martínez, C.; Romero Bachiller, C. y García Dauder, S. (eds.). *El eje del mal es heterosexual: figuraciones, movimientos y prácticas feministas "queer"*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Contrera, L. y Cuello, N. (eds.) (2016). *Cuerpos sin Patrón*. Buenos Aires: Madreselva.
- Hedva, J. (2016). "Sick Woman Theory", en *Mask Magazine*, 24. Disponible en www.maskmagazine.com/not-again/struggle/sick-woman-theory
- Marin, L.; Imperial, B. (prods.) y Taylor, A. (dir.) (2008). *Examined Life* [Película documental]. Canadá.
- McRuer, R. (2006). *Crip Theory. Cultural Signs of Queerness and Disability*. Nueva York: New York University Press.
- McRuer, R. (2013). "Compulsory Able-Bodiedness and Queer/Disabled Existence", en Davis, L. (comp.). *The Disability Studies Reader*, cuarta edición, pp. 369-278. Nueva York: Routledge.
- Numer, M. S. y Gahagan, J. (2009). "The Sexual Health of Gay Men in the Post-AIDS Era: Feminist, Post-Structuralist and Queer Theory Perspectives", en *International Journal of Men's Health*, 8 (2), pp. 155-168.
- Pérez, M. (2014). "Lo inteligible y su anormal: perspectivas queer-feministas acerca de la constitución de la (a)normalidad", en *Opacidades. Revista de psicoanálisis*, 8, pp. 37-64.
- Pérez, M. (2016). "Teoría Queer, ¿para qué?", en *Revista ISEL*, 5, pp. 184-198.
- Planella, J. y Pie, A. (2012). "Pedagoqueer: resistencias y subversiones educativas", en *Educación XXI*, 15(1), pp. 265-283.
- Radi, B. (2018, 29 de mayo). "Mitología política sobre aborto y hombres trans", en *Sexuality Policy Watch*. Disponible en: www.sxpolitics.org/es/3945-2/3945
- Radi, B. y Pérez, M. (2018). "De cambios, géneros y paradigmas", en Barqui, N.; Genise, G. y Tolosa, D. *Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans*, pp. 21-35. San Martín: Akadia.
- Rich, A. (1996). "Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana", en *Duoda: Estudis de la Diferència Sexual*, (10), pp. 15-48.
- Semp, D. (2011). "Questioning heteronormativity: Using queer theory to inform research and practice within public mental health services", en *Psychology & Sexuality*, 2 (1), pp. 69-86.
- The Lancet (2016). "Transgender health and wellbeing [Transgender health Series infographic]" en *The Lancet* 388 (10042). Disponible en www.thelancet.com/infographics/transgender-health
- Walker, N. (2016). "Desechen las Herramientas del Amo: Liberándonos del Paradigma de la Patología" [Traducción: Manuel Díaz], en *Neurolatino*. Disponible en www.neurolatino.wordpress.com/2016/06/08/desechen-las-herramientas-del-amo-liberandonos-del-paradigma-de-la-patologia/
- Warner, M. (1999). *The Trouble with Normal: Sex, Politics, and the Ethics of Queer Life*. New York: The Free Press.

De la patología y el pánico moral a la autonomía corporal: gordura y acceso a la salud bajo el neoliberalismo magro

LAURA CONTRERA

Introducción

Todos los cuerpos son imperfectos
(aunque, por supuesto, algunos son más imperfectos que otros).

Flavia Costa, *La salud inalcanzable*

Tener un cuerpo gordo no es tener un cuerpo como cualquier otro. En nuestra sociedad, más allá de las diferencias regionales, ser una persona gorda no es un asunto reservado al plano de la intimidad. En general, quien porta más tejido adiposo que el considerado normal se transforma en objeto de escrutinio público, cuando no en blanco móvil de micro-agresiones, violencia y discriminación. El adjetivo calificativo “gordx” no alude solamente al peso corporal de una persona, sino que implica encarnar muchas otras cosas negativas. Así, ser gorda es también ser una persona fea, indeseable, infeliz, poco saludable, incompetente, floja, amorfa, lenta, sin voluntad, fuera de control, sin gracia o, incluso, repulsiva. En las líneas que siguen, intentaremos desnaturalizar y contextualizar históricamente estas nociones sobre la gordura y sobre quienes la corporizamos, enfocándonos en la gordura como un artefacto cultural.

49

Si bien la cuestión de la gordura puede ser abordada desde diferentes lugares, la salud es una línea de análisis y una matriz de inteligibilidad ineludible. La patologización intensiva de toda gordura –que se ha vuelto un estado corporal imposible, que hay que evitar a toda costa o eliminar incluso– y la medicalización de la vida cotidiana indefinida, así como la asociación inescindible entre gordura, falta de salud y alimentación “no-saludable”, lleva a que todx activista gordx que se precie de tal incluya en su arsenal crítico una reflexión sobre los límites entre lo normal y lo

patológico. Lo mismo sucede con otras experiencias corporales, de género y sexuales fuertemente patologizadas, situaciones denunciadas por el activismo trans, diverso-funcional e intersex, claro está.

Desde el campo de la salud, se dicen varias cosas sobre el cuerpo gordo, mezclando discursos que pueden ser hasta contradictorios entre sí: el cuerpo gordo es entonces un cuerpo culpable, fallado y abyecto, enfermo y deforme, sometido a la restricción alimentaria. Por lo menos desde el siglo XVIII, como asevera Foucault (2008), la medicina gestiona toda la existencia humana desde una postura normativa que busca regir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad. En este contexto, el saber médico ha patologizado la gordura del mismo modo que lo ha hecho con otras variaciones corporales o sexo-genéricas, clausurando la admisión de la diversidad como matriz posible de inteligibilidad de los cuerpos. Así, se considera todo tipo de gordura como una patología en sí misma, limitando la discusión a una cuestión de exceso de ingesta y falta de ejercicio, ignorando otras intersecciones y trayectorias de los sujetos que encarnamos estas gorduras.

Este dispositivo ha producido una enfermedad única en su tipo. Se trata de una condición cuya cura depende de la voluntad de quien la padece más que del tratamiento usualmente prescripto (la dieta, que siempre fracasa, a mediano o largo plazo, en eso las estadísticas no mienten) y que, a pesar de la complejidad de sus causas (fisiológicas, pero también psicológicas, sociológicas, culturales y de entorno geográfico), sólo se ataca unidimensionalmente (la responsabilización individual). Esto es, el ajuste de los comportamientos alimentarios según principios de normalidad y moralidad discutibles, que tiene un sesgo de género y es profundamente clasista y racista, entre otras características que examinaremos a continuación. Como señala Lupton (2013), ciertos textos médicos se vuelven moralistas al considerar que el control del peso corporal es una cuestión de voluntad y responsabilidad individual. Teniendo en cuenta estas consideraciones, intentaremos mover las preguntas sobre la gordura desde los discursos morales, estéticos y médicos prevalecientes hacia los sociales y culturales, como propone LeBesco (2004).

Los párrafos que siguen no constituyen una mirada definitiva, sino una apertura a la discusión, que busca correrse del pánico moral¹ que suscita la gordura para abrazar una perspectiva respetuosa de los Derechos Humanos. Pues, desde el activismo gordo local, que es parte de un más amplio movimiento por la diversidad corporal, de género y sexual, estamos intentando plantear estos nudos problemáticos –estigma, discriminación, violencia y patologización– de forma consistente desde hace casi una década, forjando un incipiente e interdisciplinario campo académico como es el de los Estudios sobre Gordura. Lamentablemente, carecemos de datos y estudios locales realizados sin un cariz gordofóbico. Estas líneas quieren ser también una invitación a la producción científica regional, pensada en alianza con los movimientos sociales, para una nueva economía de saberes basada en la producción colaborativa y el intercambio de conocimientos.

Estigma, discriminación y violencia

No sólo la gente gorda debería llamar la atención sobre la intolerancia y la fobia a la gordura. [...] Todxs estamos implicadxs si aceptamos y toleramos la discriminación y el discurso contemporáneo que posiciona a lxs gordxs como seres sin voluntad, enfermxs e inferiores.

Deborah Lupton, *Fat Politics: Collected Writings*

El concepto de estigma proviene del clásico libro de Goffman (2015) –editado originalmente en 1963–, que se refiere a las identidades descalificadas en virtud de la pertenencia a un grupo social menospreciado, sea por la imposición de un diagnóstico, la presencia de una deformidad/anormalidad/diferenciación o la pertenencia a un determinado grupo religioso, étnico, etc. Pausé (2012) señala acertadamente que el cuerpo gordo cae bajo dos de las categorías de Goffman: es tanto una abominación del cuerpo como una imperfección del carácter individual a la que se le

51

1 Hablamos de pánico moral para dar cuenta de una preocupación ominosa en la sociedad por una amenaza que es más imaginaria que real, que incluye hostilidad en forma de indignación moral hacia lxs presuntxs responsables, un consenso en que se debe hacer algo respecto de la amenaza, desproporcionalidad en los informes de daños y volatilidad en términos de erupción del pánico, tal como lo resume LeBesco (2010).

impone un diagnóstico, además de ser un estigma que no puede ser disimulado. A diferencia de otras formas de discriminación, el prejuicio contra las personas gordas se expresa libremente en la sociedad actual, sin temor de censura social. Rothblum y Myers (2010) señalan que habría menor sanción contra la discriminación a las personas gordas en parte por la creencia de que estas son responsables por su peso: se piensa el peso corporal como controlable y a la gordura como una condición voluntaria. Los medios masivos fomentan esta idea de la responsabilización individual, representando a la gente gorda como perezosa y/o ignorante, tal como constata Saguy (2013). Además, la alusión a la salud también potencia el alcance del estigma y autoriza, en cierta forma, su difusión en prácticas tanto individuales como públicas.

La estigmatización siempre resulta inseparable de su tiempo. El volumen corporal es percibido hoy como exceso (de carne o grasa) y falta (de cuidado o voluntad). La misma caracterización le cabe al sistema económico. Paula Sibilia (2007) entiende que el capitalismo es, al mismo tiempo, una fabulosa máquina de producción de exceso y falta que permite que el fantasma del hambre y el fantasma de la gordura horroricen a los sujetos contemporáneos. Este fantasma también anima la razón gubernamental neoliberal actual y su “moralidad alimentaria de la liviandad” (Rodríguez Zoya, 2017: 158). Lejos estamos de los prominentes vientres burgueses de la modernidad, que se alzaban desafiantes frente al pueblo famélico, pero también nos alejamos de la democratización de las gorduras que sitúa Vigarello (2011) a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Hoy, la *dejadez* de quien no se cuida adecuadamente y engorda o que es pobre porque no *se supera* en términos meritocráticos responden a la misma lógica del exceso y la falta.

52

El estigma que opera en torno a la gordura impacta negativamente sobre nuestro bienestar psicofísico, en conjunto con otras formas interseccionales de opresión y violencia ligadas al estatus socioeconómico, el género, la orientación sexual, la edad y otras variables. La presencia o ausencia de grasa habilita el pase al equipo de los cuerpos patológicos/indeseables o normales/deseables. Para decirlo sucintamente con Pausé (2012), el estigma conduce a la discriminación. La estigmatización de la gordura contribuye no sólo a la marginalización, discriminación

y exclusión como personas gordas en contextos de educación, empleo, transporte, vivienda, salud y accesibilidad, sino que también nos expone a violencia.²

Además de la dificultad en el acceso al empleo, paradójicamente la estigmatización de la gordura se expresa negativamente sobre todo en la inequidad en el acceso a la salud y en las dificultades que encuentran las personas gordas para el goce del derecho a la salud libre de discriminación y violencia. Como se ha señalado desde el enfoque Health At Every Size (HAES®, Salud en todos los talles),³ el estigma en sí mismo es un riesgo para la salud de las personas gordas. Sin entrar en consideraciones sobre datos locales precisos y confiables, que es menester compilar y analizar, podemos decir que, en principio, la discriminación y el estigma son estresantes, y que el estrés es un factor de riesgo para muchas de las enfermedades asociadas con la “obesidad”, incluidas la enfermedad cardiovascular y la diabetes, tal como han expresado profesionales adherentes al enfoque HAES.

La estigmatización de la gordura se extiende a lxs profesionales de la salud, lo que conduce a una atención médica prejuiciosa. Esto se traduce en menor tratamiento de desórdenes y dolencias no relacionados con el peso corporal y sobre-tratamiento del peso como un problema en sí mismo, asegura Ernsberger (2009). La atención basada en estos conceptos estigmatizantes incluye la falta de empatía y entendimiento de lxs pacientes y fallas en los diagnósticos y tratamientos requeridos, como si el peso excesivo fuera la única causa de lo que está mal en nuestro organismo, como observa Murray (2008). Aunque realizados en otro contexto geopolítico, diversos estudios que cita Saguy (2013) resultan muy interesantes: se constató que 1/3 de 620 médicxs norteamericanxs de atención primaria siente que sus pacientes gordxs son descuidadxs y perezosxs o de voluntad débil, y que más del 50% lxs describe como no atractivxs, fexs y torpes. Lee y Pause (2016) recopilan

2 La mayoría de los estudios sobre la discriminación que padecen las personas gordas fueron realizados en el norte global. Como excepción, contamos con las denuncias radicadas en el INADI: el informe 2008-2013, aunque limitado en cuanto a su enfoque, incluye datos sobre la discriminación a la gordura y apariencia.

3 Health At Every Size y HAES® son marcas registradas de ASDH, siglas que en inglés corresponden a la Association for Size Diversity and Health (Asociación por la Diversidad de Tallas y Salud).

una abrumadora serie de estudios que dan cuenta de las disparidades en el acceso a la salud de mujeres cis gordas, por ejemplo, a la hora de chequeos típicos para detectar cáncer. También se ha señalado que las personas gordas son incitadas a confesar ante lxs médicxs sus modos de vida y sus fallas (Lupton, 2013). Pero cuando las personas que hacen dieta no pierden peso, son culpadas y no creídas (Bacon y Aphramor, 2014); lxs profesionales de la salud les atribuyen el fracaso de la prescripción dietética sin pensar que el resultado adverso pueda provenir de esa intervención (Gracia Arnaiz, 2011). Por la suma de estos factores, muchas personas gordas evaden o retardan la atención sanitaria: intentan evitar ser humilladas, violentadas o medicalizadas innecesariamente por su peso.

En nuestro contexto, profesionales de la medicina han llegado a sugerir que la discriminación y el señalamiento de la gordura pueden ser beneficiosos, porque la vergüenza puede funcionar como un afecto movilizador para el cambio de hábitos. Estos profesionales reconocen el impacto negativo del estigma en la calidad de vida, pero entienden que un nivel bajo de prejuicio contra la gordura sería eficaz, mientras que “la aceptación de la corpulencia como forma corporal parece haber contribuido a la diseminación de la obesidad” (Katz, 2010: 76). Contrariamente a lo afirmado por el discurso hegemónico, estas prácticas médicas estigmatizantes no resultan en mayor salud para las personas con alto peso corporal y ponen en jaque sus derechos como pacientes.

Patologización de la gordura

54

La única cosa que alguien puede diagnosticar con algo de certeza al mirar una persona gorda es su propio nivel de estereotipos y prejuicio
en contra de la gente gorda.

Marilyn Wann, *Foreword: Fat Studies: An Invitation to Revolution*

A esta altura, ya habrán notado que en este texto no se utilizan casi los términos “obesidad” o “sobrepeso”, se trata de una elección deliberada. “Obesidad” es el término médico que refiere a una acumulación de grasa considerada excesiva, mientras que el término “sobrepeso” –que alude a la misma acumulación considerada anormal– comenzó a generalizarse

en el siglo XX a partir de su utilización por parte de la OMS.⁴ Se ha señalado que estos términos no son precisos: ¿de qué peso “normal” estamos hablando? Como veremos, no hay un peso más allá del cual una persona se vuelve automáticamente no saludable. Usar esa terminología medicaliza y patologiza el peso, que puede ser considerado como una forma de la diversidad corporal que debe ser respetada, como sucede con la diversidad basada en el color de piel o la preferencia sexual, según lo entienden Bacon y Aphramor (2014).

Se ha conceptualizado la patologización como el desplazamiento de un conjunto de estados fisiológicos al campo de lo anormal y a la medicalización –términos usados muchas veces como sinónimos– como el proceso por el cual ciertos fenómenos son definidos como enfermedades o condiciones que requieren intervención médica.⁵ La patologización de personas adultas, niñas y adolescentes significa etiquetarlas como enfermas con única base en su tamaño corporal y un peso considerado excesivo, según estándares universales que, sin embargo, han variado históricamente por razones que no son únicamente científicas. Estos diagnósticos operan con el fin de perpetuar distinciones normativas entre experiencias del peso corporal considerado saludable y otras experiencias consideradas patológicas. Además, obligan a las personas a encarnar un modelo ideal, independientemente de los múltiples factores que configuran cada cuerpo y sus trayectorias vitales. Este esquema de la patologización de la gordura y sus ficciones regulatorias es deudor de la incesante labor por la despatologización trans e intersex, debo decirlo.

Es evidente que la medicina moderna ha cambiado el estatus epistémico de la gordura para convertirla en una enfermedad, dice Gracia Arnaiz (2011). Así, ha pasado de ser considerada un simple factor de riesgo para otras condiciones o enfermedades no transmisibles, a una patología crónica y, finalmente, a ser una epidemia mundial, según un reporte técnico del año 2000 de la OMS. A su turno, la Clasificación Internacional de Enfermedades –que es el indicador de que algo no está bien con el organismo– también contiene entradas para la “obesidad” y las

4 El empleo sistemático y docto de la palabra “obesidad” data del siglo XVIII, cuando empieza a ser utilizada no sólo para adjetivar una forma corporal, sino también para describir un desorden patológico, explica Vigarello (2011).

5 Al respecto, ver Rodríguez Zoya (2017) y Lupton (2013).

“hiperalimentaciones”. Desde posiciones no activistas, se ha discutido el estatuto de enfermedad de la “obesidad”, pues no cumpliría con los criterios usados habitualmente para establecer qué es, o no es, una patología: constituir un factor de riesgo en el diagnóstico de otras enfermedades crónicas no es suficiente para soportar una definición de enfermedad. La propia OMS, que se ha referido a la obesidad como una epidemia, en un documento de 2004 ubica al “exceso de peso” y a la “obesidad” como factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Pero, en ese informe, la OMS no da cuenta de cómo lograr su recomendación de equilibrio energético y peso normal, más allá de la limitación de la ingesta y el incremento de la actividad física. La OMS da una solución simple (e ineficaz, en la mayoría de los casos) para una cuestión compleja y para una variedad de problemas de salud pública. Además, no es la primera vez que la OMS patologiza innecesariamente a un grupo de personas: pensemos en la homosexualidad o en la disforia de género (despatologizada en nuestro país desde la sanción de la Ley de Identidad de Género en 2012).

Incluso si sorteamos las contradicciones en torno al estatuto epistémico de la gordura y su construcción social como enfermedad, se configura una extraña condición, como dijimos líneas atrás: una enfermedad que se diagnostica a simple vista y cuya cura depende exclusivamente de la voluntad del paciente por cambiar sus hábitos alimentarios, a pesar de que se sabe que esa no es la única causa de la gordura. Investigaciones –no activistas– citan gran cantidad de causas para el aumento de peso a nivel mundial, como la falta de sueño, reducción de la variable de temperatura ambiente (por el aire acondicionado y la calefacción), el estrés crónico, patógenos o factores epigenéticos, que no son trabajadas ni difundidas con el mismo ahínco como aquellas que relacionan gordura y alimentación o mortalidad, por ejemplo. Se ha afirmado que los estudios sobre los riesgos de un índice de masa corporal (IMC) bajo para ciertas condiciones no atraen la misma atención que los estudios que apelan a la retórica de la “epidemia de la obesidad” de la OMS, como tampoco aquellos estudios que verifican que muchas enfermedades no transmisibles (ENT) y condiciones asociadas a un IMC alto también se verifican en personas con un IMC bajo, tal como muestra Burgard (2009). Esta autora también ha señalado que las dietas cíclicas y el vivir a régimen que caracteriza la sociedad actual se correlacionan con la hipertensión y la distribución del tejido adiposo en el cuerpo. La repetición de ciclos de

descenso y aumento de peso parece ser un factor de riesgo para muchas de las enfermedades asociadas con el peso, más que la adiposidad en sí misma, sostienen otras practicantes del enfoque HAES.

Se ha encontrado problemática la relación entre IMC, salud y mortalidad que solemos dar por válida.⁶ Ernsberger (2012) relata que el IMC ha sido utilizado por lxs epidemiólogxs como una medida del tamaño corporal relativo de las poblaciones desde su introducción por Quetelet. Para este autor, el propósito del IMC no pretendía ser un índice de la grasa corporal: así, el IMC sólo está pobremente relacionado con el porcentaje de grasa corporal, ya que también se ve afectado por la masa muscular. Resulta interesante la relativamente reciente historia del vínculo entre gordura y peso. Pero, más allá de la historia, lo importantes es recordar que el IMC es una convención y una figura arbitraria que no puede informar adecuadamente sobre el bienestar psicofísico de una persona. Se ha discutido desde el mismo ámbito de las ciencias médicas si esta relación peso/altura resulta significativa en la determinación del estado de salud de las personas. En el mejor de los casos, como dice Ernsberger (2012), el IMC es una expresión válida del tamaño corporal pero no una medida precisa de la grasa corporal. Por ello, incluso si consideramos que el tamaño es importante a la hora de estar saludables o no, hay que recordar que el tamaño del cuerpo está principalmente determinado por factores genéticos y no se ve alterado por la pérdida de grasa corporal: “Reducir la gordura del cuerpo es poco probable que produzca los beneficios para la salud duraderos que son reclamados por los promotores de la pérdida de peso” (*ibid.*: 11).

Como podemos observar, la línea divisoria entre el peso aceptable y el patológico no puede aplicarse automáticamente a todos los individuos sin considerar todas las intersecciones que hacen la vida vivible para un cuerpo en un tiempo y un espacio determinado. Hay que señalar también que, en el caso de la gordura, la designación de enfermedad no excusa al paciente, como sí sucede con otras condiciones, pues se responsabiliza a las personas por su peso corporal. Tales pacientes no deberían ser exculpados, sino castigados por su imprudencia sanitaria, evocándose así el estigma de la gula como pecado capital, señala acertadamente Rodríguez Zoya (2017). Debido a su aura moral negativa y a la asociación

6 Para profundizar en esta línea, ver Burgard (2009) o Campos y otros (2006).

con modos de vida equivocados, como el sedentarismo y la mala alimentación, naufraga la estrategia de la patologización como puerta de acceso a la salud, como ya vimos respecto de la atención sanitaria prejuiciosa.

Las narrativas médicas reinstalan un discurso moralizante que no debería ser parte de la ciencia. La patologización implica una retórica victimizante que resta agencia como sujetos, obstaculizando la organización para luchar contra las actitudes y estereotipos negativos acerca de la gordura que proliferan en la sociedad. Aunque el activismo trans e intersex nos ha enseñado que hay que tener cautela en no reproducir acríticamente la asociación naturalizada entre patologización y estigma, desde el activismo gordo creemos que la medicalización de la gordura ha contribuido a estigmatizar aún más a las personas gordas, intensificando la discriminación. Asimismo, también vale la pena considerar la advertencia de Cabral (2016): luchar por la despatologización no equivale a no reclamar el acceso a la salud como un derecho fundamental, independientemente del peso que portemos, y sea cual sea la razón por la que engordamos.

Mitos en torno a la gordura: el aporte del enfoque HAES

Somos las hipervisibles invisibles, / la doble moral y tu hipocresía, /
la crítica moral y estética disfrazada de / salud.
Magda Piñeyro, *Gordas*

58

Si bien todxs lxs activistas de la diversidad corporal, de género y sexual estamos acostumbradxs a contrarrestar convicciones sobre la salud aunque no sea nuestra área específica, lo cierto es que no coincidimos en una única explicación del fenómeno.⁷ La propia definición de la salud o

⁷ No todxs lxs activistas utilizan argumentos provenientes de los campos de la salud para sostener la exigencia de respeto a la diversidad corporal. Pero desde el trabajo pionero sobre artículos científicos que hizo *Fat Underground* –un grupo de mujeres y lesbianas gordas fundado en 1973 en California, inspiradas por el movimiento de la terapia radical y la autogestión sanitaria feminista de la segunda ola– en adelante, muchxs activistas se han interesado en discutir el paradigma médico hegemónico, usando en ocasiones los argumentos del enfoque HAES para dar cuenta de la necesidad de terminar con la discriminación y el estigma hacia las personas gordas. Se le ha criticado a esta perspectiva

de lo que constituye un cuerpo saludable no es unívoca ni fácil, al decir de Metzel y Kirkland (2010). De hecho, predicar de una persona que no es “saludable” puede querer decir que esa persona padece una enfermedad puntual o crónica o que convive con alguna condición determinada. Pero, en general, si decimos de alguien que es poco saludable nos referimos a que no sigue ciertas pautas de conducta relativas al cuidado del cuerpo, como determinada alimentación y ejercicio.

Ahora quiero enfocarme en la perspectiva HAES. Si bien esta mirada no ha sido generada desde el activismo –y no es la única perspectiva biomédica crítica del abordaje patologizador de la gordura–, me interesa citarla aquí, pues creo que con un lenguaje sencillo busca establecer lo que sus exponentes llaman “hechos y ficción acerca de la gordura” desde el campo de la medicina y la nutrición. Aun sabiendo que los argumentos basados en la investigación científica o los argumentos académicos no son suficientes para cambiar cómo ve las cosas la gente. Pues estas “lentes culturales dificultan que se vean las falacias, aunque se muestren estadísticas, argumentos lógicos o ejemplos sobre la desigualdad y el sufrimiento que esas actitudes causan. Esto es especialmente difícil para profesionales de la salud” (Bacon y Aphramor, 2014: 4).

El movimiento HAES argumenta que la salud es posible en todos los talles y que todo lo que pensamos que sabemos sobre la gordura no está basado en hechos actuales. De manera muy sencilla, plantean que, contrariamente a lo que dicta nuestro sentido (médico) común, “la adiposidad por sí sola no significa enfermedad” (Bacon y Aphramor, 2014: 15). El enfoque HAES usa evidencia revisada por pares, sentido común y una formación sólida en nutrición que integra datos de fuentes de salud pública críticas, para ayudar a entender las dañosas ramificaciones que el lema “lo delgado es mejor” tiene sobre personas de todo tamaño y también en cuanto a las inequidades sanitarias, que ya hemos advertido en párrafos precedentes. Desde esta mirada, se va a insistir en que el estilo de vida no tiene tanto impacto en la salud. Bacon y Aphramor

no ser un análisis completo de la opresión, ya que mantiene la distinción normativa entre lo saludable y lo no saludable (LeBesco, 2010). La activista y académica gorda Charlotte Cooper (2016) propicia alianzas entre las personas gordas y las discapacitadas desde una perspectiva crítica de la medicalización.

encuentran que se ha comprobado que los efectos sociales de vivir con privaciones y discriminación afecta muchísimo a la salud, más que las conductas de los individuos.

Por razones de espacio, no voy a extenderme en los truismos que analizan en detalle Bacon y Aphramor (2014); sólo señalaré los siguientes mitos: 1. La gordura conduce a una disminución de la longevidad (las autoras muestran estudios que indican incluso lo contrario); 2. el IMC es una medida de salud válida y precisa (ya vimos que no); 3. la gordura juega un rol sustantivo en causar enfermedades (en realidad, los estudios epidemiológicos muestran asociación, no causa); 4. el ejercicio y la restricción dietaria son técnicas de descenso de peso efectivas (sabemos que no, porque no estamos en control consciente del modo en que el cuerpo usa la energía); 5. tenemos evidencia de que la pérdida de peso mejora la salud (eso puede ocurrirle a personas de todos los tamaños, pues puede haber un montón de razones por las que nuestro estilo de vida no es lo que nos gustaría que fuera –finanzas, problemas alimenticios, vergüenza corporal, vecindarios inseguros, desempleo o la extensión y/o modalidad de la jornada de trabajo–, factores que pueden afectar nuestros patrones alimenticios y los niveles de actividad); 6. la salud está ampliamente determinada por las conductas individuales (las recomendaciones de salud médicas y gubernamentales se enfocan en la necesidad de cambios individuales para mejorar la salud pública, cuando lo que se necesita para que la gente viva más y mejor es cambio social), pues aunque la dieta y el ejercicio influyen en el autocuidado y el resultado de la salud, las diferencias sociales en realidad representan la mayoría de las diferencias de salud de la sociedad); 7. La ciencia está libre de valores (lo cual no necesita mayor explicación).

60

Según el enfoque HAES, no hacer dieta y comer hasta satisfacer el apetito significa que alguien se estabilizará en su peso confortable (lo cual no equivale a decir que cualquiera que haga esto va a ser flax). Me parece una idea interesante cambiar el concepto de “peso saludable” o “peso ideal” por la idea de “peso confortable”, que es un peso en el que un cuerpo está cómodo, dentro de un rango de peso permitido por nuestra propia biología. Es también el resultado de la biología, la biografía y circunstancias actuales. Estas autoras sostienen que los cuerpos mantendrán un peso estable si los dejamos. Además, afirman que, paradójicamente, los problemas con la regulación del peso frecuentemente

comienzan cuando se trata de controlar el proceso corporal con el objetivo de tener un cierto peso. Esto lleva a una relación problemática con la comida, odio al cuerpo y respuestas metabólicas a la nutrición inadecuada y al estrés. Si a esto le sumamos los estímulos adversos del entorno (inseguridad laboral, problemas de vivienda y de acceso a la educación, cuidado y a la salud, transporte público, acoso policial, violencia institucional, etc.), el resultado es mala calidad de vida y de salud.

Más allá de la evidencia de que la salud y la enfermedad vienen en todos los talles, como afirma este movimiento, lo importante es que todas las personas, estemos enfermas, incapacitadas o no, merecemos un trato respetuoso de nuestra dignidad como tales. Las personas gordas no tendríamos que ser señaladas, discriminadas o violentadas por no estar saludables, si ese fuera el caso. Quizá el estigma de lo “no saludable” se relacione con el hecho de que la propia concepción de la salud incluye juzgamientos morales, jerarquías y asunciones prejuiciosas; todo ello habla más de relaciones de poder y privilegios que de una búsqueda de bienestar, como señalan Metzl y Kirkland (2010).

Gordura y alimentación

Hacer dieta es obviamente el equivalente metonímico de una recesión económica que se ha convertido en una realidad permanente, causando pérdidas materiales sustanciales.

Hito Steyerl, *Los spam de la tierra: desertar de la representación*

Sobre la relación de pobreza, ingesta alimentaria y gordura se pueden decir varias cosas. Desde el derecho a la alimentación y cierto enfoque antropológico, por ejemplo, se ha insistido en que, así como hay una forma de pobreza originada por la exclusión del acceso a la comida, también hay otra forma de pobreza caracterizada por el acceso restringido a determinados alimentos. También se ha insistido en ligar hambre, gordura y pobreza, pintando un cuadro desolador de ciudades duales de sujetos gordos y sujetos hambrientos, ambos producidos por la insaciable industria alimentaria.⁸ Pero desde el activismo y los estudios sobre gordura se

61

8 Por ejemplo, De Sebastián, Luis (2009); y en nuestro contexto Barruti, Soledad (2013).

insiste en complejizar la mirada sobre los “ricos flacos y gordos pobres” del siglo XXI, puesto que la verificación objetiva de esa aseveración no alcanza a dar cuenta de los matices del dispositivo de corporalidad actual (Costa y Rodríguez, 2010), además de desanudar la ligazón entre toda gordura y falta de salud, que es una idea instalada, por lo menos desde la segunda década del pasado siglo.

A pesar de que el acto de alimentarse es un fenómeno cultural complejo,⁹ en el abordaje patologizante hegemónico se reduce la cuestión del peso corporal considerado excesivo a una cantidad también excesiva de ingesta “poco saludable”. Así, el artículo segundo de la Ley de Trastornos Alimentarios –obra del lobby del Dr. Cormillot– relaciona estos trastornos (obesidad, bulimia y anorexia nerviosa) con una “inadecuada ingesta alimentaria”. Este esquema de la inadecuación tiene una larga historia, que ha variado en función de los distintos modelos corporales propuestos por la ciencia médica. Así, hemos pasado del rechazo por engordantes de los alimentos excesivamente húmedos en el medioevo al pánico por las azúcares u otros productos coloniales, a la grasa o a los farináceos en la actualidad. Voy a utilizar una máxima del enfoque HAES que me parece adecuada: necesitamos no temer a la comida, o a la gordura o a la grasa como agentes de enfermedad y desesperación, sino pensarlos como lo que son: nutrientes necesarios para la vida.

Como se ha explicado sobradamente, el peso dista de depender exclusivamente de las cantidades ingeridas de alimentos, pues en su determinación intervienen muchísimos otros factores (hormonales, neuronales, genéticos, metabólicos, etc.), además de otras variables como el entorno social, nivel de ingresos, el género, la orientación sexual, la edad o el origen étnico. Y no sólo porque las oportunidades de alimentarse y de gestionar la salud son muy distintas según estas variables, sino también porque el estrés que produce ser un sujeto estigmatizado, discriminado o víctima de violencia también influye en el peso corporal, pero sobre todo en el aspecto psicosocial de la salud de las personas, tal como enfatizan Lee y Pausé (2016). La narración cultural y mediática, en cambio, asume

62
⁹ Como han señalado Bacon y Aphramor (2014), los placeres del comer van más allá de la nutrición física e incluyen socialización, nostalgia, confort familiar o el entusiasmo por nuevas experiencias. Ver también Aguirre, 2010; LeBesco, 2004; y Rodríguez Zoya, 2017.

que la gente gorda come demasiado o mal, sin atender que hay estudios que han demostrado que, en general, la gente con alto peso corporal no come más que la gente delgada.

Aunque la alimentación no alcanza a explicar toda diversidad corporal y gordura, es necesario destacar que, además de un hecho social y biológico, comer es un hecho político, indudablemente. Sería deseable discutir el modelo de la inadecuación alimentaria en el marco de la injusticia socioeconómica. La forma hegemónica de pensar la gordura –como una patología en sí misma– no apunta a poner en jaque la redistribución de la riqueza, el acceso al alimento, al empleo o a la salud, las condiciones laborales, habitacionales, etc. de los cuerpos que engordan. Este señalamiento sobre la “adecuada” cantidad o modalidad de la ingesta invisibiliza las múltiples razones por las que los cuerpos son gordos o engordan con las particularidades regionales –y la herencia colonial– que suelen olvidarse a la hora de condenar ciertos alimentos y los modos de comensalidad de determinadas comunidades (especialmente, las racializadas, las pobres, las migrantes, las originarias).¹⁰

La lucha por una alimentación de calidad –que incluye la denuncia de los agrotóxicos y de la avaricia dañina de la industria alimentaria– no debe ser excusa para una proyección masiva del horror a la gordura y pánico moral. Tomemos como ejemplo las conclusiones que presentó la relatora especial sobre Derecho a la Alimentación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Hilal Elver, que estuvo en la Argentina entre el 12 y el 21 de septiembre de 2018 (el informe final no estaba disponible al momento de redactar este texto). El trabajo cuestiona el desmantelamiento de la Secretaría de Agricultura Familiar y de otras políticas públicas y critica a la industria alimentaria utilizando el argumento de los porcentajes récords de “sobrepeso, obesidad y enfermedades”.¹¹ La crítica a las políticas de recorte y ajuste bien puede sostenerse sin recurrir al tropo patético de los cuerpos fuera de control ni al peligro de la gordura de los niños (lo cual ameritaría todo un capítulo en sí mismo, pues es un argumento que retoman incluso las organizaciones populares, alineándose inadvertidamente con el lobby corporativo por una Ley

¹⁰ Sobre este punto, puede verse Contrera y Cuello (2016a).

¹¹ Ver <https://www.lavaca.org/notas/hambre-obesidad-agrotoxicos-enfermedad-lo-que-la-onu-advierte-en-la-argentina/>

de Obesidad Infantil que sólo beneficiará a la industria fármaco-médica de la dieta). En un contexto de ajuste neoliberal, donde el hambre, el endeudamiento y la persecución de la olla popular –todo un símbolo de resistencia– son moneda corriente, desde el activismo gordo local insistimos en bregar por la autonomía y la integridad de los cuerpos diversos patologizados y estigmatizados, reclamando también acceso a la salud y a la alimentación sin visos discriminatorios de ningún tipo.

Los artilugios de lo saludable y el neoliberalismo magro

...debemos rastrear las múltiples determinaciones de la salud más allá de los cuerpos atomizados, las condiciones médicas y los estados corpóreos, para internarnos en la red interconectada de opresiones y privilegios que moldea de manera sistemática todas las formas de experiencia del cuerpo.

Helen Hester, *Xenofeminismo. Tecnologías de género y políticas de reproducción*

Distintxs autorxs han trabajado sobre la fobia a la gordura actual como una pantalla encubridora de la fobia a la pobreza. En esta línea, para Kipnis (2003), el miedo al cuerpo fuera de control está conectado al temor de las masas fuera de control. Asimismo, se ha encontrado que el peso está fuertemente correlacionado con los ingresos: sin entrar en la polémica sobre si es la desventaja socioeconómica la que lleva a la gordura o si la gordura es la que causa pobreza, ser una persona gorda es muy a menudo sinónimo de ser pobre.¹² Así, la discriminación a la gordura aparece como una discriminación a la pobreza o a características asociadas con la pobreza, según señala Rothblum (2011). Por su parte, LeBesco (2004) ha dicho también que el estigma de la gordura se agrupa en torno al estigma de la pobreza y la no-blanquitud, con el efecto de privar a ciertos individuos de sus derechos como ciudadanos.¹³

64

¹² Sobre este punto, ver Aguirre, 2010; Ernsberger, 2009; Lupton, 2013; Vigarello, 2011.

¹³ En su artículo “El dispositivo fitness en la modernidad biológica. Democracia estética, just-in-time, crímenes de fealdad y contagio”, Costa (2008) analiza este fenómeno en profundidad. En pleno siglo XXI, dice la autora, toda la batería de tecnologías del yo –cosméticas, quirúrgicas, gimnásticas, dietéticas, farmacológicas– que permiten

En nuestro contexto, podríamos caracterizar esta fobia a la gordura y a la pobreza como el temor a la extensión del cuerpo graso popular, que le pesa al músculo siempre magro del brazo del Estado neoliberal y a la mano leve e invisible del mercado, que se deshace de lo que está de más al cortar la grasa, según la tristemente célebre alocución de un ex ministro de Economía. Todos estos puntos resultan imposibles de desplegar aquí, pero quiero señalar algunas cuestiones para introducir una crítica a la razón saludable del neoliberalismo magro actual y la idea de un derecho a la subsistencia, a la salud y a la alimentación, entre otros derechos fundamentales, que no se apoye en conceptos prejuiciosos del peso corporal.¹⁴

Pues cierto discurso público y mediático presenta a los barrios estigmatizados de los enclaves urbanos como terreno de “patologías sociales”, al decir de Wacquant (2007), pero también, añadiría, corporales. Lo peligroso, lo indeseable de los parias expulsados al límite social y espacial del territorio es también lo “no saludable” que muestran con tono de gravedad los informes periodísticos, que se preguntan: ¿Qué comen las personas pobres en esos barrios marginales? Y más precisamente, teniendo en cuenta la distribución desigual de las actividades reproductivas y de cuidado, la feminización de la pobreza y de la fuerza de trabajo: ¿Qué cocinan esas mujeres pobres y migrantes en sus casas o en los puestos callejeros que forman parte de la economía popular? Frituras, grasas, harinas en formatos variados (pan, tortilla, fideos), guisos hipercalóricos, embutidos, fiambres, “panchos” y “choripanes”. Todo un exceso de lo no saludable y de lo graso que provoca pánico moral y social: gordura, pobreza, etnia, género y orientación sexual resultan intersecciones peligrosas.

Para las perspectivas críticas de la biomedicina, como ya hemos visto, los determinantes sociales juegan un papel importantísimo en la mayoría de las enfermedades, más que el peso por sí solo o el estilo de vida. Nuevamente recurrimos a Bacon y Aphramor (2014) para mostrar que si se mide según el ingreso, la educación formal o

una mayor competitividad de los cuerpos en los mercados de la gestión de sí neoliberal, exacerba que las diferencias socioeconómicas se vuelvan diferencias físicas.

14. Estas cuestiones las desarrollamos con más detalle en Contrera y Cuello (2016 a, b y c) y en el artículo “Gordura, pobreza y género en la ciudad del neoliberalismo magro” (Contrera, en prensa), del que he tomado parte de la argumentación para este apartado.

el estatus laboral, existe un gradiente socioeconómico para la salud y que, cuanto mayor es la desigualdad en la sociedad, más pronunciada es la pendiente. A pesar de estos datos, la percepción corriente sigue siendo que las poblaciones desfavorecidas se enferman principalmente porque carecen del carácter y el conocimiento para comer bien, hacer más ejercicio y adquirir hábitos saludables. Lo más triste es que los textos científicos incurren también en este error al no incluir los riesgos para la salud que acarrear el estigma y la discriminación, como ya hemos señalado. Pues la desigualdad estructural oculta el sesgo y conduce a diferencias en los resultados de estudios.

Así, el racismo, la xenofobia, el clasismo, el sexismo, la homo-lesbo-bi-trans-fobia, la discriminación por tamaño o apariencia y la desigualdad social, considerados interseccionalmente, son escasamente mencionados o tenidos en cuenta como matriz estructural y política explicativa de la salud de las personas. Asimismo, las políticas públicas de promoción de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles suelen olvidar estas intersecciones a la hora de seguir los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para combatir los “malos hábitos” dietarios de la población y bajar los índices de “obesidad”. Estos discursos de la obesidad son totalitarios, como dice Cooper (2016), mientras que el activismo gordo y las posturas críticas de la biomedicina han demostrado la ineficacia de los regímenes hipocalóricos y/o las prácticas vergonzantes y culpabilizantes a la hora de promover la salud para las personas gordas y considerarlas en su dignidad humana y como sujetos de derecho.

En una sociedad altamente medicalizada como la nuestra, donde la salud es un imperativo ético para el yo, según Rose (2012), y el discurso médico gobierna e impregna el discurso jurídico y las políticas públicas, la gordura aparece como una categoría “permitida” de discriminación, que habilita la intromisión estatal en un sentido moralizante. Muchas políticas y programas públicos tornan la familia en un sitio de intervención, culpabilizando a las cuidadoras pobres o de clases populares –en general jefas de hogares mono-marentales, migrantes o racializadas– por el peso excesivo de lxs niñxs: porque cocinan mal o poco “saludable” o porque no cocinan. Como señala acertadamente Costa (2017), la gubernamentalidad neoliberal acude a campañas de concientización y de información como un modo de subjetivizar a la ciudadanía en tanto seres

responsables. Es necesario remarcar que las intervenciones estatales de antaño implicaban una inversión estatal que hoy no se admite como gasto público imperativo.

También me interesa destacar que, más que asegurar el derecho a la alimentación y a la salud asignando recursos concretos, las políticas públicas se centran en la promoción de un ideal de salud inalcanzable para las mayorías, mediante la calificación y medición de lo “saludable” como sinónimo de no engordante y de un cuerpo magro y “en forma” que cada cual deberá procurarse a partir de contar con la información pertinente. El desborde popular –del cuerpo colectivo y del cuerpo individual– es siempre una amenaza para estas políticas que, curiosamente, olvidan el derecho a la alimentación y a la salud que tienen todos los habitantes en un país que produce suficientes alimentos para que nadie pase hambre, pero donde las tasas de desnutrición son muy altas y causan enfermedades y muertes evitables.¹⁵

La salud como frustración

Siempre se trata de la salud, y la salud se presenta
como un hecho apolítico.

Charlotte Cooper, *Fat Activism. A radical social movement*

Llegadxs a este punto, quiero detenerme en una frase de Flavia Costa (2017): “¿Quién podría oponerse a llevar una vida saludable?”. Pareciera que nadie, aunque no se sepa bien cómo. Y sobre todo cuando las recetas para alcanzarla –que abundan– son múltiples y hasta contradictorias entre sí, como bien señala la autora. El riesgo de no seguir este ritmo moral es la frustración constante o convertirse en un marginal, como advertía Foucault (1996), preocupado por la intervención autoritaria de la medicina o *somatocracia*. Esta presunción generalizada de que la normalidad pasa por la (buena) salud y el bienestar o calidad de vida lleva a que incluso personas extrañas puedan descalificar públicamente el comportamiento considerado no saludable –afirmándose, en la misma operación,

67

¹⁵ Con Nicolás Cuello, hemos abordado esta línea de análisis en el artículo “Lectura crítica de la ley de trastornos alimentarios” (2016a).

como sujetos moralmente virtuosos y normales–, ejerciendo una suerte de control policial sobre el cuerpo propio y ajeno. Así, cuando se señala a la persona que fuma o bebe alcohol, a la (mala) madre que no da de mamar o a la persona gorda (en estos casos se llega incluso al acoso), la intromisión y el consejo no pedido se justifican siempre en la preocupación por la salud ajena. De esta experiencia cotidiana de la policía del cuerpo y del género, se ha ocupado sobradamente el activismo y allí lxs invito a buscar más precisiones, pues este capítulo debe llegar a su fin.

La dicotomía salud y enfermedad no es natural, sino algo construido y comercializado.¹⁶ Lee y Pausé (2016) aseveran que las formas de poder neoliberales promueven la responsabilidad individual como política de salud y atomizan cuestiones que deberían ser una preocupación colectiva. La activista y académica británica Charlotte Cooper (2016) apunta que hay un término en inglés que refiere a esta idea neoliberal de la salud como un proyecto moral de responsabilidad individual: “healthism”, para el cual no encuentro una traducción satisfactoria aún, pero que sería algo así como “saludismo”. Por esta búsqueda de la salud, se crea una cultura en la que las personas son juzgadas –la culpa y la vergüenza en relación con la elección alimentaria alcanza a las personas que no son gordas, dice Lupton (2013)– y en la que los “desórdenes de la dieta” –que es como se debería llamar a los trastornos alimenticios según el enfoque HAES– son la angustia y la ansiedad cotidianas de grandes franjas de la población, incluso las más desfavorecidas. Metzl y Kirkland (2010) explican que el señalamiento estigmatizante de la falta de salud de otrxs reafirma la salud de quien señala. Y esto tiene consecuencias terribles para las poblaciones señaladas, como ya hemos visto.

68

El sentido común que asocia toda gordura a falta de salud y que considera que perder peso es un asunto de disciplina y de un “cambio” en el estilo de vida puede funcionar para algunas personas, incluso a mediano o largo plazo. Pero no es cierto para la mayoría de la población, además de que genera efectos colaterales dañinos. Y, como tal, no puede ser el fundamento de políticas públicas que quieran realmente mejorar la calidad de vida de las personas, independientemente de su tamaño y forma

¹⁶ Para ahondar en esta afirmación, puede consultarse Metzl y Kirkland (2010).

corporal. Sobre todo, porque estas políticas no consideran las potenciales violaciones a los derechos humanos que involucra su implementación y el malestar que acarrea consigo la patologización indefinida.

Conclusión

Las instituciones del saber, de la previsión y del cuidado, como la medicina, también ayudan a apuntalar el poder político.

Michel Foucault, *La naturaleza humana: justicia versus poder*

Contra el ajuste del neoliberalismo magro que encara en nuestro país el gobierno de Macri y la Alianza Cambiemos, con la connivencia de los gobiernos provinciales, rechazamos la precarización total de nuestras vidas. [...] Por la integridad y el respeto de los cuerpos gordos, patologizados y estigmatizados.

Manifiesto 8M, Buenos Aires, 2018.

La carne excesiva torna al cuerpo en objeto del multimillonario negocio de lo saludable. El cuerpo gordo es algo destinado a la aniquilación neo-eugenésica, por ser un recordatorio de que todos los cuerpos están en riesgo de fallar. Pues el cuerpo normativo, saludable y no discapacitado, es sumamente vulnerable a la caída y a la degradación, al igual que sucede con los cuerpos diverso-funcionales.¹⁷ El cuerpo gordo, como algunas performances de género u orientaciones sexuales, es el asiento de un sujeto descarriado e improductivo, en términos neoliberales. El cuerpo gordo es también territorio de apropiación y exterminio: no hay soberanía ni autonomía en un escenario del “antes y después” (Kent, 2001) de la dieta que impide que la gordura sea algo posible de representarse y valorarse en tiempo presente.

69

En las líneas que preceden, me referí el pánico moral asociado a la acumulación de grasa y kilos, teniendo en cuenta las intersecciones de la gordura con la pobreza, el género, la orientación sexual, el estatus migratorio, entre otras variables. Elegí centrarme en cuatro ejes –estigma, discriminación, violencia y patologización– para dar cuenta de las

¹⁷ Para profundizar en este sentido, ver Herndon (2002) y Shildrick (2005).

particularidades del acceso a la salud bajo las reglas de la razón del neoliberalismo magro que nos gobierna. Me referí a la gordura en cuanto es considerada una patología corporal, pero también social, con fundamento en que la medicalización y el estigma corporal no se dan en el vacío, sino que tiene raíces en ansiedades sociales que deben leerse en una matriz que incluya nuestra historia de colonización, xenofobia, racismo y hetero-cissexismo (cuestiones que no puedo desarrollar aquí, dado los límites de este texto).

Desde esta postura crítica, quise plantear la posibilidad de un acceso a la salud libre de violencia y discriminación para las personas gordas. Entonces, lo que subyace a este texto refiere a políticas y prácticas ligadas a la autonomía y soberanía corporal, que se piensan colectivamente y en relación con la autonomía y soberanía de nuestros territorios, en un sentido amplio. El marco general para este esbozo de la diversidad corporal, de género y sexual no es otro que el viejo y conocido paradigma de derechos humanos: parto desde las ciudadanías incompletas y menguadas de ciertos sujetos a imaginar políticamente un horizonte de pleno ejercicio de los derechos fundamentales para todas las personas, independientemente del cuerpo y del peso que portemos. El modelo para este reclamo podría ser un paradigma despatologizante, vigente en nuestro ordenamiento jurídico: la Ley de Identidad de Género, que, como explica Viturro (2013), abandona el modelo hegemónico basado en la patologización por un modelo apoyado en la autodeterminación y en el respeto de los derechos humanos. Al decir de Cabral, “se trata de la única ley de identidad de género en el mundo que respeta a rajatabla el derecho a la autodeterminación tanto identitaria como corporal” (2014: 211).¹⁸

70

Ser una persona gorda en un mundo obsesionado con el peso corporal no es algo sencillo. Bajo el régimen neoliberal exaltador de lo magro, no es posible algo así como un sentimiento pleno de aceptación del cuerpo y amor propio (como nos quiere hacer creer el movimiento de la positividad corporal), sino más bien sentimientos de disonancia e incertidumbre, como ha escrito Pausé. Ahora bien, esta comprobación no debería ser una invitación a conformarnos ni a admitir un trato violento en todos los ámbitos de la vida. No quiero eso para mí ni para ninguna

¹⁸ Un análisis de estos modelos en el marco jurídico argentino es objeto de mi investigación doctoral actual.

persona gorda. Mi deseo es que cuando terminen de leer este capítulo –endebte, balbuceante, introductorio e incompleto–, lxs lectorxs quieran evitar palabras y frases como “obesidad”, “sobrepeso”, “peso saludable”, “entorno obesogénico” o “adicción a la comida”, además de erradicar los prejuicios patologizantes, discriminatorios y estigmatizantes hacia las personas gordas que requerimos tratamiento médico o simplemente osamos sostener nuestra existencia en el mundo.

Bibliografía

- Aguirre, P. (2010). *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Bacon, L. (2008). *Health at Every Size: The Surprising Truth about Your Weight*. Dallas: BenBella Books.
- Bacon, L. y Aphramor, L. (2014). *Body Respect*. Dallas: BenBella Books.
- Barruti, S. (2013). *Malcomidos. Cómo la industria alimentaria argentina nos está matando*. Buenos Aires: Booklet.
- Brazziel, J. E. (2001). “Sex and Fat Chics: Deterritorializing the Fat Female Body”, en Brazziel, J. E. y LeBesco, K. (eds.). *Bodies out of Bound. Fatness and Transgression*, University of California Press. Berkeley: Los Ángeles y Londres.
- Burgard, D. (2009). “What is “Health at Every Size?””, en Rothblum, E. y Solovay, S. (eds.). *The Fat Studies Reader*. Nueva York, New York University Press.
- Cabral, M. (2014). “Tercera posición en materia de género”, en *Revista Derechos Humanos* año III N° 8. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Cabral, M. (2016, 21 de octubre). “Ojos bien abiertos”, en *Página 12*, Suplemento SOY.
- Campos, P.; Saguy, A.; Ernsberger, P.; Oliver, E. y Gaesser, G. (2006). “The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic?”, en *International Journal of Epidemiology* 35 (1).
- Contrera, L. (2014). “El cuidado de los cuerpos impropios: gordura, revueltas y dietas en las sociedades de control/seguridad”, en García, E. y Fortunato, A. (eds.). *Actas de las I Jornadas Internacionales Filosofías del Cuerpo / Cuerpos de la Filosofía*, Buenos Aires, Argentina.
- Contrera, L. y Cuello, N. (2016a). “Lectura crítica de la ley de trastornos alimentarios”, en Contrera, L. y Cuello, N. (comps.). *Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne*. Buenos Aires: Editorial Madreselva.
- Contrera, L. y Cuello, N. (2016b). “Neoliberalismo magro”, en Contrera, L. y Cuello, N. (comps.). *Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne*. Buenos Aires: Editorial Madreselva.
- Contrera, L. y Cuello, N. (2016c). “Crítica de la razón saludable: políticas públicas y presupuestos patologizantes de la diversidad corporal”, en *XII Jornadas Nacionales de Debate interdisciplinario de salud y población Salud, sexualidades y derechos: cruces entre investigación, políticas y prácticas*, Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

- Cooper, Ch. (2016). *Fat Activism. A radical social movement*. Bristol: HammerOn Press.
- Costa, F. (2008). “El dispositivo fitness en la modernidad biológica. Democracia estética, just-in-time, crímenes de fealdad y contagio”, en *Jornadas de Cuerpo y Cultura de la UNLP*, 15 al 17 de mayo de 2008, La Plata. Disponible en http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.647/ev.647.pdf
- Costa, F. (2017). “Vida saludable, fitness y capital humano”, en Costa, F. y Rodríguez, P. E. (comps.). *La salud inalcanzable. Biopolítica molecular y medicalización de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Eudeba.
- Costa, F. y Rodríguez, P. E. (2010). “La vida como información, el cuerpo como ‘señal de ajuste’: los deslizamientos del biopoder en el marco de la gubernamentalidad neoliberal”, en Lemm, V. (ed.). *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.
- De Sebastián, L. (2009). *Un planeta de gordos y hambrientos. La industria alimentaria al desnudo*. Barcelona: Ariel.
- Ernsberger, P. (2009). “Does Social Class explain the connection between weight and health?”, en Rothblum, E. y Solovay, S. (eds.). *The Fat Studies Reader*. Nueva York: New York University Press.
- Ernsberger, P. (2012). “BMI, Body Build, Body Fatness, and Health Risks”, en *Fat Studies: An Interdisciplinary Journal of Body Weight and Society* 1:1, pp. 6-12, DOI: 10.1080/21604851.2012.627788
- Foucault, M. (1996). “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, en *La vida de los hombres infames*. La Plata: Editorial Altamira.
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- Goffman, E. (2015[1963]). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrotu.
- Gracia Arnaiz, M. (2011). “La medicalización de la obesidad. Concepciones y experiencias sobre la gordura en jóvenes con ‘exceso’ de peso”, en *Zainak*, 34.
- Herndon, A. (2002). “Disparate but Disabled: Fat Embodiment and Disability Studies”, en *National Women's Studies Association Journal* 14 (3), Indiana University Press.
- INADI (s/f). *Denuncias radicadas en el INADI (2008-2013). Análisis cuantitativo complementario al Mapa Nacional de la Discriminación 2013*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Disponible en línea: <http://inadi.gob.ar/contenidos-digitales/wp-content/uploads/2018/02/Denuncias-2008-2013-Versi%C3%B3n-Web.pdf>
- Katz, M. (2010). “Comer: práctica individual, práctica social”, en Katz, M.; Aguirre, P. y Bruera, M. *Comer. Puentes entre la alimentación y la cultura*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Kent, L. (2001). “Fighting Abjection: Representing Fat Women”, en Brazier, J. E. y LeBesco, K. (eds.). *Bodies out of Bound. Fatness and Transgression*, Berkeley: University of California Press.
- Kipnis, L. (2003). “Life in the Fat Lane”, en Kipnis, L. *Bound and Gagged: Pornography and the Politics of Fantasy in America*. Durham, NC: Duke University Press.
- Klimentidis, Y. C.; Beasley, T. M.; Lin, H.-Y.; Murati, G.; Glass, G. E.; Guyton, M.; Allison, D. B. (2011). “Canaries in the coal mine: a cross-species analysis of the plurality of obesity epidemics”, en *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 278(1712), 1626–1632. DOI: 10.1098/rspb.2010.1890
- Lee J.A. y Pausé C.J. (2016). “Stigma in Practice: Barriers to Health for Fat Women”, en *Frontiers in Psychology*, vol. 7 (dic.): 2063. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.02063
- LeBesco, K. (2004). *Revolting bodies? The struggle to redefine fat identity*. Amherst y Boston: University of Massachusetts Press.

- LeBesco, K. (2010). "Fat Panic and the New Morality", en Metzel, J.M. y Kirkland, A. (eds.). *Against Health. How Health became the New Morality*. Nueva York y Londres: New York University Press.
- Lupton, D. (2013). *Fat*. Londres y Nueva York, Routledge.
- Metzel, J. M. y Kirkland, A. (2010). *Against Health. How Health became the New Morality*. Nueva York y Londres: New York University Press.
- Murray, S. (2008). *The "fat" female body*. Nueva York: Palgrave Macmillan.
- O'Hara, L. y Gregg, J. (2012). "Human Rights Casualties from the 'War on Obesity': Why Focusing on Body Weight Is Inconsistent with a Human Rights Approach to Health", en *Fat Studies: An Interdisciplinary Journal of Body Weight and Society* 1:1, pp. 32-46, DOI: 10.1080/21604851.2012.627790
- OMS (2004). "Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud", Disponible en https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- Pausé, C. (2012). "Live to tell: Coming Out as Fat", en *Somatechnics* 2 (1), pp. 42-56.
- Rodríguez Zoya, P. G. (2017). "El dispositivo biopolítico de medicalización alimentaria", en Costa, F. y Rodríguez, P. E. (comps.). *La salud inalcanzable. Biopolítica molecular y medicalización de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Eudeba.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNPE Editorial Universitaria.
- Rothblum, E. (2011). "Fat Studies", en Cawley, J. (ed.). *The Oxford Handbook of the social science of obesity*. Nueva York: Oxford University Press.
- Rothblum, E. y Myers, A. (2010). "Coping with prejudice and discrimination based on weight", en J. L. Chin (ed.). *The psychology of prejudice and discrimination*. Santa Barbara: Praeger.
- Saguy, A. C. (2013). *What's wrong with fat?* Nueva York: Oxford University Press.
- Sassen, S. (2003). *Contrageografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Shildrick, M. (2005). "The Disabled Body, Genealogy and Undecidability", en *Cultural Studies* 19 (6), pp. 755-770. DOI: 10.1080/09502380500365754
- Sibilia, P. (2007). "Pureza y sacrificio. Nuevos ascetismos por el 'cuerpo perfecto'", en *Artefacto. Pensamientos sobre la técnica* N°6 (septiembre), Buenos Aires.
- Vigarello, G. (2011). *Historia de la obesidad. Metamorfosis de la gordura*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Vituro, P. (2013). "La revolución de lxs "nada": una aproximación al debate sobre orientación sexual, identidad de género y discriminación", en *Anuario de Derechos Humanos* (9), pp. 43-59, Centro de Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Universidad de Chile. DOI: 10.5354/0718-2279.2013.27032
- Wacquant, L. (2007). *Los condenados de la ciudad. Gueto, periferias y estado*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- WHO (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic Report of a WHO Consultation*. WHO Technical Report Series 894, Ginebra.

El aborto como problema de salud colectiva¹

DÉBORA TAJER

Contexto político¹

Nuestra sociedad ha atravesado durante 2018 un gran debate en todas las esferas de la vida social acerca de la despenalización y legalización del aborto.

Esto sucedió a partir de la octava vez que se presentaba un proyecto de ley sobre interrupción voluntaria del embarazo desde el colectivo Campaña por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito, apoyado por diputados y diputadas de diverso signo político. La novedad surgió cuando el presidente Mauricio Macri alentó la presentación.

En esa coyuntura, aparecieron muchas preguntas y debates acerca de las razones políticas que lo motivaron. ¿Por qué el gobierno de carácter neoliberal lo habilitó?, ¿por qué el gobierno de “antes” nacional y popular no?

Muchas otras preguntas surgieron: ¿Se trata de una cortina de humo? ¿Es un reclamo legítimo del movimiento de mujeres? ¿Es una deuda de la democracia hacia las mujeres? ¿Puede ser al mismo tiempo un reclamo legítimo y una cortina de humo?

75

Emergió el recuerdo de los procesos de legalización de otros países, entre ellos Francia, en los cuales la legalización se desarrolló en un marco de gobiernos conservadores, dislocando la relación lineal entre gobiernos progresistas y legalización del aborto. Quebrar la relación lineal, no

1. Una primera versión de este texto se publicó en la revista *Voces en el Fénix* con el título “El aborto como problema de salud pública”, N° 70 [ISSN 1853-8819]; y una segunda versión, en la revista *ISALUD* con el título “La clandestinidad del aborto y la salud mental de las mujeres”, 13(61), marzo 2018. [ISSN 1850-0668].

significa de todos modos quebrar e invisibilizar la experiencia real de las varias gestiones progresistas en nuestra región y en otros contextos donde ampliación de derechos a nivel general y legalización del aborto fueron de la mano.

De este modo, hay que destacar que contamos en nuestra región con algunas experiencias, más cercanas en geografía, cultura y tiempo, de cuyos procesos de legalización podemos tomar aprendizajes, como Uruguay y Ciudad de México. En ambos casos, estos procesos se dieron en el marco de gestiones progresistas de ampliación de derechos. Entre estos, incluyo el derecho de las mujeres a decidir la interrupción de un embarazo no deseado en condiciones de legalidad, seguridad y gratuidad. Y contamos con experiencias regionales de más larga data, como Cuba, donde el proceso político revolucionario de 1959 inauguró la práctica del aborto legal, seguro y gratuito desde un sistema de salud universal que continúa vigente hasta la fecha. En la mayoría de los otros países de la región, la situación es similar a la Argentina, es decir, está legalizado con causales de riesgo de vida y salud y violación, con la excepción de algunos donde rige la prohibición total de la práctica de interrupción legal del embarazo, en algunos casos incluso con prisión efectiva de las mujeres que abortan.

Situación sanitaria

En nuestro país, desde el punto de vista sanitario, podemos decir que el gobierno “de antes” (2003-2015) promovió un escenario de avances de leyes que aumentaron la calidad ciudadana en salud en términos de la agenda de género, podemos enumerar por su cercanía al tema en discusión: Ley 26.618/10, de Matrimonio igualitario; Ley 26.485/09 para Prevenir, asistir y eliminar todas las violencias contra las mujeres, Ley 26.743/12, de Identidad de Género; Ley 26.862/13, de Reproducción asistida; Ley 26.657/10, de Salud Mental y la Guía técnica para el aborto no punible (2010), que es la recomendación para el sector salud acerca de cómo implementar sanitariamente en los servicios de salud el campo de legalidad de interrupción del embarazo que se abre luego del fallo FAL de la Corte Suprema de Justicia, que interpreta el artículo 86 del Código Penal como causal legal a toda violación.

De hecho, este avance jurídico generó un cambio muy importante en relación con la realización de abortos legales por las tres causales (riesgo de la salud integral de la gestante, riesgo de vida de la gestante y violación) desde el sistema sanitario, aun cuando el aborto voluntario todavía no es legal en nuestro país. Este avance amplía el espectro de las causas en las cuales el sistema sanitario debe garantizar el acceso al aborto, pero aún no contempla la voluntad de la gestante como una de ellas.

En el primer nivel de atención público (CESAC, CAPS, entre otras denominaciones), se implementaron Consejerías pre y post aborto, que luego cambiaron su nombre por Consejería en opciones, siguiendo el modelo de reducción de daño. Luego, los equipos interdisciplinarios, compuestos fundamentalmente por médicas con especialidad en medicina general, comenzaron a asistir abortos legales con medicación (miso-prostol). Y, en algunos casos, con el método de aspiración (AMEU).

Estxs profesionales se agruparon progresivamente en la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir que juntó a colegas de diversas disciplinas del equipo de salud bajo la consigna “podés contar conmigo”. Esta red de profesionales del sector formal articula a nivel de la sociedad civil con el Socorrismo en Red, planteando de hecho una cooperación entre los servicios de salud y la participación social activa e informada en la garantía de acceso a un derecho. El problema empezó a acontecer –y continúa aconteciendo– por la dificultad de contar con prestaciones del segundo nivel de atención (hospitales), ya que los servicios hospitalarios de ginecología y obstetricia se encuentran abarrotados de objetorxs de conciencia. Salvo algunas experiencias aisladas que vale mencionar –como la Maternidad Estela de Carlotto de Moreno, provincia de Buenos Aires, algunxs efectores de Rosario y Santa Fe y provincia de Chubut–, el panorama sigue siendo de ampliación de derechos desde el primer nivel y su vulneración en el segundo nivel, con el cuerpo de las mujeres como escenario del conflicto.

77

Ciudadanía “de segunda”, subjetividad y salud mental

En Argentina y en la mayoría de los países de la región (con excepción de Cuba, Costa Rica, Uruguay y Ciudad de México), hablar de aborto y subjetividad es hacerlo en contextos de ilegalidad. Esto implica decir que

no hay una sola relación entre aborto y subjetividad, y este texto se referirá a lo que acontece en países como el nuestro, donde el aborto voluntario es ilegal y sólo es legal por las tres causales mencionadas.

Uno de los problemas que tenemos es que incluso para las causales de aborto legal (ILE) existen numerosos modos de vulneración de ese derecho, uno es la objeción de conciencia de lxs profesionales de la salud, y el otro, la judicialización. Este último obstáculo consiste en hacer ingresar al circuito de la Justicia una práctica médica legal que no necesita ningún permiso adicional.

Judicializar en una gestación equivale a complicar la posibilidad de la intervención en estadios en los cuales el riesgo de vida y salud de la gestante aumentan. Estas causales legales, sin bien inscriben a la práctica como un problema de salud pública, excluyen una variable de alta importancia para el campo de la salud mental que es la autonomía. Por lo tanto, en nuestro país, cuando se sortean los obstáculos señalados, se puede abortar legalmente, pero nunca porque una mujer quiera hacerlo.

Desde este escenario hablo del campo de la subjetividad, no en cualquier otro escenario. No estoy hablando de Canadá, no estoy hablando de Cuba, no estoy hablando de Uruguay ni de Inglaterra. Estoy hablando de Argentina en estas condiciones.

¿Cuáles son los impactos en la subjetividad de vivir en un país en el cual el aborto es ilegal, o legal solamente por estas tres causas? Voy a dividir en dos lo que quiero contar. En la primera parte, presentaré mi postura personal frente a la situación y como cambió y, en segundo lugar, cuál es el impacto en la subjetividad en general de los contextos de ilegalidad/ clandestinidad y qué pasa con lxs profesionales de la salud mental en relación con esta problemática.

En principio, quiero compartir con ustedes mi postura personal, que tuvo un viraje hace unos 17 años con respecto a cómo abordaba esta cuestión. Siempre, desde que tengo memoria, estuve a favor del aborto legal y voluntario, pero me di cuenta hace unos años que tenía colonizada mi cabeza, aun cuando estaba a favor. ¿Cómo me di cuenta que estaba colonizada? Porque, cuando hablaba de este tema, tenía mucho cuidado de herir susceptibilidades y creencias. Entonces, decía: “Bueno, no sé qué van a pensar ustedes que según la creencia

que...”, y todo ese tipo de cosas. Pero me pasó algo que me demostró que estaba errada, es decir, convencida y colonizada al mismo tiempo: La revista *Reproductive Health Matters* me invitó a una reunión en un palacio de la Fundación Rockefeller en Bellagio, Italia, sobre el Lago Di Cuomo para debatir sobre la articulación entre las Reformas Sectoriales en Salud y la Salud Sexual y Reproductiva a nivel mundial. Una de las exposiciones –había gente de todo el mundo– estaba a cargo de una abogada irlandesa. En Irlanda, un país católico en el cual el aborto no era legal en ese momento (se legalizó en marzo de 2018), el seguro nacional de salud irlandés pagaba las prácticas de aborto en Inglaterra a todas las ciudadanas irlandesas que quisieran practicárselo. Luego de escuchar varias intervenciones, me quedó claro una realidad: todos los países desarrollados, en la actualidad, de un modo u otro, garantizan el acceso al aborto legal y seguro. Me di cuenta que la ilegalidad es una situación de los países periféricos –entre los cuales nos encontramos nosotrxs–, donde la ciudadanía femenina aún es de baja intensidad. Es un problema básicamente de falta de derechos para el subdesarrollo, no un problema moral. Me di cuenta entonces que vivía en un país en el cual había aprendido a identificar como problema moral lo que en realidad es una falta de derechos. Esa percepción descolonizó mi cabeza. Entendí que la ilegalidad del aborto voluntario es una biopolítica del control del cuerpo de las mujeres de los países periféricos. Y así lo entiendo desde entonces.

La segunda parte de lo que quiero contar es cómo impacta en general a nivel de las subjetividades y qué pasa con los “dispositivos psi” en nuestro país en relación con las prácticas ilegales. De qué modo se significan estas prácticas.

79

En un texto que escribimos con Ana Fernández en 2006, señalábamos la diferencia que existe, por ejemplo, entre cómo se nominan las prácticas de aborto voluntarias en los dos primeros meses de embarazo en Cuba, que se llaman “regulación de la menstruación”, muy diferente a denominar “matar una vida” a la misma práctica clínica quirúrgica. La intervención sobre el cuerpo es la misma, la significación es diferente; por lo tanto, son diferentes las implicancias emocionales, psíquicas, éticas y morales.

Ahí vemos claramente que hay diferencias en el impacto en la subjetividad de un país en el cual el aborto es legal y lo que acontece con las subjetividades en un país donde el aborto no es legal. Esto hay que ubicarlo tanto del lado de las mujeres consultantes como de los equipos de salud. Recientemente escuché un trabajo de medicxs generalistas que realizan ILE, ellxs mencionaban el impacto del fallo FAL y del protocolo para la implementación de los abortos legales del ex Ministerio de Salud de la Nación sobre lxs medicxs. Sentían legitimidad en formarse en los procedimientos de ILE a partir del cambio en el estatus legal. Con esto, se observa que los contextos de legalidad también son importantes para que los y las profesionales se sientan protegidxs y avaladxs para garantizar este aspecto del derecho a la salud.

En lo que refiere al campo de la salud mental, ¿cuáles serían los recaudos que tenemos que tomar en cuenta frente a mujeres que plantean una interrupción del proceso gestacional?

- No psicologizar el análisis de la problemática suponiendo que los procesos subjetivos que una mujer puede desplegar frente a un aborto están sólo referidos estrictamente a sus posicionamientos intrapsíquicos.
- No naturalizar los sentimientos de culpa como inherentes a toda práctica abortiva.
- No confundir el nivel de los derechos que deben garantizar las políticas públicas con los dilemas éticos que muchas mujeres pueden tener al tomar su decisión personal de abortar o no (Fernández y Tajer, 2006).

80

En otras palabras, es muy importante no “psicologizar”, esto es, no pensar que todo lo que le pase a una mujer en condiciones de decidir si abortará o no tiene que ver con lo intrapsíquico. Tampoco naturalizar los sentimientos de culpa como inherentes a una práctica de aborto: muchas veces se siente alivio.² No siempre hay que interpretar que hay una deuda con la madre que nos dio la vida y, por lo tanto, vamos a tener culpa necesariamente cuando abortamos (Rosenberg, 2017). Mucha de la culpa,

2 Tal como se identifica en los relatos de las mujeres que abortaron con misoprostol con ayuda de lxs Socorristas en Red. Relatos recogidos en el libro *Código Rosa. Relatos sobre abortos* de Dahiana Belfiori (2015).

cuando la hay, es consecuencia de la ilegalidad de esta práctica ligada a la interiorización de la condena social y familiar que hay en relación con esta decisión. Y mucho del alivio que acontece, cuando es así, está ligado al nuevo proyecto que emerge cuando una mujer decide autónomamente tomar esta decisión.

Otro de los recaudos a tener en cuenta es no confundir el acceso y la exigibilidad de un derecho ciudadano con el dilema que cada mujer puede tener frente a la decisión de abortar. Esto quiere decir que el hecho de que exista acceso a un aborto legal, seguro, libre y gratuito no significa que una mujer deba abortar, sino que su proceso de decisión acerca de si continuará o no con la gestación se dará en un marco de legalidad en el cual podrá decidir si desea o no seguir con el proceso, se preguntará qué valor tiene esa posibilidad de maternidad en su vida y si ese embrión es investido como hijo para ella. Y esos son conflictos a enfrentar, no hay modo de evitarlos. Incluyendo la angustia que provoca cualquier decisión de alta importancia y complejidad en la vida. Pero que se dé en un marco de seguridad sanitaria que no exponga evitablemente su vida, permite que la variable de la clandestinidad y de la muerte quede por fuera de la ecuación de la toma de decisión.

Con ese derecho, cambia el escenario de toma de decisión. Nada más ni nada menos. La idea de que las mujeres, sin la penalización, iríamos todas a abortar está inscripta en una línea de pensamiento patriarcal por la cual las mujeres siempre estamos sospechadas. A nosotras no se nos supone el principio de inocencia como premisa, tal como lo garantiza aún la ley argentina. Lo cual implica de hecho, en las prácticas, una situación continua de ciudadanía “de segunda”.

81

Son dos cuestiones totalmente diferentes, que en nuestro país funcionan en simultáneo, pero cambiando la situación legal, no necesariamente se mantendría igual. Entonces, retomando, abortar en circuitos clandestinos genera efectos psíquicos terribles, no por la práctica, sino por la clandestinidad. La ilegalidad del aborto es un indicador grave de violación de los derechos humanos, y la vulneración de derechos genera sufrimiento psíquico. Además de ser *un marcador del margen real que hay en la sociedad para que una mujer elija*; por lo tanto, mide el grado de autonomía que las mujeres tienen en la sociedad.

Y aquí se presentan algunos puntos en los que quiero detenerme: en los deslizamientos disciplinadores de las prácticas psicológicas. Algunas concepciones psicológicas identifican que siempre que hay fecundación hay deseo de hijo consciente o inconsciente. Esto desconoce la realidad material de que los mejores anticonceptivos no son 100% seguros, siempre hay un margen: que un preservativo se rompa no puede confundirse con un deseo inconsciente de hijx. No se puede interpretar desde una omnipotencia de lo subjetivo y lo deseante. De ahí la importancia del acceso a una práctica que pueda reparar ese margen de inseguridad cuando no hay deseo o no hay un vínculo que dé marco de viabilidad a una crianza.

Otro aspecto a desmitificar es la idea de que toda interrupción de una gestación tiene efectos traumáticos *per se*. Muchas veces, más de las que se quiere identificar, produce alivio y baja del malestar psíquico.

Hay también diferencias de clase y generación en relación con los imaginarios con respecto al aborto, y esto precisamente porque es muy importante *dislocar que es un problema sólo de las mujeres pobres que no pueden pagar abortos clandestinos*. Si el aborto es clandestino, es un problema de todas las mujeres, no solamente de las que no pueden pagar; aun las que pueden pagar lo hacen en condiciones de clandestinidad. Es decir, poniendo en riesgo su salud por la dificultad de la derivación al sistema formal de salud, aun cuando tenga una buena cobertura médica. Muchas veces sin anestesia y, por supuesto, sin contarle a nadie y “sin visitas”. Y por el sometimiento a múltiples maltratos y violencias que ocurren en el circuito ilegal.

82

Con respecto a la clase –empezando por las adolescentes–, hay diferencias entre adolescentes pobres y adolescentes no pobres. Las prácticas abortivas en adolescentes pobres las exponen a riesgos de muerte y desamparo; para las adolescentes no pobres que lo pueden pagar, siempre en circuitos de clandestinidad, las formas de disciplinamientos son los miedos y las culpas. ¿Cuál es la diferencia entre generaciones de mujeres que pueden pagar el aborto? Por ejemplo, la significación en una misma familia: puede estar muy aceptado para la pareja de padres después de dos o tres hijos, pero se condena y se culpabiliza para la adolescente. ¿Por qué? Porque, de nuevo, lo castigado es la autonomía, en este caso, la autonomía de la adolescente en relación con esos padres.

A propósito de lo dicho, otro tema importante para señalar con relación a las adolescentes es la asimetría respecto de con quién acontecen estas prácticas sexuales, que pueden terminar en embarazos no deseados. La práctica nos muestra que en las chicas pobres hay más asimetría de edad y, cuanto más temprana es la edad de la chica que queda embarazada, más probable es que se deba a una situación de abuso. Por lo tanto, ya estamos en un escenario con una complejidad muy específica. De las chicas no pobres, por lo general, acontece en parejas más parejas en edad, y cuando hay abuso, porque el abuso no ocurre solamente hacia las chicas pobres, muchos de los abusadores de chicas no pobres lo hacen con protección. Por lo tanto, hay marcas psíquicas pero probablemente no haya aborto, no haya embarazo no deseado. Y ahí tenemos otro tema con respecto a cuál es la concepción que los dispositivos psicológicos tienen sobre las prácticas de abuso. No hay en el campo de la salud mental, lamentablemente, consenso acerca del impacto subjetivo de la asimetría de poder dada por la diferencia generacional entre, por ejemplo, mujeres adolescentes y hombres adultos.³

De aquí se derivan varias cuestiones, entre ellas, un tema terrible con las concepciones y las *confusiones que hay entre lo que podría ser “la función paterna” y los padres reales existentes*. ¿Qué pasa cuando un familiar cercano –que a veces es la pareja de la madre, a veces el padre biológico– abusa de esa niña o de otra adolescente? ¿Qué pasa cuando un varón significativo de la vida social –un maestro, un líder, un cantante– utiliza la idealización infantil o adolescente para tener sexo con una niña o adolescente? ¿Y qué pasa si confundimos esa acción con el ejercicio de la función paterna de este tipo? ¿Y qué pasa si no nos confundimos en eso, pero sí en no ver la asimetría y la imposibilidad de tomar decisiones libres y en paridad, lo cual la convierte de hecho en una situación abusiva? Estas “confusiones” nos impiden pensar que, precisamente, lo que no hace es ejercer la función paterna, sino utilizar el cuerpo de la niña para jugar la sexualidad que a él le interesa, y no cumplir con la función

3 Hay colegas que han puesto en cuestión, por ejemplo, el caso Thelma Fardín y su acusación contra el actor Juan Darthés. Señalan que la diferencia de edad entre los 16 años de ella y los 45 de él, sumado a que él era estrella principal y ella actriz de reparto, no constituyen variables de poder y de hecho suponen una “paridad” subjetiva en la situación erótica en la cual no encuentran, por esa razón, indicios de abuso. Esta asimetría esta saldada a nivel legal, pero no a nivel de los imaginarios profesionales “psi”.

paterna que implicaría el traspaso de una regulación basada en una legalidad a la cual él también se atiene y somete. Lo que está diciendo en ese momento es: “Yo soy la ley y hago lo que se me da la gana”. Lo cual lejos de ejercer una función simbólica estructurante, está produciendo un real estrago paterno.⁴ Esto es abusar de la posición de poder para tomar para sí, sin importar en efecto en el/la otro/a en posición de mayor vulnerabilidad por la asimetría ontológica dada por la diferencia etaria.

En estos casos, es muy importante distinguir y ver los efectos diferentes que tiene sobre la subjetividad de las niñas y adolescentes esta clase de cuestiones y es muy importante que podamos distinguirlos, precisamente para no generar condiciones de iatrogenia desde la práctica psicológica cuando nos enfrentamos con este tipo de situaciones. Por último, me referiré a los severos efectos subjetivos que tiene esta situación, que se agravan cuando ese abuso se transforma en un hijx, en estos casos, se las considera como un receptáculo, pero no como personas. Cuando estamos en un país en que las chicas violadas no pueden abortar legalmente, lo que realmente acontece es que la subjetividad de esa niña o adolescente no le importa a nadie, y si la subjetividad de las niñas y adolescentes no le importa a nadie, es porque esas niñas y adolescentes no importan. Y hay que decirlo con todas las letras.

Una última reflexión acerca del valor de la salud mental dentro de una de las causales de aborto legal (ILE) es el riesgo de la salud de la mujer. Si pensamos la salud de un modo integral, llevar adelante un embarazo no deseado, sea por la causa que sea, genera impacto sobre la salud mental de una mujer. Por lo tanto, no querer llevar adelante un embarazo es una causal válida desde una perspectiva de salud mental.

En la otra punta del espectro del campo de la salud mental, es importante considerar que un diagnóstico psiquiátrico no debe ser causal *per se* de aborto legal si la gestante desea el embarazo y puede llevarlo a cabo, así como la crianza, si tiene capacidad subjetiva y red de apoyo.

4 Agradezco el aporte para formular este concepto a Ana María Fernández, quien se encuentra actualmente desarrollando este tema de gran relevancia para un psicoanálisis pos-patriarcal.

Lejos de las tentaciones eugenésicas, el campo de la salud mental debe prestar su mejor saber para garantizar derechos, deseos, responsabilidades y autonomía.

Bibliografía

- Belfiori, D. (2015). *Código Rosa. Relatos sobre abortos*. Buenos Aires: Ediciones La Parte Maldita.
- Fernández, A. M. y Tajer, D. (2006). “Los Abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres”, en Checa, S. (comp.). *Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Coyunturas del Aborto*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosenberg, M. (2017). “La práctica del aborto, sus agentes, sus efectos”, en Meler, I. (comp.). *Psicoanálisis y género. Escritos sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.

Ronda 2.
Poder y disputas en el
campo de la salud

Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable

ANDREA PAZ Y CARLOTA RAMÍREZ

Si hay una verdad, es que la verdad del mundo social
es un objeto de luchas.
Pierre Bourdieu, 2007

Introducción

A través de estas líneas, queremos compartir algunas reflexiones y debates que tenemos como feministas que militamos y trabajamos en el campo de la salud. Reconocemos que cierta incomodidad es necesaria para producir un texto donde todas las voces pueden enunciarse, por eso elegimos construir este diálogo entre los márgenes y las grietas, porque allí habitan las historias de insubordinación y resistencia. Ofrecemos estas ideas como un rizoma, esa forma de multiplicidad que Deleuze y Guattari (1980) imaginaron como una heterogeneidad que puede interrumpirse en cualquier parte y recomenzar en otra. Las ideas que siguen a continuación son líneas de fuga que se abren para seguir conversando y construyendo otros espacios, para habitar otras maneras de cuidarnos.

89

Nuestro objetivo es abrir la discusión acerca de la epidemiología como campo en disputa. Proponemos reponer la dimensión política del concepto de riesgo, objeto de conocimiento central de la ciencia epidemiológica contemporánea. Su relación con la práctica médica dominante, y a través de ella con nuestras cuerpos. Deseamos politizar el concepto de riesgo y problematizar el cuerpo social, político y subjetivo sobre el que se construye conocimiento en salud.

Epidemiología, futuro y riesgo

El concepto de riesgo y la epidemiología poseen procesos históricos de consolidación común: mientras la capacidad metodológica y tecnológica de la epidemiología del riesgo se fortalece en la segunda mitad del siglo XX, la epidemiología se institucionaliza como disciplina científica. La epidemiología moderna se estructura en torno a este concepto y a su concepto correlativo: factores de riesgo. Riesgo es un vocablo polisémico que da lugar a ambigüedades, no se circunscribe a la ciencia epidemiológica, y posee una fuerte inscripción en nuestro sentido común, donde predominan las nociones negativas y relacionadas con el peligro. También, como señala Almeida Filho, aparece en el discurso de la clínica moderna con un sentido instrumentalizador.

Hay ciencias que estudian objetos vinculados al pasado, como la paleontología, la arqueología, la historia. Hay ciencias que dirigen sus esfuerzos al entendimiento de estructuras y formas, como la química, la biología sistémica, la anatomía. Otras tienen como objetivo la explicación de procesos y fenómenos en curso, como la física mecánica, la biología molecular, la fisiología. En general, tales ciencias no fueron construidas para la previsibilidad o la anticipación temporal de eventos y fenómenos, lo que por el contrario, caracteriza a otras disciplinas científicas muy peculiares, como la meteorología, la economía y la epidemiología. Estas últimas, no por coincidencia, utilizan diferentes versiones del concepto de riesgo (Almeida Filho *et al.*, 2009).

90

El riesgo tiene una estrecha relación con el futuro. Es un objeto incierto, un objeto futuro probable, una forma presente de describir el futuro. Para la ciencia epidemiológica, riesgo es un concepto operativo definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento en una población específica en un tiempo determinado. El evento puede ser negativo o positivo: enfermedad, muerte, condición de salud, cura, recuperación, entre otras. (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008). Es decir que, cuando hablamos de riesgo en el campo epidemiológico, nos referimos a la probabilidad de que un determinado evento ocurra en un grupo poblacional específico en un tiempo determinado. La predicción no es determinista, sino probabilística. Intenta medir y acotar la incertidumbre. Tiende

a orientar acciones o decisiones presentes para administrar el futuro de un modo “racional”, lo que no pocas veces lleva a una simplificación de la complejidad del presente.

La preocupación futurológica no se debe al intento de adivinar el futuro, sino de nutrir con conocimiento científico una posible intervención en el presente para prevenir, evitar, reducir, promover. Accionar en el presente para modificar el futuro, y alcanzar una supuesta situación deseada. Todo análisis de riesgo incluye de un modo implícito (o no) un futuro deseable. La pregunta que nosotras queremos señalar es ¿por quiénes es deseado ese futuro? o, en otras palabras, ¿cuáles son los actores que enuncian?, ¿cuáles son aquellos que no tienen voz? Porque el futuro que deseamos, aunque se muestre como “uno”, nunca es unívoco, sino un proyecto político en disputa. Por lo tanto, toda definición de riesgo epidemiológico incluye una politicidad acerca de la sociedad que deseamos y una autoridad epistémica que lo formula. En este sentido, nos parece central politizar los riesgos en el campo de la salud, hacer visibles los posicionamientos en los que se enmarcan quienes los construyen, quienes los publican, sobre todo si en función de esos riesgos, se tomarán decisiones sobre nosotras y nuestras cuerpos. El riesgo epidemiológico es político.

Medicina basada en ¿cuáles evidencias?

Como sostienen Almeida Filho, Castiel y Ayres, la epidemiología del riesgo abre la puerta a una nueva condición medicalizable: el estado de salud bajo riesgo. Incorpora de este modo una nueva tarea médica instrumental: ubicar e identificar “ciertos” factores de riesgo en “ciertas” personas sanas. Porque, claro está, no son todos los factores de riesgo en todas las personas. Esa selección discrecional de riesgos y grupos se sitúan en relaciones de poder desigual y en un campo que, lejos de ser neutral, se encuentra en disputa: “Ahora que pasaron los riesgos, los felicito”, dijo la pediatra en la primera consulta de una beba que había nacido en casa acompañada por parteras.

El primer registro del concepto de riesgo data de 1921, apareció en un estudio de mortalidad materna realizado por William Howard Jr. publicado en el primer número de *American Journal of Hygiene*. Aquellas y aquellos que atravesamos con nuestros cuerpos un proceso reproductivo hemos sido invadidos por los “riesgos”. Riesgo de mortalidad perinatal, riesgo de parto prematuro, riesgo neonatal por aspiración de meconio, riesgo de enfermedades congénitas, riesgo por la edad de la persona gestante, riesgo de contraer preeclampsia, diabetes gestacional. Sin embargo, les profesionales obstetras no suelen hablar de otros riesgos: ¿Cuáles son los riesgos de una cesárea innecesaria?, ¿los nacimientos violentos son un factor de riesgo neonatal?, ¿cuáles son los riesgos de la medicalización de un proceso fisiológico como el parto?, ¿el parto en litotimia (partos tumbadas, de cúbito supino) es un factor de riesgo?, ¿y los riesgos de la maniobra Kristeller?, ¿cuáles son los riesgos por una episiotomía de rutina?

Poniendo a las prácticas perinatales como uno de los ejemplos, nos parece imprescindible empezar a abrir el siguiente interrogante: ¿Cuáles factores de riesgo son los que se instalaron como necesarios de evitar para alcanzar una “vida sana”? Podemos pensar que las prácticas médicas, y su mal uso de los resultados de cierta epidemiología del riesgo, habilitan el despliegue de un poder que se ejerce sobre el cuerpo de las mujeres y personas gestantes en el presente, basado en la probabilidad de un futuro deseable. Lo que nos parece importante es pensar para quiénes es deseable ese futuro, a quiénes beneficia, y visibilizar las contradicciones y disputas.

92

Las y los profesionales de la salud suelen intervenir sobre nuestros cuerpos, muchas veces sin consentimiento, por medio de prácticas internalizadas a fuerza de repetición sistemática y acrítica que responde a un futuro deseado. Futuro que es un proyecto político en el que existe una preocupación exacerbada por demorar la muerte, en el cual “hacer vivir” es uno de sus pilares, y huir de ciertos riesgos dominantes un equivalente de vida sana.

En nuestro proyecto sanitario feminista, la evidencia científica biomédica es puesta en disputa, porque apelamos a una idea de la salud como producción colectiva. Las mujeres organizadas han desarrollado experiencias de cuidado solidario, que se expresa en la consigna “si tocan

a una, tocan a todas” y han organizado las tareas de cuidado en función de una política del deseo que sostiene la solidaridad y la insubordinación como prácticas epistemológicas propias. Intentamos, desde esta experiencia y posicionamiento, interpelar cierta utilización de la epidemiología del riesgo que puede ser pensada como un engranaje de poder, porque organiza las prácticas dominantes en salud y opera como mecanismo de “verdad”.

¿Los riesgos no se disputan?, ¿no entran en conflicto, en lucha simbólica, para legitimar unas prácticas en detrimento de otras?, ¿quiénes pueden enunciar o ser escuchados?

La medicina basada en evidencia es uno de los ejes vertebrales de las prácticas médicas dominantes, y la epidemiología del riesgo es uno de sus principales insumos. La concepción epistemológica del saber científico como superior a otros saberes refuerza el carácter asimétrico y autoritario de las prácticas dominantes en salud, porque las decisiones se toman en función de aquellos saberes legitimados a lo largo de procesos de construcción discursiva de los cuales las mujeres, lesbianas, trans y personas no-binarias estuvieron históricamente excluides. Este saber hegemónico habla de un cuerpo despersonalizado, sin deseo ni subjetividad. Un cuerpo que requiere ser intervenido cuando no se ajusta al imperativo de la salud. En este discurso, el cuidado de la salud pasa a ser una mercancía que a veces se compra y otras es expropiado a través del trabajo doméstico que realizan las mujeres, especialmente aquellas que pertenecen a los grupos de las periferias globales.

“Las representaciones dominantes, hegemónicas, organizan el mundo de la sexualidad, de los afectos, de los roles sociales y de la personalidad”, dice Rita Segato (2018: 26). Nosotras queremos hablar desde otros espacios y desde nuestra propia voz, porque nuestros saberes son empíricos, están inscriptos en el territorio. Una salud feminista, a inventar y multiplicar, que se cuela y disputa la evidencia científica dominante.

93

Nosotras nos preguntamos en nombre de cuáles evidencias se toman decisiones sobre nuestros cuerpos. Esas evidencias son construcciones históricas desarrolladas por ciertos sujetos, en general varones cis hetero en posiciones de poder, de carácter normativo, con impacto moralizante, vinculados a intereses sociales, económicos y políticos, y a una sociedad que se anhela y se construye.

La ciencia en general y la epidemiología del riesgo en particular constituyen campos de lucha, no un campo de saber neutro, son campos histórico-sociales, cercanos y en relaciones estrechas con el campo del poder. En palabras de Pierre Bourdieu, los intelectuales

que dan la impresión de dominar su época son muchas veces dominados por ella y desaparecen con ella. (...) Los intelectuales son, en cuanto detentores del capital cultural, una fracción (dominada) de la clase dominante, y que muchas de sus tomas de posición, en materia de política por ejemplo, se deben a la ambigüedad de su posición de dominados entre los dominantes (1980, s/p).

Las evidencias contribuyen a la ampliación del conocimiento, pero siempre tienen que ir acompañadas de ciertas preguntas: ¿Quiénes las construyen?, ¿para qué?, ¿desde qué perspectivas teóricas?, ¿desde qué posición social, étnica y de género?, ¿desde cuál politicidad? Porque, en palabras de Jaime Breilh, “cuando se hace epidemiología hay una politicidad implícita y un nexo evidente o tácito con intereses estratégicos de un sector social” (2013: 14). Explicitar la perspectiva desde la cual construimos conocimiento no es sólo un acto de transparencia ética, sino de rigurosidad metodológica.

En este sentido nos preguntamos: ¿Quiénes son los sujetos de la medicina basada en evidencia?, ¿qué actores y actrices juegan?, ¿cuáles son los conflictos?, ¿cuáles las contradicciones?, ¿cuáles son las evidencias dominantes de la medicina basada en evidencia?, ¿en qué evidencias se fundamentan las decisiones?, ¿en todas las disponibles?, ¿en algunas?, ¿cuáles se priorizan?, ¿cuáles se seleccionan y cuáles se descartan? Frente a estas preguntas, proponemos la necesidad de una epidemiología feminista, o mejor de epidemiologías feministas que interroguen e inmoderen las prácticas dominantes en salud.

Riesgo y politicidad en salud

Si los análisis de riesgo epidemiológico implican un posicionamiento y definición del futuro que queremos, asumir una politicidad también involucra una mirada sobre qué salud queremos. “La epidemiología es

un terreno de lucha de ideas, de disputas sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar, y esa disputa obedece a intereses sociales encontrados” (Breilh, 2013: 14).

¿Tener una vida “sana” o “saludable” no es un futuro deseado por todos? ¿Quién podría estar en contra de prevenir, evitar, reducir, promover las acciones necesarias para alcanzar una vida “saludable”? Pero... ¿de qué salud hablamos?, ¿hay una única salud posible?

La salud es un campo social complejo, no es equivalente a la práctica médica ni tampoco a la ausencia de enfermedad. En su constitución de 1948, la OMS define que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En oposición a esta definición a-histórica y estática, el sanitarista argentino Floreal Ferrara sostiene que la salud es lucha, “una búsqueda incesante de la sociedad, como una apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia” y agrega que “la salud nunca es la misma, como tampoco lo es la sociedad” (1985: 10).

Nosotras coincidimos en que no podemos pensar en Una salud, en La salud, sino en saludes diversas y plurales, porque si hay un único modo de salud, no puede ser sino opresivo. Desde este enfoque crítico, podemos pensar que la salud es un proceso histórico-social que incluye enfermedades y padecimientos, sus modos sociales de atenderlos, así como la compleja red de cuidados que una sociedad posee. En este sentido, las saludes son procesos relacionales de cuidados y sus modos de gestionarlos. La pregunta que nos surge para pensar entre todes es: ¿Cómo construimos procesos relacionales de cuidado emancipatorios y no opresivos?

95

En este escenario complejo, y apostando a la construcción de múltiples pensamientos feministas, proponemos pensar el riesgo recuperando y reponiendo la empatía como un saber y una práctica transformadora que permite transversalizar las distintas experiencias y las diversas voces, discursos y miradas.

Nos parece importante incorporar la división sexual del trabajo como un lente para volver a pensar la salud, porque nos revela la naturalización de las tareas de cuidado como atributos femeninos que no hacen más que invisibilizar la explotación de las mujeres a través de

las tecnologías reproductivas para la producción de fuerza de trabajo. Distintas pintadas en las paredes de nuestro país retoman las palabras de Silvia Federicci y denuncian que “eso que llaman amor es trabajo no pago”. ¿Cuál es la relación entre la salud y las políticas de cuidado?, ¿el cuidado es una práctica individual y privada o resulta imprescindible pensarlo en términos colectivos y equitativos, sostenido (o no) por redes recíprocas?

Varias colectivas feministas organizadas, algunas presentes en este libro –como Mamá Cultiva Argentina, Socorristas, Las Casildas, Activismo gordx y de la diversidad corporal, Ni Una Menos–, nos han ayudado a visibilizar otras formas de cuidado que no están reguladas por las lógicas del mercado, sino que están basadas en la solidaridad y en la empatía. Estas políticas de cuidado han permitido a las mujeres, lesbianas, trans y no binaries construir poder para ejercer la autonomía y autodeterminación sobre su salud y sus cuerpos. Creemos que los saberes que producen estas prácticas deben incorporarse al pensamiento sanitario y epidemiológico. Si la salud se construye en el territorio y a través de interacciones sociales y relaciones de poder, si hay tantas saludes como procesos y redes de cuidado, entonces, ¿sobre qué salud se erigen los riesgos?, ¿sobre la salud definida por quiénes?, ¿cómo definimos aquello que queremos promover o aquello que es deseable evitar? Porque la probabilidad de ocurrencia de un evento puede ser sólo una operación matemática, sin embargo, los riesgos epidemiológicos y sus factores relacionados definen acciones posibles en unos sentidos y en detrimento de otros. Son riesgos políticos, situados y posicionados.

Nos organizamos y resistimos en los distintos territorios para gestar y criar en comunidad, para parir siendo las protagonistas decisoras, para cuidarnos y construir las redes necesarias para el ejercicio de nuestra soberanía y nuestros derechos, para vivir libres y morir sin opresiones, para construir otros modos de hacer familia, otras formas de amar, trabajar y hacer política. Modos que no son uno, sino múltiples, plurales y diversos, llenos de tensiones y conflictos. Y desde aquí queremos disputar los “riesgos” dominantes en salud.

El cuerpo biológico, binario, cisgénero, heteronormado de la epidemiología del riesgo

Una de las principales variables para la construcción de conocimiento en la ciencia en general, y en la epidemiología del riesgo en particular, es “sexo”. En el campo de la salud dominante, el concepto sexo hace referencia a ciertas diferencias anatómicas y fisiológicas entre varones y mujeres. Si bien las definiciones más recientes de la OMS reconocen que estas características biológicas no son excluyentes (ya que algunos individuos poseen ambas) el paradigma cis-género, heteronormativo y binario, varón-mujer, permanece como base material de esta definición. Judith Butler (2010) señala que las diferencias sexuales no pueden pensarse sólo determinadas por su materialidad, ya que están “marcadas” por prácticas discursivas. En este sentido, la utilización de la categoría sexo en los análisis de riesgos epidemiológicos reducen los cuerpos y los sujetos que los habitan a dos posiciones: mujer-cis o varón-cis. Todas las otras posibilidades quedan invisibilizadas y por lo tanto excluidas.

Podemos ver un ejemplo de estas prácticas naturalizadas de exclusión en el Programa SUMAR,¹ que asigna prestaciones a sus beneficiarios según la categoría sexo. Es decir, adjudica una serie de prácticas de cuidado a las personas según el binarismo varón/mujer. En este caso, un varón trans embarazado no podría estar registrado en esta condición como beneficiario del programa, porque su capacidad biológica de gestar no se adecua al sexo beneficiario de la prestación. Si el riesgo es un concepto operativo que permite predecir el futuro, y el sexo una de sus categorías principales, entonces, cabe preguntarse cuál es el futuro posible de los cuerpos disidentes, qué lugar ocupan en las políticas sanitarias, qué lugar ocupan en la construcción de conocimiento epidemiológico en salud.

97

Al desnaturalizar la materialidad del sexo, se visibiliza su función reguladora y normativa y permite desmontar la heteronormatividad que ordena y subordina los cuerpos feminizados. Esos cuerpos deben cumplir su función reproductora, lo que requiere reducir su autonomía, como ilustra la

1 En el año 2012, el Ministerio de Salud de la Nación puso en marcha el Programa SUMAR, como ampliación del Plan Nacer creado en 2004. El Programa SUMAR brinda cobertura a la población materno-infantil, niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a mujeres y hombres hasta los 64 años.

famosa novela *El cuento de la criada* de Margaret Atwood. La división sexual del trabajo ofrece a las mujeres un futuro deseable bajo los ideales regulatorios de la maternidad y el cuidado. Pero si los cuerpos de las mujeres están destinados a reproducir fuerza de trabajo, los cuerpos disidentes son directamente expulsados del discurso epidemiológico dominante.

Problematizar el concepto de riesgo implica incorporar el deseo y la autonomía como elementos centrales de la salud y como derecho de todas y todes, y que los “riesgos epidemiológicos” no se traduzcan en imposiciones normativas que regulan la vida de las personas con una retórica racionalista y paternalista. Si se multiplican los proyectos subjetivos deseantes mancomunados, ¿cuál es el lugar que queremos darle a la probabilidad de ocurrencia poblacional?

Epidemiologías feministas

Entendemos que los discursos sobre la salud y sobre los riesgos para la salud están vinculados a intereses y a definiciones políticas sobre el tipo de sociedad que se anhela; y se inscriben en ciertos modos de vivir, cuidar y morir. Posicionamiento y perspectiva dominante que se encuentran en disputa y tensión con otros actores con perspectivas actualmente subordinadas. Poner el riesgo en disputa es construirnos como actoras protagonistas de los procesos de producción de conocimiento. Qué queremos investigar en función de nuestros futuros deseables, de nuestras definiciones de salud, y de los modos de vivir, cuidar y morir que anhelamos.

La centralidad del concepto de riesgo en la epidemiología dominante no pocas veces conduce a una excesiva preocupación por el futuro, a una reducción y simplificación del análisis del presente, y una contribución a la incertidumbre e intranquilidad, contributivas del *statu quo* que, en el campo sanitario, es equivalente a relaciones desiguales de unos sujetos en relación a otros. Sin embargo, nosotras y nosotros, organizados, en ronda, en relación, con disidencias y conflictos, estamos incomodando e interpelando este presente patriarcal y opresor, sus modos de ser, sentir, hacer, sus modos relacionales. Nuestras acciones acontecen. Si convocamos al futuro, será desde el deseo, el deseo político de transformar las relaciones de desigualdad. Construyamos las epidemiologías feministas –en plural– que necesitamos para nutrir aquellas acciones en salud,

contributivas de una sociedad diversa, inclusiva, equitativa, en donde todas, todes, seamos soberanes de nuestra corporalidad y proyectos de vida, en relación con otros, en relaciones habilitantes de deseos colectivos.

Porque, cuando proponemos epidemiologías feministas, no proponemos estudios que aborden problemáticas centradas en el género, que se traducen no pocas veces en análisis de desigualdad por sexo al nacer, sino epidemiologías que interroguen e incomoden las prácticas en salud dominantes, que disponen de ciertos cuerpos y ciertas subjetividades para evitarles ciertos “riesgos”, provocarles “más salud” o hacerles “vivir” más.

Deseamos una salud pensada como redes de relaciones amplias, complejas, abiertas, plurales, con contradicciones y conflictos, sostenidas y nutridas por todes, en relaciones comunales, horizontales, sin dispositivos de poder que se ejerzan sobre nuestros cuerpos. Redes sostenedoras de un acceso equitativo a cuidados, que acompañen las decisiones soberanas que cada quien toma sobre su propio cuerpo y su proyecto de vida. Redes construidas en la pluralidad de saberes y voces, tan incómodas como libertarias.

Para no ser contributivas de un *statu quo* que queremos transformar, nos parece importante preguntarnos si nuestra producción de conocimiento epidemiológico se inscribe en el campo de la salud como un engranaje o dispositivo de poder, o habilita otras prácticas que incomodan. ¿Qué epidemiología queremos construir y para qué la necesitamos? Queremos pensar en nuestros propios términos, y tal vez por eso en la respuesta a esta pregunta pueda estar el lugar que nosotras queremos ocupar en el proceso de producción de conocimiento.

99

Bibliografía

- Almeida Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Almeida Filho, N. y Rouquayrol M. Z. (2008). *Introducción a la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Almeida Filho, N.; Castiel L. D. y Ayres, J. R. M. (2009). “Riesgo: concepto básico de la epidemiología”, en *Salud Colectiva*, 5 (3), pp. 323-344. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73111844003>
- Ayres, J. R. (2005). *Acerca del riesgo. Para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Editorial Lugar.

- Bourdieu, P. (1980, 4 de mayo). *Los intelectuales de hoy*. Entrevista realizada por Didier Eribon.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourdieu P. (2007). *Campo de poder y reproducción social: elementos para un análisis de la dinámica de las clases*. Córdoba: Ferreyra Editor.
- Bourdieu P. (2007). *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: Eudeba.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Breilh, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (1), pp. 13-27, Medellín. [ISSN 0120-386X]. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&nrm=iso
- Butler, J. (2016). *Género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2010). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós.
- Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón.
- Ferrara, F. A. (1985). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos editora.
- Deleuze G. y Guattari, F. (1980). *Rizoma*. Paris: Minuit.
- Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Spinelli, H. (2010). “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”, en *Salud colectiva* 6 (3), pp. 275-293. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004&lng=es
- Urquía, M. (2006). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. Buenos Aires: UNLa.

Género, masculinidad(es) y salud de los varones. Politizar las miradas

LUCIANO FABBRI

I. Introducción

Les compañeres¹ del Equipo de Género de la Fundación Soberanía Sanitaria me hicieron una generosa y doble invitación; primero a sumarme a las Rondas sobre Salud y Género realizadas en la Universidad Popular de Madres de Plaza de Mayo, y luego a participar de la escritura de este libro. En ambos casos, el convite estuvo orientado a aportar algunas reflexiones en torno a la articulación problemática entre varones, masculinidad(es) y salud.

Siendo estas reflexiones limitadas y situadas, aprovecho esta breve introducción para exponer las coordenadas desde donde siento, pienso y escribo. En primer lugar, me nombro *puto*,² habitando la categoría sexual y política de *varón*,³ en el continuo ensayo y error por devenir *feminista*.⁴

1 Recurro indistintamente al uso de la “x” o la “e” como alternativa al uso pretendidamente universal del genérico masculino y al binario implícito en el uso del @.

2 “Puto” es una palabra frecuentemente utilizada en Argentina, con un sentido ofensivo, insultante y disciplinador, hacia varones no heterosexuales o cuya expresión de género dista de la esperada para las personas cis-hetero-masculinas. Habiendo recibido y padecido esta palabra con culpa y vergüenza mientras vivía en el closet heterosexual, he decidido reapropiarme de ella en un sentido reivindicativo, reconociéndome así parte del universo de las disidencias sexuales al régimen heterosexual.

3 Considero que “varón” es una categoría sexual y política en la que somos contruidos, y nos construimos, a partir del dispositivo de masculinidad. Desarrollaré estas ideas avanzado el artículo.

4 Si el debate en torno a lxs sujetxs de los feminismos, es en sí complejo, más aún cuando gira en torno a la posibilidad de que los varones cis seamos o no feministas. Desde mi punto de vista, poco aporta si es un debate alrededor de la identidad, es decir, si nos identificamos o no feministas. Más bien me interesa situarlo en torno a las transformaciones de las relaciones generizadas de poder, que permiten o no pensar en un devenir

No soy profesional ni trabajador de la salud. Me he formado como politólogo, y trabajo como docente, capacitador y consultor, vinculado a políticas de género, sexualidades y masculinidades. En torno a estas mismas temáticas activo y milito hace más de 15 años en organizaciones del campo popular.

A partir de las mencionadas trayectorias, he sido convocado a trabajar en talleres de sensibilización y capacitación para medicxs residentes, estudiantes de posgrado de medicina general y familiar, o personal de equipos de salud, aportando a problematizar ciertas creencias y supuestos en torno al género y las diversidades sexuales, y su impacto sobre los procesos de atención en salud.

De igual manera, he sido convocado por equipos de salud ligados al trabajo con adolescentes y jóvenes para abordar el vínculo problemático entre varones, masculinidades y salud. Sobre esta última articulación temática, también he tenido oportunidad de presenciar paneles de debate y acceder a algunas lecturas, en el marco de mis incursiones al campo académico de estudios sobre varones y masculinidades.

A raíz de estas experiencias, he percibido la necesidad de problematizar y tensionar los lentes con los que se mira este campo, en diálogo y conexión con otras voces y textos, que han ido interpelando y desplazan-do mi propia posición de conocimiento.

A priori, todes quienes habitan este campo de reflexión e intervención afirmarían que lo hacen (lo hacemos) desde una perspectiva de género, o bien desde un enfoque feminista. Pero ni los usos del género en tanto categoría de análisis ni las concepciones epistemológicas feministas son homogéneas o uniformes. Su conceptualización, sus derivas en el estudio sobre los varones y las masculinidades, su aplicación al campo de la salud son realizadas desde diversas miradas, y es en función de las mismas que se construye un problema en tanto tal.

feminista por parte de sujetos socializados en los privilegios de la masculinidad. En ese sentido afirmo que “varón feminista no es identidad, sino relación”. Para profundizar en esta visión, ver <https://oleada.com.ar/cuarta-ola/la-ola-feminista-cuestiona-la-masculinidad-como-dispositivo-de-poder/>

Dicho esto, el ejercicio que me propongo realizar en este artículo consiste en politizar las miradas sobre la masculinidad y su vínculo con la salud, con la intención de problematizar algunas de las aproximaciones hegemónicas al campo de la “salud de los varones”, y proponer algunos desplazamientos –de mirada y, por tanto, de configuración política y epistemológica del “problema”– en sintonía con la invitación y provocación a pensar la soberanía sanitaria desde una propuesta de “salud feminista”.

Me propongo, entonces, aportar a situar y problematizar la tensión principal de este debate –de la cual podrían derivarse múltiples aristas para repensar la tríada *varones, masculinidades y salud*– entre una mirada auto-centrada y una mirada relacional de la masculinidad, con sus respectivas consecuencias a la hora de pensar la relación entre masculinidad(es) y salud.

Por último, intentaré esbozar algunas reflexiones sobre una posible interpelación al modelo médico hegemónico desde una mirada feminista de la relación entre masculinidad y salud.

2. Género, masculinidades y salud de los varones. Una mirada auto-centrada (des)de la masculinidad

2.1 Género

Decía en la Introducción que considero necesario politizar las miradas sobre la masculinidad para comprender sus efectos en la configuración de su articulación con el campo de la salud. También afirmaba que, a priori, podríamos encontrar un consenso en relación con la necesidad de pensar la articulación entre masculinidad y salud desde una perspectiva de género. Pero la comprensión y usos analíticos del género tampoco es homogénea,⁵ y esto influye en las miradas en tensión que nos ocupan en este artículo.⁶

103

5 Para recuperar estas tensiones en torno al concepto de género, haré uso de elaboraciones volcadas en el artículo de mi autoría “Ni meramente natural, ni remotamente universal: Avatares de la teoría sexo/género”, en Revista www.izquierdas.cl, N° 19, agosto 2014, ISSN 0718-5049, pp. 143-157.

6 Blas Radi (2018), filósofo y activista trans, realiza aportes sumamente interesantes a la

En este apartado, vamos a intentar comprender en qué consiste lo que denominamos “mirada auto-centrada desde la masculinidad”, qué comprensión del género lleva implícita y cómo influye en su articulación con el campo de la salud.

Podemos afirmar que, al menos inicialmente, el concepto género intenta describir un fenómeno de carácter *cultural* (lo que se concibe como “masculino” y “femenino” no es natural ni universal, sino que es construido y difiere según las culturas, etnias, religiones), *histórico* (lo que cada cultura entiende cómo “masculino” y “femenino” varía de acuerdo a los diferentes momentos históricos) y *relacional* (lo que se entiende por “masculino” se define en relación con lo que se entiende por “femenino”, y viceversa, en un horizonte de significaciones mutuas).

Introduciéndonos a un posible “uso común” de dicha categoría, Haraway nos dirá que

género es un concepto desarrollado para contestar la naturalización de la diferencia sexual en múltiples terrenos de lucha. La teoría y práctica feministas en torno al género tratan de explicar y de cambiar los sistemas históricos de diferencia sexual, en los que los hombres y las mujeres están constituidos y situados socialmente en relaciones de jerarquía y antagonismo (1995: 221).

Pero, contrario a lo que suele creerse, el concepto de género no surge desde los estudios feministas, ni con el objetivo de ampliar las libertades de lxs sujetxs, sino que fue desarrollado por lxs médicxs y psiquiatras comprometidxs con los tratamientos de reasignación de sexo a personas intersexuales. Vale aclarar que su compromiso no era precisamente con esas personas, sino con la adecuación de sus cuerpos a la bi-categorización sexual heteronormativa. Es decir, sus preocupaciones estaban centradas en “corregir” los cuerpos sexualmente “ambiguos” por medio de tratamientos quirúrgicos y/u hormonales, para adecuarlos a los dos únicos sexos legítimos según la ideología heteropatriarcal: mujer o varón.

Recuperando la arqueología del género realizada por Elsa Dorlin, vemos que

crítica del concepto de género desde los estudios trans. Ver: <https://www.pagina12.com.ar/150835-hemos-repetido-hasta-el-cansancio-que-el-genero-es-una-const>

en los años cincuenta en los Estados Unidos, el que iba a convertirse en uno de los más poderosos especialistas de la intersexualidad, John Money, declara: “El comportamiento sexual o la orientación hacia el sexo macho o el sexo hembra no tiene un fundamento innato”. El término género es rápidamente popularizado por el psiquiatra Robert Stoller (que) en 1955 propone distinguir el sexo biológico de la identidad sexual (el hecho de percibirse hombre o mujer y comportarse en consecuencia), distinción que será retomada en 1968 en términos de “sexo” y “género” (Stoller, 1968). (2009: 32).

Será recién en 1972, con la publicación de *Sex, gender and Society* (*Sexo, Género y Sociedad*), por parte de la socióloga feminista británica Anne Oakley, que la distinción entre sexo y género se instalará como articuladora de la teoría feminista, en la clave comúnmente conocida de diferenciar los productos de la socialización de los individuos (atributos culturales asignados al universo de lo femenino y lo masculino) de los supuestos efectos de la “naturaleza”.

Dicha categoría fue entonces recuperada por el movimiento de mujeres y sus expresiones en los ámbitos académicos, en función de realizar una diferenciación entre el “sexo biológico” y aquellas características, valores, roles y estatus, cultural e históricamente atribuidos en función de la diferencia sexual, permitiendo, como afirma Marta Lamas (2003), enfrentar mejor el determinismo biológico y ampliar la base teórica argumentativa a favor de la igualdad de las mujeres.

Pero esta apropiación feminista del concepto de género tendría sus límites. Hacemos nuestras las palabras de Leticia Sabsay para ponderar los aportes y limitaciones de esta concepción;

105

Más allá de esta apropiación, que es la que hegemoniza los estudios de género en la actualidad –sobre todo en el plano de la administración y las políticas públicas–, es cierto que esta primera conceptualización del género como la forma sociocultural que asume la diferencia entre los sexos nos habilita a pensar que la anatomía no determina causalmente las diferencias sociales, ni tampoco la orientación del deseo o la configuración de la diferencia identitaria. En este sentido, la introducción de esta categoría supuso un avance fundamental. Pero el problema consiste en que el concepto cuenta con cierta seguridad, o una estabilidad, basada

en el no cuestionamiento de la diferencia anatómica de los sexos, lo que limita su alcance crítico (...) De este modo, el género no sólo limita el diagrama a dos posiciones posibles, ocultando de este modo el carácter ya institucionalmente generizado de la misma noción de “sexo”, sino que refuerza además la mistificadora naturalización de estas dos posiciones hegemónicas, “mujer”/ “varón” estructuradas desde el imaginario heterosexual (2011: 45-46).

Y agrega Elsa Dorlin:

La distinción entre el sexo y el género encuentra así su límite en el hecho de que la desnaturalización de los atributos de lo femenino y lo masculino, al mismo tiempo, volvió a delimitar y de tal modo reafirmó las fronteras de la naturaleza. Al desnaturalizar el género también se cosificó la naturalidad del sexo (2009: 36).

Fueron necesarios muchos años de reelaboración teórica para que los estudios feministas se hicieran eco de esta reconceptualización. Al privilegiar la distinción entre sexo y género, no sólo a causa de la poderosa vigencia de la dicotomía naturaleza/cultura en su contexto histórico de producción, sino también por priorizar la estrategia política de denunciar lo “innatural” de las desigualdades de género, entendemos que el feminismo descuidó la *distinción entre sexuación y sexo*, quizás el mayor aporte de aquellos primeros estudios médicos donde el concepto de género comenzó a asomar.

Con esta “nueva” distinción pretendemos expresar que “macho” y “hembra” (al igual que “lo masculino” y “lo femenino”) tampoco son categorías naturales, sino que son el producto de la reducción del proceso biológico de sexuación de lxs sujetxs (en su compleja combinación de los niveles fisiológicos, anatómicos y cromosómicos) a sólo dos sexos (macho/hembra). Esto supuso una larga tradición de aceptación, no sólo de la existencia de “mujeres” y “varones” como categorías naturales, sino también –como vimos con Sabsay– de su relación social estructurada por el vínculo heterosexual.

En el marco de las limitaciones que presenta esta primera aproximación al concepto de género por parte de la teoría feminista, cobrarán particular interés los diversos intentos por desmarcar al sexo de sus connotaciones

naturalistas. Vamos a profundizar la reflexión sobre la reconceptualización del género en el siguiente apartado. Antes veamos cómo esta perspectiva de género influye en la mirada sobre la masculinidad.

2.2 Género y masculinidad(es)

En primer lugar, la naturalización del sexo trae como consecuencia una despolitización del concepto “varón”, que no sería comprendido como una construcción socio-histórica, sino como el “sexo biológico macho” (en tanto dato de la naturaleza), al cual se le atribuirá la masculinidad en tanto mandato cultural. En ese sentido, se traza una continuidad entre sexo y género, entre varón y masculinidad, donde esta última sólo aparece en tanto propiedad o atributos de los varones.

¿Y de qué varones? Retomando las críticas antes citadas a esta comprensión del género, es posible plantear que en la bicategorización del sexo (macho/hembra) opera un supuesto de cis-heterosexualidad. Cisexualidad,⁷ porque la genitalidad devendría en sexo, y para cada sexo habría un género. Por lo tanto, el tándem pene-macho-varón / vagina-hembra-mujer sería estabilizado por la misma comprensión del género que debería poder desarmarlo. Al mismo tiempo, el binomio macho-hembra se sustenta en el supuesto de complementariedad heterosexual y reproductiva. Por todo esto, el sujeto hegemónico –y por tanto tácito– de los discursos sobre la masculinidad será el varón cis hetero.

Las críticas a este uso universalizante de la noción de masculinidad, ha dado lugar a su uso plural. Además de las interpelaciones emergentes desde vivencias no normativas de la masculinidad (varones trans y lesbianas masculinas principalmente), la voluntad de desmarcarse de los modelos de masculinidad tradicional emerge también (aunque en una dirección política bastante disímil a las críticas anteriormente mencionadas) de los mismos varones cis hetero. La fórmula del éxito para realizar dicha operación de distanciamiento ha sido la adopción abusiva del término “masculinidad hegemónica”.

7 Sobre el término “cisexual”, recomiendo las elaboraciones de Mauro Cabral (2009).

Vale aclarar que, en su surgimiento, el concepto de masculinidad hegemónica refiere a la que se impone, de manera invisible, como medida de lo normal, como modelo a seguir, posicionando a quienes logran encajar en ese modelo en un contexto dado, en la jerarquía de la red de vectores de poder que constituyen al género como sistema (Connell, 2005 en Azpiazu, 2017).

Sin embargo, tanto en el campo de los estudios como en los activismos sobre masculinidades, su uso va perdiendo el sentido original, fundamentalmente con relación al sentido gramsciano del concepto de hegemonía. El carácter hegemónico no es situado en un análisis concreto del contexto de relaciones de poder en el que se erige como tal, sino en un sentido descriptivo, listando una serie de características y atributos que darían cuenta de esa masculinidad hegemónica. Generalmente, se la describe como la masculinidad de varones cis, heterosexuales, occidentales, blancos, adultos, proveedores, procreadores, protectores, propietarios, consumidores y reproductores de algún tipo de violencia machista.

Esa tergiversación del concepto de masculinidad hegemónica termina por construir más bien un *arquetipo de masculinidad tradicional* (Azpiazu, 2017), de la que resulta más fácil distanciarse para la mayoría de los varones de carne y hueso que no cumplen con el listado de atributos. Al mismo tiempo, dificulta o imposibilita la caracterización de las masculinidades que legitiman sus posiciones jerárquicas y ejercicio de privilegios de género en el marco de relaciones de poder complejas, y en intersección con otros vectores de poder, vinculados a la clase, etnia, orientación sexual, (dis)capacidad y generación. Más aún en un contexto de cambio de las relaciones generizadas, fruto de las transformaciones del mercado, de los arreglos familiares, de los vínculos sexo-afectivos y del creciente empoderamiento de las mujeres y disidencias sexuales.

A su vez, la mencionada operación de distanciamiento de esa masculinidad arquetípica, nombrada como hegemónica, es lo que habilita a la inflación discursiva de la noción de “nuevas masculinidades”. Dada la frecuente imposibilidad de dar la talla con esa descripción, resulta más sencillo identificarse como parte de lo nuevo y, al mismo tiempo, des-responsabilizarse de la reproducción de asimetrías de género.

Pocos pero lúdicos e incisivos análisis, como los de Thiérs Vidal (2012), Luis Bonino (2013) o Jokin Azpiazu (2017), desentonan con las líneas hegemónicas de los estudios sobre masculinidades, politizando y problematizando los supuestos políticos y epistemológicos que configuran estas miradas de la masculinidad. Coinciden en señalar que la progresiva autonomización de este campo de estudios respecto de los enfoques feministas (aunque no sea explícita en general) tiene como efecto un progresivo auto-centramiento, mirando la masculinidad desde la masculinidad, y ubicando el foco en los cambios y continuidades respecto a la identidad de los varones, y no a los cambios y continuidades de las relaciones generizadas de poder en las que los varones estamos involucrados.

No es que el análisis de las identidades no esté relacionado con el poder pero, a menudo, en las últimas décadas, las cuestiones identitarias han tendido a desdibujar la relación con las teorías sobre el poder y la subjetividad. Creo que esto es, en gran parte, responsable de que tengamos muchos estudios sobre masculinidades que nos hablen mucho de la experiencia identitaria de ser hombre aquí o allá, hoy o ayer: qué significa, cuáles son los rituales y formas de paso a la masculinidad, de qué maneras distintas se vive la masculinidad y cuáles son sus grietas... Sin embargo, a menudo, estos estudios se quedan en las puertas de la siguiente pregunta: si la identidad es un proceso relacionado con el poder que nos otorga una posición, ¿qué está pasando con esa posición?, ¿cómo la estamos utilizando o cómo no?, ¿cuáles son sus efectos más allá de los efectos en los propios hombres y nuestras masculinidades? (Azpiazu, 2017: 26).

En el siguiente apartado, retomaremos el debate sobre la reconceptualización del género y las masculinidades en función de la construcción de una mirada más acorde a un enfoque feminista para pensar la salud. Antes, veamos algunos efectos de esta mirada auto-centrada en los discursos hegemónicos sobre la relación entre varones, masculinidades y salud.

2.3 Género, masculinidades y salud

Si bien, en general, los estudios que nos ocupan en esta sección parten del reconocimiento de la posición jerárquica de los varones (cis, aunque no suele explicitarse) en las relaciones generizadas de poder, encontraremos –también en general– que las preocupaciones en torno a la salud no son analizadas en términos relacionales (por ejemplo, cómo afecta esa masculinidad jerárquica a sujetxs no masculinos o a masculinidades subalternas), sino centradas en la propia identidad (cis)masculina. Básicamente, los discursos hegemónicos en torno al vínculo entre masculinidades y salud van a ocuparse de cómo el denominado modelo de masculinidad hegemónica, en tanto factor explicativo, afecta la salud de los propios varones que encarnan o pretenden encarnar ese modelo.

Desde esta mirada, aun cuando se asume que la construcción social de la masculinidad supone una socialización de los varones cis para el ejercicio de privilegios, el foco de atención a la hora de pensar el vínculo con la salud, está en los denominados “costes de la masculinidad”. Sin menospreciar que dichos costos existen, puesto que el proceso de construcción de masculinidad –en tanto proceso de adecuación a mandatos culturales de género– supone formas de mutilación existencial deshumanizantes, es importante advertir que cuando estos costos son escindidos del análisis de la distribución asimétrica de dividendos, es posible (y frecuentemente así sucede) que deriven en una victimización de los varones como (pri)meras “víctimas del mandato de masculinidad”.

110

Luis Bonino (2013) sintetiza estos costes de la masculinidad para la salud de los varones mediante los siguientes ejes (a los que realizamos algunos aportes complementarios), para luego pensar el compromiso del sistema sanitario con la reproducción del mandato de masculinidad, y los efectos nocivos que el distanciamiento masculino del cuidado tendrá sobre las mujeres:

- *Sobre-mortalidad masculina*: Las causas más frecuentes de muerte están relacionadas con enfermedades vinculadas al sistema circulatorio, respiratorio, digestivo y a tumores, vinculados a hábitos de consumo problemático de tabaco y alcohol, y al sobrepeso. También suele señalarse la mayor prevalencia de muertes por

causas externas, vinculadas a conductas de riesgo propias de la omnipotencia y violencias masculinas; accidentes de tránsito, homicidios, traumatismos, posesión y uso de armas. Los estudios sobre salud de los varones también suelen indicar la mayor tasa de suicidios y, sobre todo, la letalidad de los métodos utilizados a tal fin (a diferencia de las mujeres dónde habría más intentos, más “avisos previos”, menos concreción y métodos menos letales).

- *Gestión masculina de la salud y la enfermedad*: Se registra una minusvaloración de las alarmas corporales, dificultades para procesar y admitir los malestares físicos y mentales, postergación o inhibición para pedir ayuda, voluntad de “aguante” y autosuficiencia. Al mismo tiempo, hay mayor resistencia, reticencia y abandono de los tratamientos. La desposesión de privilegios, sea por creciente autonomía y empoderamiento de las mujeres o por reducción de posiciones de poder producto de las transformaciones del mercado, las crisis económicas y el desempleo, provoca devaluación y depresión negadas o silenciadas, dificultando su tratamiento.
- *Ceguera institucional a las necesidades masculinas*: Así como existe un déficit de demanda de servicios de salud por parte de los varones (cis), podemos hablar también de un déficit de oferta de servicios de salud, de estrategias específicas de promoción, captación y retención de los mismos en el sistema sanitario, que impacta en la reducción de la accesibilidad a la salud por parte de los varones. Como afirma Bonino: “El hecho de que les profesionales de la salud den por descontado estos modos de gestión de la salud por parte de los varones suele favorecer el asentamiento de los mismos en el rol de actores sociales intocables, inmodificables, invisibles e inmanejables por parte del sistema sanitario (...) también puede pensarse a la institución sanitaria en tanto institución patriarcal, que se alía al mandato masculino de arreglarse solo, invisibilizando a los varones concretos e impregnando de esta ideología a sus profesionales (2008: 185).” La excepcional preocupación sanitaria por la salud sexual y reproductiva, y la salud laboral de los varones, no hace más que

reafirmar la regla: son atendidos en tanto su salud pueda presentarse como factor de riesgo al cumplimiento de los mandatos masculinos de procrear y proveer.

- *Impacto de los comportamientos masculinos en la salud ajena:* Los comportamientos violentos y temerarios, y la irresponsabilidad sexual, reproductiva y paterna son los más señalados.

Como podemos observar, la gran mayoría de los problemas identificados están relacionados con cómo la masculinidad (o el modelo hegemónico de masculinidad, suelen decir los textos) afecta la salud de los varones que la encarnan o pretenden encarnarla. Poco se dice, y menos aún se interviene, sobre las consecuencias nocivas de la masculinidad para las mujeres, las disidencias sexuales y para los varones y masculinidades que lejos están de ocupar posiciones jerárquicas en las relaciones de género.

En consecuencia, los pocos programas de salud existentes que tienen a los varones como destinatarios específicos suelen pensarlos en tanto víctimas del modelo de masculinidad hegemónica, y apuntan a reducir el impacto de los costos de esa masculinidad, buscando el mejoramiento de su propio bienestar, y promoviendo “nuevas masculinidades” desde los cambios identitarios.

Rara vez nos vamos a encontrar con elaboraciones teóricas y con políticas sanitarias que piensen e interpelen a los varones, las masculinidades y las prácticas sanitarias desde una perspectiva relacional (Bonino, 2013), que apunten a reducir las desigualdades de poder, entendiendo que a mayor equidad y reciprocidad, mejores condiciones de salud habrá para ellos, pero también para el resto de la sociedad que padece las consecuencias de la masculinidad.

Esperamos con este apartado, haber podido explicar cómo una determinada conceptualización del género (que naturaliza el sexo y la cis-heterosexualidad) y de la masculinidad (centrada en la construcción identitaria de los varones, y las consecuencias que para los mismos tiene el modelo hegemónico) configuran una mirada (auto-centrada) de la articulación entre masculinidades y salud.

3. Varones, masculinidad y salud. Una mirada (relacional) desde la epistemología feminista

3.1 Género

En el marco de las limitaciones que presenta la primera aproximación al concepto de género por parte de la teoría feminista, cobrarán particular interés los diversos intentos por desmarcar al sexo de sus connotaciones naturalistas.

Generalmente, solemos aproximarnos a este debate en función de los aportes contemporáneos por parte de la denominada *perspectiva posestructuralista del género* (Sabsay, 2011). Aun reconociendo su contribución clave a la extensión y legitimación de la crítica a la distinción sexo/género en su analogía a la de naturaleza/cultura, considero importante señalar que ya el feminismo radical estadounidense, el feminismo materialista francés y las teorizaciones del feminismo lésbico concebían al sexo como una categoría cargada de política.

Rubin (1986), en consonancia con las teorizaciones de Rich (1980) y Wittig (1981), aportaría su parte *al concebir a las mujeres como el producto de una relación social de apropiación, naturalizada como sexo*, fruto de una cultura donde la heterosexualidad se presenta como obligatoria.

Como ya dijimos anteriormente, la desnaturalización del sexo suele atribuírsele a la *perspectiva posestructuralista del género* desarrollada a partir de los años 80, y mayormente difundida en los 90 y 2000. Sin embargo, “ya en los años 70, se había elaborado una teoría absolutamente antinaturalista y radical de la situación de las mujeres, en este caso, desde el feminismo materialista francés” (Curiel y Falquet, 2005: 4-5).

113

Precisamente allí radicaría el punto central de su pensamiento:

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 simple y sencillamente por una relación social, material, concreta e histórica (...), es una relación social que las constituye en clase social de las mujeres frente a la clase de los varones, una relación antagonica (ni guerra de

los sexos ni complementariedad, sino llanamente una oposición de intereses cuya resolución supone el fin de la explotación y la desaparición de las mujeres y de los hombres como clase) (Curiel y Falquet, 2005: 8).

Dentro del campo intelectual contemporáneo que Sabsay denomina como perspectiva postestructuralista del género podemos ubicar las reflexiones de Teresa de Lauretis (1989) al afirmar que “necesitamos una noción de género que no esté tan ligada a la diferencia sexual”, postulando, a través de la recuperación del concepto foucaulteano de “tecnología del sexo”, que el género no es una propiedad de los cuerpos, sino “el conjunto de efectos producidos en los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales por el despliegue de una tecnología política compleja”. En este sentido, planteará que “la construcción del género es tanto el producto como el proceso de su representación”, teniendo como función “constituir individuos concretos en mujeres y varones” (ibíd.: 8-12).

Ante la necesidad de desestabilizar esta noción de género, Butler –una de las mayores referencias intelectuales de este campo– planteará, a contrapelo de gran parte del feminismo de la segunda mitad de siglo XX, que

el género no es a la Cultura lo que el sexo a la Naturaleza, (sino que) el género también es el medio discursivo cultural mediante el cual la “naturaleza sexuada” o “el sexo natural” se produce y establece como pre-discursivo, previo a la cultura, una superficie políticamente neutral sobre la que la cultura actúa (1990: 55-56).

114

Mediante la aguda generización del sexo, es decir, la constatación de que el sexo “como atributo de todo cuerpo humano” es ya una producción realizada dentro de la autoridad del género, la autora invitaba al feminismo a revisar el supuesto de que –por fuera del lenguaje y de la historia– existen unos sujetos que son las “mujeres”, para pasar a utilizar esa categoría como signifiante de un efecto de poder.

De esta manera, nos introducimos al aporte butleriano de mayor resonancia para los estudios feministas; la *noción performativa del género*, por la cual este se constituiría por medio de las prácticas sociales significantes que se repiten incesantemente y de forma ritual en relación con la autoridad de las normas de género (dimorfismo ideal, complementariedad

heterosexual, ideales y dominio de la masculinidad y feminidad apropiadas e inapropiadas). Es decir, *el género produce al sexo*, y ambos son producidos a través de prácticas materialmente discursivas.

Mucho más se podría profundizar y complejizar en relación con estas re-conceptualizaciones en torno a la relación sexo-género en el marco de las epistemologías feministas. Nos detenemos aquí para intentar expresar cómo las mismas nos aportan también a una re-conceptualización de la masculinidad.

3.2 Género y masculinidad

Por mi parte, elijo distanciarme de dos tendencias mayoritarias en el campo de los estudios sobre la masculinidad; la primera –ya mencionada en el primer apartado– es la que la define en función de un conjunto de atributos y características, asociadas generalmente al denominado modelo hegemónico de masculinidad. La segunda tendencia es la que denomino “política de las adjetivaciones” (Fabbri, 2015).

Aun con diversos matices, tanto entre los discursos teóricos como activistas, nos vamos a encontrar con una hegemonía discursiva que tiende a adjetivar la masculinidad, a deconstruir –como “hegemónica” o “tradicional” principalmente– y hacer lo propio con el modelo o sentido de las masculinidades –destacamos el uso del plural– a promover “nuevas”, “alternativas”, “emergentes”. La política de adjetivación de las masculinidades, bien a deconstruir, bien a promover, lo que deja casi siempre sin interrogar, y por tanto sin politizar, es la masculinidad.

En este sentido, afirmo que los discursos que se limitan a adjetivar la masculinidad acaban por contribuir a su despolitización, ya que centran su foco en las formas de actuar la masculinidad de los varones, sin preguntarse por el carácter histórico y político de la categoría sexual a la que masculinidad da origen y sentido (la de hombre o varón), contribuyendo de esta manera a su naturalización.

Recuperando los aportes teóricos de las feministas materialistas y radicales que denuncian el carácter político e histórico de la bicategorización sexual, así como los aportes feministas post-estructuralistas que explican cómo el sexo ya está inscripto en una matriz cultural de

género que lo antecede y constituye, podemos aproximarnos a afirmar que la masculinidad en tanto discurso de género es la que posibilita la construcción de un sector de la población en clase sexual dominante; léase, hombres o varones.

Considerando estos aportes críticos, comparto el intento que vengo ensayando en función de reconceptualizar la masculinidad:

Sin vocación de universalizar ni homogeneizar una noción de masculinidad, dejo de lado su uso plural para poner el foco, no en los sujetos y subjetividades masculinas, sino en *La Masculinidad como dispositivo de poder*. Me refiero a *un conjunto de discursos y prácticas a través de las cuales los sujetos nacidos con pene son producidos en tanto “varones”* (Fabbri, 2018).

Esta producción se afirma en la socialización de “varones” en la idea, la creencia o la convicción de que los tiempos, cuerpos, energías y capacidades de las mujeres y feminidades deberían estar a su (nuestra) disposición. Es en este sentido que afirmo que la masculinidad es un proyecto político extractivista, puesto que busca apropiarse de la capacidad de producción y reproducción de las sujetas a las que subordina. Para que dicho proyecto político sea posible, la masculinidad produce varones deseosos de jerarquía, y pone a su disposición las violencias como medios legítimos para garantizar el acceso a ella.

Claro está, no todos los varones somos los productos deseados por dicho dispositivo de poder, y otras características –como la hetero y cissexualidad, la pertenencia de clase y étnica-racial, la (dis)capacidad y diversidad funcional-intelectual, la generación y nacionalidad, entre otras– harán a las (im)posibilidades concretas de desplegar ese proyecto en carne propia. Pero, en cualquier caso, esa masculinidad sigue siendo un faro de referencia que afecta los procesos de construcción de subjetividades generizadas.

En este sentido, la masculinidad como dispositivo de producción de varones dialoga con las perspectivas epistemológicas materialistas –recuperando el carácter producido del sexo– como con las post-estructuralistas –el género como discurso materialmente signifiicante, que antecede y produce al sexo–.

En relación con las masculinidades, en plural, en tanto múltiples usos y apropiaciones subjetivas de la masculinidad, es que cobra sentido la articulación entre una noción materialista del sexo, y una concepción

performativa del género. Puesto que no somos la mera repetición de la norma –ni el producto esperado por el dispositivo–, sino que es en la repetición e interpelación de la norma que se encuentra su desplazamiento.

Las masculinidades que no se auto-perciben varones, varones que se sustraen a la obligatoriedad de la heterosexualidad, masculinidades y varones trans, masculinidades lésbicas, no binarias, e incluso los varones cis hetero que disienten y toman distancia de los mandatos del dispositivo encarnan actuaciones del género que permiten sostener que, así como la biología no es destino, la materialidad del sexo tampoco lo es.

El esfuerzo en articular ambos enfoques epistemológicos (posestructuralista y materialista) radica en la necesidad de reconocer las multiplicidades y singularidades de las masculinidades en tanto performances de género, sin que esa diversidad implique subestimar la persistencia de dispositivos de producción de la diferencia sexual. Que además de diferencias, (re)producen jerarquía y desigualdad, siendo la masculinidad el dispositivo de producción de los sujetos dominantes en el marco de las relaciones de poder generizadas.

Desde esta mirada del género y la masculinidad, planteamos la necesidad de un enfoque relacional, puesto que la masculinidad se define y redefine en el marco de una relación de poder, y no respecto a sí misma.

3.3 *Género, masculinidad y salud*

Desde esta mirada, entonces, consideramos necesario repensar la articulación entre género, masculinidades y salud, construyendo un enfoque que nos invite a problematizar, cómo y por qué la masculinidad en tanto dispositivo (re)productor de desigualdad es incompatible con un proyecto de salud feminista.

¿Afecta este dispositivo de masculinidad las condiciones de salud de los varones? En la medida en que entendemos que la asignación y asunción de un género supone una relación agónica con las normas que postula, que condiciona y limita las singularidades subjetivas a través de procesos coercitivos, se puede afirmar que la masculinidad tampoco es

saludable para los sujetos que produce. Menos aún, claro, para quienes se distancian de dichas normas y fronteras, siendo condenadx a habitar en la abyección.

Ahora bien, si vemos –como en el primer enfoque– las consecuencias de la masculinidad para la salud de los varones cis, de manera auto-centrada, probablemente tendamos a considerarlos como los primeros damnificados de este proceso. Si, en cambio, asumiéramos una mirada que pudiera registrar los “costes de la masculinidad” para los varones en relación dialéctica con sus prerrogativas, sería posible observar que todos esos déficits de cuidado y auto-cuidado –que la socialización en la masculinidad supone para los varones– impactan nocivamente sobre la salud de las mujeres.

En este sentido, acordamos con Covas cuando en una entrevista expresa:

Obviamente estoy de acuerdo con que los hombres se procuren una vida mejor para sí mismos. ¡Faltaría más! El punto está en que mientras no transformen estructuralmente las relaciones con las mujeres, continuarán siendo parte fundamental del escollo injusto y excesivamente exigente que obliga a seguir nadando a contra corriente. Y aunque en las mujeres esto se haya hecho costumbre, el desgaste y cansancio que genera –tantas veces naturalizado por muchas– es parte de lo que sostiene la desigualdad estructural, porque obliga a derivar energías y esfuerzos que los hombres pueden invertir en otras cuestiones (Emakunde, 2017).

118 Si el dispositivo de masculinidad socializa a los varones para sentir que las mujeres deberían estar a su disposición, como contrapartida, el dispositivo de feminidad socializa a las mujeres para estar disponibles para las necesidades ajenas, principalmente de los varones. Si bien el orden de género heterosexual produce y sostiene esa relación de expropiación, esta no es exclusiva del vínculo sexo-afectivo heterosexual, sino de la división sexual del trabajo y la organización social de las relaciones en general.

La socialización de los varones en las prerrogativas a “ser servidos, apuntalados, cuidados, aguantados, por las mujeres”, a “priorizar lo personal, ser el centro de referencia, a tener libertad de movimientos sin dar cuenta, a no hacer en lo doméstico y a no cuidar” (Bonino, 2013), y todo

ello sin obligación de reciprocidad, construye y naturaliza *el lugar de las mujeres como cuidadoras de la salud masculina, y como gestoras y donantes de servicios de atención que afectan y ponen en riesgo el cuidado de su propia salud* (Covas, 2009).

Desde una mirada auto-centrada, esa incapacitación para el autocuidado que reducía a los varones a víctimas de la masculinidad, al ser mirada en clave relacional, permite ver que los varones ahorran tiempo y energía en las tareas de cuidado, delegándolas sobre las mujeres, afectando su calidad de vida y sus condiciones de salud. Al mismo tiempo, invisibilizan y naturalizan esas tareas, construyendo una categorización sexista del cuidado donde sobrevaloran lo que hacen y minusvaloran lo que las mujeres les aportan. A partir del estudio sobre los comportamientos de los “hombres igualitarios”, Susana Covas (2008) afirma que estos mecanismos son compartidos, en mayor o menor medida, tanto por los varones tradicionales como por aquellos que se definen feministas.

Desde el punto de vista de Bonino (2013), los “costes de la masculinidad” para los varones, son más bien “daños colaterales” por un uso “excesivo” de las prerrogativas de género y por las luchas por las posiciones de jerarquía entre ellos.

Como ejercicio de descentramiento de la mirada, podemos tomar los problemas que nos proponen las agendas de salud de los varones, y preguntarnos quiénes pagan esos costes, además de ellos mismos. Por ejemplo, cuando los varones se des-responsabilizan del cuidado de la salud sexual y reproductiva, ¿quiénes ponen el cuerpo en los embarazos no deseados, los abortos, las ETS?; cuando los varones se exponen a situaciones de riesgo, accidentes, traumatismos, ¿quiénes asumen su cuidado?; cuando los varones recurren a la violencia para compensar la impotencia viril que supone la pérdida de privilegios, ¿contra quiénes suelen ejercer dicha violencia? Si los varones son cuidados y no cuidadores, ¿quiénes cuidan a quienes los cuidan a ellos?, ¿cuáles son los efectos de la no implicación de los varones en el cuidado de la salud ajena?

119

En este sentido, el desplazamiento desde una mirada auto-centrada hacia una mirada relacional sobre la articulación entre género, masculinidades y salud de los varones no sólo nos posibilitaría otro grado de complejización en torno a la problemática, sino también un abordaje con mayor soporte ético y político, que no invisibilice los costos relacionales.

Sin posibilidad de profundizar sobre dichos costes en este artículo, sería importante explicitar que la falta de reciprocidad en el cuidado no sólo implica que unos son cuidados y otros cuidan, sino que además esas otras, a quienes se les niega el derecho a ser cuidadas, y aun así cuidan más de los otros que de sí mismas, padecen, enferman y mueren por ello, o al menos ven reducida su calidad de vida. El dispositivo de masculinidad como política extractivista funciona como un mecanismo de expropiación de la salud de las mujeres para el bienestar y cuidado de los varones.

4. Masculinidad y salud feminista

Una propuesta de salud feminista configurada desde esta mirada debe, indefectiblemente, problematizar también el modelo médico hegemónico y las instituciones sanitarias en los que circula y reproduce. Algunos de los rasgos estructurales con los que Menéndez (1988) describe este sistema son: biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente. A estas características, podemos agregar su centramiento en la enfermedad y no en la calidad de vida, y su carácter androcentrado, con la consecuente invisibilización de los cuerpos feminizados (Valls-Llovet, 2009). Considerando todo esto, no es difícil encontrar puntos en común entre este modelo médico y el dispositivo de producción de masculinidad. La pretensión de disposición de los cuerpos ajenos y su negación de agenciamiento a través de mecanismos de disciplinamiento, quizás sea el denominador común más ilustrativo de sus semejanzas en tanto dispositivos de (re)producción de jerarquías.

120

Retomando a Floreal Ferrara (2008), entendemos que “la salud es la lucha por resolver el conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad”. Una agenda sobre masculinidades y salud no puede apuntar a mejorar las condiciones de salud y bienestar de los varones sin proponerse interpelar y transformar las relaciones generizadas de poder en un sentido igualitario. Lo cual no se limita a interpelar a los varones de manera personal y colectiva, sino además interpelar y transformar las instituciones sanitarias que reproducen estas relaciones desiguales.

Con el objetivo de aportar al diseño de estrategias de intervención en este sentido, integral y complementario, vale hacerse eco de la investigación desarrollada por Susana Covas (2009). En ella, busca identificar factores promotores y barreras obstaculizadoras del compromiso masculino con el cuidado, abonando, por un lado, al diseño de estrategias de sensibilización para favorecer la corresponsabilización masculina. Y, aportando a su vez, a la construcción de respuestas sanitarias que eviten reforzar la distribución sexista de roles en cuanto al cuidado, y su consecuencia negativa para la salud y calidad de vida de las mujeres.

En sintonía con el hilo de reflexión que hemos intentado hilvanar en este artículo, Covas toma distancia crítica con relación al campo discursivo sobre la salud de los varones, planteando que la mayoría de los estudios se mueven alrededor de la problemática de los costes de la masculinidad y de los beneficios del cambio para los varones, invisibilizando así su coste relacional. Acordamos con la autora al señalar que no se trataría solamente ni principalmente de una cuestión cuantitativa, de modificar el “grado de participación masculina” de menos a más, sino, más bien, de implicar a los varones en el desafío ético de renunciar al posicionamiento existencial que les habilita privilegios, en tanto único camino para ir logrando una verdadera corresponsabilidad en equidad.

Reforzando la necesaria interpelación que desde estas reconceptualizaciones se redireccionan hacia el sistema sanitario, Covas señala la responsabilidad que deberían asumir las instituciones y personal sanitario en la promoción de una transformación profunda de las identidades de género. Disponen de herramientas inmejorables para impugnar y no avalar los posicionamientos sexistas que legitiman la poca o nula implicación masculina y, al mismo tiempo, ir desnaturalizando las capacidades de cuidado innatas que les atribuyen a las mujeres.

Una propuesta de salud feminista para las masculinidades y los varones debe atender a la necesidad de involucrarnos y responsabilizarnos en prácticas de cuidado desde la reciprocidad, y desde una exigencia ética que promueva el reconocimiento práctico de la equidad existencial entre lxs sujetxs sexuadx y generizadx. Para mejorar las condiciones de salud de los varones, sí, pero también y fundamentalmente, para mejorar las condiciones de salud y de vida de la comunidad.

Asumir el carácter política y epistemológicamente conflictivo de la articulación entre género, masculinidades y salud hará del abordaje de ese conflicto, y su resolución democratizante, la posibilidad de emergencia de una propuesta de salud feminista para los varones y las masculinidades.

Bibliografía

- Azpiazu Carballo, Jokin (2017). *Masculinidades y Feminismo*. Barcelona: Editorial Virus.
- Bonino, Luis (2008). "Salud, varones y masculinidad", en Lozoya, J. A. y Bedoya, J. C. (comps.). *Voces de hombres por la igualdad*. Madrid: Edición digital disponible en <https://vocesdehombres.wordpress.com/salud-varones-y-masculinidad/>
- Bonino, Luis (2013). "Discursos hegemónicos sobre hombres, masculinidad y salud desde el enfoque de género. Algunas reflexiones críticas", ponencia en el *Congreso Internacional Género(s) e Saúde: (In)Determinações e Aproximações*, Coimbra, 17-19 de octubre.
- Butler, Judith (1990). *El Género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Cabral, Mauro (2009). "Cissexual", en *Página 12*, Suplemento SOY. Disponible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-803-2009-06-12.html>
- Covas, Susana (2008). *Hombres con valores igualitarios, historias de vida, logros alcanzados y cambios pendientes*. Madrid: Ministerio de Igualdad. Disponible en <http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0077.pdf>
- Covas, Susana (2009). *Los hombres y cuidado de la Salud*. Madrid: Ministerio de salud y política social. Disponible en <http://www.msbs.gob.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado009.pdf>
- Curiel, Ochy y Jules, Falquet (2005). *El Patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas. Colette Guillaumin, Paola Tabet, Nicole Claude Mathieu*. Buenos Aires: Brecha Lésbica.
- De Lauretis, Teresa (1989). *La tecnología del género* [Trad. Ana María Bach y Margarita Rout]. Londres: Macmillan Press.
- Dorlin, Elsa (2009). *Sexo, Género y Sexualidades. Introducción a la teoría feminista*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Emakunde (2017, 27 de diciembre). "Entrevista: Susana Covas", en Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, disponible en: <http://www.emakunde.euskadi.eus/informacion/entrevista-susana-covas/u72-cogizon/es/>
- Fabbri, Luciano (2014). "Ni meramente natural, ni remotamente universal: Avatares de la teoría sexo/género", en revista www.izquierdas.cl, N° 19, agosto 2014, ISSN 0718-5049, pp. 143-157.
- Fabbri, Luciano (2015). "¿Qué (no) hacer con la masculinidad? Reflexiones activistas sobre los límites de los 'colectivos de varones/grupos de hombres'", ponencia presentada en el *V Coloquio de Estudios de Varones y Masculinidades*. 14-16 enero, Santiago de Chile.
- Fabbri, Luciano et al. (2018). "La ola feminista cuestiona la masculinidad", en *La Cuarta*

- Ola Feminista*. Buenos Aires: Oleada / Mala Junta. ISBN 978-987-42-9772-3.
- Ferrara, Floreal (2008). "La salud es la solución del conflicto", entrevista de Beatriz Blanco en *Página 12*. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-144143-2010-04-19.html>
- Haraway, Donna (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La Reinención de la Naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Lamas, Marta (2003). *Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG.
- Menéndez, Eduardo (1988). "Modelo médico hegemónico y atención primaria", en *Segundas Jornadas de atención primaria de la salud*, 30 de mayo, Buenos Aires.
- Millet, Kate (1975). *Política Sexual*. México: Aguilar.
- Radi, Blas (2018, 25 de octubre). "Hemos repetido hasta el cansancio que el género es una construcción cultural, pero ha cambiado mucho la manera en que se construye", en *Página 12*, Suplemento Universidad. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/150835-hemos-repetido-hasta-el-cansancio-que-el-genero-es-una-const>
- Rich, Adrienne (1980). *Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana*, en *DUODA Revista d'Estudis Feministes*, N° 10, 1996, pp. 15-42.
- Rubin, Gayle (1986). "El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del sexo", en *Nueva Antropofagia*, VIII (30), Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15903007>
- Sabsay, Leticia (2011). *Fronteras Sexuales. Espacio urbano, cuerpos y ciudadanía*. Buenos Aires: Paidós.
- Thiers Vidal, Leo (2002). "De la masculinidad al antimasculinismo. Pensar las relaciones sociales de sexo a partir de una posición social opresiva", en *Nouvelles Questions Féministes*, 21 (3), pp. 71-83. [Traducción al castellano de Pilar Escalante. Sin editar].
- Wittig, Monique (1981). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Egales.
- Valls-Llobet, Carmen (2009). *Mujer, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Injusticia reproductiva: entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales y reproductivos

BLAS RADI

I. Introducción

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia que indaga cómo el reconocimiento de la identidad de género de las personas trans* puede tener consecuencias negativas sobre sus condiciones materiales de existencia. En este caso, me concentraré en la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Esto significa que se trata de una investigación emplazada en un escenario progresista donde ese reconocimiento existe y, no obstante, trae aparejadas consecuencias perjudiciales.

En primer lugar, muestro que aunque tanto el derecho a la identidad de género como el derecho a la salud sexual y reproductiva son derechos humanos –y, como tales, forman parte del núcleo indivisible de derechos con los que debe contar una persona–, en la práctica, las personas trans* se ven obligadas a elegir entre ellos. Estas condiciones exigen hacer foco en la dimensión eugenésica de las políticas trans* aun en estados en los que el reconocimiento de una identidad de género distinta a la asignada al nacer no está atado a compromisos quirúrgicos ni hormonales. En este punto, los ejemplos de Argentina y el Reino Unido son particularmente relevantes, dado el carácter progresista de su marco normativo en materia de identidad de género.

A diferencia de otras políticas eugenésicas, estas no tienen por objetivo disminuir la proporción de personas con determinados rasgos entre la población (como si la transexualidad fuera hereditaria), sino mantener el orden del género: las mujeres tienen capacidad de gestar, los hombres de producir esperma. Recurro aquí al concepto de “eugenesia pasiva” acuñado por Bowman (1996). El autor introduce la distinción entre “eugenesia activa” y “eugenesia pasiva”. La primera categoría se aplica a aquellas

políticas que alientan o desalientan la reproducción entre ciertas poblaciones. La segunda a aquellas que, aun sin apuntar a ello abiertamente, tienen el mismo efecto (Bowman, 1996; Nixon, 2013).¹

En segundo lugar, pongo de relieve algunos factores que dificultan el abordaje satisfactorio de la salud y los derechos reproductivos de las personas trans*. El primero se refiere al imaginario normativo acerca tanto de las capacidades y deseos reproductivos de las personas trans* como del embarazo y el “ser mujer”. El segundo se refiere a los compromisos férreos que los movimientos sociales mantienen con las políticas de la identidad. La atención destinada de manera prioritaria (cuando no exclusiva) a iniciativas por la legalización del aborto voluntario, entendido como un derecho de las mujeres (cis), participa de estas dificultades.

Dado el reciente tratamiento parlamentario de la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo en Argentina, nuevamente aplico mis consideraciones al contexto local. El concepto de “identidad de género”, desarrollado en los términos de los *Principios de Yogyakarta* (2007), es fundamental en este ejercicio. La definición provista por los Principios desafía antiguas concepciones ancladas en el binario de género y la diferencia sexual y evidencia la necesidad de reconfigurar nuestras instituciones y nuestra imaginación política (Radi y Pérez, 2018).

Por último, defiendiendo la adopción del enfoque de la justicia reproductiva para el trabajo sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Este enfoque tiene la virtud de integrar la salud reproductiva dentro de la

1 En palabras de Bowman (1996), “la eugenesia pasiva es la negación de la atención médica adecuada para más de 37 millones de estadounidenses. La eugenesia pasiva es el abandono social de los programas de vacunación para millones de niños pobres, muchos de los cuales morirán de enfermedades prevenibles. La eugenesia pasiva es el vertido de pacientes pobres en hospitales públicos por los llamados centros médicos sin fines de lucro, aunque algunos pacientes sufrirán daños irreparables, incluida la muerte. La eugenesia pasiva no es el asalto a las clínicas de aborto y el asesinato de trabajadores de la salud, sino la votación contra la asistencia social para niños por parte de los mismos activistas en contra de la elección. La eugenesia pasiva es la hipocresía de la sociedad sobre un sistema de atención médica que es inferior al de todos los principales países industrializados, a pesar de que los políticos y los zares corporativos de nuestras industrias de atención médica y seguros se equivocan al proclamar que nuestro sistema de atención médica es el mejor del mundo. Estos y otros engaños son consideraciones que rigen, porque una sociedad que acepta la eugenesia pasiva proporciona un terreno fértil tanto para la eugenesia activa clandestina como para la manifiesta” (pág. 493).

justicia social, lo hace tomando como bases la teoría de la interseccionalidad (Crenshaw, 1989) y la universalidad e indivisibilidad de los derechos humanos y, en consecuencia, desafía la matriz binaria que caracteriza al pensamiento occidental. De esta manera, ofrece una nueva mirada que desarticula las falsas dicotomías presentes en los debates contemporáneos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, y permite “imaginar mejores futuros a través de formas radicales de resistencia y crítica” (Ross, 2018: 292). Futuros en los que las personas trans* no tengan que elegir entre sus derechos humanos.

2. Eugenesia se dice de muchos modos

El significado etimológico del término eugenesia podría parecer inofensivo de no ser por sus connotaciones históricas, que lo vinculan con los programas de cría selectiva, experimentación médica y campos de exterminio. Si bien estas menciones nos remiten directamente al Holocausto, el impulso eugenésico puede remontarse todavía más lejos. En su versión moderna, la eugenesia fue desarrollada de la mano del científico Francis Galton, interesado en crear “mejores seres humanos” a través de la gestión científica del apareamiento.

Las ideas de Galton tuvieron un gran impacto en la primera parte del siglo XX, y a menudo se tradujeron en proyectos sanitarios de ingeniería genética interesados en “mejorar” a la humanidad. La idea de criar personas o rasgos deseables se tradujo, en su versión positiva, en programas políticos que otorgaban incentivos monetarios y estipendios para favorecer la reproducción de ciertos tipos de personas. En su versión negativa, la eugenesia adoptó la forma de programas de purificación racial mediante esterilizaciones forzadas de personas consideradas no aptas para reproducirse. La eugenesia negativa se orientó ante todo hacia personas con enfermedades mentales, personas pobres y personas racializadas y buscó impedir que sus genes “ensuciaran” el acervo genético de la raza humana.

En el caso de las personas trans*, en muchos países, la renuncia a sus capacidades reproductivas ha sido y todavía es condición de acceso al reconocimiento legal de la identidad de género. En algunos casos, la esterilización forzada es un resultado de los requisitos establecidos por

la legislación o los tribunales, aunque no es exigida abiertamente en el texto de la ley. Estos requisitos incluyen, por ejemplo, un “ajuste de los caracteres sexuales mediante tratamientos médico-quirúrgicos autorizados previamente por los tribunales”;² la acreditación de un tratamiento hormonal de dos años, como mínimo, “para acomodar las características físicas a las del sexo reclamado”;³ o la “remoción de órganos sexuales y glándulas mamarias, para los hombres trans, y la remoción de los órganos sexuales (testículos y pene), para las mujeres trans”.⁴ En otros casos, la legislación es más explícita y exige que la persona que solicita el cambio certifique que “ya no es capaz de producir hijxs de acuerdo con su género anterior”;⁵ que es “definitivamente incapaz de procrear” –si su acta de nacimiento la reconocerá como mujer– y “definitivamente incapaz de dar a luz” –si será reconocido como varón–;⁶ que “es estéril o incapaz de reproducirse”;⁷ o que “no tiene glándulas reproductoras o que se ha perdido de manera permanente su función”.⁸

2 Artículo 3 de la Ley N° 164, del 14 de abril de 1982, Reglas para la rectificación de la atribución de sexo. Disponible en <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:statto:legge:1982-04-14;164>

3 Ley 3/2007, del 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Disponible en www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-5585

4 Alegato sobre el procedimiento legal de reconocimiento de género en Ucrania, según se especifica en la Orden Nffl 60 del Ministerio de Salud de ese país. Disponible en <https://www.hrw.org/news/2015/04/27/allegation-letter-regarding-legal-gender-recognition-procedure-ukraine-specified>

128 5 Artículo 2 de la Ley de Transexualidad, que se inserta en el artículo 62b del Código Civil belga. (Motmans, J., De Boilley, I. y Debunne, S., 2010).

6 Código civil holandés, Sección 1.4.13. Orden judicial para cambiar la descripción del género en el certificado de nacimiento. Artículo 1:28 Transexualidad y cambio de acta de nacimiento. Disponible en <https://www.icj.org/wp-content/uploads/2013/05/Netherlands-Dutch-Civil-Code-Civil-Status-1992-eng.pdf>

7 Decreto 1053/2002 del Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia sobre la organización del examen y el tratamiento para el cambio de género, así como sobre la declaración médica para la confirmación del género de una persona transexual. Traducción no oficial al inglés disponible en <http://trasek.fi/wp-content/uploads/2011/03/TransAct2003.pdf>

8 Ley N° 111 de casos especiales para manejar el estatus de género en personas con trastorno de identidad de género en Japón (2003). Disponible en http://www.japaneselaw-translation.go.jp/law/detail_download/?ff=09&id=2542

Las iniciativas contra el programa eugenésico que estos requisitos ponen en acto han convocado a investigadorxs y activistas de distintas latitudes.⁹ La red de organizaciones Transgender Europe (TGEU, según sus iniciales en inglés), por ejemplo, elabora reportes anuales sobre la situación legal de las personas trans* en cada estado del continente europeo. Estos informes incluyen un índice detallado por país y un mapa que identifica a aquellos estados que exigen que las personas trans* se sometan a un procedimiento de esterilización antes de modificar sus datos registrales, y distingue a aquellos que “no han puesto en práctica procedimientos confiables” de los que “han establecido procedimientos y no requieren la esterilidad”.

El informe de TGEU, publicado en mayo del 2016, reconocía 23 países en la primera categoría. El mapa europeo ha cambiado desde entonces; en octubre de ese mismo año, por ejemplo, el parlamento francés aprobó un procedimiento de reconocimiento legal de la identidad de género que no incluye requisitos de esterilización. ¿Esto significa que se acabó la eugenesia? No necesariamente. Los ejemplos de Argentina y Gran Bretaña son útiles para pensar por qué.

2.1. La actualidad de la eugenesia

La Ley de Identidad de Género argentina es reconocida a nivel mundial por su carácter progresista. Esta ley, sancionada en 2012, no ata el reconocimiento de la identidad de género a ninguna modificación corporal y, por lo tanto, no exige que las personas renuncien a sus capacidades reproductivas. En su artículo 2, la ley retoma la definición de “identidad de género” provista por los *Principios de Yogyakarta* (2007)¹⁰ y establece:

129

9 Transgender Europe es una organización europea que cada año actualiza el mapa de Europa identificando qué países requieren la esterilización como requisito para acceder al reconocimiento legal de una identidad de género distinta a la asignada. Ver, por ejemplo, Nixon, 2013; Honkasalo, 2016; Lowik, 2018; Radi, 2018.

10 *Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género* es un documento redactado en el año 2006, y difundido en el 2007, que vincula el marco legislativo internacional de Derechos Humanos con cuestiones de orientación sexual e identidad de género. El documento contiene 29 principios y más de 140 recomendaciones que enuncian las obligaciones que los estados y actores no gubernamentales tienen de respetar, proteger

Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales. (Ley 26.743, Art. 2)

En estos términos, la ley establece un mecanismo de carácter administrativo para modificar los datos en los documentos de identidad, poniendo el acento en la autodeterminación y no requiriendo acreditaciones diagnósticas, escrutinios corporales o compromisos quirúrgicos. Esto significa que Argentina no establece requisitos de esterilización forzada como condición para el reconocimiento de una identidad de género distinta a la asignada al nacer.

Es importante resaltar que la legislación argentina no determina cuál es el repertorio de categorías identitarias disponibles. Precisamente porque entiende que el género es una experiencia subjetiva, deja esta definición librada a la vivencia de cada persona. Sobre esta base es que, por ejemplo, en noviembre de 2018, el Registro Civil de la provincia de Mendoza procedió a la rectificación registral de una persona dejando en blanco el campo de “sexo” en la partida de nacimiento y en el documento.

Esto es importante a la hora de pensar en cuestiones de salud sexual y derechos sexuales y reproductivos, porque implica que nuestro país reconoce con fuerza de ley la existencia de:

- mujeres que producen esperma
- hombres con capacidad de gestar
- personas que no se identifican ni como hombres ni como mujeres y que también conservan sus capacidades reproductivas.

¿Esta ley pone punto final a la eugenesia trans* en Argentina? Veamos esto más en detalle. Dada la tradición que gobernaba los procesos de modificación de datos registrales en sede judicial (es decir, antes de 2012), el valor de la Ley de Identidad de Género tiende a ser ponderado no sólo en función de lo que hace, sino de lo que impide que se siga haciendo. En este sentido, la ley funciona como una bisagra que distribuye de manera diferencial los aspectos positivos y negativos de un relato que sigue una línea de progreso. Mientras que el mal es asignado al pasado, al momento anterior a la ley, el bien es inaugurado por ella. El maniqueísmo temporal que organiza esta secuencia narrativa nos inclina a pensar en la eugenesia como un problema del pasado, junto con la judicialización y la patologización.¹¹ Pero estos relatos hacen difícil realizar una lectura política que sea sensible, por ejemplo, a las injusticias que la ley inaugura o a las que no desmantela, la eugenesia entre ellas. Los discursos que ubican todos los problemas en el pasado, junto con la elección de ciertos (agentes y) eventos como hitos, en lugar de observar procesos complejos de gran escala, omiten señalar las maneras en las que “la injusticia contemporánea se manifiesta con frecuencia bajo la forma de la repetición estructural o la continuidad de injusticias con una larga historia” (Bevernage, 2015: 336).

Entonces, antes de decirle “adiós para siempre” a la eugenesia, advertamos que retirar los requisitos de esterilización forzada no es equivalente a desarrollar políticas de preservación de la fertilidad y planificación familiar. De hecho, desde el momento de la sanción de la Ley de Identidad de Género, la salud sexual y reproductiva de la población trans* no ha sido parte de las políticas de Estado. En Argentina, a la fecha, no se han desarrollado nuevos programas en esta materia ni se han revisado los existentes, que fueron diseñados en gran medida por y para *mujeres cis*. Por otra parte, si bien la Ley de Identidad de Género garantiza el acceso a la “salud integral”, es necesario señalar que el artículo correspondiente fue el último en ser reglamentado (tres años después que el resto), sin presupuesto y que se refiere a “intervenciones

131

11 Tomo la noción de maniqueísmo temporal de Berber Bevernage (2015), aunque no me adentraré en la dimensión moral que ocupa el centro del análisis del autor.

quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida” (D. N. 903/2015).

El primer objetivo de estas políticas (o de la falta de ellas) no radica necesariamente en impedir ni desalentar la reproducción de las personas trans*. Sin embargo, este es uno de sus efectos. La falta de políticas de preservación de la fertilidad y –en términos más generales– la falta de políticas sanitarias adecuadas son un ejemplo de lo que Bowman llama “eugenesia pasiva” (1996).

El Reino Unido ofrece un ejemplo donde las políticas existentes –y no su ausencia– son las que se encaminan a la esterilización de las personas trans*. Allí nunca se les exigió que renunciaran a sus capacidades reproductivas. No obstante, su sistema sanitario desalienta la reproducción y fomenta las prácticas de extirpación de útero, ovarios y trompas de falopio, a la vez que desalienta la reproducción por motivos médicos, aunque con una evidencia clínica muy débil.¹²

Este resabio eugenésico puede pasar desapercibido para quienes se concentren más en la intención de la legislación y las políticas públicas que en su impacto efectivo. Si nos atenemos más a lo que ellas hacen que a lo que dicen que hacen (Spade, 2015), es decir, si consideramos la dimensión de sus efectos, su componente eugenésico resulta ineludible.

12 Según Toze, “los estándares de atención emitidos por la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Trans analizan los posibles efectos secundarios de la terapia hormonal masculinizante y clasifican el cáncer de ovario, útero (endometrio) y cervical como ‘sin mayor riesgo o no concluyentes’ (Coleman *et al.*, 2012). Wesp (2017), revisando la literatura, concluye que si bien existe una base hipotética para suponer un mayor riesgo para las personas trans masculinas de hiperplasia endometrial o cáncer, sólo se ha documentado un caso de este tipo. Agrega que tampoco hay evidencia de que las personas trans masculinas tengan un mayor riesgo de cáncer de ovario. Por lo tanto, concluye que la histerectomía no debe recomendarse únicamente para la prevención del cáncer de útero o de ovario. Feldman (2016) llega a conclusiones muy similares, y además observa que no hay evidencia de que la testosterona afecte el riesgo de cáncer cervical. Sin embargo, Feldman (*ibid.*) ofrece una recomendación de bajo grado de que la ooforectomía [la extirpación quirúrgica de los ovarios] y / o la histerectomía [extirpación quirúrgica del útero] se consideren cuando existen inquietudes particulares sobre el cáncer de ovario, cervix o útero, especialmente si el paciente es mayor, no le preocupa la fertilidad, no desea someterse a exámenes de detección, y la cirugía no supondría un riesgo para la salud” (2018: 197).

3. Sujetos reproductivos y no reproductivos

Los obstáculos que impiden a las personas trans* hacer ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos no sólo se encuentran en su regulación jurídica, sino también en su articulación cultural. El imaginario colectivo acerca de la reproducción está gobernado por una serie de mitos sobre el género, sus roles, sus deseos y sus cuerpos. Esta mitología política no sólo es internalizada y (re)producida por individuos particulares, sino también por instituciones. En particular, debe mucho a la articulación de la medicina y la justicia, así como al compromiso de ambas con la diferencia sexual y el binario de género. En este entramado cultural, las personas trans* y la capacidad de reproducirse se presentan como elementos mutuamente excluyentes. Las metáforas del cuerpo equivocado, la disforia de género, la renuncia “voluntaria” a la capacidad de procrear y la “heterosexualidad” constituyen la base del ideario que hace de las personas trans* una población estéril, sin voluntad reproductiva ni prácticas sexuales fecundas (Meyerowitz, 2002; Valentine, 2007; Cabral, 2010; Radi, 2018).¹³

Así, a pesar de que hemos sido testigxs del desarrollo de nuevas tecnologías que desafían nuestras creencias acerca de la reproducción humana, este parece seguir siendo un ámbito cultural exclusivo para personas cis. Estas creencias se cristalizan en las representaciones acerca del embarazo, que nuestra cultura reconoce y representa como un proceso propio de las mujeres (cis) y, aunque se trata de una experiencia temporal, el embarazo deja de ser una “condición” para convertirse en una identidad (Surkan, 2015). De esta manera, la identidad de las mujeres como tales depende del embarazo y sus cuerpos se representan como si estuvieran esperando bebés (Walks, 2015). Dicho con otras palabras: se entiende que el embarazo es una experiencia privativa de las mujeres y que las mujeres son mujeres porque se embarazan.

La combinación de estos regímenes semánticos (el que hace de las personas trans* sujetos irreproducibles y el que hace del embarazo la identidad femenina) tiene como resultado que un hombre embarazado

¹³ En gran medida, las personas y el activismo trans* hicieron suyas estas representaciones (Strangio, 2016) debido a que esto maximizaba sus oportunidades de acceder a cambios quirúrgicos y registrales (Stone, 1991; Meyerowitz, 2002; Valentine, 2007).

sea un oxímoron. La figura del hombre trans embarazado desafía los supuestos de género de una manera tan profunda que se vuelve imperceptible: sólo puede ser visto como un hombre gordo (Surkan, 2015). Un esquema simplificado de las representaciones socialmente disponibles se podría organizar a partir de las siguientes tesis negativas: 1. el embarazo trans* es ilegal; 2. si no es ilegal, es inviable; y 3. si es viable, es invisible. Si lo pensamos desde aquí, tiene sentido que dudemos de la necesidad de desarrollar políticas de salud sexual y reproductiva para esta población. ¿Tenemos otra alternativa? Veamos.

Con una perspectiva crítica, teóricas y activistas (lesbo)feministas han cuestionado la economía heterosexual que hace de *las mujeres* (cis) las reproductoras obligadas de la especie. Sus desarrollos incisivos en materia de aborto y anticoncepción provocan un corte con la fantasía normativa que fusiona sexo y reproducción, y hacen lugar a la posibilidad de que *las mujeres* (cis) no cumplan con el rol socialmente impuesto. “Mujer no es sinónimo de madre”, sostienen. Sin embargo, dada la dependencia ontológica del feminismo con la diferencia sexual (Cabral, 2011), a menudo pareciera que para ser madre –y/o para negarse a serlo– necesariamente hay que ser mujer. Por eso las reivindicaciones de derechos sexuales y reproductivos adoptan estrategias identitarias que formulan sus demandas en términos de “los derechos de las mujeres”. ¿Cualquier mujer? No.

3.1. De derechos y sujetos de derechos

134

La definición del sujeto del feminismo no ha estado libre de tensiones. Preguntar quiénes son los sujetos del feminismo no es sólo preguntar quiénes son portavoces de los movimientos, sino en función de qué urgencias (esto es, en función de las urgencias de quiénes) se definen sus reivindicaciones. Las polémicas en torno a la extensión del término “mujer” –quiénes son las mujeres– y al universo de discurso de los sujetos de derechos sexuales y reproductivos –quiénes son sujetos de embarazo y aborto– también son determinantes en la definición de la agenda y el sujeto político del feminismo.

Los movimientos por los derechos sexuales y reproductivos con frecuencia se presentan como un gran paso adelante en la historia de los derechos de las mujeres. Y aunque sin duda son ventajosos, tal vez convenga hacer algunas aclaraciones acerca de qué derechos y cuáles mujeres son alcanzados por estas iniciativas.

De acuerdo con el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), la salud sexual y reproductiva es un estado de bienestar físico, mental y social en todos los asuntos relacionados con la sexualidad y el sistema reproductivo. La buena salud sexual y reproductiva, entonces, implica que las personas tengan una vida sexual satisfactoria y segura; la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si hacerlo, cuándo, con qué frecuencia y bajo qué circunstancias; y la información y los medios para hacerlo sin discriminación ni violencia.

En consonancia con esta caracterización, el catálogo de derechos sexuales y reproductivos no se reduce al derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. De todas maneras, el aborto ha tendido a ser el foco privilegiado de los movimientos por el derecho a decidir. Por su parte, movimientos con agendas interseccionales han cuestionado esta reducción.

En “Racismo, control de la natalidad y derechos reproductivos”, Angela Davis (2005) observa cómo las agendas de derechos reproductivos están marcadas por sesgos de clase, raza y nacionalidad. De acuerdo con ella, las mujeres blancas y burguesas de principio del siglo XX podían ver en el derecho al control de la natalidad la posibilidad de planificar sus embarazos y ascender en su desarrollo profesional. Pero esto, que para las mujeres privilegiadas puede interpretarse como un derecho, para las mujeres afrodescendientes, las mujeres indígenas, las mujeres migrantes y las mujeres pobres no lo es. Davis apunta que el control de la natalidad para ellas representa un imperativo racista que se traduce en la obligación moral de reducir el tamaño de sus familias (debido a sus miserables condiciones de existencia) y en programas estatales de exterminio. La política de control de la natalidad ejecutada en Perú durante el gobierno de Fujimori, que resultó en la esterilización de 314.605 mujeres de bajos recursos, es un ejemplo de esos programas.

3.2 Nosotras o ellos: un falso dilema

En Argentina, el reciente tratamiento de la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo en el Congreso hizo públicas algunas discusiones acerca de quiénes son los sujetos con capacidad de gestar, quiénes los sujetos de derechos y quiénes son lxs aliadxs. Tal vez estas discusiones fueron subterráneas para quienes consideraron que el único debate en curso era entre grupos a favor y en contra de la legalización del aborto. Veamos esto un poco más de cerca.

Aunque tenían objetivos contrapuestos, tanto las iniciativas “pro vida” de los sectores más conservadores como las estrategias jurídicas de los movimientos sociales por la legalización asumieron que todas las personas con capacidad de cursar un embarazo –y, por lo tanto, de abortar– son mujeres. Las organizaciones de los pañuelos verdes, además, lo defendieron y emplazaron sus reivindicaciones en las coordenadas de los derechos humanos de *las mujeres* (cis) y se concentraron en la dignidad, la plena autoridad, la capacidad y el derecho de *las mujeres* (cis) para decidir por sí mismas y sobre sus cuerpos.

Los hombres trans resaltaron que la categoría “mujeres” no coincide punto por punto con el de “personas que pueden quedar embarazadas”: por un lado, porque existen mujeres que no pueden quedar embarazadas, por el otro, porque hay personas que no son mujeres que de hecho se embarazan y abortan –como es el caso de algunas personas de género neutro y de los hombres trans–. De todos modos, el diálogo y las posibilidades de articulación con organizaciones y activistas por la legalización del aborto encontró enormes resistencias: “Las mujeres deciden, los varones acompañan” se convirtió en un *shibboleth*, una contraseña –impronunciable para los hombres trans– que servía a los fines de distinguir amigxs de enemigxs.

Algunas organizaciones de pañuelos verdes sostuvieron que los hombres trans tenían demandas demasiado novedosas, que eran muy pocos, que no participaron del proceso político en favor de la legalización del aborto, que podían perjudicar el tratamiento del proyecto, y –sobre todo– que querían perjudicar a las mujeres.¹⁴ En estos términos, cualquier alianza con ellos se presentaba como poco estratégica –en el mejor de

14 Me ocupé de este tema en “Algunos casos de mala praxis retórica y crímenes de lesa

los casos— o una amenaza de la que había que defenderse —en el peor—. En ocasiones, el escenario de discusión se parecía mucho al dilema del tranvía:¹⁵ la defensa de los derechos de las mujeres (cis) y la defensa de los derechos de los hombres trans eran presentadas como opciones mutuamente excluyentes. Atropellar los derechos de los hombres trans aparecía, en el mejor de los casos, como una consecuencia no deseada pero necesaria para reivindicar los derechos de las mujeres.

De los distintos proyectos tratados en el Congreso de la Nación, sólo uno de ellos consideró a “todas las personas” como sujetos de derechos (Expte. 2492-D-2017). El resto se refirió estrictamente a las mujeres (cis) y, en algunos casos, en un artículo adicional (Expte. 230-D-2018) o en la fundamentación (Expte. 1082-D-2018) extendió su cobertura a otras personas con capacidad de gestar, conforme a la Ley de Identidad de Género. Finalmente, el dictamen que se aprobó en el plenario de Diputados se introdujo la fórmula “mujer o persona gestante” en todos los artículos. El cambio en el vocabulario, sin embargo, no fue expresión de un cambio en los criterios de participación política ni en la agenda de los movimientos.

4. Hacia la justicia reproductiva

Los compromisos identitarios del activismo por los derechos sexuales y reproductivos en Argentina se tradujeron en una agenda liberal centrada en el aborto y en las mujeres cis. Dada la enorme prevalencia de este tipo de enfoques en nuestro país y en la región, por momentos puede

argumentación en los debates contemporáneos sobre aborto” (Pérez y Radi, 2018); “Mitología política sobre aborto y hombres trans” (Radi, 2018) y “Aborto legal para tipos trans!” (Radi y Mansilla, 2018).

¹⁵ El dilema del tranvía es un experimento mental muy conocido en el campo de la filosofía moral. Fue ideado por Philippa Foot en 1967 y fue expandido desde entonces. El dilema consiste en un conjunto de escenarios hipotéticos extremos que ponen a prueba la destreza ética de los sujetos. Si bien hay muchas versiones, lo podemos presentar de esta manera: un tranvía fuera de control se precipita por la vía. En su camino hay cinco personas reparando el carril. Si el tranvía sigue su curso, estas personas serán inevitablemente reducidas a una pasta sangrienta. Pero usted tiene la oportunidad de cambiar las cosas: adelante suyo encuentra un interruptor que le permite desviar al tranvía a una pista lateral en la que hay sólo una persona trabajando. Este experimento mental permite aislar los principios morales en conflicto: ¿Qué actitud debo tomar, dejar que el tranvía siga su curso permitiendo que mueran cinco personas, o intervenir activamente matando a una para salvar a cinco?

resultar difícil considerar la posibilidad de encarar estas cuestiones desde otros marcos conceptuales. Con la intención de desarticular esta resistencia, quisiera cerrar este artículo con algunas propuestas enmarcadas en el paradigma de la justicia reproductiva, que creo puede servir para saldar varios de los problemas que analicé hasta aquí.

La justicia reproductiva surgió de las experiencias de las mujeres negras basadas en conocimientos subyugados, saberes que eran excluidos por el movimiento dominante a favor del derecho a decidir. El concepto de “justicia reproductiva” fue acuñado en el año 1994 para echar luz sobre las formas de opresión interseccionales que amenazan la integridad corporal de las mujeres negras. De acuerdo con Loreta Ross:

Creamos “justicia reproductiva” porque creíamos que la verdadera atención médica para mujeres necesitaba incluir una gama completa de servicios de salud reproductiva. Si bien el aborto es un problema de salud primario, sabíamos que la defensa del aborto por sí sola no abordaba adecuadamente las opresiones interseccionales de la supremacía blanca, la misoginia y el neoliberalismo. Desde la perspectiva de las mujeres afroamericanas, cualquier plan de atención médica debe incluir cobertura para abortos, anticonceptivos, atención preventiva para mujeres sanas, atención pre y postnatal, fibroides, infertilidad, cáncer cervical y de mama, morbilidad y mortalidad infantil y materna, violencia en la pareja, VIH / SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. (2018: 291)

138

La teoría de la interseccionalidad permite al enfoque de la justicia reproductiva evitar los callejones sin salida de las políticas de la identidad y conceptualizar identidades heterogéneas en los cruces de una de la compleja red de pertenencias (Crenshaw, 1989; Pérez, 2017). La perspectiva interseccional es desarrollada por Kimberlé Crenshaw como una crítica a los movimientos que buscan el cambio social desde una sola perspectiva.

El compromiso teórico con la teoría de la interseccionalidad hace que la identidad “mujer” no sea el único factor relevante para la conformación de movimientos políticos y la definición de sujetos de derechos.

Esto es positivo,

no sólo desde un punto de vista político (en tanto atiende a las necesidades específicas de los distintos colectivos involucrados), sino que también refuerza la propia propuesta epistemológica: nos asegura un conocimiento más responsable, sofisticado y realista de los fenómenos con los que lidiamos (Pérez, 2018).

De hecho, los movimientos por la justicia reproductiva son abiertamente hospitalarios con personas trans* e intersex. Esto hace que su análisis de los escenarios políticos de debate sobre salud y derechos sexuales y reproductivos no se reduzca a la pulseada entre activistas “pro vida” y activistas “por el derecho a decidir”, sino que ofrecen una nueva mirada que desarticula las falsas dicotomías presentes en los debates contemporáneos.

Este enfoque entiende que la desigualdad sistémica siempre ha influido en la toma de decisiones de las personas en torno a la maternidad y la crianza de sus hijxs. En consecuencia, atiende a las distintas fuerzas que influyen en los lugares sociales que ocupan los individuos en la sociedad y en sus libertades individuales (tales como el racismo, el sexismo, la pobreza, el capacitismo, la orientación sexual y la edad). Por este motivo, sus activistas entienden que abogar por la justicia reproductiva no se detiene en el derecho al aborto, el acceso a los anticonceptivos o incluso el proceso de parto respetado, sino que se refiere también –y sobre todo– al dismantelamiento de las desigualdades sociales y de salud a lo largo de todo el ciclo de la vida. Esto implica trabajar sobre todas las políticas públicas, considerando los distintos aspectos que afectan la reproducción y la crianza de lxs hijxs. Incluye:

la libertad de movimiento, las restricciones migratorias, el alojamiento carcelario, los binarismos raciales y de género, la violencia policial, las representaciones racistas y sexistas, la asignación de recursos a través de políticas fiscales, la asistencia social, los sistemas de atención médica, la asequibilidad de seguros, la disponibilidad de vivienda, las políticas de desalojo, la inseguridad alimentaria, las oportunidades educativas, los códigos de urbanización, los servicios públicos, el desplazamiento interno a través de desastres naturales (...), el derecho al voto, el fanatismo religioso, las posibilidades de acceder a créditos, las regulaciones financieras, las restricciones a las libertades civiles y el racismo ambiental (Ross, 2018: 292).

Las regulaciones que dictan quién puede y debe tener hijxs y bajo qué condiciones son formas de ejercer el poder sobre todas las comunidades. Este ejercicio castiga de manera desproporcionada a las personas más vulnerables: las racializadas, las migrantes, las discapacitadas, las trans*, entre otras. Mientras que las políticas identitarias tienden a beneficiar intereses económicos y raciales de los grupos hegemónicos, el modelo de justicia reproductiva, y su particular manera de involucrarse con la promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos, permite “imaginar mejores futuros a través de formas radicales de resistencia y crítica” (Ross, 2018: 292).

5. Conclusión

En la primera y segunda sección de este trabajo describí los obstáculos legales, políticos y culturales que impiden a las personas trans* hacer ejercicio de sus derechos reproductivos. La conciencia social sobre estos problemas está en aumento y exige una solución a la altura del desafío. Para ello, en la tercera sección, presenté el enfoque de la justicia reproductiva, capaz de proporcionar puntos de acceso para pensar el género y la reproducción que no obliguen a las personas trans* a elegir entre su derecho a la identidad de género y sus derechos reproductivos.¹⁶

Bibliografía

- Bettcher, T. (2013). “Trans women and the meaning of ‘woman’”, en A. Soble, N. Power y R. Halwani (eds.). *Philosophy of Sex: Contemporary Readings* [Sixth Edition]. Lanham, ML: Rowan & Littlefield.
- Bevernage, B. (2015). “The past is evil/evil is past: on retrospective politics, philosophy of history and temporal Manichaeism”, en *History and Theory*, 54 (3), pp. 333-352.
- Bowman, J. (1996). “The road to eugenics”, en *The University of Chicago Law School Roundtable*, 3 (2), pp. 491-517

¹⁶ Agradezco a lxs integrantes del Grupo de Teoría del Conocimiento de la Sociedad Argentina de Análisis Filosófico por sus valiosas contribuciones a la hora de dar forma a este artículo.

- Cabral, M. (2009). *Construyéndonos. Cuaderno de lecturas sobre feminismos trans*. Mulabi: Espacio latinoamericano de sexualidades y derechos.
- Cabral, M. (2010). "Caballo de Troya (Transmasculinidades, derechos sexuales y derechos reproductivos)", en Martínez Alonso, Gleidys y Martínez Toledo, Yanet (coords.) *Emanipaciones feministas en el siglo XXI*. Ruth Casa Editorial y Editorial Ciencias Sociales: Panamá y La Habana.
- Cabral, M. (2011). "La paradoja transgénero", en Cáceres, C. F.; Mogollón, M. E.; Pérez-Luna, G.; y Olivos, F. (eds.). *Sexualidad, ciudadanía y derechos humanos en América Latina: un quinquenio de aportes regionales al debate y la reflexión*. Lima: Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano/ Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Cabral, M. (2011, 11 de marzo). "Hij*s del hombre", en *Página 12*, Suplemento SOY. Disponible en www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-1885-2011-03-14.html
- Crenshaw, K. (1989). "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine", en *Feminist Theory and Antiracist Politics* 1 (8), University of Chicago Legal Forum.
- Coleman, E., et al. (2012). "Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7", en *International Journal of Transgenderism* 13, pp. 165-232.
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1995) *Informe*. El Cairo, 5 a 13 de septiembre. Nueva York: ONU.
- Davis, A. (2005). "Racismo, control de la natalidad y derechos reproductivos", en *Mujeres, raza y clase*. Madrid: Akal.
- Feldman, J. (2016). "Preventative care of the transgender patient: An evidence-based approach", en Ettner, R.; Monstrey, S. y Coleman, E. (eds.). *Principles of transgender medicine and surgery*. New York: Routledge.
- Hartley, C. (2010). "'Letting ourselves go': making room for the fat body in feminist scholarship", en Brazier, J. E. y LeBesco, K. (eds.). *Bodies Out of Bounds: Fatness and Transgression*. Berkeley: University of California Press.
- Honkasalo, J. (2016). "When boys will not be boys: American eugenics and the formation of gender nonconformity as psychopathology", en *International Journal for Masculinity Studies*, 11(4), pp. 270-286.
- Hooks, B. (1981). *Ain't a Woman: Black Women and Feminism*. Boston: South End.
- Houston, A. (2017). "Reproductive Health Care Requires Reproductive Justice", en *Public Health Post*. Disponible en: <https://www.publichealthpost.org/research/reproductive-health-care-requires-reproductive-justice/>
- Jenkins, K. (2016). "Amelioration and Inclusion: Gender Identity and the Concept of Woman*", en *Ethics* 126 (2), pp. 394-421.
- Koyama, E. (2006). "Whose Feminism Is It Anyway? The Unspoken Racism of the Trans Inclusion Debate", en Stryker, Susan y Whittle, Stephen (eds.). *The Transgender Studies Reader*, pp. 698-705. New York: Taylor & Francis.
- Lowik, A. J. (2017). "Reproducing Eugenics, Reproducing while Trans: The State Sterilization of Trans People", en *Journal of GLBT Family Studies* 14 (5), pp. 425-445.
- Máscolo, T. (2018, 7 de agosto). "El aborto es un derecho para hombres trans y todo cuerpo gestante", en *La izquierda Diario*. Disponible en <https://www.laizquierdadiario.com/El-aborto-es-un-derecho-para-hombres-trans-y-todo-cuerpo-gestante>
- Meyerowitz, J. (2002). *How sex changed: a history of transsexuality*. Cambridge: Harvard University Press.

- Motmans, J.: De Boilley, I.; y Debunne, S. (2010). *Being transgender in Belgium: mapping the social and legal situation of transgender people*. Brussel: Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen.
- Nixon, L. (2013). "The Right to (Trans) Parent: A Reproductive Justice Approach to Reproductive Rights, Fertility, and Family-Building Issues Facing Transgender People", en *William & Mary Journal of Women and the Law* 20 (1), pp. 72-103.
- Pérez, M. (2017). "La cadena sexo-género-revolución", en *Revista Estudios Feministas*, Florianópolis, 25 (2), pp. 435-451.
- Pérez, M. (2018, noviembre). "Ética profesional en la academia: reflexiones filosóficas desde una perspectiva interseccional", en *VIII Conferencia CLACSO*, Ciudad de Buenos Aires.
- Pérez, M. y Radi, B. (2018). "Algunos casos de mala praxis retórica y crímenes de lesa argumentación en los debates contemporáneos sobre aborto", en *Relámpagos, ensayos crónicos en un instante de peligro*. Disponible en: <https://relampagos.net/2018/05/14/algunos-casos-de-mala-praxis-retorica-y-crimenes-de-lesa-argumentacion-en-los-debates-contemporaneos-sobre-aborto/>
- Radi, B. (2014). "Aborto y varones trans", ponencia en *Jornada "Varones y Aborto. Decisión de ellxs, conquista de todxs"*, Centro Cultural de la Cooperación, Buenos Aires. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=wXSz_BmTiq8&feature=youtu.be
- Radi, B. (2018, 29 de mayo). "Mitología política sobre aborto y hombres trans", en *Sexuality Policy Watch*. Disponible en: <https://sxpolitics.org/es/3945-2/3945>
- Radi, B. y Mansilla, M. (2018). "Aborto legal para tipos trans!". Publicación online en *Revista Anfibia* (Universidad Nacional de San Martín). Disponible en: <http://revistaanfibia.com/cronica/aborto-legal-para-tipos-trans/>
- Radi, B. y Pérez, M. (2018). "De cambios, géneros y paradigmas", en Barqui, N.; Genise, G. y Tolosa, D. (eds.). *Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Akadia.
- Radi, B. y Pecheny, M. (2018). *Travestis, mujeres transexuales y tribunales: hacer justicia en la Ciudad de Buenos Aires*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Editorial Jusbaire.
- Rich, A. (1979). *On Lies, Secrets and Silence: Selected Prose*. New York: Norton.
- Ross, L. (2018). "Reproductive justice as intersectional feminist activism", en *Souls* 19(3), pp. 286-314.
- Serrano, J. (2007). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Berkeley, CA: Seal Press.
- Spade, D. (2009). "Keynote address: Trans Law Reform Strategies, Co-Optation, and the Potential for Transformative Change", en *Women's Rights Law Reporter*, 30, pp. 288-314.
- Spade, D. (2015). *Una vida 'normal'. Violencia administrativa, políticas trans críticas y los límites del derecho*. Barcelona: Bellatera.
- Stone, S. (1991). "The empire strikes back: A posttranssexual manifesto", en Epstein, J. y Straub, K. (eds.). *Body Guards: The cultural politics of gender ambiguity*. Londres: Routledge.
- Strangio, C. (2016). "Can reproductive trans bodies exist?", en *The City University of New York Law Review*, 19 CUNY L. Rev. 223, pp. 223-245.
- Surkan, K. J. (2015). "That Fat Man is Giving Birth: Gender Identity, Reproduction and the Pregnant Body", en Burton, N. (ed.). *Natal Signs: Cultural Representations of Pregnancy, Birth and Parenting*. Bradford: Demeter Press.
- Toze, M. (2018). "The risky womb and the unthinkable of the pregnant man: Addressing trans masculine hysterectomy", en *Feminism & Psychology*, 28 (2), pp. 194-211.
- Valentine, D. (2007). *Imagining transgender: an ethnography of a category*. Durham: Duke University Press.

- Walks, M. (2015). "Masculine pregnancy: Butch lesbians, trans men's & genderqueer individuals' experiences", en Burton, N. (ed.). *Natal signs: Cultural representations of pregnancy, birth, and parenting*. Toronto, Canada: Demeter Press.
- Watson, L. (2016). "The woman question", en TSQ: Transgender Studies Quarterly * 3(1-2). Durham: Duke University Press.
- Wesp, L. (2017). "Ovarian and endometrial cancer considerations in transgender men", en Deutsch, M. B. (ed.). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people*. San Francisco, CA: Centre of Excellence for Transgender Health.
- Wittig, M. (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Egales.

Ronda 3.
Organización y prácticas
feministas en el campo
de la salud

Brujas de la Nueva Era. La salud de las mujeres en clave espiritual y feminista

KARINA FELITTI

Introducción

“En un departamento en el barrio de Boedo, nos reunimos 12 mujeres, la mayoría son menores de 30 años, estudiantes, solteras. Soy la única que fue madre y supera los 40. Al llegar cada una se ubica en el piso, la mayoría se sienta en posición de loto, conversa y espera el inicio formal de la reunión. Cuando llega ese momento, la dueña de casa, quien organiza y facilita este círculo, nos pide que cada una invoque a una ancestral, una mujer a la que reconozcamos importante en nuestras vidas, ya sea del linaje femenino familiar o de la historia de las mujeres. Como resultado se trama una red que va desde las abuelas y madres de cada una, hasta Eva Perón, Frida Kahlo, las Madres de Plaza de Mayo y elementos de la naturaleza que se asocian con lo femenino, como la Luna y la Pachamama. Luego hacemos ejercicios de estiramiento y volvemos a sentarnos. Seguidamente, cada una toma la palabra para contar qué la lleva allí y qué quiere compartir. Se repiten historias de dolores menstruales, de menarcas asociadas a frustración, vergüenza y desamor (propio). Una de las chicas cuenta que dejó de tomar las pastillas anticonceptivas y recibe felicitaciones del grupo: ‘Deje la pasta’. Comparte que para no embarazarse cuenta los días del ciclo, analiza el mucus cervical; dice que ahora sí percibe su cuerpo, que está aprendiendo a conocerlo y que también mira al cielo, a la luna para confirmarlo.” (Diario de campo, círculo de M., Ciudad de Buenos Aires, noviembre 2013)

147

Estas notas las tomé al finalizar el primer círculo de mujeres al que asistí, como derivación no planeada de mi investigación sobre Maggacup, la primera copa menstrual fabricada en la Argentina, luego de ser invitada por una de las revendedoras, llamadas entonces iniciadoras. Esta experiencia fue la puerta de entrada al tema de la espiritualidad femenina,

las manifestaciones locales de la cultura de la Nueva Era y las dinámicas recreadas por los círculos de mujeres cis de clase media urbana de la Ciudad de Buenos Aires. Estos recorridos, de lecturas y etnografías, configuraron una serie de preguntas de investigación sobre este mercado de bienes y servicios, las manifestaciones de la espiritualidad femenina en la industria cultural, la relación de sus practicantes con los feminismos y los significados que daban a las consignas de empoderamiento y liberación sexual.

Durante mis primeras participaciones observantes, como define Silvia Citro, en diversos círculos de mujeres en la Ciudad de Buenos Aires, al escuchar a varias jóvenes descartar los métodos anticonceptivos hormonales y proponer en cambio la abstinencia sexual durante los días fértiles –tal como propone el Vaticano– sentí desconcierto. ¿Por qué estas chicas no estaban exigiéndole al Estado más anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir como expresa el lema de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito? Entonces, fui dándome cuenta que una pregunta con esa carga moral no sería efectiva para una investigación científica y, en cambio, comencé a indagar cómo se piensa y vive el género en espacios en los que –al menos en apariencia– el útero y un ciclo menstrual conectado con la naturaleza es la llave para el empoderamiento.

Además de las etnografías, relevé y analicé los libros más citados en los círculos de mujeres y talleres, incluyendo un conjunto de textos dirigidos a niñas púberes sobre menarquía; sumado a blogs, sitios de internet y grupos de Facebook organizados por facilitadoras y participantes de estos espacios. También realicé entrevistas semi estructuradas a facilitadoras y sostuve conversaciones informales con muchas de las asistentes. Escuchar a varias mujeres hablar de partos orgásmicos y del placer sexual del amamantamiento; proponer el conocimiento de las fases del ciclo menstrual como un modo de regular la fecundidad; despedirse de sus “bebés” luego de un aborto involuntario o decidido con rituales como el entierro de los restos en un jardín o maceta; recrear una “carpa roja” en un departamento de la Ciudad de Buenos Aires y recolectar sangre menstrual para pintar; liberar la voz en gritos, respirar conectando con el útero, bailar abrazadas, aullar como lobas fueron experiencias

que interpelaron mis lecturas feministas previas, las herramientas de análisis en uso, mis preconceptos y algunos momentos biográficos de mi vida sexual y reproductiva, como mi menarca, embarazo y parto.

Las experiencias en estos espacios interpelaron mi vida cotidiana: comencé a utilizar la copa menstrual, a observar la Luna para ubicarme en mi ciclo, consulté a una especialista en medicina ayurvédica por problemas gástricos, incorporé ejercicios de respiración ovárica en mis clases de Pilates y canto, reflexioné sobre mis relaciones eróticas/sexuales de manera integral, prestando atención al desarrollo de los intercambios (de fluidos, energías y emociones). Lo sensible y su imbricación con lo religioso, con lo espiritual, colaboró con mi propio cuestionamiento a modelos dualistas e invitó a que me preguntase por los alcances de la secularización desde mi propio cuerpo y emociones. A su vez, mi formación académica “intervino” el campo cuando ante el requerimiento de las facilitadoras repuse información sobre la menstruación y el parto en perspectiva histórica, facilité lecturas y difundí sus actividades al incluirlas en mis artículos y conferencias, en un marco de interpretación que les reconocía puntos en común con paradigmas seculares de reivindicación de derechos humanos (de las mujeres y trans, las infancias, sexuales, reproductivos).

En la bibliografía de final de este texto, comparto algunas referencias de publicaciones propias y de colegas que detallan hallazgos de investigación y, a la vez, ofrecen una ruta de lectura para ampliar cada tema y detalles metodológicos y del corpus de análisis. Este combinó círculos de mujeres, talleres, bendiciones/sanaciones de útero, ferias y eventos holísticos, y etnografías en eventos, reuniones y movilizaciones feministas masivas como los Encuentros Nacionales de Mujeres y los Encuentros Regionales de Mujeres, Lesbianas, Travestis y Trans en la provincia de Buenos Aires, Ni Una Menos, 8M, y otras convocatorias feministas masivas en la Ciudad de Buenos Aires entre 2015 y 2019. En estas movilizaciones feministas, fui advirtiendo la incorporación de referencias de un orden espiritual en conexión con lo trascendente. En esta circulación de ideas, recursos y personas –varias de las facilitadoras de círculos de mujeres estaban también en las movilizaciones feministas–, la figura de la bruja emerge como punto de contacto clave. “Somos las nietas de las brujas que no pudieron quemar” es una frase que pone en

evidencia la importancia que se adjudica al linaje y la historia de las mujeres, y a estas brujas que son reivindicadas como sanadoras, curanderas y conspiradoras contra el capitalismo y el patriarcado.

En estas páginas, me interesa abordar la crítica que emerge al modelo médico hegemónico en algunos de los espacios de espiritualidad femenina que he analizado y las alternativas concretas, individuales y colectivas que proponen. Estas mujeres que celebran la menarca y sucesivas menstruaciones, dándole un sentido positivo y empoderante, controlan su fecundidad a partir de reconocer las etapas del ciclo ovulatorio, hacen rituales para sus embarazos y partos, duelan a sus no nacidos y procuran abortos con plantas, además de usarlas para remediar otras dolencias, están ligadas a aquellas brujas, pero también a las propuestas más contemporáneas del movimiento de la salud de las mujeres de la década de 1960. A su vez, la idea de reconocer el poder dentro de cada mujer para “sanarse” aparece en línea con discursos de emprendedorismo empresarial, la psicología positiva y también con un feminismo liberal que, entre otras cosas, reclama la propiedad individual del cuerpo. Asimismo, como veremos más adelante, esta mirada hacia adentro, para escuchar la propia voz, no se desconecta del entorno social ni del activismo: “Si sano yo, sanamos todas”. En un momento crítico de la atención pública de la salud, resulta necesario estudiar estas prácticas que, mientras reconocen las capacidades de cada mujer para gestionar diferentes procesos de su salud sexual y reproductiva, podrían usarse también para justificar la retirada del Estado. Aun así, esta posibilidad, como la tensión que plantean estos círculos con definiciones identitarias que se corren de la evidencia corporal, no debería obturar el análisis ni desechar sus potencialidades emancipatorias.

Antes de avanzar en la presentación de algunos hallazgos, daré cuenta de una serie de estudios que nos acercan a una definición de los círculos de mujeres que, como modelo de organización más extendido de la espiritualidad femenina contemporánea, explicitan los desafíos de su estudio y ubican sus propuestas de autoconocimiento y ginecología natural en una historia de sanadoras, brujas y curanderas.

La espiritualidad femenina en foco

Como han señalado en sus trabajos Alejandro Frigerio, María Julia Carozzi, César Ceriani y Nicolás Viotti, entre otros, los estudios cuantitativos y sus diseños de investigación centrados en un modelo cristiano de pensar la religión suelen invisibilizar las prácticas espirituales y sus adhesiones, y cuando estas aparecen se consideran como síntoma de la crisis de esas mismas instituciones eclesiales y un asunto privado, emocional e irracional. Asimismo, las lecturas de estas prácticas desde paradigmas normativos que quieren ver en ellas “resistencia” o “dominación” hacen que se conozca poco sobre sus modos de funcionamiento, los valores que se ponen en juego, las trayectorias de sus participantes y las formas de vivir la “transformación personal” desde los términos de las personas que circulan por tales ámbitos.

La historia de la salud y la enfermedad ha estudiado el rol de sanadores y curanderxs, considerando a la medicalización como un proceso inacabado, en competencia con otras ofertas de atención y cura (Di Liscia, 2002). En las zonas grises, curanderas, sanadoras pueden ser pensadas –como sostiene el historiador Diego Armus (2016)– como “híbridos” que practican sus “artes de curar” en el cruce de muchas tradiciones originadas por fuera de la biomedicina, pero en contacto más o menos intenso con ella. La complementariedad terapéutica y el pluralismo médico es un tema de interés creciente en las ciencias sociales locales, en diálogo con la antropología médica, la sociología de la salud y los estudios de religión (Saizar y Bordes, 2018), aunque no se enfocan en las especificidades del género y la sexualidad. La profesionalización que reclaman las terapeutas menstruales o las doulas, o cómo resulta la atención ginecológica en clínicas y hospitales para usuarixs de la copa menstrual, los pedidos de la placenta luego del parto o el asesoramiento para quienes demandan métodos naturales de regulación de la fecundidad son aún temas por estudiarse.

151

Para los estudios feministas, marcados por una idea positiva de la secularización a la que asocian con el reconocimiento de derechos de las mujeres, el cruce con lo religioso y lo espiritual ha resultado un tema conflictivo, sobre todo si se trata de comprender las dinámicas sociales que producen y no sólo de denunciar las interferencias de lo religioso y espiritual sobre los derechos sexuales y reproductivos. Salvo algunas

excepciones, pocos trabajos enfocan en las disidencias en el interior de las iglesias y en la adscripción a posiciones religiosas y/o espirituales que son compatibles con el feminismo, la diversidad sexual y sus militancias.

Asimismo, la reivindicación de la figura de la bruja se asocia menos a su obvia conexión con lo trascendente que a su rol como obstáculo al desarrollo del capitalismo y la consolidación de una sociedad patriarcal. Como ha demostrado la historiografía con perspectiva de género, las mujeres perseguidas en la Europa del siglo XVI y XVII eran generalmente solteras o viudas, es decir, no estaban subordinadas a la autoridad del marido, eran generalmente mayores que, por su edad, representaban una carga económica para la comunidad. Y si bien en el imaginario popular fue la Iglesia católica quien las quemó en la hoguera, las fuentes muestran que de los juicios se ocuparon más las cortes civiles que la Inquisición (Chollet, 2019). El trabajo de Judith Farberman es la referencia ineludible para conocer sobre las especificidades locales de su persecución, en procesos que poco tuvieron que ver con la Europa moderna.

En la siguiente sección, abordo uno de los hallazgos de mi investigación, haciendo foco en la promoción de la salud autogestiva en los círculos de mujeres y sus vinculaciones con el movimiento de la salud de las mujeres de la segunda ola.

Los círculos de mujeres: autoconocimiento y poder

Dos de las preguntas que registré repetidamente en los talleres de Mujeres y Religión de los Encuentros Nacionales de Mujeres fueron: “¿Es posible ser religiosa y feminista?” y “¿cómo podemos construir una espiritualidad feminista?”. Rosario Ramírez Morales (2019) enumera tres respuestas posibles ante la lógica patriarcal y el sexismo de las religiones: 1. El rechazo hacia las grandes religiones y el abandono de las prácticas y creencias religiosas por considerarlas racistas y sexistas; 2. repensar las religiones desde adentro, como hace la teología feminista, y 3. el giro hacia las espiritualidades alternativas y fuera de las iglesias impulsado por el surgimiento de matrices *new age*. Esta autora ubica precisamente aquí los círculos de mujeres, a los que define como

un modelo de organización femenina que retoma diversos elementos espirituales y culturales con el fin de promover la autogestión, el empoderamiento, el autoconocimiento y un contacto estratégico con lo sagrado que encuentra su expresión en el cuerpo y las experiencias de las mujeres; volviéndose así uno de los espacios privilegiados para el desarrollo y la gestión de la espiritualidad femenina” (Ramírez, 2019:153).

En estos espacios, los procesos corporales de menarquía, menstruación, embarazo, parto, amamantamiento, menopausia son momentos reconocidos positivamente en tanto experiencias que permiten afirmarse frente al discurso patriarcal y conectarse con lo sagrado. Un ejemplo es la creencia y valoración de la sincronidad menstrual, desestimada por la ciencia y reclamada por muchas mujeres. Breanne Fahs (2016) entiende que esta idea les permite sentir que tienen una relación única, especial, sagrada con la naturaleza, con la Luna; una relación que no pueden establecer los cuerpos masculinos y que esa particularidad las empodera. Como muestran otros estudios sobre espiritualidades femeninas, el eje está puesto precisamente en la relación entre género y poder (Fedele y Knibbe, 2013), en definiciones de empoderamiento que también apuntan a lo introspectivo en tanto se promociona el conocimiento y disfrute del propio cuerpo, a partir de la celebración de procesos sexuales y reproductivos. Se trata de una agenda que comparten con el movimiento feminista que reclama su “soberanía corporal” y entiende al cuerpo como un “territorio”.

Estas confluencias entre espiritualidad y feminismo, así como la reflexión sobre sus relaciones, no son nuevas si tenemos en cuenta a referentes como Mary Daly, Adrienne Rich y las feministas de color (Simonis, 2012). Como expresa bell hooks,

153

el feminismo ha sido y sigue siendo un movimiento de resistencia que reconoce el valor de la práctica espiritual. Antes de que la teoría y la práctica feministas me ayudaran a ser totalmente consciente de lo necesarias que eran la autoestima y la autoaceptación para la autorrealización, me movía por una senda espiritual que afirmaba esos mismos mensajes. A pesar del sexismo de las religiones dirigidas por hombres, las mujeres han encontrado en la práctica espiritual un lugar de consuelo y refugio (2017: 135).

En los espacios espirituales que comencé a recorrer, los círculos de mujeres me recordaban a los grupos de autoconciencia feminista de los años setenta: mujeres reunidas en casas, en ronda, que tomaban la palabra de manera voluntaria, sin interrupciones, con dinámicas de horizontalidad, y en sus relatos descubrían que aquello que creían personal era político. Como ya señalé antes, en los círculos, en los talleres y en los libros, fanzines y blogs de ginecología natural, la píldora anticonceptiva es criticada. Las feministas del movimiento de la salud de fines de los sesenta fueron pioneras al denunciar sus efectos colaterales y exigir mayor información, logrando el cambio de la forma de comercialización de las píldoras y sentando un precedente para otros productos farmacéuticos. El libro *Our Bodies, Ourselves* (*Nuestros cuerpos, nuestras vidas*), realizado por el Boston Women's Health Book Collective, traducido a diferentes idiomas y reeditado en numerosas ocasiones, fue un manual para el autoconocimiento corporal y el espéculo una herramienta (Davis, 2007). En los Estados Unidos, las feministas de California lideraron el movimiento de *Self Help* e hicieron diarios fotográficos de las variaciones del cérvix, diseñaron manuales de salud con contenido político, examinaron la menstruación con microscopio, construyeron un dispositivo para practicar abortos, formaron grupos de inseminación artificial, bajo el imperativo de apoderarse de los significados de la reproducción a partir de otra biopolítica y la creación de sus propios protocolos (Murphy, 2012).

154

En la Argentina, las críticas a la píldora anti-baby estuvieron más vinculadas a su papel en la geopolítica, en tanto herramienta de control poblacional, al servicio de una revolución sexual que operaba como distracción de la verdadera lucha revolucionaria, y menos en sus efectos secundarios, al menos para las organizaciones feministas. Fueron agrupaciones médicas, como el sector más conservador de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (Sogiba) que puso obstáculos a la comercialización de la píldora, más preocupados por los efectos demográficos y morales de su circulación que por la salud de las mujeres (Felitti, 2012).

Como ya expresé anteriormente, muchas de las jóvenes de los círculos que estudio han optado por regular su fertilidad con métodos naturales, ya sea con el calendario o por medio del análisis del flujo. Algunas lo hacen desde posiciones anarquistas –ir contra la industria farmacéutica–, pero la mayoría lo que quiere es cuidar su cuerpo y alinearlos con la naturaleza. Se da entonces la situación de que una misma práctica –el análisis

del flujo— pueda recomendarse en el marco de la educación sexual católica —en escuelas y, sobre todo, en los cursos de preparación al matrimonio— y también entre mujeres no afiliadas a una institución religiosa y que por sus ideas políticas y consumos denominaríamos como “progres”.

Cabe recordar que este método de regulación de la fecundidad natural fue desarrollado por el médico australiano John Billings y su esposa Evelyn Thomas a mediados del siglo XX, con el apoyo de la Iglesia católica, y procuraba una alternativa para las parejas católicas en tiempos de la encíclica *Humanae Vitae* (1968) que sólo aceptaba la abstinencia sexual como medio de planificación familiar. Este método a diferencia del ritmo no dependía de la regularidad de los ciclos ni necesitaba de detallados cálculos matemáticos, tampoco exigía una conducta constante como la requerida en la toma de la temperatura basal y, además, disminuía los tiempos de abstinencia. Estas ventajas no eliminaron otros problemas de los métodos “naturales”, si hay algo de “natural” en mirar el almanaque, tomarse la temperatura o analizar el flujo cervical antes de decidir tener una relación sexual. Aplicados solos o de forma combinada entre sí, todos requerían altos índices de motivación, tiempo y recursos dedicados a la instrucción y el aprendizaje. Además, implicaban un período de abstinencia que no todas las personas estaban dispuestas a cumplir.

De todos modos, el método Billings —al promover que las mujeres y sus parejas reconocieran la textura, la apariencia y los olores de sus fluidos— fomentaba un conocimiento del cuerpo femenino desde la experiencia y reconocía a las mujeres la capacidad de agenciarlo. En ese sentido, fue el único método de la era de la revolución anticonceptiva que sacó de la órbita exclusivamente médica el tema. De alguna manera, se volvía a un saber ancestral que la “modernidad” había colocado en un blíster con calendario (Felitti, 2012).

155

En estos espacios espirituales, también se invita a sacar a la menstruación del clóset y a abandonar tampones y toallas industriales para favorecer una menstruación consciente, con paños de tela, copas menstruales, esponjas marinas o directamente nada, apoyando el sangrado libre. Varios estudios han puesto el acento en la forma en que la menstruación es usada para la esencialización reproductiva de las mujeres cis, invisibilizando a mujeres trans (y cis también) que no menstrúan y a personas que sí lo hacen y que no se identifican como mujeres. También se ha señalado

la medicalización de la menstruación y la manipulación que ejerce la industria del “cuidado femenino” cuando hace creer a las mujeres que sus productos las “liberan” de las incomodidades del sangrado, cuando en realidad las somete a los dictados del disimulo, tal como plantea Shara Vostral (2008) y retomó para la Argentina Eugenia Tarzibachi (2017).

En los espacios espirituales dedicados específicamente a la menstruación y la menarquía, el autoconocimiento es una dimensión clave. Como afirma Erika Irusta en su blog, las bragas pueden ser fuente de sabiduría, hay que mirar, oler y así prevenir cualquier infección o anomalía. Pero hay algo que trasciende lo material. En este circuito, las cuatro fases que la medicina estableció para el ciclo menstrual son asociadas a las cuatro fases de la luna: la menstrual está representada por la luna nueva; la preovulatoria por la creciente; la ovulatoria por la luna llena; y la premenstrual por la menguante. Paralelamente, las variaciones hormonales son interpretadas en términos de energía. También los cuentos infantiles sobre la menstruación en clave espiritual y los círculos de menarquía para niñas y sus madres consideran clave el acceso al conocimiento, a partir de lecturas informativas y especialmente desde la propia observación, para fortalecer la confianza, la seguridad y la autoestima. Y si bien esto podría confirmar asociaciones tradicionales sobre el pasaje de niña a mujer y el rol de las madres como educadoras, algunas propuestas están siendo revisadas desde enfoques no esencialistas, que entienden la menstruación como un proceso de cuerpos no binarios e identidades de género fluidas, móviles, trans, y una fiesta que invita a toda la familia y personas afectivamente próximas. Según relatan algunas facilitadoras entrevistadas, la difusión de información y la visibilidad del activismo feminista y trans –a partir de la ampliación de derechos como la Ley de Matrimonio igualitario (2010) y la de Identidad de Género (2012)–, las convocatorias de Ni Una Menos, especialmente en 2018 con la “marea verde”, les permitió conocer otras experiencias y repensar sus prácticas.

Algunas notas finales

Así como encontramos legados feministas en las dinámicas de los círculos de mujeres, es cada vez más evidente la presencia de elementos espirituales en las movilizaciones feministas, situación que cuestiona la

diferenciación de estos espacios más allá de fines operativos ya que lo que predomina es la circulación. En el revival de la espiritualidad femenina, hoy tramada fuertemente a partir de las redes sociales, se confirma que lo personal es político y se plantea que lo espiritual también puede llegar a serlo. Esta combinación está muy presente en los Encuentros Nacionales de Mujeres, en algunos talleres y sobre todo en las calles: libros y fanzines sobre brujas y sanadoras, ginecología natural, remeras, calcos, agendas y cuadernos que retoman estos tópicos, celebraciones rituales y actos performáticos que conectan demandas políticas con “intenciones” ancladas en el plano espiritual y la celebración de la figura de la bruja como arquetipo de poder femenino. Aunque diferencien sus fuentes de legitimidad –una teórica renombrada como Silvia Federici o la sabiduría que pulsa el útero– y modos de realización, el proceso de autonomización y construcción subjetiva a partir de la materialidad del cuerpo reúne a las feministas seculares y a las espirituales feministas.

La figura de la bruja se presenta como un puente que conecta diferentes perspectivas y momentos históricos. Ya en los años sesenta, se crearon organizaciones y revistas que aluden a su nombre: en 1968 en EE.UU. surge Women's International Terrorist Conspiracy from Hell (Conspiración Terrorista Internacional de las Mujeres del Infierno, WITCH es su sigla en inglés); en París entre 1976 y 1981 se publica la revista *Sorcières (Brujas)*; y en 1979 Starhawk (alias de Miriam Simos) publica *The Spiral Dance*. En la Argentina, en 1983, en el mismo año de recuperación de la democracia política y revitalización del movimiento feminista, comenzó a publicarse la revista *Brujas* de la Asociación de Trabajo y Estudio sobre la Mujer 25 de noviembre (ATEM). Como explica Paula Torricella (2013), la bruja es protagonista de innumerables artículos, en los que se articula la rebelión social, el poder y el género/sexualidad, y una reflexión sobre las dictaduras y las democracias.

157

Las brujas modernas son protagonistas de series juveniles, están dibujadas en remeras que se venden en las ferias de eventos feministas y las hay muy activas en redes sociales, vendiendo productos de medicina natural, amuletos y conjuros. En el cruce de la reivindicación de creencias de matriz *new age*, el auge del emprendedorismo, versiones de feminismo pop mercantilizado y consignas de empoderamiento a partir de la autogestión, la salud sexual y reproductiva de las mujeres cis se ha vuelto un campo de exploración e intervención que cuestiona modelos

tradicionales y construye otros sobre los que es necesario seguir investigando. Se abren diferentes lecturas que requieren preguntas de investigación puntuales que no partan de prejuicios o lecturas moralizantes, sino de una voluntad de saber qué mueve a estas mujeres a participar de los círculos, qué afectos generan sus dinámicas, cómo se relacionan con premisas y prácticas feministas y cuánto de espiritual tiene el feminismo contemporáneo.

Bibliografía

- Adelitas y Mansa Ballena (2016). *Cuaderno de cuidados pre, durante y post aborto (con pastillas)*. Chile y Argentina: Edición autogestionada.
- Armus, Diego (2016), "Medicina casera, remedios y curanderos en los inicios de la medicalización de la ciudad moderna. Buenos Aires, 1870-1940", *Tempos Históricos*, ISSN 1517-4689, Vol. 20, No. 1, pp.47-80.
- Bordes, Mariana y Saizar, Mercedes (2018). "De esto mejor ni hablar': omisiones y reformulaciones de lo sagrado por parte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios", *Sociedad y religión*, 28(50): 161-182.
- Bubello, Juan Pablo (2010), *Historia del esoterismo en Argentina. Prácticas, representaciones y persecuciones de curanderos, espiritistas, astrólogos y otros esoteristas*, Buenos Aires: Biblos.
- Carozzi, María Julia (2000). *Nueva Era y Terapias Alternativas. Construyendo significados en el discurso y la interacción*. Buenos Aires: Educa.
- Carozzi, María Julia y Ceriani Cernadas, César (2007). *Ciencias sociales y religión en América Latina. Perspectivas en debate*. Buenos Aires: Biblos.
- Chollet, Mona (2019). *Brujas. La potencia indómita de las mujeres*. Buenos Aires: Hekht.
- Crowley, Karlyn (2011). *Feminism's New Age. Gender, Appropriation, and the Afterlife of Essentialism*. Albany: Suny Press.
- Davis, Kathy (2007). *The Making of Our Bodies Ourselves. How Feminism Travels across Borders*. Durham: Duke University Press.
- De Aboitiz, Victoria (2014). *Las lunas*. Las Chacras: Edición de la autora.
- Del Río, Violeta (2015). *Mi primer libro rojo*. Buenos Aires: Edición de la autora.
- Di Liscia, María Silvia (2002). *Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750-1910)*. Madrid: CSIC.
- Fahs, Breanne (2016). *Out for Blood: Essays on Menstruation and Resistance*. Albany N. Y.: State University New York Press.
- Farberman, Judith (2005). *Las salamancas de Lorenza: magia, hechicería y curanderismo en el Tucumán colonial*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fedele, Anna y Knibbe, Kim (2013). "Gender and Power in Contemporary Spirituality", en *Gender and Power in Contemporary Spirituality: Ethnographic Approaches*. London and New York: Routledge.
- Felitti, Karina (2012). *La revolución de la píldora. Sexualidad y política en la Argentina de los sesenta*. Buenos Aires: Edhasa.

- Felitti, Karina (2016). "El ciclo menstrual en el siglo XXI. Entre el mercado, la ecología y el poder femenino", en *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 22: 175-206.
- Felitti, Karina (2017). "La copa menstrual argentina: ecología, salud, espiritualidad y empresa", en *RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 9(10): 37-50.
- Felitti, Karina (2018). "La interrupción del embarazo en la espiritualidad estilo Nueva Era", ponencia presentada en el XXI Encuentro de la Red de Investigadores del Fenómeno Religioso en México, Oaxaca, México.
- Felitti, Karina y Abdalá, Leila (2018). "El parto humanizado en la Argentina: activismos, espiritualidades y derechos", en Hanna Laako y Georgina Sánchez Ramírez (eds.) *Partería en América Latina. Diferentes territorios, las mismas batallas*. San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México (ECOSUR), pp. 95-121.
- Felitti, Karina e Irrazábal, Gabriela. (2018). "Los no nacidos y las mujeres que los gestaban: significaciones, prácticas políticas y rituales en Buenos Aires", *Revista de Estudios Sociales*, (64), pp. 125-137.
- Felitti, Karina y Rohatsch, Magdalena (2018). "Pedagogías de la menarquía: espiritualidad, género y poder", en *Sociedad y Religión: Sociología, Antropología e Historia de la Religión en el Cono Sur*, XXVIII, 50, pp. 135-160.
- Frigerio, Alejandro (2018). "¿Por qué no podemos ver la diversidad religiosa?: Cuestionando el paradigma católico-céntrico en el estudio de la religión en Latinoamérica", en *Cultura y Representaciones Sociales*, 12 (24), pp. 51-95.
- Gago, Verónica (2018). "La espiritualidad como fuerza de sublevación", *Emergentes*. Disponible en <https://emergentes.com.ar/la-espiritualidad-como-fuerza-de-sublevacion-C3%B3n-46c73de9c6b5>
- Giménez Béliveau, Verónica (2018). "Más allá de la terapia y la religión: una aproximación relacional a la construcción espiritual del bienestar", *Salud colectiva*, 14 (2): 241-256.
- Giménez Béliveau, Verónica (2017). "Por una perspectiva relacional de los afectos en los estudios sobre religión", en Abramowski, Ana y Canevaro, Santiago (comps.). *Pensar los afectos. Aproximaciones desde las ciencias sociales y las humanidades*. Los Polvorines: Ediciones UNGS, pp. 287-305.
- Gray, Miranda (2013). *Luna roja. Emplea los dones creativos, sexuales y espirituales del ciclo*. Buenos Aires: Gaia/Grupal
- hooks, bell (2017) [2000]. *El feminismo es para todo el mundo*. Madrid: Traficante de sueños.
- Mallagray, Florencia (2018). *Amuletos de tierra y luna: Un cuento sobre la naturaleza cíclica*. San Salvador de Jujuy: Edición de la autora.
- Murphy, Michelle (2012). *Seizing the Means of Reproduction: Entanglements of Feminism, Health, and Technoscience*. Durham: Duke University Press.
- Ramírez Morales, María del Rosario (2016). "Del tabú a la sacralidad: la menstruación en la era del sagrado femenino", en *Ciencias Sociales y Religión/ Ciências Sociais e Religião*, 18 (24): 134-152.
- Ramírez Morales, María del Rosario (2019). "Espiritualidades femeninas: el caso de los círculos de mujeres". *Encartes Antropológicos*, 3: 144-162. Disponible en <https://encartes-antropologicos.mx/espiritualidades-circulos-de-mujeres>
- Ramírez Vásquez, Carolina (2016). *El vestido de Blancanieves se ha teñido de rojo*. Colección Princesas Menstruales. Medellín: edición de la autora.
- Rodríguez Bustos, Casilda (2010). *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Buenos Aires: Madreselva.
- Romero, Cristina y Marín, Francis (2014). *El libro rojo de las niñas*. Tenerife: OB STARE.
- San Martin, Pabla (2015). *Manual introductorio a la Ginecología Natural*. Santiago de Chile: Ginecosofía Ediciones.

- Serrano, May; Serrano, Julia y Serrano Marta (coord.). (2015). *Mamá me vino....* Buenos Aires: Madreselva.
- Semán, Pablo y Viotti Nicolás (2015). "El paraíso está dentro de nosotros", *Nueva Sociedad*, 260: 81-94.
- Simonis, Angie (2012). "La Diosa feminista. El movimiento de espiritualidad de las mujeres durante la Segunda Ola". *Feminismo/s*, 20: 25-42
- Tarzibachi, Eugenia (2017). *Cosas de mujeres. Menstruación, género y poder*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Torricella, Paula (2013). "La revista Brujas, militancia feminista en democracia" *Entrehojas*, 3 (1), pp. 1-7.
- Viotti, Nicolás (2018). "La espiritualidad en América Latina", en Esquivel, Juan Cruz y Giménez Béliveau, Verónica (coord.). *Religiones en cuestión: campos, fronteras y perspectivas*, Buenos Aires: CICCUS, pp. 233-236.
- Vostral, Sharra (2008). *Under Wraps: A History of Menstrual Hygiene Technology*. Lanham, MD: Lexington Books.
- Watkins, Elizabeth Siegel (1998). *On the Pill: A Social History of Oral Contraceptives, 1950-1970*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Cannabis para la salud: Mamá Cultiva Argentina

VALERIA SALECH (MAMÁ CULTIVA ARGENTINA)

Introducción

El 28 de marzo de 2017 se aprobó por unanimidad en ambas cámaras del Congreso de la Nación Argentina la Ley 27.350 de Investigación Médica y Científica del Uso Medicinal de la planta de Cannabis y sus Derivados. Durante un año, junto con otras madres, habíamos transitado y militado en los pasillos del Congreso, medios de comunicación, eventos públicos, marchas, en las calles y las redes. La posibilidad de ampliar derechos nos había quitado el sueño y la vida personal. Fueron días, meses, de emociones fuertes: en muy poco tiempo las madres de Mamá Cultiva éramos la cara visible del cannabis para la salud. Estos tratamientos –que ya llevaban varios años de existencia en el mundo y en nuestras propias vidas– surgían como algo novedoso y esperanzador para la sociedad argentina, y el tema despertó polémicas discusiones en torno a lo que denominamos “drogas” y sobre los criterios que hacen a su legalidad e ilegalidad.

A través de nuestra lucha, hicimos visibles a muchas minorías relegadas y, entre otras discusiones, nos animamos a pensar aquello que denominamos muy cabalmente “salud”. Se habilitaba así un espacio en la subjetividad social para revisar y concientizar determinados conceptos y valores arraigados en nuestro inconsciente colectivo que ya era necesario debatir. Nosotras, las mujeres que nos habíamos nucleado en Mamá Cultiva Argentina (MCA), nunca imaginamos las repercusiones que nuestras historias individuales tendrían en la trama colectiva de la sociedad.

Nos habíamos conocido el 21 de marzo de 2016 en la entrada del Congreso con motivo de la presentación de un proyecto de ley de la diputada Diana Conti para despenalizar la marihuana con uso medicinal. Hasta

aquel momento, nuestros caminos habían transcurrido por separado, pero ese día nos dimos cuenta de que nuestra lucha solitaria era una lucha colectiva.

Todas habíamos llegado al cannabis recientemente, tras haber padecido la marginación a la que nos sometía el sistema médico: el desaliento de ver que cada medicación alopática que detenía las convulsiones convertía a nuestros hijos en zombis, impidiéndoles desarrollarse y crecer dentro de sus condiciones, que nos impedía conocer a los niños que podían ser.

Para detener las convulsiones de nuestros hijos, las medicaciones que les suministrábamos tenían efectos adversos muy dañinos para ellos y dolorosos para nosotras: anulaban su capacidad de vincularse con el entorno. Pocos profesionales se toman el tiempo de explicarlo en las consultas (aunque los largos prospectos de las medicaciones lo explican en letra chica), pero el costo de la normalización de muchas personas con condiciones crónicas –por ejemplo, epilepsia refractaria– suele ser la pérdida de la identidad de quien consume innumerables drogas recetadas para no convulsivar. Puestos a elegir, los tratamientos optan por calmar las convulsiones y degradar algún órgano o la capacidad de vinculación. Resolver el problema desde el ojo biológico tiene algo de mecanicista, producto de un sistema que nos enumera y nos etiqueta para brindarnos una solución genérica. Somos todos diagnósticos, pero los más vulnerables a este sistema sanitario son aquellos que tienen una condición de discapacidad.

162 Es necesario abrir nuestras mentes hacia la inclusión, hacia lo heterogéneo y lo horizontal. Ser tratados con nuestros ánimos, deseos, pensamientos e historias particulares en vínculo con lo orgánico es parte del derecho que tenemos a vivir de manera digna y plena. Les profesionales de la salud que llevaban los tratamientos de nuestros hijos les veían por partes, porque así está organizada la ciencia médica. Desde MCA, interpelamos la fragmentación de los cuerpos que ejecuta el sistema de salud para abordarnos, esta mirada biologicista y mercantil que no contempla a las personas como seres sociales, integrales, con agencia, deseo, historia, sexualidad, identidad.

Nosotras habíamos rechazado el sistema hegemónico sanitario al experimentar los beneficios del cannabis para la salud. Habíamos recuperado a las personas debajo de los síntomas y tuvimos la certeza de

que la calidad de vida y una condición crónica no tenían por qué ser cuestiones mutuamente excluyentes. La planta de cannabis nos demostró que existen otras maneras de concebir la salud, maneras que no eran nuevas, pero que se encontraban enterradas bajo el paradigma positivista y patriarcal que nos sometía a nosotras como cuidadoras y a nuestros hijos a la tristeza y la soledad. Fruto de la normalización de nuestras subjetividades, habíamos dejado de ver la belleza en la diversidad y la autogestión en la salud.

La planta de cannabis nos permitió el encuentro con nosotras mismas. Descubrimos una fuerza que sólo puede definirse como feminista: la convicción de que nuestros pasos continuaban luchas que otras mujeres habían emprendido para cambiarlo todo. Nos entramos con el legado de las mujeres que lucharon por la igualdad y el reconocimiento de nuestros derechos, con la amorosa e ineludible resistencia de Abuelas y Madres y con las disidencias que nos permitieron pensar que hay lugar para lo diverso en este mundo de lo homogéneo como norma y legitimación.

El autocultivo es nuestra herramienta de emancipación para sentar las bases de un futuro inclusivo y autogestionado. Vamos contra los sistemas que buscan silenciarnos para dejarnos encerradas en el ámbito de lo privado y le ponemos palabras a nuestras maternidades empoderadas. Asumimos, así, la responsabilidad de ocupar ese espacio que entendimos que sólo podía ser público y de disputa amorosa para modificar y desnaturalizar aquello que nos había condenado a la exclusión. Por todo esto, al día siguiente de la aprobación de la Ley 27.350, entendimos que nuestra tarea no se había terminado, recién empezaba.

Los inicios

Mamá Cultiva Argentina nació de la necesidad de crear un sujeto jurídico que representara los intereses de un grupo de personas –madres sobre todo, pero también médicas, psicólogos, pacientes, profesionales de diversas áreas– y generar un marco legal para el cultivo y uso de cannabis para la salud. En el camino hacia este objetivo, pudimos visibilizar

la problemática de cientos de familias y pacientes que conviven a diario con un sistema de salud que no tiene el nivel de humanidad y empatía que nosotras y nuestros hijos requeríamos.

Al tener que explicar una y otra vez por qué necesitábamos una regulación para la planta de cannabis, le pusimos palabras a lo que hasta entonces sabíamos de manera difusa: logramos caracterizar nuestra relación con el modelo médico hegemónico. Lo enunciamos distante, deshumanizado, burocrático, jerárquico, mercantilista, biologicista, moralista y patriarcal. Habíamos visto las puertas cerrarse enfrente nuestro luego de pedir a los médicos probar la terapia de cannabis con nuestros hijos. Hasta ese entonces, teníamos naturalizado el maltrato de ser números o patologías sin nombre. Pero al encontrarnos y nombrar ese rechazo que todas habíamos experimentado, entendimos que el sistema era el problema. Sólo entonces fuimos conscientes de que no peleábamos sólo por la regulación de una sustancia, sino que estábamos interpelando a ese sistema del que ya no queríamos ser presas.

La coyuntura política sólo nos permitió alcanzar una Ley de Investigación Científica y Médica, que fue la propuesta que se impuso de parte del oficialismo (contra una ley que contemplaba, entre otras cuestiones, el autocultivo). Nosotras necesitábamos que se regulara el uso y el cultivo, por lo que cuando supimos que llegaría “ese” proyecto a la Cámara Baja debimos tomar una decisión: seguir adelante aun sabiendo que era una ley deficiente e insuficiente, o retroceder a cero e insistir con la regulación.

164 Llevó unos días e intensos debates. Finalmente entendimos que la mejor decisión en ese momento era seguir adelante incluso con esta ley deficiente, porque pese a que no era el objetivo principal, era un primer paso. Hasta ese momento, la ley nos perseguía y criminalizaba, dado que el consumo y la tenencia de cannabis se encontraban tipificados en la Ley de Estupefacientes 23.737 con cuatro a quince años de prisión. En ese contexto, cualquier ley era mejor que una que nos tratase de narcotraficantes. Además, quienes se inscribieran en el programa de investigación recibirían aceite gratis por parte del Estado, y aun siendo pocas personas (entre las que sabíamos que nuestros hijos y miles de ciudadanos no estarían incluídos), valía la pena.

La ley que se sancionó: insuficiente e incumplida

La Ley 27.350, promulgada en abril de 2017, contempla la importación de aceite de cannabis, así como el cultivo por parte del INTA y la fabricación en los laboratorios públicos de aceite de cannabis. Además, la investigación por medio del Conicet de las propiedades de la planta y la creación de un registro al que podrán inscribirse los usuarios medicinales de cannabis están contempladas dentro del presupuesto de salud.

Según figura en el artículo 8 de la ley, debería implementarse un registro nacional voluntario, que debería funcionar bajo la órbita del eliminado Ministerio de Salud de la Nación (degradado a Secretaría y fusionado con Desarrollo Social). De acuerdo con este registro, quienes presenten las patologías incluidas en la reglamentación y/o prescritas por médicos de hospitales públicos pueden iniciar una terapia con cannabis inscribiéndose a un registro nacional voluntario que figura en su artículo 8, y estarían autorizadas a utilizar aceite de cáñamo y otros derivados de la planta de cannabis con el resguardo de protección de confidencialidad de datos personales.

Casi dos años después de la sanción, la ley se encuentra frenada en todos sus artículos. El presupuesto 2019 contempla para su ejecución \$ 360.000, menos de mil pesos por día para investigación y desarrollo, además de dar respuesta limitada sólo a la condición de epilepsia refractaria.

A fines de octubre de 2018, el Hospital Garrahan anunció con bombos y platillos el inicio de un estudio, pero que es sólo pediátrico: tiene como población receptora en su primera fase a cien niños y adolescentes hasta 16 años (50 en CABA y 50 en el resto del país) con epilepsia refractaria, quienes recibirán *una cepa* de aceite importado rico en CBD durante un período de dos años, acorde a un protocolo estricto que desconoce la diversidad en la que las terapias con la planta se desarrollan y resultan exitosas. Sólo nuestra ONG recibe casi 2.500 consultas por mes de personas de todas las edades y géneros, personas con condiciones que el cannabis ayuda a sobrellevar como ninguna droga alopática puede hacerlo.

La evidencia disponible indica que el aceite importado, producido por laboratorios que, en complicidad con el sistema médico hegemónico, buscan apropiarse de los sentidos y discursos acerca del cannabis para la salud, sólo demostró efectividad en el 20% de los casos. Nuestra

experiencia de vida e integración con la planta en nuestros tratamientos es muy diferente. Lo saben Yamila, Carola, Claudia, integrantes de Mamá Cultiva Argentina, quienes vieron a sus hijos despertar de la prisión a la que una medicina rígida y fragmentaria les sometió. Lo sabe Adriana Funaro, usuaria terapéutica que atravesó el infierno de la batalla judicial por la denuncia de un vecino y fue sobreseída tras casi dos años de causa, sólo por buscar una mejor calidad de vida. Lo sabe cualquiera que haya emprendido el camino del autocultivo, con los riesgos que implica en nuestro país, pero con la convicción de que nada es más importante que el propio bienestar: la planta de cannabis no puede sintetizarse, no puede sistematizarse, interactúa con nuestra integralidad para brindarnos salud física y mental. La planta escapa a las lógicas de la hegemonía, se esconde en los huecos de un sistema que nos deshumaniza para deconstruirlo: la planta es feminista.

Cannabis: una interpelación al sistema médico-sanitario hegemónico

La desobediencia de un químico de origen búlgaro en los años sesenta, radicado en Israel, es la sonrisa de un usuario de cannabis hoy en Buenos Aires. Hace más de cincuenta años, Raphael Mechoulam decidió emprender la investigación sobre el potencial terapéutico del cannabis aislando, por primera vez para su estudio, las moléculas de CBD y THC contra toda prohibición de instituciones y organismos internacionales.

166 Veinte años después, el equipo de Mechoulam comprobó que el THC interactúa con un sistema que resultó ser el más grande del cuerpo humano: lo bautizaron sistema endocannabinóide (SEC). El SEC funciona en base a la producción de endocannabinoides producidos por el cerebro mamífero. El estudio determinó la interacción de los fitocannabinoides producidos por la planta de cáñamo con los mismos receptores que utilizamos para los cannabinoides que nuestros cuerpos producen naturalmente.

El sistema endocannabinóide equilibra los sistemas del cuerpo que regulan las funciones biológicas, este proceso se conoce como homeostasis. El control del dolor, el estímulo del apetito, la protección celular y el control motor son algunas de las bondades terapéuticas de los cannabinoides, por lo tanto, hoy se le reconoce potencial para terapias paliativas

en cáncer, VIH-SIDA, Alzheimer, entre otras, y para el tratamiento de condiciones de salud como el autismo, epilepsia refractaria, Parkinson, síndrome de West, síndrome de Tourette, etc.

Basadas en nuestras experiencias, comprobamos que la planta de cannabis regula los procesos homeostáticos que tienen que ver con el bienestar total de las personas. Este hecho nos hizo comprender que la salud es un proceso constante de búsqueda del bienestar: estamos en constante interrelación con el medio interno (emociones, sentimientos, trayectorias de vida, pensamientos, ciclos biológicos, patologías) y el externo (ambiental, social, histórico, familiar, etc.) para lograr el equilibrio vital. Hicimos carne una concepción de la salud que no es fragmentada, sino integral.

La planta mejoró la calidad de vida de nuestros hijos viviendo con condiciones diversas al mismo tiempo que nos empoderó como madres/padres. Nos devolvió la armonía para relacionarnos a partir de la aceptación y la amorosidad sin querer encajar en diagnósticos ni seguir pronósticos y recetas estandarizadas. La planta dio lugar al disfrute de la diversidad, porque nos dio calidad de vida, ahora nos sentimos saludables. Porque nos liberó, es que nosotras la liberamos de los mandatos de la medicina tradicional. Así como el SEC es el regulador homeostático de distintos procesos biológicos, consideramos que la salud es mucho más abarcativa que la medicina y tiene que ver con procesos particulares que hacen al equilibrio total del ser.

El ingreso de la planta de cannabis a la familia implica toda una revolución personal y del sistema. Quienes inician el camino del autocultivo comienzan por “elegir” el lugar (interior/exterior/mixto), se suscitan conversaciones entre los integrantes de la familia: para qué es, para quién, con quién compartimos esta decisión, quién toma qué rol en el cuidado de la planta (activo, pasivo, indiferencia, etc.). Hay encuentro, conversación, reflexión: la trama familiar, marcada y anquilosada durante años por una patología o un diagnóstico estigmatizante, comienza a tener un movimiento nuevo. Revolución. A través de esa vida que nos interpela, aparecen la empatía y la escucha transformadoras, esas herramientas amorosas y profundamente feministas sin las cuales ningún cambio es posible.

El recorrido es de esfuerzo y frustración: las semillas se pudren, no prenden. Si prenden, comienza el crecimiento y aparecen plantas machos. Las plantas se mueren. Las flores guardadas para secar se humedecen y hay que tirarlas. Roban en un domicilio los frascos de flores de una familia que está a punto de hacer el aceite para su hijo de seis años. Tantos obstáculos, tantas dificultades. Porque a las plantas les pasa la vida como a nosotros.

Pero esto de continuar entendiendo al cannabis como una “planta para la salud” implicaba toda una serie de conceptos, actores y dinámicas que estábamos discutiendo desde nuestras prácticas. Porque reducir el cannabis al concepto de “medicina” era seguir sometidas al sistema que interpelábamos, esto es, a la medicina occidental, al constructo material y simbólico que modela y regula nuestras formas de relacionarnos con la vida. Experimentamos que el saber es poder y que, como tal, se ejerce sobre nuestros cuerpos y mentes configurando un estado de cosas que denominamos “medicina” y comprendimos que este paradigma positivista-biológico-binario-patriarcal sesgó la concepción de la salud reduciéndola a lo institucional para ejercer el control social.

La planta que incomoda

La planta nos deconstruyó, por eso hoy se nos hace imposible pensar la salud sin atravesarla con la cuestión de género. Su capacidad de cambiarnos la perspectiva despertó nuestra militancia como mujeres cuidadoras, que quedó entramada con la explosión del movimiento feminista a partir del Ni Una Menos. Las mujeres estábamos en las calles, mirándonos y reconociéndonos; tejiendo redes para combatir las históricas opresiones. En ese contexto, entendimos que nuestras cuerpos son territorios políticos a ser liberados y que para ello hace falta reconstruirlos a través de un conocimiento crítico hacia lo que existe. Necesitábamos interpelar muchas de las formas y prácticas a partir de las cuales nos relacionábamos con nuestra salud para construir principios propios. Así es que nos unimos y dimos la batalla en el Congreso, porque consideramos que la circulación de información, la discusión y la construcción colectiva son claves y, para nosotros, como ONG, es el mayor desafío.

En Mamá Cultiva Argentina entendemos la salud como un proceso integral, porque somos seres integrales, no partidos ni segmentados. El mandato del “o” (estoy triste o alegre) duele, divide, nos aleja de nuestra sabiduría organísmica (“El organismo tiene una tendencia básica y un impulso a actualizar, mantener y desarrollar el organismo experiencian-te”, dice Carl Rogers [2017] en la proposición cuarta de su teoría de la personalidad). La ciencia del “o”, la que cuando nuestro hígado, riñón, pulmones, etc., tienen un problema, deja fuera todas esas otras partes de nosotros, angustia, desampara de una misma. Porque desde allí acudo a un “especialista” que sabe de “mi” parte y desde allí estoy anestesiada, sintiéndome carente, sintiendo permanentemente mi falta, mi no saber. En esta instancia, es donde cedo mi “hacerme cargo”, delego mi elección, porque yo no sé y hay otro que sí sabe (de mí más que yo). En delegar el saber, no me tengo en cuenta, no escucho eso que dudaba en mí, que necesitaba averiguar más, esperar, pausar. Somos seres en interacción (ínter e intra). Necesitamos acompañamiento de un sistema de salud que cuide desde ese entramado. Que nos cuide como nosotras cuidamos. Porque este proceso transformador también trajo a la luz la necesidad de politizar el cuidado de les otros.

Lo que elude la historia oficial de la epistemología científica es que el saber desarrollado por la medicina ha sido construido durante siglos y hasta nuestros días a partir de la mirada ética y moral de varones cis-heterosexuales de estratos sociales medio-altos en países del hemisferio norte de Occidente. Para llevar a cabo esta tarea, la exclusión de las mujeres del ámbito de lo público y su reclusión en el ámbito de lo privado, en concordancia con la feminización de las tareas de cuidado (pobremente remuneradas, fue indispensable, tanto en lo concreto (jurídico-político-económico) como en la elaboración de una narrativa acorde que fuese emitida por una voz única y legitimada.

El sistema patriarcal codificó las diferencias anatómicas sexuales en términos de relaciones de poder. De esta manera, se asignaron espacios y competencias diferenciales a ambos sexos: a las mujeres se nos delegó a los cuidados, tanto en nuestras casas como en nuestras ocupaciones; desde la atención del paciente a través del rol de enfermeras, pasando por el acompañamiento terapéutico, hasta las tareas invisibilizadas de reproducción y sostén de la vida en el ámbito de lo privado. Nosotras somos las

que no tenemos la voz ni opción, pero tenemos la obligación de cuidar para preservar la vida y el orden social. Se trata de un estado de cosas producto de incorporar expectativas sociales a lo biológico.

A este estado de las cosas, las mujeres opusimos históricamente micropolíticas, y esa es la decisión que como organización hemos tomado: la nuestra es una militancia de soberanía y autonomía sanitarias y un llamado a todas las mujeres que han recibido como destino tareas de cuidado de las que se han hecho cargo, queriendo o no. Hoy lo sabemos y lo gritamos: el cuidado del otro *es político*.

El reconocimiento de nuestras trayectorias como hermanadas con el movimiento feminista y disidente nos dio también la certeza de otra pelea que debemos dar: en Mamá Cultiva Argentina combatimos la noción de binarismo que marca la normalidad/anormalidad con la que la medicina etiqueta nuestros padeceres y afirmamos que nadie es completamente sano ni enfermo, y que se puede tener salud aun con una condición crónica.

La salud no puede ser establecida por parámetros institucionales, ya que el bienestar psíquico-físico-social es diferente para cada una y excede las estadísticas en las que el sistema médico hegemónico busca encuadrarnos. En este sentido, la categoría de género, como un espectro desde el cual podemos interpretar el mundo, nos permitió ampliar la perspectiva y visibilizar el binarismo intrínseco en el binomio salud-enfermedad. Evidenció la relación que establecemos entre el Uno (representada por el varón blanco hetero-cis “sano” de clase media-alta) y su Otro (subordinado y definido en relación con ese “Uno universal”, en el que entramos las mujeres y cualquier otra disidencia sexual, racial, anatómica, genérica y de clase) y esto nos liberó.

Desde que asistimos al despertar de nuestros hijos, comprendimos que la salud debía ser considerada como un proceso más amplio, dinámico e inclusivo. Fueron ellos quienes nos abrieron los ojos a la necesidad de disputar los estereotipos de lo normal/anormal como una construcción estática e inamovible, que resulta en condena para quienes no responden a los cánones de normalidad y para volvernos en definitiva engranajes de un sistema que nos necesita productivos o nos castiga y estigmatiza, excluyéndonos. Nuestra lucha es contra los estereotipos que nos encierran en “lo sano y lo enfermo”, “lo Uno y su Otro”.

Plantamos derechos, cosechamos soberanía

A través de la experiencia del autocultivo, nosotras y nuestras familias dejamos de ser objetos de experimentación del sistema para ser sujetos con agencia sobre nuestros procesos de salud/enfermedad. Desde Mamá Cultiva Argentina promovemos esta práctica como un proceso de empoderamiento y soberanía sanitaria. Sabemos que detrás de cada mano que se mete en la tierra hay un sujeto que se transforma, ya que la labor de plantar, hacer y ver vivir la planta, hace mella en nuestras formas de pensar, sentir y actuar. Plantar y preparar nuestro aceite nos enseñó sobre autonomía y tratamientos autogestivos.

En un mundo que conduce a no sentir y a encarcelar la rebeldía en el sillón frente a la tvé, el autocultivo nos conecta con nosotres y con el otro, con la tierra y con nuestra herencia latinoamericana de respeto y convivencia pacífica con la naturaleza. Valoramos la sabiduría de los pueblos ancestrales de nuestro continente y construimos colectivamente una salud antipatriarcal y feminista, porque no podemos pensarnos desde otra matriz que no sea la que estamos pariendo con todas nuestras hermanas latinoamericanas.

Como ONG diariamente estamos construyendo ciudadanía al empoderarnos como sujetos de derechos y fomentando una red que se expande. En el proceso de cultivar la soberanía, nuestros socios empiezan a moverse de su lugar común, ese viraje es el movimiento que nos conmueve y que es tierra fértil en Mamá Cultiva Argentina. Queríamos hacer un puente con el poder y el saber interno de cada una y lo logramos a través del proceso de cultivo, de escucha, de trabajar la tierra, de cuidar “esa” planta, proporcionando información que posibilita la escucha y el debate, alimentando el pensamiento crítico.

171

Esta transformación no sólo es para quienes viven con condiciones crónicas en la salud y encuentran en el cannabis el alivio y la calidad de vida que les fue negada por la alopatía, sino también para sus cuidadoras: la gran mayoría de quienes se acercan a nosotras son mujeres que cuidan, y como tales han sido invisibilizadas y encerradas en sus hogares y en su tarea, asumida a través de años de cultura machista. Criadas bajo estos preceptos jerárquicos de género, se nos enseñó que debemos

cuidar, que debemos aceptar ese rol, sin cuestionarlo y sin politizarlo. La crianza, el amor materno, los cuidados y el sacrificio de la vida social y pública por la vida íntima y privada son imposiciones de una cultura patriarcal dominante que ya no aceptamos. Nos rebelamos contra ese lugar, estamos acá para decir que el cuidado de le otre es un acto político y que merece reconocimiento a través de políticas públicas.

ECO (de una ley)

El día que se sancionó la Ley 27.350 festejamos con la certeza de que estábamos celebrando apenas fuegos artificiales y titulares de periódicos. En la actual coyuntura, con la ley sancionada, la reglamentación dilatada, el presupuesto escaso y la ejecución ineficaz, Mamá Cultiva Argentina es referente en cannabis para la salud, junto con otras organizaciones que caminan con nosotras. Contamos con la aceptación social: en este contexto, y en nuestra situación, seguimos siendo conscientes de que una ley dormida, frenada o insuficiente es mejor que no tener ninguna, ya que nos da entidad como sujetos de derecho.

Si bien la legislación nacional todavía nos considera delincuentes por cultivar cannabis, son pocos los que hoy discuten los beneficios del cannabis para la salud. Desde el inicio sabemos que no podemos esperar mucho de la brutal avanzada neoliberal en la región latinoamericana y de ajuste en nuestros países. Hoy el gobierno nacional argentino deja de otorgar pensiones por discapacidad para otorgar pensiones por “incapacidad laboral” y este retraso en materia de derechos es una declaración de principios acerca de cómo somos vistos los sujetos por quienes nos gobiernan.

En este escenario de reconocimiento social pero de ausencia estatal, la demanda de información y asistencia de la sociedad hacia la ONG se tornó exponencial: día a día nos llegan miles de mensajes a través de las redes, consultándonos por el tratamiento de cannabis, por el suministro de aceite, sobre información legal, etc. La situación nos estaba desbordando y se impuso pensar estrategias de acción para responder a tal explosión de la sociedad.

Queríamos transferir la experiencia del autocultivo y nuestra transformación a través de la autogestión, nos preguntábamos cómo se transfiere el empoderamiento, ¿de qué manera se transfiere la certeza de que es posible repensar la salud desde otro paradigma?

La respuesta no tardó en llegar: llevar a los cuerpos el proceso tal y como nosotras lo vivimos –sistematizándolo en encuentros que pudieran replicar esta política de vida, opuesta a la política de sumisión que nos impone el sistema de salud hegemónico– y luchar para que la Ley de Drogas deje de perseguirnos y criminalizarnos por plantar.

Así desarrollamos ECO (Espacio de Contención y Orientación), un dispositivo de acompañamiento, cuyo objetivo es la construcción de un conocimiento colectivo y comunitario sobre la planta y sobre cada una de las asistentes, por medio del aprendizaje del cultivo y la toma de conciencia acerca de cómo se configuran los vínculos de poder en el sistema médico hegemónico patriarcal con el que nos tenemos que relacionar como miembros de la sociedad.

Este Espacio de Contención y Orientación es la manera que encontramos de disputar poder: no sólo con información responsable, pública y accesible, sino también con una praxis que se hace carne en los cuerpos de quienes se acercan a nosotras con historias atravesadas por la falta de respuestas y objetualización a las que se vieron sometidos, producto de la burocracia del sistema médico-sanitario.

En palabras de Alejandra, una de nuestras voluntarias:

Los ECO son dispositivos que acunan, amparan a quienes llegan con la angustia atravesada en la garganta a Mamá Cultiva Argentina. A lo largo de los doce encuentros, vemos cómo tímidamente reaparecen las alas que estaban machacadas y luego a borbotones caminan, corren y vuelan, porque ya se encontraron a ellos mismos y con ese reencuentro no hay cielo al que temerle. Hay algo de magia en los ECO y tal vez radique en encontrar un lugar donde hay amor, escucha, información, recursos, tierra y plantas. El aroma de los encuentros tiene tierra fértil, quienes llegan a nosotres tocan la tierra que va a ser cuna de una planta que entra en su casa, en sus vidas y ocupa un lugar que cada una de ellas eligió que ocupe. Esta planta para las socias de Mamá Cultiva Argentina es sagrada: les transfiere un poder cuando la sienten en sus manos y la cobijan en

su hogar, porque en el segundo encuentro ya son otras, llegan con una luz, una fuerza que habían perdido en algún pasillo de hospital, llegan con el poder de “hacer”, se tornan seres con vida en el ir haciendo con sus manos y dejan de ser pacientes pasivos que deambulan de un consultorio del que salen con una receta en la mano y se arrastran a la farmacia para retirar una droga y llevarla con esas manos hacia su cuerpo o el de una familiar. Se transforman en gladiadores, creen en su decisión, sabiendo que el camino es largo y de búsqueda, pero algo cambió, algo que intuyen con fuerza que hace bien y ese saber desoído por tanto tiempo, irrumpe y se afianza.

Las personas llegan al primer encuentro de ECO con el corazón roto en una mano y con una esperanza en la otra: esa esperanza muchas veces es falsa, y difícil de desarmar. Es una esperanza de salvación, que viene de la mano de fantasías de curación para condiciones incurables. Por eso, a veces no es suficiente la escucha, es necesario el abrazo, el estar a diferentes horas, desde diferentes lugares.

Hay quienes que llegan con mucha angustia, tristeza, soledad y esperan una pizca de aire fresco, un algo de calidad de vida, otras cuya situación es diferente, con más recursos económicos o emocionales y en ECO se encuentran, se escuchan, comparten lo que están viviendo. Abren los ojos, aparecen lágrimas, algunas las tragan, otras las comparten. Ese tiempo para abrirse y compartir es respetado por quienes integramos el equipo de Mamá Cultiva Argentina. Allí aparecen los suspiros: escucharse les alivia. Ya no se sienten solos, empiezan a sentir que pueden hablar de lo que les pasa con otra que está allí. Enfrentan su realidad, aceptan amorosamente, y esas expectativas inalcanzables y llenas de ansiedad se convierten en pasos conscientes de un proceso. El aprendizaje más importante es que el cannabis no cura, pero ayuda a sanar.

Entre quienes asisten a ECO y les voluntaries surgen el compromiso, la solidaridad, la empatía. No hay competencia sino complementariedad. Se alimentan, el crecimiento es entre todos. Así, se produce el cambio: empezar a creer que pueden, aprender a no desesperar en la espera y en las caídas. Porque ante esas caídas, frustraciones, retrocesos, avances, etc., hay un grupo que sostiene, que también sabe de caídas,

frustraciones, retrocesos, avances. Y desde ECO, sabemos que es necesario pasar por estos lugares, hacernos cargo, ir al chequeo de cómo estamos transitando estos sucesos como parte del camino de soberanía sanitaria.

El vínculo con la planta es diferente para cada miembro del sistema familiar y habla de estadios que van variando, un proceso individual y colectivo. ECO acompaña los movimientos, acompaña los sentimientos y necesidades que empiezan como un balbuceo, sin definición, con timidez, miedo, vergüenza. Ese acompañamiento tiene lugar mediante la escucha activa y afectuosa, brindando el espacio para que el miembro de la familia se escuche y pueda poner palabras a lo que está experimentando en su vínculo con el cannabis, en su relación con la enfermedad. Escuchar(se), hacer(se) cargo y elegir. Desde una elección consciente donde la persona no se siente sometida a un otro que decide. Comienza a preguntar, a responsabilizarse de tener información, buscarla, para luego tomar una decisión desde un lugar empoderado.

El recorrido de ECO empodera y libera, y no sólo a quienes participan como socios: el equipo que acompaña experimenta también un proceso de cambio. La mirada interdisciplinaria a través de la que cultivadores, psicólogos, *counselors* –la persona que acompaña el proceso de cada grupo–, trabajadores sociales y otros voluntarios comparten el encuentro semanal de dos horas permite reflexionar acerca de las propias prácticas profesionales y trasladar la reflexión a otros ámbitos de la experiencia vital.

La posibilidad de repensarse en una estructura horizontal y soltar los propios prejuicios acerca de quién posee el conocimiento habilita el encuentro con la fluidez y la circulación de la palabra y la experiencia, en donde todos construyen un saber colectivo, interactuando: así la tierra, la escucha, los esquejes, las semillas, la emoción, los procesos de la planta, los abrazos.

Quienes concurren a ECO no vuelven a ser los mismos, emergen de la experiencia transformados por un saber que es poder: el que la planta trae consigo. El autocultivo es la herramienta para sacudir las estructuras adormecidas de lo normativo, que nos atrapa y nos lleva a pensar que no podemos hacer nada con lo que se nos ofrece como dado.

El cambio es uno a uno, pero entretelado en la multiplicidad y la diversidad de voces, desde adentro hacia fuera, convirtiendo lo privado en público, sacando de casa nuestra potencia dormida y haciendo estallar aquello que nos condena al ostracismo. El reconocimiento en la historia del otre, del compañero, de quien está a nuestro lado, es lo único que podrá torcer el rumbo de la historia que nos ha silenciado.

Finalmente, y sobre todo, lo que aparece en nuestro ECO es el cuerpo. Allí el cuerpo juega, el cuerpo está, el cuerpo es, el cuerpo acciona y expresa. El cuerpo cuenta la historia, esta historia que entre todes estamos cambiando, en una red amorosa y solidaria que ya no tiene vuelta atrás.

Hacer camino

Creemos que la desobediencia y el desacato a las lógicas verticalistas y ante un sistema de salud deshumanizante y mercantilista son la manera de empujar hacia el cambio de paradigma que necesitamos para vivir mejor. A partir de la experimentación con el cannabis para la salud, pudimos integrar procesos que antes concebíamos disociados, desarrollamos otro lenguaje para comprender la salud y para pensar cómo nos relacionamos con ella; porque al mismo tiempo que nuestros hijos encontraron calidad de vida, nosotras nos transformamos en sujetas autónomas y pudimos ver aquello que estaba vedado bajo tratamientos invasivos, agresivos y oclusivos que nos impedían disfrutar de ellos tal cual son.

176

Movidas por este empoderamiento pusimos el cuerpo en el Congreso para sacar una ley que nos contemple y, aunque no fue tal y sea deficiente, puede ser el germen de una comunidad futura capaz de concebir la salud como un proceso de autoconocimiento y respeto hacia la vida, como un proceso dinámico y particular de búsqueda del bienestar físico, psíquico, social y emocional que sólo se alcanza a partir de la apropiación de la agencia sobre nuestros tratamientos y nuestro bienestar.

Mamá Cultiva Argentina disputa poder a diario y construye soberanía desde la experiencia sanitaria con la planta, la escucha con amorosidad hacia nuestros cuerpos sintientes y el respeto por la vida plena de todas las personas sin importar sus condiciones. Porque sabemos que

la empatía con les otros es una micropolítica capaz de hacerle frente y derribar las lógicas actuales de nuestras sociedades. La configuración de redes, de comunidades de personas, es nuestra convicción en esta lucha, y el autocultivo la herramienta infalible para el empoderamiento.

La creación de los Espacios de Contención y Orientación que logramos abrir con el trabajo de voluntaries de distintas áreas son una clara interpelación al sistema de salud hegemónico, porque implican tomas de conciencia que tienen como objetivo generar salud en las personas, y como la enfermedad es el negocio de nuestras sociedades, con nuestras prácticas autogestivas y comunitarias hacemos la revolución cotidiana. Las personas que asisten a los grupos y experimentan con cannabis para la salud fomentan la escucha y la reflexión, la comunidad y el respeto por la sabiduría de cada una. Se miran a los ojos, meten las manos en la tierra, comparten sus plantas y experiencias.

Cultivamos cannabis y cosechamos empatía, hacemos aceite y dejamos de ir a la farmacia, plantamos marihuana y después otras especies, para cosechar autoconocimiento y salud. Dejamos de pedir para dar, y de esperar para hacer.

Aprendimos que cuando se cultiva la solidaridad es más lo que se recibe que lo que se da. Nuestras trayectorias nos demostraron que la ética de la soberanía es el camino hacia sociedades más respetuosas de la vida y de las personas. Hacia ese horizonte vamos.

Apartado I

Un marco para Sara

Mediados de enero de 2018. Apenas podíamos escuchar su voz que emergía de una garganta traquetomizada, sus relatos eran inconsistentes, su angustia y su imposibilidad al nombrar venían con ella, pero ella venía: las semillas no prendían, las plantas se morían en sus manos y aun así, Sara siempre venía. Un día dijo: “No voy a cultivar” y parecía ser un adiós, podría haberlo sido. Pero lo que Sara estaba pidiendo era un marco en el que pudiera elegir e inexorablemente tendría que llevar consigo el resultado de su decisión. Se fue enojada, muy enojada.

Alejandra, la *counselor* que acompañaba el proceso del grupo, no insistió y la dejó ir, porque intuyó que Sara necesitaba irse así. Una semana más tarde llegó al encuentro, habló del enojo, enorme enojo con el que se fue y también que había tomado la decisión de cultivar nuevamente y fue un nuevo comienzo: Sara empezó a comunicarse más con les cultivadores, las semillas empezaron a prender, las plantas a crecer, los relatos de Sara contenían más precisión. Hoy, su voz es más fuerte y su angustia ya no es angustia.

Apartado 2

Elda: de la tierra quebrada a un alma llena de follaje

Mayo del 2018. Una mamá angustiada con dos hijos, Nico y Mariano, mellizos de 34 años. Elda está angustiada y ansía con mucha premura darle el aceite a sus hijos y poder bajar la lista interminable de medicación que toman, sobre todo Nico.

Elda habló de su desesperación y de la necesidad urgente de poder darles aceite a sus hijos, ya que en la semana estaban internados en una institución y peligrosaba su permanencia debido a los enojos de Nico. Elda lloró, y lloramos con ella. Elda no podía esperar, pero esperó, y mientras cultivó. Y eso hizo que la espera fuera diferente para Elda.

Elda se escuchó, se escucha y elige cómo acompañar a sus hijos, elige estar atenta a “eso” que sabe que está bien para ellos, porque ella es la mamá y ¡sí, sabe! Entonces, Elda se mira y se siente fortalecida, siente que puede, que hay aún un camino largo, pero está bien, porque hay algo en ella que dejó de estar desbocado, dejó de sentirse sombra, para poder ser luz interior y estar con lo que venga. Elda hoy es una de nuestras voces, es donadora de flores, es una proclama que arenga a su barrio a cultivar y cambiar la opresión y el encierro por lucha y empoderamiento.

Apartado 3

Sobre la prohibición del cannabis

A modo de puesta en contexto más amplio, entendemos que la prohibición del consumo de determinadas sustancias y la permisión sobre otras, además de ser la expresión de una moral puritana (Runchansky, 2015), es un asunto económico y geopolítico.

En el transcurso de la primera mitad del siglo pasado en Estados Unidos, se empezó a instalar deliberadamente un discurso racista y moralista que promueve el proceso de consolidación mundial del modelo prohibicionista-abstencionista en materia de drogas. Sostenido por el nacionalismo que caracteriza a la consolidación de los estados-nación modernos, se inoculó el racismo hacia los inmigrantes latinos, chinos y asiáticos que llegaban a Estados Unidos. El desprecio a estos colectivos fue el chivo expiatorio para instalar la idea de la prohibición de las drogas psicoactivas. De esta manera se iniciaron eficientes campañas en medios de comunicación que demonizaban y relacionaban el uso de determinados psicoactivos con los inmigrantes, de ahí que fue sencillo imponer la necesidad de control y vigilancia estatal en tanto fueran un peligro para la nación.

Aunque a mediados del siglo XX Estados Unidos ya había impulsado acuerdos multilaterales y tratados en torno al consenso de la prohibición de determinadas drogas, fue la Convención Única de Estupefacientes de las Naciones Unidas de 1961 la que conformó y sintetizó el posicionamiento prohibicionista actual en muchos países, aunque con más adhesiones en la región Latinoamérica. En este periodo se inaugura una nueva etapa para gestionar las adicciones. Pese al fracaso social de la experiencia previa con la prohibición del alcohol, esta convención tomó posición acerca de “lo que debe ser controlado, prohibido y condenado” en cuanto a sustancias se refiere. Como desarrolla Corbelle (2018), al mismo tiempo inaugura el modelo dual *represivo-terapéutico*,

fruto de la expansión del consumo de drogas entre los jóvenes de la clase media estadounidense e implicó que mientras que el traficante continuaría siendo considerado un “delincuente” que debía ser encarcelado; en adelante, el “drogadicto” pasaría a ser considerado un “enfermo”, “la

droga” un “virus” o “epidemia” y el consumo de drogas, una enfermedad infectocontagiosa que creaba dependencia y exigía el aislamiento y la atención terapéutica del infectado (pág. 71).

Porque la ciencia médica en este contexto se legitima como el paradigma epistemológico para el control de los cuerpos, estableciendo los discursos de verdad y las prácticas en torno a lo que se considera *normal* para las nuevas sociedades modernas. En esta lógica, aquello que no encaja en esos estándares de normalidad impuestos, es decir, lo que no puede controlarse, debe ser expulsado, reprimido, apartado. Los “delincuentes”, los “enfermos”, los “discapacitados” son relegados de la sociedad a través de distintos dispositivos de regulación como son las prisiones y el sistema de salud. Estas conceptualizaciones expresan los principios y propósitos del devenir punitivo-sanitarista de las políticas de drogas en la actualidad, ante los cuales nos revelamos haciendo comunidad y militancia a diario.

Apartado 4

El principio autocobaya: el cuerpo como experiencia de sentido

Este principio de autocobaya como modo de producción de saber y transformación política, expulsado de las narrativas dominantes de la filosofía contemporánea, resultará decisivo en la construcción de las prácticas y los discursos del feminismo, de los movimientos de liberación de minorías sexuales, raciales y políticas. Se tratará, recogiendo la experiencia de Donna Haraway, de una forma modesta, corporal, implicada y responsable, de hacer política. El que quiera ser sujeto de lo político que empiece por ser rata de su propio laboratorio (Preciado, 2014: 275).

La intoxicación voluntaria era parte de los protocolos médicos y farmacológicos hasta finales del siglo XVIII, antes de que el saber científico se institucionalizara y el precepto ético de autoexperimentación del investigador se viera opacado por el objetivismo de la ciencia moderna. Estamos en completa sintonía con Paul Beatriz Preciado en cuanto a la imperiosidad de retomar la práctica autocobaya como un modo de hacer política en la actualidad del mundo.

La planta nos dio la posibilidad de autoexperimentar en nosotras aquello que brindaríamos a nuestros hijos: no sólo producimos en casa aquello que mejora nuestras vidas, desde la semilla hasta el preparado final, sino que además la planta nos permite generosamente experimentar en nuestros cuerpos los beneficios del cannabis para la salud. Poner el cuerpo.

Porque hicimos nuestra propia experimentación a contracorriente de toda lógica dominante y nos atrevimos a sentir para conocer y a dudar para crear. Porque en un mundo en el que la biopolítica moldea nuestras subjetividades a partir de parámetros de normalidad, diagnósticos y estereotipos de género, de clase y etnia, sabemos que darnos el espacio a la propia experimentación y producción de nuestras condiciones de vida es fundamental para construir un nuevo conocimiento situado, contra-hegemónico y, por sobre todo, respetuoso de la vida. Las biotecnologías desarrolladas que el mercado pone a disposición para el consumo impactan en nuestros cuerpos configurándonos, por eso una micropolítica que contemple la posibilidad de autoexperimentar con aquello que está vedado o no corresponde a la norma es una forma de disputar poder y crear nuevos marcos de interpretación cultural.

Bibliografía

- Rogers, Carl (1977). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós
- Corbelle, Florencia (2018). "La construcción social del 'problema de la droga' en Argentina, 1919-2018". *Revista Ingesta*, 1.
- Ruchansky, Emilio (2015). *Un mundo con drogas*. Penguin Random House: Buenos Aires.
- Preciado, Beatriz (2014). *Testo Yonki: Sexo, Drogas y Biopolítica*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.

Parir sin nombre, vivir sin voz

JULIETA SAULO Y VIOLETA OSORIO (LAS CASILDAS)

“Callate. Si no dejás de gritar te duermo por completo. Si tanto te duele, lo hubieras pensado antes. Las piernas van acá arriba y dejalas quietas sino te atamos las manos también. ¿Vos querés matar a tu bebé? Seguro que hace nueve meses no llorabas como ahora, eh. Te dimos un puntito más de regalo para tu marido”.

Con relatos como este, podríamos seguir hasta el fin de los tiempos. En Argentina, cada 60 segundos una mujer pare y un/a bebé nace, es urgente repensar y deconstruir la manera en la que estos dos hechos fundantes suceden. Las mujeres y nustrxs hijxs nos estamos jugando la vida, la dignidad y la integridad en las salas de partos.

Las feministas incómodas

La maternidad nos hizo feministas, una afirmación que a simple vista resulta un oxímoron, ¿cómo es posible que al cumplir uno de los mayores mandatos del patriarcado hayamos encontrado la fuerza para combatirlo? Ser madres de mujeres nos devolvió la rabia, esa rabia potente y furiosa que nos arrebató la cultura misógina y patriarcal en la que somos criadas, cultura que sólo espera de nosotras que seamos “buenas chicas”, que nos convierte en eslabones funcionales y sostenedores del patriarcado y nos deja absolutamente indefensas ante todo tipo de abuso. Fue maternando a otras mujeres que se hizo imposible volver atrás. Fue viéndolas a ellas, sabiendo el lugar de opresión y represión que se les ha asignado en su condición de mujeres, que machismo y patriarcado dejaron de ser sólo palabras y conceptos para convertirse en una desgarradora realidad a transgredir y erradicar. Verlas nos hizo poner en pie de lucha y levantar el puño en alto.

La gran mayoría de las mujeres en esta sociedad hemos padecido todo tipo de abusos y violencias, en gran medida legitimadas y naturalizadas. Hay distintos tipos y modalidades de violencia de género, todas estipuladas en una ley que nos ampara, pero que en la práctica pareciera no existir, la 26.485, ella consigna la violencia obstétrica. Nosotras fuimos espectadoras secundarias del nacimiento de nuestras primeras hijas, el sistema médico hegemónico nos vulneró, nos violentó y nos arrebató el derecho a parir sin violencia. “Nos hizo el parto” y nos empujó a vivir el nacimiento de nuestras primeras hijas en ambientes hostiles, algo que sin embargo es el común denominador. A modo de ejemplo, en los revelamientos que realizamos desde el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) los años 2015¹ y 2018 se conoce que 7 de cada 10 mujeres que tuvieron partos en ese periodo informaron que les rompieron artificialmente la bolsa a pesar de ser esta, una maniobra que ha demostrado no tener beneficio alguno y que comporta una alta cuota de riesgos.

Una vez nacidas las criaturas, fuimos tratadas de incapaces y poco aptas por cada profesional que interactuó con nosotras o nuestras hijas. De acuerdo con el segundo relevamiento realizado por el Observatorio,² un 74,6% de las mujeres encuestadas reportan haber sufrido maltrato verbal y/o físico por parte del equipo médico. El 24,5% refiere haber padecido conductas aleccionadoras y sólo el 14,6% considera haber recibido información completa y verdadera sobre el proceso que estaba atravesando y las intervenciones realizadas.

Ya en nuestros hogares, con nuestras hijas, nos atravesó el sentimiento hondo y profundo de sentirnos excluidas del mundo, porque vivimos en una sociedad construida a espaldas de las mujeres, lxs niñxs y la maternidad. Sentirnos forzadas a responder al modelo de madre abnegada, recluida en la esfera doméstica, o al de mujer triunfadora que la sociedad, copando la esfera pública que tanto nos costó conseguir, nos impone.

1 Informe del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO), Las Casildas, octubre 2015. Disponible en <https://drive.google.com/file/d/oB-ucL2oWyuYRYTRZWThPcWVYyYrU/view?usp=sharing>

2 Los datos corresponden al segundo relevamiento del OVO, *Secuelas de la violencia Obstétrica de 2018* sobre una base de 1106 procesos obstétricos, que fue presentado a legisladores en el Congreso Nacional.

Retornar rápido a estar bellas, disponibles y apetecibles. Tuvimos que vivir esa violencia sorda, sistemática y socialmente legitimada que sufrimos las mujeres madres, porque en esta sociedad patriarcal sólo existe un modelo de madre posible, la sacrificada y abnegada.

Luego, el activismo nos unió y Las Casildas, fundada por Julieta en el 2011, se transformó en nuestro lugar de pertenencia, esa hija que comaternamos. Sin embargo, pasaron años antes de que pudiéramos ligar feminismo, parto respetado y maternidad y que el decir que somos una agrupación feminista no fuera motivo de sospecha y desprecio para el mismo feminismo.

¿Cómo es posible que nosotras habláramos de “partos respetados” mientras continúan los abortos clandestinos?, ¿cómo podíamos denunciar el sistema médico dominante de invasivo y cruel si se supone que las intervenciones rutinarias que se nos realizan son para evitarnos el peligroso trance de parir?, ¿es que buscábamos retornar a las mujeres a la cárcel de la maternidad con los mismos discursos rosas y edulcorados, pero añadiéndoles las palabras “empoderamiento y libertad”?, ¿o buscábamos condenarlas a morirse en sus casas sin asistencia?

Nunca sobra decirlo: no podemos hablar de derechos en el parto y nacimiento a cabalidad si no está garantizado como condición primera el acceso a procesos voluntarios de interrupción del embarazo seguros, legales y gratuitos. Pero tal vez la certeza más importante que nos acompaña como agrupación es saber que la violencia obstétrica no es un problema médico ni científico, sino que se trata de un asunto cultural y político. Lo que implica que no es sólo un tema de dramáticos índices de cortes, mutilaciones genitales, uso de fármacos y todo tipo de intervenciones injustificadas que nos dejan a las mujeres y nustrxs hijxs con cicatrices físicas, psíquicas y emocionales de por vida, sino que ante todo es el síntoma indiscutible de una sociedad que odia y violenta sistemáticamente a las mujeres por el mero hecho de serlo. Podemos citar a modo de ejemplo la práctica de la episiotomía que, en nuestro país, se realiza de manera rutinaria por razones tan absurdas y nada científicas como ser primeriza, evitar posibles desgarros, tener un bebé grande o prevenir posibles prolapsos.³

3 La episiotomía innecesaria –que está considerada como una mutilación genital por la

La ginecología y obstetricia dominantes son especialidades ignorantes de la fisiología y la salud sexual y (no) reproductiva de las mujeres y nuestros cuerpos, en las que se les enseña a lxs profesionales a desconfiar de las capacidades de las mujeres, asumiendo que somos maquinaria fallada y, por ende, que se nos debe vigilar, conducir, dirigir. Y, por si fuera poco, estas especialidades son grandes aliadas del patriarcado a la hora de disciplinarnos y aleccionarnos. Lo que sucede durante la atención obstétrica dominante (anticoncepción, embarazo, situaciones de aborto, tratamientos de fertilidad, partos/cesáreas y pospartos) no es otra cosa que el reflejo de la realidad a la que nos vemos expuestas las mujeres cotidianamente, pero con el volumen rozando el máximo.⁴ En las salas de parto, las mujeres disputamos nuestro poder, nos jugamos la vida, el bienestar y la autonomía en manos de un sistema misógino y cruel que despliega sobre nosotras la misma violencia que recibimos cotidianamente, pero de una manera aumentada, descarnada y con total legitimidad social. Sólo los datos del OVO 2015 muestran que a tres de cada diez mujeres que paren no se les garantiza su derecho a estar acompañadas durante el trabajo de parto, cuatro de cada diez no estuvieron acompañadas durante el parto/cesárea y dos de cada diez no estuvieron acompañadas durante el posparto.

OMS-, se le practicó a 6 de cada 10 mujeres de las cuales 85 eran primerizas. Informe del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO), Las Casildas, octubre 2015. Disponible en <https://drive.google.com/file/d/oB-ucL2oWyuYRYTRZWThPcWVYiU/view?usp=sharing>

- 4 Según el relevamiento, 5,4 de cada 10 mujeres no se sintieron contenidas ni pudieron expresar sus miedos; 2,5 de cada 10 mujeres fueron criticadas por expresar sus emociones durante el trabajo de parto y parto; 2,7 de cada 10 mujeres recibieron comentarios irónicos o descalificadores. Dentro de un proceso de tal magnitud emocional y psicológico que la persona gestante no encuentre espacio de contención no sólo afecta el proceso a nivel fisiológico saludable, sino que entorpece su vínculo con su hijo/a y explica también porque una gran cantidad de mujeres relatan sus experiencias de parto como una pesadilla, aludiendo a ellas incluso como “el peor día de mi vida” o “sólo quería que se terminara”, pero no en relación con la experiencia de dolor o intensidad atravesada, sino al ambiente inhóspito y violento que la rodeaba. (Informe del Observatorio de Violencia Obstétrica, Las Casildas, octubre 2015. Disponible en <https://drive.google.com/file/d/oB-ucL2oWyuYRYTRZWThPcWVYiU/view?usp=sharing>)

Misoginia institucionalizada

No parimos ni nacemos fuera de contexto. Y la violencia que sufrimos durante estos procesos está íntimamente relacionada con el resto de los hechos de violencia machista a los que las mujeres nos vemos cotidiana y sistemáticamente expuestas, como una línea continua, cuyo mensaje mortal es la certeza de que nuestros cuerpos y nuestras vidas le pertenecen al patriarcado. Y, en cuanto sus representantes, a los varones y lxs profesionales de la medicina, por supuesto, como meras pertenencias, somos prescindibles y sustituibles.

Desde niñas, las mujeres somos expuestas a complejos mecanismos de control y represión, antes de hablar ya aprendemos que nuestros cuerpos son territorio en disputa y de conquista, aprendemos la belleza, la delgadez y la juventud como valores y pagamos un precio altísimo si no respondemos al estereotipo imperante. Aprendemos a ser obedientes y sumisas como mecanismos de supervivencia, a estar disponibles ante el deseo de otros, a ser continuamente evaluadas, calificadas y clasificadas. Somos un objeto que cambiará su pertenencia según el momento de la vida que estemos atravesando. Incluso se nos entrena en la consecución de actitudes y características funcionales a la violencia machista, ya porque la naturalizan, ya porque la toleran o generan ambientes propicios. La violencia hacia las mujeres es asumida socialmente como condición natural y normal. Nuestra invisibilidad y calidad de ser descartables es algo dado como una verdad absoluta.

Somos expropiadas de nuestra vida sexual y (no) reproductiva y las decisiones sobre ella quedan en manos de un Estado misógino y patriarcal que se pronuncia a través de los varones que nos tutelan y lxs profesionales médicxs que nos asisten. Sin voz ni voto somos intervenidas, controladas y vigiladas en función de nuestra capacidad reproductiva.

El modelo de atención perinatal dominante se sustenta en la creencia de que los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres son patologías que deben ser tratadas y nuestros cuerpos son asumidos como maquinaria fallada. Esto, por supuesto, es consecuencia del androcentrismo que domina al modelo médico en general y a la ciencia que lo avala. Por siglos, se ha tomado como referente universal al cuerpo del varón, sus necesidades y procesos fisiológicos para construir el modelo médico. En

esta ecuación, no sólo el cuerpo de la mujer queda reducido a una segunda categoría, a un cuerpo incompleto, una fisiología patológica, sino que concretamente los estudios científicos que se realizan en torno a la prueba de tratamientos o medicación, métodos de prevención y diagnósticos son hechos en su mayoría sobre varones, lo que ha supuesto efectos adversos y mortales en las mujeres.

Inocentemente podríamos pensar que del androcentrismo estamos libradas en lo referido a ginecología y obstetricia, sin embargo, es eso: sólo inocencia. Obstetricia y ginecología parten de una premisa simple, como no somos varones, nuestros cuerpos están fallados y, para que no lo olvidemos, nuestros órganos, glándulas, funciones han sido nombrados para honrar a los varones que los descubrieron y nunca en honor de aquellas que los portamos y que debimos ser torturadas, manipuladas e invadidas para que ellos tuvieran un éxito más.

La salud sexual y reproductiva de las mujeres, desde el minuto cero, es un terreno que se mira con desconfianza, y por ello se patologiza desde la infancia. Todo aquello que no es varón está enfermo y es imperfecto. Todo aquello que no se adapta a la experiencia masculina y a sus procesos fisiológicos es patológico y debe ser controlado. El mensaje permanente que las mujeres recibimos es que nuestros cuerpos son mucho o muy poco, pero nunca estamos en el equilibrio perfecto del varón, y que nuestros procesos sexuales y reproductivos deben pasar desapercibidos y suceder dentro de unos límites tolerables para la sensibilidad social, que no son otra cosa que aquello que el varón determina correcto. Y así, nuestros embarazos y partos deben suceder milimétricamente dentro de criterios estipulados por la ciencia masculina. Obstetricia y ginecología son las especialidades médicas que controlan y dominan los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres a fuerza de quebrar su voluntad e intervenir y medicalizar sin ningún reparo, de hecho, la sobreintervención sobre nuestros cuerpos da cuenta del desprecio institucionalizado hacia las mujeres, nuestras vidas, salud y bienestar.

Pero además, es durante estos procesos cuando más se nos exigen aquellas características para las que hemos sido socializadas, ser “buenas chicas”; obedecer sin cuestionar; aceptar no ser escuchadas ni vistas,

actuar como si no estuviéramos; tener un alto registro de las emociones y necesidades de lxs otrxs en detrimento de las propias y, por supuesto, estar dispuestas al sacrificio y la abnegación materna.

El modelo de atención perinatal dominante es, sin lugar a dudas, un proceso de violación y vulneración sistemática sobre las mujeres y nustrxs hijxs con total legitimidad social. El impacto de esta violencia hace carne en nuestras vidas y nos acompaña por siempre. Así lo muestran los datos del segundo relevamiento del OVO sobre secuelas de la violencia obstétrica. El 60,2% de las mujeres sienten que la violencia sufrida impactó negativamente en la relación con su cuerpo; el 76,1% en su estado emocional y/o psicológico; el 48,7% en su vida sexual y reproductiva; el 43,8% en el vínculo con su hijo/a; y el 75,1% en sus expectativas frente a una nueva experiencia.

La contranorma, parir con velas y sahumerios

En contraposición al modelo perinatal dominante intervencionista e invasivo surgen nuevos movimientos que buscan devolverle al parto su carácter sano y fisiológico. Sin embargo, cada vez que las mujeres logramos pensarnos fuera de los límites que el patriarcado ha impuesto para nosotras, que conseguimos ampliar las fronteras y conquistar territorios, la sociedad patriarcal tiene la hábil capacidad de deglutir lo que construimos y devolvérselo en un formato que a simple vista parece similar, pero que ha sido despojado de fondo y significado, completamente despolitizado, incapaz de disputarle poder y, por supuesto, funcional a sus intereses. Así, las mujeres quedamos nuevamente atrapadas entre lo correcto y lo incorrecto, las malas y las buenas y con un cúmulo de palabras vacías que creemos nuestras.

189

Quedamos presas de un nuevo discurso social que enaltece los partos que se desarrollan sin ningún tipo de intervención, no como una elección, sino como una imposición. El nuevo modelo gira en torno al “respeto por los tiempos fisiológicos”, “el vínculo con la naturaleza”, “la conciencia sobre el propio cuerpo”, “la mamiferización del proceso”, “la conexión con la energía femenina”, “la sanación del linaje”, “ser una con el instinto” y, por supuesto, palabras como diosa, sacralidad, espiritualidad,

etc. no se hacen esperar. ¿Y las mujeres?, ¿nuestros deseos, elecciones y necesidades? Una vez más somos expropiadas de nuestros cuerpos y nuestros partos; invisibles y ausentes.

El movimiento buscaba protagonismo y libertad para las mujeres, autonomía para decidir, valoración de sus deseos, necesidades y posibilidades. Pero, al igual que en su momento la cesárea y la anestesia se impusieron a través de una fuerte estrategia de marketing que nos prometía a las mujeres seguridad y libertad,⁵ a la par que nos decía que era moderno y de estatus social elegirlos, este nuevo modelo se instala como un producto “bello”, con sus gurús que ostentan un discurso casi esquizofrénico, según el cual las mujeres estamos “diseñadas” para parir, es parte de nuestra “sabiduría ancestral”, pero necesitamos de su guía y su tutela para poder hacerlo y conectar con nuestro poder. Y cambiamos las muletas de las tijeras, los fármacos y demás insumos médicos por las velas, el sahumerio, los pétalos de flores y los altares de parto.

El problema, por supuesto, no son los avances médicos ni la evidencia científica que respalda el desarrollo fisiológico de los nacimientos ni las herramientas que cada mujer elige y desea para transitar su parto, el problema siempre es que las mujeres quedamos presas de los condicionamientos y estereotipos y –como todo lo que hacemos en nuestras vidas– al parto se le adjudica un poder moralizador que nos clasifica. Sin importar los criterios imperantes, las mujeres quedamos presas de ellos y nos hacemos invisibles frente a un sistema que nos dice cómo debemos parir para considerarnos buenas mujeres, madres y paridoras. Las mujeres desaparecemos, nuestros deseos, necesidades y experiencias se diluyen ante las imposiciones sociales y culturales, que además nos dividen

5 Para la OMS, el aumento de cesáreas se ha convertido en una epidemia y un grave problema en materia de salud pública. El uso médicamente justificable para esta cirugía mayor es en 1,5 de cada 10 nacimientos. Sin embargo, la encuesta de “atención al parto/cesárea” arrojó que 4,7 de cada 10 nacimientos fueron por cesárea y, de estas, 4 de cada 10 fueron programadas. Un dato nada menor por las implicaciones en la vida sexual y reproductiva es que 8,8 de cada 10 cesáreas fueron realizadas a primerizas. Con un sistema de atención perinatal que aún se maneja en casi su totalidad, sobre todo a nivel privado, bajo la premisa de “una vez cesárea siempre cesárea”, se está disparando a corto y mediano plazo una escalada aún mayor de cesáreas difícil de frenar si no se establece una real revisión y transformación de las prácticas en salud perinatal (Informe OVO, 2015).

en buenas y malas. Nos fuerzan a calificar nuestros partos y percibirlos según criterios externos y ajenos y ligan nuestra capacidad materna a la manera como parimos.

¿Parto sin mujer?

Ante este panorama mundial, en el año 2004, se promulgó en Argentina la Ley nacional 25.929 más conocida como “Ley de Parto Humanizado o Respetado”. Sin embargo, pocas conocen el nombre real: Ley Nacional de Derechos de Padres e Hijos durante el nacimiento. ¿Y las mujeres madres?, ¿no tenemos derechos o no existimos?

Por su parte, en el portal del Ministerio de Salud de Nación, se presenta el “Parto Respetado” de la siguiente manera: “El término ‘parto respetado’ o ‘parto humanizado’ hace referencia a una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños y niñas en el momento del nacimiento”. Es interesante que el Ministerio de Salud de la Nación, organismo rector y garante de las buenas prácticas médicas, considere que el cumplimiento de una ley nacional es algo que puede quedar librado al azar, a la buena voluntad de los profesionales médicos. Por supuesto, sin mencionar que las mujeres seguimos sin aparecer.

Por siglos las mujeres –nuestras necesidades, historias y deseos– han sido invisibilizadas. Nuestras vidas tienen sentido en la medida que son funcionales a las labores y roles que se nos han impuesto, uno de ellos –tal vez el más importante–, el ser madres. Pero importa nuestra maternidad, porque producimos mano de obra y reproducimos la especie, no por nuestra calidad de mujeres-madres. A punto tal que la atención médica que recibimos durante los procesos del embarazo, parto y posparto está diseñada en función de las necesidades y comodidades de los equipos obstétricos y las instituciones sanitarias. El mensaje implícito que recibimos las mujeres es que nuestra presencia es casi un detalle nimio, somos parte de la decoración e incluso podríamos no estar, siempre y cuando tengan un envase (útero) y un producto (bebé) sobre el cual trabajar.

En este contexto aparece la ley de “Parto Respetado” y el pronunciamiento del ex Ministerio de Salud. ¿Cómo pensarnos modelos garantes de derechos y cómo pretender erradicar la violencia obstétrica si las mujeres seguimos siendo invisibles?, ¿si no existimos siquiera para ser nombradas? ¿Cómo sentirnos realmente tenidas en cuenta, en nuestras particularidades, deseos y necesidades si para el ex Ministerio de Salud la integridad, bienestar y dignidad de las mujeres y nustrxs hijxs sigue siendo una opción?, ¿una modalidad de atención? ¿Cómo pensar el ejercicio de la autonomía de las mujeres si sólo los padres en su calidad de varones son nombrados, mientras nosotras seguimos ausentes de la escena? ¿Cómo sentirnos realmente seguras si la garantía de nuestros derechos se deja librada al azar?, ¿a la voluntad y criterio de lxs profesionales?

Las mujeres somos nuestras

No creemos en las buenas intenciones, tampoco nos amparamos en ellas, como agrupación creemos que de lo que se trata es de poner a la mujer en el centro, como protagonista de la escena. La fuerza de Las Casildas radica en nuestra convicción de abrir el espacio para que sea la voz de las mujeres la que tome protagonismo. Si en los espacios públicos en general nuestras voces son escasas y resultan molestas, en una sala de parto directamente nos amordazan y hasta los sonidos propios de una mujer atravesando un trabajo de parto y el parto (gemidos, gritos, jadeos) resultan amenazantes. No abogamos por un tipo de parto, no creemos en los modelos ni en los métodos, porque estamos hartas de los partos correctos o incorrectos según el momento histórico, la moda del momento y los modelos sobre el ser madre. Abogamos porque se garanticen los derechos de cada mujer y bebx y eso, ante todo, significa autonomía para decidir. Desde la certeza que no importa lo que al interior de la agrupación podamos pensar, opinar o sentir sobre las distintas opciones que cada mujer pueda tener, sino que sólo su voz importa, su deseo, sus necesidades y sus posibilidades.

Por siglos, las mujeres hemos parido en los términos que el sistema misógino y machista nos ha impuesto. Quebraron nuestra voluntad e integridad. Nos mutilaron y dañaron física y emocionalmente. Nos traicionaron haciéndonos creer que la crueldad sobre nosotras y nustrxs hijxs

era sinónimo de salud y seguridad. Según el relevamiento de “secuelas de la violencia obstétrica”, de aquellas mujeres que refieren que la violencia obstétrica impactó negativamente en la relación de su cuerpo, el 90% lo describe como “la sensación de estar fallada y no poder”. Mientras que de aquellas que perciben un impacto en su estado emocional y/o psicológico, el 74% siente culpa por lo vivido. El 81,4% de quienes refieren impacto en la salud sexual y reproductiva, sienten dificultad emocional para tener relaciones sexuales (miedo, dolor, rechazo) y el 62,5% de quienes sienten herido el vínculo con su hijo/a, aseguran sentir dificultad emocional para conectar con él/ella.

No aceptamos más partos medicalizados e intervenidos de manera rutinaria, no aceptamos más poner nuestra salud y bienestar al servicio de la comodidad de lxs profesionales y los protocolos institucionales. Tampoco aceptamos ciegamente partos fisiológicos sólo porque la evidencia científica así lo determina; las mujeres y nuestrxs hijxs no somos más objetos de sus decisiones y no vamos a volver al lugar pasivo en el que otrxs deciden (sin importar las buenas intenciones que tengan) y nosotras acatamos.

La ciencia, la medicina, las instituciones y lxs profesionales están para servirnos, no para que nosotras satelicemos alrededor de ellxs con la esperanza de ser nombradas “buena madres y mujeres”, calificadas y clasificadas entre las que colaboran, las que se portan mal, las locas, las obedientes. Sin importar el paradigma imperante, el mensaje final siempre es que las mujeres necesitamos de “lxs que saben” para poder hacerlo.

Feminismo disruptivo

Apostamos por un feminismo incómodo, de esos que escuecen y que cuestionan todo, incluso, y sobre todo, aquellos lugares con los que nos sentimos muy cómodas, porque sabemos que las mujeres hemos sido socializadas para tolerar y naturalizar los abusos que se cometen sobre nosotras, para asumirlos como algo normal o producto de la mala suerte. Es tan eficaz nuestra socialización que llegamos al punto de encontrar sentido en las violencias que hemos padecido, decimos “gracias a ese parto violento y traumático, soy quien soy ahora”. Sentimos incluso que

eso era lo que necesitábamos para aprender y crecer. Nuestra postura es clara, nuestros partos son producto de una sociedad patriarcal y machista y no importa si se trata de un parto institucional muy intervenido o un parto en casa con todo el *merchandising*, ningún profesional tiene el derecho a “hacerle un parto a una mujer” y las mujeres no merecemos el abuso y la violencia ni debemos sacar aprendizajes o evolucionar. El feminismo es incómodo e incendiario, incluso para nosotras, las mujeres, que socializadas dentro del patriarcado buscamos de manera automática ser las chicas buenas, obtener aprobación y justificamos en nombre de nuestro instinto maternal todo acto de violencia.

Y por ello, no ceder ante las exigencias sociales que como agrupación feminista se nos plantean es tal vez la lucha más grande que damos al interior de nosotras mismas y de la agrupación. De manera más o menos explícita, se nos acusa de ser radicales y extremistas, porque sabemos que nuestro lugar está del lado de las mujeres y nuestra lucha es con y para ellas, porque la voz que buscamos escuchar, aquella en la que creemos, con la que gritamos hasta quedarnos afónicas es la de nuestras compañeras y hermanas. Teniendo en cuenta que nosotras también somos parte de este sistema violento, es haciéndonos cargo del rol que nos toca jugar en este juego lo que nos permitirá algún día, a cada una de nosotras, patear el tablero. Nos exigen que seamos buenas y maternas y nos ocupemos del bienestar de todxs, velemos por los intereses de todxs, seamos la voz de todxs aunque eso signifique quedar nuevamente invisibilizadas como mujeres, ocupadas por el bien mayor por encima de nuestras propias necesidades y deseos. Se nos exige que renunciemos a nuestras conquistas, resignemos nuestros espacios, sacrifiquemos nuestras luchas en pos de una lucha que sea para todxs, que a la larga significa no para nosotras, porque el patriarcado se reinventa todo el tiempo. Y así, gran parte de lxs profesionales de la medicina que nos cruzamos, incluso aquellxs que parecen ser conscientes de los alarmantes índices de violencia obstétrica, nos exigen con indignación que nos ocupemos también de las violencias que ellxs sufren.

Después de años de trabajo en terreno, sabemos de las condiciones hostiles en las que trabajan la gran mayoría de lxs profesionales médicas, sabemos de los atropellos que padecen. Pero no nos engañemos, nada de eso justifica la violencia que cotidiana y sistemáticamente ejercen sobre mujeres y niñxs. Y, ante todo, no podemos olvidar que como

profesionales obstétricxs dentro de una cultura patriarcal y misógina ostentan privilegios, y cada uno de sus privilegios significa opresión, abuso y vulneración directa y descarnada sobre nosotras y nuestrxs hijxs. Y aún más peligroso es que su identidad como profesionales, su trayectoria, su práctica clínica, los vínculos que han establecido los han hecho en base a esos privilegios, ellxs son sus privilegios.

Es absurdo y casi un insulto que nos pidan a nosotras que nos ocupemos de sus condiciones, cuando ante todo lxs profesionales tienen el respaldo y la complicidad de todo el sistema, nosotras sólo nos tenemos entre nosotras. No vamos a hacer concesiones, porque las mujeres y nuestrxs hijxs no tenemos tiempo para que se deconstruyan en calma, para que cambie su situación laboral y generosamente decidan respetar nuestros derechos. Cada 60 segundos una mujer pare y un/a bebé nace en Argentina y, por los datos que hemos recabado desde el OVO (2015), podemos asegurar que la gran mayoría lo harán despojadx de sus derechos, violentadx y abusadx.⁶

Espacios seguros

Nuestro lugar está del lado de las mujeres, de nuestras compañeras y hermanas, pero no para ser su voz, mucho menos para empoderarlas, repudiamos ese verbo y el lugar en el que nos deja a las mujeres como frágiles doncellas necesitadas de caballeros andantes que nos rescaten. Nos posicionamos del lado de la mujer para construir poder juntas, para que la voz de cada una de nosotras se escuche, aun en disidencia, aun con posiciones encontradas, porque estamos convencidas de que lo mejor que podemos hacer es construir espacios seguros para encontrarnos entre nosotras.

195

Las mujeres necesitamos espacios seguros para poder discutir, cuestionar, desarticular y resignificar. Necesitamos recuperar la voz y ese es justamente el eje sobre el que trabajamos como agrupación. Han sido siglos de silencios amargos e impuestos, de haber sido privadas de la

6 Informe del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO), Las Casildas, octubre 2015. Disponible en <https://drive.google.com/file/d/oB-ucLzoWyuYRYTRZWThPcW-VyYtU/view?usp=sharing>

voz insumisa y transgresora, de pesadillas en las que queremos hablar y sólo sale chicle de la boca o en las que gritamos y no hay sonido posible. Siglos de una realidad tejida y contada con palabras que no nos contienen y nos anulan. Un lenguaje que nos niega y nos denigra. Aprendimos nuestros cuerpos con nombre de varón, contamos nuestras vidas al servicio del varón, soñamos lo posible en función del varón. El lenguaje y las construcciones culturales en torno a la palabra nos lo dicen bien claro, somos lo que está mal, lo que incluso no debería ser, lo indeseable, el peligro, lo que no llega a ser en sí mismo. Nos robaron el sonido y también las palabras, así como la historia está escrita por varones, las palabras sólo los cuentan a ellos, los conceptos sólo los contienen y explican a ellos. Donde antes hubo voz a raudales, gritos de placer y fuerza, aullidos salvajes y creativos, palabras de libertad y poder, el patriarcado puso mandato y opresión, miedo y violencia, y así vamos por la vida con la verdades de otrOs, la palabras de otrOs, las frases armadas que nos han asignado, y con ellas los pensamientos posibles y legítimos...

Siglos de tener sólo dos opciones: ser de las “buenas”, pensar como las “buenas” y sentir que eso nos hace merecedoras de un poco de protección social contra la violencia machista o ser de las “malas”, pensar como “las malas” y sentirnos aún más expuestas. Todas somos blanco fácil y carne de cañón, pero nos han hecho creer que a las chicas “buenas” no les pasan las cosas que “las malas” merecen y buscan. Dulces, empáticas, suaves, humildes, generosas, modestas, eso se nos exige y se nos enseña, y por ahí se nos va la vida.

Necesitamos espacios seguros entre nosotras, donde construir desde el disenso, donde ser políticamente incorrectas, decir lo innombrable y poner en cuestión todo, incluso –o sobre todo– aquello con lo que nos sentimos muy cómodas. Espacios donde no seamos premiadas por buenas y acalladas por malas, en los que podamos preguntarnos todo, desconfiar de todo y romperlo todo con uñas y dientes. Espacios donde animarnos a ser parias y traidoras, porque seguir siendo fieles a esta sociedad nos está costando la vida. Espacios en los que podamos hablar sin miedo a ser tildadas de egoístas, agresivas o extremistas, en los que podamos decidir barbaridades sin ser segregadas. Porque nos sabemos en deconstrucción y sabemos que la única manera de romper con siglos de opresión y esclavitud es ir hasta el fondo, empujar los límites, dudar de todo, cuestionarlo todo.

Proponemos el parto y la maternidad como puntos de partida, porque para nosotras fueron el quiebre de no retorno. Pero cuando luchamos contra la violencia obstétrica, no hablamos sólo de partos, gestaciones o abortos, luchamos por una vida libre de opresión y violencia, pero ante todo luchamos por ganarnos libres, enteras y gozosas. Somos el feminismo incendiario el que va por todo y va por más.

Abortar y acompañar a abortar. Armándonos vidas activistas feministas afectadas

RUTH ZURBRIGGEN (LA REVUELTA - SOCORRISTAS EN RED)

¿Qué es lo que oyes cuando oyes la palabra feminismo?
Es una palabra que me llena de esperanza, de energías.
Sara Ahmed, 2018

Introducción

He sido convidada a escribir este texto.¹ Me interesa aquí reconstruir una trama. O parte de una trama. Hacer un ejercicio de escritura de una experiencia activista que se nutre de múltiples hilos, cuyas tonalidades se sostienen en el violeta, en el verde y en las pelucas magentas; y que también se entrelazan con los colores del arco iris diverso en el que nos abrigamos.

La primera parte busca describir los momentos de los que se compone el Socorro Rosa, el suelo de posibilidades para la existencia de Socorristas en Red (feministas que abortamos), para luego poner el foco en describir las reuniones plenarias de la Red y las definiciones políticas más importantes de cada una de ellas. En la segunda, aparecen las corporalidades, el cuerpo como el territorio donde la materialidad del aborto acontece; el cuerpo como el territorio desde el que acompañamos.

La tercera parte refiere a la aventura pedagógica que permite ver los abortos como un acontecer de escenas, y desde allí reflexionar sobre las provocaciones del feminismo de la acción directa que estamos ensayando. Como cierre, una insistencia: hay abortos, están entre nosotras.

199

1 Este escrito es posible gracias a ideas, conversaciones y escrituras desplegadas en otras oportunidades con otras compañeras activistas acompañantes de las decisiones de abortar, de allí el uso constante del plural.

Trazos de una experiencia situada

Una vida hecha. Mil proyectos. Una pareja. Dos hijos. Un nene. Una nena. Un DIU. Cuatro trabajos. Dos semanas de atraso. Dos rayitas. Un DIU corrido. Una decisión. Un número de teléfono. Una charla con una Dora. Una visita al médico. Una lavada de manos. Otra charla con Dora. Una ecografía. Una imagen que obligan a ver. Siete semanas. Toda la presión social. Un “no quiero”. Un “no queremos”. Mucho llanto. Una decisión tomada. Un encuentro. Una plaza. Una entrevista. Un “te acompañamos” que vale millones. Un instructivo. Doce pastillas. Una decisión irrevocable. Una mañana. Cuatro pastillas. Tres horas. Dolor. Mil mensajes. Mucho acompañamiento. Mucho miedo. Cuatro pastillas más. Tres horas. Más dolor. Más mensajes. Cuatro pastillas. Treinta minutos. Un dolor fuerte. Un saco gestacional. Un aborto. Un mensaje que confirma. Un mensaje que tranquiliza. Un mensaje que cuida. Diez días más. Un control. Cuarenta días de sangrado. Un punto final. Un grupo que milita... un grupo que acompaña. Un cuerpo que decide.

El relato anterior² fue escrito por una mujer de la ciudad de Paraná, Entre Ríos. Abortó acompañada por las Doras, así han dado en llamarse las feministas socorristas locales, en homenaje a la incansable luchadora Dora Coledesky. Las Doras forman parte de Socorristas en Red, una articulación feminista de alcance nacional, que enlaza colectivas y organizaciones que acompañamos a mujeres y a todas aquellas personas con capacidad de embarazarse, que deciden abortar. Las genealogías feministas dan cuenta (y en ellas nos reconocemos) que desde el feminismo, siempre y con diferentes formas y estrategias, hemos pasado datos y acompañado a mujeres en su decisión de abortar, tanto en países donde es legal como donde es ilegal.³

2 Disponible en: <http://xn--telaraadigital-vnb.com.ar/noticia.aspx?id=2206>

3 Más información en “Políticas de y con los cuerpos: cartografiando los itinerarios de Socorro Rosa (un servicio de acompañamiento feminista para mujeres que deciden abortar)”, en Fernández y Sigüeira Peres (2013).

La narrativa que encabeza este apartado nos permite pensar –al menos– en dos movimientos: el primero, aquel que condensa la descripción de una vivencia desde la pluma de la protagonista del aborto y describe en gran medida cómo es el dispositivo gestado por las socorristas feministas. Ese dispositivo se conforma de líneas telefónicas cuyos números se difunden públicamente; encuentros cara a cara en lugares públicos y, en la medida de lo posible, grupales, en los que se conversa en extenso sobre las decisiones sobre el cuerpo y las formas adecuadas del uso de la medicación para abortar, además de desarrollar una ingeniería de cuidados, en especial aquellas veces que sobre la decisión pesan controles y violencias obstaculizadoras; guardias telefónicas activas y permanentes para seguir el derrotero del aborto; el llenado de la denominada protocolo de información, una planilla anónima con datos sobre aspectos de la vida de quienes nos conectan y que pasarán a formar parte de la producción de una sistematización nacional de la Red de socorristas⁴ y, por último, los controles médicos post-aborto que propiciamos con sectores amigables de salud.

El segundo movimiento, una narrativa que va más allá de lo obvio; en la manera de relatar, corta, precisa, por momentos punzante, se hace eco de detalles del acontecer del aborto. Trae otros modos de representación sobre las prácticas de abortar, alejado de los modos totalizantes en los que el aborto se escribe y dice desde la cultura fundamentalista, heteropatriarcal y su institución, la maternidad obligatoria y forzosa.

Llegadas a este punto, y en la apuesta por las visibilizaciones, vale destacar algunos de los principales hechos que dieron lugar a Socorristas en Red (feministas que abortamos), en tanto reconocemos que la misma se inscribe en un contexto particular con relación al abordaje y a la instalación del derecho al aborto en el escenario político, social y cultural de Argentina. Estos hechos, de una u otra manera y con distintos efectos, cobijan, amparan y sostienen esta aventura política que se alza en el horizonte de las autonomías y del cuidado de la salud de quienes abortan, contra el desamparo estatal y gubernamental de este país. A saber:

4 La sistematización hasta el año 2017 inclusive, puede consultarse en <www.socorrista-senweb.org>. Al momento de la escritura de este texto, la sistematización del año 2018 arroja que se conectaron 8.462 mujeres para pedir información, y que acompañamos en sus procesos de aborto a 7.200.

- a) la presencia del reclamo por el aborto legal en los Encuentros Nacionales de Mujeres (hoy Encuentros Plurinacionales de Mujeres, Lesbianas, Travestis y Trans), especialmente a partir del convulsionado año 2001;
- b) la existencia desde el año 2005 de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito como un aspecto ineludible del entramado de esta demanda, de la que somos parte activa;
- c) la publicación del libro *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas* de Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto (2010);
- d) la revolución tecnológica que implica la existencia de medicamentos para abortar;
- e) el escenario abierto a partir de una serie de leyes garantistas de derechos conseguidas entre 2005 y 2015 en Argentina;
- f) una decisión y un deseo arriesgado de la Colectiva Feminista La Revuelta, de Neuquén.

El Socorro Rosa surge proyectado desde una necesidad o, más bien, por un acontecimiento que nos movilizó a ensayar nuevas maneras de vincularnos con el reclamo por el aborto legal, seguro y gratuito y con la experiencia de las abortantes para desde allí dejarnos afectar y provocar afectaciones entre quienes nos vinculamos por los abortos nuestros de cada día, esos que siguen insistiendo cual gota que horada la piedra.

202

Estos señalamientos lejos están de contener una genealogía de más larga duración temporo-espacial, la que omitimos por razones de espacio, pero que no desconocemos en absoluto.

Diremos, como dato sustantivo, que los Socorros Rosas al día de hoy funcionan en cuarenta y cinco localidades de Argentina. Las conversaciones sobre la necesidad de aliarnos y armar coaliciones entre quienes hacíamos ciertos acompañamientos surgen en una plenaria de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, realizada en el mes de diciembre de 2011, allí hicimos un primer ensayo de reunión y decidimos convocarnos para un encuentro en marzo de 2012. Ese encuentro se realizó en la ciudad de Córdoba, en esa oportunidad, la casa de

una de las feministas del grupo Históricas, Mufas y Otras fue el centro de reunión. Participamos un total de 15 activistas, en su mayoría agrupadas en colectivas feministas de Córdoba, Mendoza, Neuquén, Rafaela y Rosario. Por entonces, no teníamos dimensión de las proyecciones que tomaría esta experiencia política articuladora. Las actas de la reunión dan cuenta de un extenso y ambicioso temario.

En el año 2013, la cita nuevamente fue en la ciudad de Córdoba, los días 10 y 11 de febrero, estuvimos presentes grupos y activistas de Córdoba, Neuquén y Rosario y una compañera de Buenos Aires. Desarrollamos las reuniones en dos espacios: un día en las instalaciones del Sindicato de Docentes Universitarios y otro en la Biblioteca Popular Julio Cortázar, del Barrio San Vicente. Si bien los intercambios sobre el uso del medicamento serán un punto preciado de estos encuentros, en esta oportunidad el debate político estuvo puesto en la necesidad de difundir más ofensivamente el accionar de las socorristas, no faltaron las dudas, los temores, los miedos. Bajo la premisa del derecho a la información, se acordaron formas y espacios para hacer más pública la existencia de lo que ahí dimos en llamar *Socorristas en Red*. Decidimos crear un blog (www.socorristasenred.blogspot.com.ar),⁵ en el cual se difundía un instructivo interactivo para abortar con pastillas y formas de contacto; el diseño de un nuevo folleto a partir de las experiencias y devoluciones acumuladas en 2012; la impresión de miles de afiches sobre usos seguros de misoprostol y la definición de pedir fondos a fundaciones feministas para intervenir en el Encuentro Nacional de Mujeres a realizarse en San Juan.

Ese año estuvo signado por una amplia difusión del accionar socorrista, incluyendo participación en medios periodísticos, en talleres, coloquios y foros desarrollados en universidades y en espacios de movimientos sociales que nos convocaron. Junto con ello, desde algunas colectivas que desplegamos un nomadismo permanente, acompañamos el proceso de formación de nuevas colectivas que crearon sus Socorros Rosas.

La tercera plenaria se desarrolló los días 1, 2 y 3 de marzo de 2014 en la ciudad de Neuquén. Constituyó un salto cualitativo y cuantitativo. Recogió gran parte del trabajo de visibilización realizado durante 2013.

5 Actualmente contamos con página web: www.socorristasenred.org

Participamos 52 activistas de 16 puntos geográficos de Argentina. Los tres días de reunión se desarrollaron en una Planta de Campamento; las instalaciones y el amplio espacio favorecieron la construcción del clima respetuoso y de intenso trabajo y debate, aun en los momentos de tensión y diferencias políticas que vivenciamos. El sinnúmero de debates realizados se plasmó en la declaración política “En la lucha por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito: ponemos el cuerpo a los abortos en clave feminista”,⁶ difundida el 10 de marzo de 2014 y en la producción de un audiovisual presentado en las redes sociales el 28 de mayo de este año.

El 2015 nos encontró a 110 activistas de veinte lugares de Argentina, reunidas durante tres días en la localidad serrana de Agua de Oro, Córdoba. Bajo el título: “En el año 2014 acompañamos a 1.650 mujeres a abortar. Exigimos aborto legal”, fechada el 17 de abril, se difundió la proclama política de esa reunión plenaria y se avanzó en debates sobre los modos de acompañamiento que estábamos creando.

Durante los días 24, 25, 26 y 27 de marzo de 2016, realizamos la quinta plenaria nacional en la ciudad de La Plata. Marchamos juntas en la ciudad de Buenos Aires, a 40 años del golpe cívico, militar, eclesiástico y judicial. Participamos casi 170 activistas feministas de distintas colectivas del país. Allí empezamos a destacar el carácter intergeneracional de este movimiento que vamos armando, un movimiento que al calor de la acción directa insiste en la producción de saberes sobre prácticas de abortar y prácticas feministas de cuidado. En esta oportunidad, la declaración política emitida llevaba por título: “El Estado abandona a las mujeres que abortan, nosotras no. Aborto legal, libre y feminista para América Latina y el Caribe”. Y el debate estructurador del encuentro se construyó sobre nuestras vinculaciones con el Estado y el reclamo de leyes. Por consenso acordamos que nuestro horizonte nunca serían las leyes como un chaleco de fuerza; significadas como un piso de posibilidades, allí aparece por primera vez en nuestra declaración pública, la apuesta por el aborto libre y feminista.

6 Todas las declaraciones políticas las plenarias pueden consultarse en: www.socorristas-enred.org

En 2017, la cita fue nuevamente en Agua de Oro. Entre muchas otras conversaciones, la maestra Rita Segato nos ayudó a pensar algunos cruces de la política feminista en la fase del capitalismo actual. “¡Tiemblen: las brujas feministas estamos más vivas que nunca! (Seguimos cuidando la salud de quienes abortan y construyendo autonomías corporales)” fue el título de la declaración alcanzada luego de trabajar 185 activistas, entre el 13 y 16 de abril.

El año 2018 amanecía con el impulso de la Marea Verde. Nuestra plenaria nacional parece por momentos no haberse hecho mucho eco de ello. Debates paralizantes se fueron sucediendo. Las diferencias internas con algunas colectivas –que veníamos tratando de sortear desde hacía tiempo– se hacían cada vez más presentes e iban a configurar un clima de desconfianza visible en la séptima plenaria. Esta vez se realizó en Villa Giardino, Córdoba, desde el 29 de marzo hasta el 1 de abril inclusive. Con la presencia de casi 210 activistas feministas (entre ellas algunas compañeras de Chile, Ecuador y Brasil).

Cuando las discusiones se volvieron insostenibles, desde la Regional Patagónica tomamos definiciones. Tenemos derecho a elegir con quiénes rebelarnos y con quiénes no, defendimos. Todas seguiremos acompañando las decisiones de abortar. Mas no todas al calor de esta Red, que si algo busca es no burocratizar los abortos. Difícil momento político para decisiones de este tipo. Necesarias y dolorosas decisiones políticas. “Acompañamos abortos, creamos sensibilidades despenalizadoras y armamos feminismos arriesgados” fue el título de la declaración política emitida. Aliviantes aparecieron esas decisiones meses más tarde cuando reflexionamos sobre la enorme explosión que significó el debate por el aborto legal, seguro y gratuito en la sociedad toda, y que ingresó al Congreso Nacional. El aborto como tema cotidiano. El aborto en la mesa familiar. El aborto en las calles. El aborto en los clubes. En las universidades. En las escuelas. En las plazas y en las camas. El aborto fuera de los clósets. El aborto entre nosotras. El aborto insistiendo. El aborto armando unas sensibilidades “otras”.

Poner el cuerpo para abortar. Poner el cuerpo en los abortos

Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título;
excluidas de los libros
y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían
sus experiencias entre vecinas o de madre a hija.
La gente de pueblo las llamaba mujeres sabias, aunque
para las autoridades eran brujas charlatanas.
La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres,
pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral.
Barbara Ehrenreich y Deirdre English, 2014

Cada uno agarra el mundo y se desgarra con los gestos que puede.
Carlos Skliar, 2012

—*¡Quiero que salga!* —la escuché decirme mientras apretaba fuerte mi mano.

—*¡Quiero que salga!* —repitió una y otra vez con el tono de voz más bajo que pudo. Con el tono de voz más bajo que pudo. Como queriendo guardar un secreto. Rodeada de su mamá y su papá. Su mamá aportaba caricias. Su papá —nervioso— hacía bromas sobre el gato que maullaba en la ventana, queriendo entrar para ocupar su lugar habitual en la habitación.

—*¡Quiero que salga de una vez!* —se lo pidió como una súplica a su madre, quien trató todo el tiempo de aliviarle ese dolor.

206 Llegué a la casa de Daniela dos horas antes de que terminara de usar la última dosis indicada de medicación. Previamente hice un correo electrónico que quería mandar a las revueltas, por si la tarde se estiraba larga como en algunos otros acompañamientos. Avisé como al pasar que me iba a acompañar a una joven que me pidió a último momento que estuviera con ella. Recibo a los pocos segundos un mensaje, es de Ayelén, mi hija, quien hoy abraza el feminismo y también acompaña a abortar: “Si necesitás algo avisá! Puedo ir en cualquier horario. Te quiero, te abrazo”. Ese feminismo del cuerpo a cuerpo sin metáforas en el que andamos.

¡Quiero que salga!, la súplica de Daniela me resuena todavía en toda esta cuerpa que me alberga.

Daniela tenía por entonces 20 años. Nos conocimos personalmente un lunes cualquiera por la tarde. Ese lunes por la mañana hablamos por teléfono. Para su sorpresa (porque seguía menstruando), la ecografía realizada ese mismo día dio poco más de 12 semanas de gestación. Un médico ginecólogo “amigable” del sector privado que le sugerí para que se hiciera una ecografía urgente ante sus dudas acerca de la fecha de su última menstruación, parece que primero puso cara de sorpresa y luego anticipó la fecha del parto en el informe escrito.

Enseguida recogió la piola ante la cara de pánico de Daniela: *si ellas te dicen que se puede, se puede, hablen con ellas, cuéntenle de la eco. Yo voy a estar para lo que necesiten. Me avisan.* (Debo decir que no lo conozco más que por referencias y que es una especie de personaje que me intriga, hasta acá nunca me hago el tiempo para ir a su consultorio a conocerlo).

—*Un poco me asustó con lo que dijo, pero yo no quiero, ¿me va a pasar algo grave?* —consulta Daniela en la ronda. Estamos ya en el taller con otras tres mujeres que también necesitan abortar, las tres tienen menos de 12 semanas de gestación.

Mientras pregunta, su madre me mira con pesar. El padre se recuesta —casi canchero— en la silla, de a ratos mira el folleto que leemos y que les puse a disposición en la ronda. Él lo dobla en cuatro y lo pone en el bolsillo de su camisa. Lo saca, lee, guarda, pregunta poco y nada. “¡Cómo si supiera hacer abortos!”, pienso. Más tarde nos quedaríamos conversando les cuatro.

Conozco a la madre y al padre de Daniela de la vida sindical docente de la provincia en la que vivo. Hemos estado en listas sindicales diferentes por años, desde un tiempo más o menos cercano tenemos más acuerdos que diferencias.

Manifiestan que acompañarán lo que Daniela decida. Hablamos de todo lo que implicará este aborto. Evito asustar, mas no minimizo. Les ofrezco que lo piensen hasta el día siguiente.

Le insisto con esto a Daniela en la conversa que luego gestiono sólo con ella: *pensalo, no te tomes muchos días, pero pensalo.*

Me ofrezco a estar en la casa si lo ven necesario.

Dos días después, Daniela me confirma que iniciará su tratamiento mediante un mensaje de texto. “Nos gustaría que en la medida de tus posibilidades estés acá. Daniela dice que si preferís ella puede ir a tu casa. O donde digan”.

“Cuenten con ello. Voy a las 10.00”, escribo (a esa altura saco cuenta y sé que la segunda dosis corresponde a las 9 de la mañana). Recibo la dirección, sé dónde queda la casa, es en el barrio donde vive una compañera revuelta. El barrio está en silencio todavía, pese al calor reinante.

—*¡Quiero que salga ya, por favor!* —las lágrimas le brotan incontenibles.

Me quedo sentada a su lado. Pienso que faltan muchas horas, pero también está claro que el proceso está desatado. Los dolores lo anticipan.

Le toca la tercera y última dosis. Náuseas. Vómitos. Escalofríos.

Gritos que ya no son susurros: *¡Quiero que salga!* La invito a sentarse. No quiere. Su padre se va a la cocina con la excusa del mate.

Transcurre casi una hora con un estado de malestar doloroso. Le propongo poner paños tibios en su vientre. La madre se dispone a calentar una funda de una almohada con la plancha. Llega con todo en la mano. Detrás la sigue el padre, trae una especie de almohadilla que se enchufa y dice: *¿Dijiste calor?, acá está esto*. Daniela ahora quiere sentarse. Varias almohadas ayudan en su apoyo sobre el respaldo firme de su cama. Funda calentada con la plancha y almohadilla eléctrica se posan para aliviar. Madre y padre aportan calor. Y ternura.

208 Apoyo levemente una de mis manos sobre su frente. La otra me la sostiene a Daniela. Cierra los ojos. Los abre inmensos y la invito a que respiremos juntas. Los dolores se intensifican y de pronto pide ir urgente al baño. Ya vi eso. Lo vi en otros acompañamientos. Recuerdo perfectamente la escena. Está por producirse el deseo de Daniela: *va a salir*.

Se levanta, me mira fijo y me susurra: *acompañame*. Su madre y su padre quedan del otro lado de la puerta del baño que acabamos de cerrar.

Me dice que no sabe si quiere hacer pis o qué. Se sienta en el inodoro. De pronto se mueve inquieta, se levanta y me dice que quiere vomitar. Se acomoda en cuclillas para usar el inodoro para ese vómito que nunca llega.

Posición mágica, en segundos me dice: *¡Ya sale! ¡Lo siento!*

Sentada nuevamente en el inodoro me dice que ya salió. Se toca la panza.

–*No quiero mirar.*

–*Dejame mirar a mí, levántate un poquito, le pido.*

Está abatida. Me dice que sabe que tiene que esperar, que se lo dije en el taller. Me lo repite como un rezo, *me quedo acá, no tireo nada.*

–*Mírame Daniela* –ahora en cuclillas estoy yo, la sostengo de los hombros y le repito: *Mírame a los ojos, vas a hacer fuerza como si quisieras hacer caca y después vamos a respirar juntas.*

Así lo hizo. A modo de pócima prodigiosa y ancestral: confiar, perder el miedo, respirar, concentrarse...

–*¡Salió má, ya salió!* –Daniela ya no susurra.

Ahora se recuesta en su cama. Lloro y se ríe a la vez. Se abraza a Lucía, su madre, mientras el padre da vueltas en derredor con las manos en los bolsillos de su bermuda.

Antes deirme sugiero no ir al médico. Estoy segura que todo *salió*. Si van, la van a internar e intervenir innecesariamente, ya lo sé. Estoy casi casi segura. Repasamos síntomas de alarma. Me dice que tiene hambre. Se ríe. Se toca. Me abraza. La abrazo. Abrazo largo a su madre. Abrazo no tan largo a su padre (aunque quisiera no puedo, o me es incómodo, es muy alto para mi estatura).

Me voy. Paso por la verdulería, quiero comer melón. No almuerzo. Me tomo una excelente copa de vino tinto. Nada más amable que el vino tinto después de las energías desplegadas.

Escribo, pienso y proceso esas tres horas de este día. Sé, confío, podemos hacerlo. Otras lo hicieron. Otras lo hacen.

Desde el relato anterior aventuramos que los *socorrismos* son un proceso que se construye cotidianamente entre feministas a través de actos corpo-aborteros. Se materializan en las formas de actuar los encuentros cara a cara con las mujeres; en cómo decimos; en cómo provocamos una pedagogía de las escuchas; en qué espacios ocupamos (públicos, gremiales, amigables); en cómo nos tocamos, afectamos y emocionamos con quienes demandan nuestro acompañamiento; en cómo habitamos y transitamos distintos espacios institucionales dejando marcas socorristas; en ese andar provocativo que nos caracteriza; en hacer circular nuestros enojos, incertidumbres, desesperaciones; en esa mirada inquieta que busca obstinadamente ver con quiénes nos seguimos enredando y articulando; en los roces generacionales; en los encuentros plenarios; en ese no quedarnos quietas que también se traduce en pergeñar insistentemente formas expresivo-artísticas (relatos socorristas, obra de teatro, producciones audiovisuales). Nada de esto podría llevarse a cabo independientemente de los cuerpos. ¿Qué formas adoptan nuestros feminismos? ¿Podemos hablar de formas encarnadas?

Las perspectivas socio-antropológicas sobre el cuerpo han abordado la temática desde dos grandes núcleos. Por un lado, los enfoques que analizan el cuerpo como un objeto sobre el cual se imponen representaciones simbólicas, formaciones discursivas y prácticas disciplinares. Estas perspectivas constituyen útiles herramientas para develar el rol que las matrices socioculturales desempeñan en la constitución de la corporalidad de los actores.

Por otro lado, hay aproximaciones que privilegian la experiencia y que destacan el papel activo que la dimensión sensorio-corporal juega en la constitución del mundo social. Centran su atención en el cuerpo vivido, sensible y en movimiento entendido como “sujeto de cultura”, o “base existencial de la cultura” (Csordas, 2018). Sin esencializar el cuerpo ni la experiencia, nos interesa atender la faceta encarnada de la existencia en los procesos de aborto. Nos preguntamos en qué medida y cómo la corporalidad de las socorristas participa en la experiencia de acompañar abortos. Queremos revalorizar el rol de la corporalidad y las emociones en la construcción de conocimientos, buscando lograr una mayor articulación entre la reflexión teórico-conceptual basada en la palabra con aquella que surge del cuerpo, planteando la importancia epistemológica de recuperar los saberes sensoriales, perceptivos y kinésicos de la vivencia socorrista.

Al decir de Denise Najmanovich:

Aquello que podemos pensar respecto de la corporalidad no es independiente de nuestra experiencia corporal, y nuestra experiencia nunca es meramente biológica. Lo que llamamos experiencia humana es algo que nos ocurre y que discurre en el ámbito social, que narramos a otros[es] y a nosotros[es] mismos[es] en un lenguaje, algo que nos sucede en el espacio-tiempo en que nos toca vivir y que cobra significado y valor únicamente en función de nuestra historia sociocultural. El cuerpo es nuestra sede de afectación y el territorio desde el cual actuamos. No es solamente un cuerpo físico, ni meramente una máquina fisiológica, es un organismo vivo capaz de dar sentido a la experiencia de sí mismo” (2001:3).

Los Socorros Rosas, una aventura pedagógica del acontecer de los abortos

En este apartado, nos proponemos pensar en voz alta sobre las prácticas de abortar como un acontecer de escenas.⁷ Escenas que nos traen a cada rato la posibilidad de crear un horizonte de preguntas y también de misterios inexplicables. Esto implica asumir que nada de lo dicho y hecho en relación con los abortos y con la demanda por la descriminalización y la legalidad está concluida. Muy por el contrario, está constantemente rehaciéndose y re-escribiéndose, también para nosotras, las activistas feministas socorristas. Esgrimimos que desde Socorristas en Red estamos colaborando en la producción de unos “otros” sentidos con relación al aborto, cuyos efectos están aún abiertos y reconfiguran la agenda contra el sistema heteropatriarcal, en tanto cada vez con más insistencia logramos agenciarnos y generarnos los abortos de manera autónoma, cuidada y acompañada, sin depender del saber médico hegemónico para ello, porque el uso de las pastillas nos posibilita saberes que circulan en una especie de vaivén entre *socorristas* y *socorridas*.

211

7 Tomamos la formulación de “acontecer de escenas” de Silvia Duschatzky (2007), que la utiliza para pensar la escuela y las relaciones entre sus integrantes.

La productividad de esta agencia micropolítica está en pensar cómo las mujeres y otras personas con capacidad de gestar transitan sus abortos, ¿qué habilitan?, ¿cómo nos habilitan a las feministas socorristas en esos tránsitos?, ¿qué habilitamos las aborteras feministas en este deseo y proyecto político colectivo, arriesgado y articulado?

Buscamos un feminismo que no se habite desde la reiteración casi monótona de sus objetivos o de sus tareas, sino que se habite y autorice desde la emergencia de sus aconteceres; estamos andando, habitando, agenciando, construyendo y pensando un feminismo del acontecer de los abortos. Un feminismo que produce una pedagogía de las experiencias corpo-aborteras mediante la decisión de “estar ahí”.

Una forma de hacer feminismo en el que tenemos muchas ganas de juntar(nos), de hablar(nos), de pensar(nos), de cuidar(nos), de proyectar(nos), de sentir(nos), de experimentar(nos) con otras, de vivir vidas más autónomas y libertarias. Un feminismo que aprecia que la construcción de alianzas sororas es nuestra revancha contra las alianzas de adoración a la masculinidad misógina.

Hay una apuesta por el acontecer colectivo. Sin dejar de atender la complejidad que la decisión de abortar conlleva, asumimos que el aborto con medicamentos, realizado en espacios de tránsitos cotidianos para quienes se lo practican (la propia vivienda, la de una amiga, la de la pareja, de un familiar cercano, etc.), se distancia de aquellas experiencias vividas en soledad, en el más férreo silencio y cargadas de culpabilización. Hay otras en los encuentros, hay grupalidad, hay pactos entre mujeres que sin conocerse se acompañan también, hay imaginación para la creación de abortos seguros en las mejores condiciones posibles, y es en el seno de esta experimentación palpable-intransferible que podemos dar cuenta que hay cosas que se mueven. No se acaban todos los problemas de la clandestinidad, pero sí advertimos que se empiezan a instalar ciertos sentidos de legalidad inusuales y novedosos.

El activismo socorrista construye feminismo intergeneracional, en el que hay lugar para afectarse y dejarse afectar por lo que en los intercambios se produce. En esta circulación de afectos, es donde los pactos entre quienes acompañamos se vuelven visibles y elocuentes y la sororidad nos atraviesa. Las prácticas de cuidado desarrolladas nos unen en clave genealógica a grupos y colectivas que asentaron su hacer en la

autoconciencia, como parte de las disputas desplegadas por la producción de libertades. Las activistas que acompañamos nos referenciamos y autorizamos en procesos de enseñanza y aprendizaje que configuran una pedagogía de los saberes corporales, interpelando y resquebrajando aquellos dispositivos de poder que aspiran centralmente a la fragmentación. Es un feminismo que trae lo comunitario, que propicia formas de comunidad. Un modo feminista en el que el hacer y la confianza están puestos en el proceso de conquistas y apoderamientos que vamos armando desde unas relaciones de poder que existen, pero que —a la vez— interpelamos en pos de diseminarlo, multiplicarlo, re-componerlo desde la aspiración de horizontalidades. Desarrollamos liderazgos y pasiones a partir de lo que vamos provocando, quizás porque sentimos que damos brincos de libertad, minúsculos, micropolíticos, cotidianos, efectivos y afectivos, amorosamente implicados. Desde allí nos miramos para seguir proyectándonos, para seguir pensando en común, tejiendo vínculos y complicidades.

Este activismo aporta nuevas narrativas y argumentos para exigir la legalidad del aborto desde la encarnadura misma de los abortos producidos en este aquí y ahora. Estamos apelando a las narrativas como tácticas políticas colectivas. ¿Qué buscamos con estos relatos? ¿Qué es lo que ellos despliegan? ¿Qué potencias traen? ¿A qué tipo de relatos totalizantes y universalizantes perturban estas narrativas corporizadas?

Las socorristas contribuyen a la producción de otros imaginarios en relación con las prácticas de abortar, trayendo especialmente a las protagonistas de los Socorros Rosas: las que abortan, les que abortan y las que acompañamos. Estos relatos nos permiten decir el aborto a partir de volverlo práctica cotidiana y desde allí seguir interrogándonos.

213

Politiza las decisiones tomadas sobre el propio cuerpo, provocando encuentros que sacan al aborto del silencio, en ese decir, provocan reparaciones prometedoras y auspiciosas.

Un feminismo del acontecer de los abortos, de este *aquí y ahora* que disputa autonomías corporales, subjetivas, vitales; a la vez, unas prácticas feministas que no dejan de señalar que hay un Estado y sus gobiernos que abandonan y no cuidan la salud de quienes abortan. Señalamos que hay responsabilidades en relación con el sinnúmero de injusticias

que esto genera. La más atroz: los femicidios de Estado, todas aquellas muertes evitables de mujeres producidas por las consecuencias provocadas por los abortos clandestinos inseguros.

Desde el amplio movimiento que reclama la despenalización y legalización del aborto en América Latina y el Caribe, no hemos conseguido el reconocimiento por parte de los Estados y los gobiernos del estatus ético que tenemos sobre el derecho a decidir sobre nuestra primerísima propiedad, los cuerpos. Los cuerpos de las mujeres, niñas y jóvenes y de todas las personas con capacidad de gestar siguen siendo expropiados y territorializados. Somos contemporáneas del aborto y de la lucha por el aborto legal y libre. Ser contemporáneas implica que tenemos conciencia de una relación de distancia y extrañamiento con este presente, para poder ajustar cuentas críticamente con él. Como parte de ese ajuste de cuentas es que construimos los Socorros Rosas. Pese a las leyes restrictivas y criminalizadoras, las prácticas de abortar son verbos y sustantivos significativos, escritos en el pasado, en el presente y en el futuro en nuestras existencias. Prácticas posibles a partir de *otras leyes* que nos agenciamos para nuestras vidas. Esas leyes tan contemporáneas como ancestrales, que rondan nuestras memorias, porque se hacen de encarnadura feminista, pedagógica y colectiva.

A modo de cierre, siempre abierto y promisorio

Hay abortos. Están en nosotras⁸

214

Entre mujeres. Entre trans. Entre cuerpos.

En escuelas. En baños. En hoteles. En hospitales. En alcantarillas.
En descampados. En la salita del barrio. En la tierra húmeda. En tu
casa. En la mía. En tu habitación.

En la de tu amante.

Hay abortos, están entre nosotras.

⁸ Texto escrito para *Emergentes*, el 12 de junio de 2018, en las vísperas del histórico 13 de junio.

En radios. En diarios. En programas de televisión. En pines, mochilas, paredes. En carteles. En redes sociales estalladas. En calcomanías, remeras y parches. En universidades. En cátedras libres. En clases públicas. En clases no tan públicas. En actos escolares. En discursos políticos. En campañas electorales.

En asambleas de la huelga docente. En las censuras.

Hay abortos, están entre nosotras.

En almuerzos familiares. En el tercer tiempo. En el primero. En la homilía del domingo. En los fetos de plástico. En los de papel maché. En la ancha avenida. En las escalinatas de catedrales. En plazas. En viajes. En plenarias.

Hay abortos, están entre nosotras.

En la conversa con el taxista. En el colectivo Indalo. En la puerta de la municipalidad. En sindicatos. En el chat familiar. En el de las familias de la escuela. En el club. En la llamada a la socorrista. En la conversa entre amigas.

En test de embarazo positivo. En el que dio negativo.

Hay abortos, están entre nosotras.

215

En el arroz con leche. En la bicicleta verde. En imágenes con actrices. En voces de artistas. En el mural frente a las vías del tren. En marchas del misoprostol. En pedidos de auxilio. En la negativa del derecho. También en su garantía. En el código penal.

En la peli que vio la abuela. En la que mira la nieta.

Hay abortos, están entre nosotras.

En caricias. En manos que nos aprietan. En soplidos. En lágrimas.
 En enojos y en decisiones. En colectivo. En soledad. En la intemperie.
 En los cuidados. En las disputas. En mi deseo y en el tuyo. En mis ganas de que salga. En la fuerza para que salga. En el dolor que nos agota.
 En las emociones que nos juntan. En ese palpar.

Hay abortos, están entre nosotras.

En injusticias. En lo justo. Y en lo no te resulta tan justo. En el laberinto de la clandestinidad. En billeteras de inescrupulosos. En el rezo hipócrita. En la posición a favor. En la posición clandestinizante. En el libro que leíste.

En el comedor comunitario. En semáforo que da luz verde.

Hay abortos, están entre nosotras.

En ensayos mínimos. En la feria del libro. En la de ropa. En las memorias. En la muerte de Ana María. En la libertad de Belén. En la reparación a LMR. En la vecina enojada. En la que compra tres pañuelos verdes.

En la diseñadora al pie de la teta. En las lecciones de Isa.

Hay abortos, están entre nosotras.

216

En los 8M. En los pañuelazos encendidos. En la Campaña Nacional. En cada NiUnaMenos. En encuentros nacionales. En otros regionales. En la cafetería de la esquina. En Las 12. En la escuela de género. En redes de acompañantes. En la cosmovisión mapuche. En foros trans. En el cumple de la travesti.

En la *mariposa* que sobrevuela y nos abraza ancha.

Hay abortos, están entre nosotras.

En la indignación. En la desobediencia. En el presente y en el futuro.
 En la duda de tu hermana. En la piel que te roza. En la vida amorosa.
 En los amores entre mujeres. En preservativos lubricados. En DIU cor-
 ridos. En vasectomías impensadas. En deseos incontenibles. En fluidos
 que llegan. En la sequedad de tu cerebro. En el faltazo de la trabajadora.
 En las sospechas. En hendidias posibles. En escondites secretos. En ins-
 tructivos coloridos. En otros fotocopiados.

En tu destino y en el mío. En la vida elegida.

Hay abortos, están entre nosotras.

En el Congreso Nacional. En quienes adelantaron sus votos. En las y
 los indecisos.

En el 13J. En el feminismo que lo hizo posible.

Ahora que no los llamamos más.

Ahora que sí los ven, más vale que sean legales, seguros, libres y
 gratuitos.

Bibliografía

- Ahmed, Sara (2015). *La política cultural de las emociones*. México: UNAM, Centro de Inves-
 tigaciones y Estudios de Género.
- Ahmed, Sara (2018). *Vivir una vida feminista*. Ediciones Bellaterra. Barcelona.
- Bach, Ana María (2010). *Las voces de la experiencia*. Buenos Aires: Biblos.
- Braidotti, Rosi (2004). *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada*. Barcelona: Gedisa.
- Chaneton, July y Vacarezza, Nayla (2011). *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del
 aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Buenos Aires: Marea.
- Csordas, Thomas (2018, 11 de septiembre). "Entrevista a Thomas Csordas: Religión, cuerpo
 y salud", realizada por Rodrigo Toniol, Regina Matsue y Pedro Paulo Gomes Pereira en *Di-
 versa. Red de estudios de la diversidad religiosa en Argentina*. Disponible en http://www.diversidadreligiosa.com.ar/blog/entrevista-a-thomas-csordas-religion-cuerpo-y-salud/#_ftn1
- Duschatzky, Silvia (2007). *Maestros errantes*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, Ana María (2008): *Política y subjetividad*. Buenos Aires, Biblos.
- Fernández, Ana María y Sigueira Peres, Wiliam (2013). *La diferencia desquiciada. Géneros y
 diversidades sexuales*. Biblos: Buenos Aires.

- Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre (2014). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras femeninas*. Santiago de Chile: Cimarrón ediciones.
- Larrosa, Jorge y Skliar, Carlos (coord.) (2011). *Entre Pedagogía y Literatura*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto (comps.) (2009). *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*. Buenos Aires: El Colectivo.
- Najmanovich, Denise (2001). "Del 'Cuerpo-Máquina' al 'Cuerpo Entramado'", en *Campo Grupal* N° 30, Buenos Aires, diciembre.
- Skliar, Carlos (2012). *No tienen prisa las palabras*. Candaya: Barcelona.

Autorxs

FUNDACIÓN SOBERANÍA SANITARIA La Fundación Soberanía Sanitaria nace por la inquietud de un grupo de trabajadores y trabajadoras de la salud para alojar y potenciar el pensamiento, el debate, la investigación, la formación y la construcción de marcos propicios para alcanzar la soberanía en todas sus dimensiones, y en particular la sanitaria, clave para construir una sociedad justa. Fomenta una mirada sobre salud que sea a la vez profunda, nacional y popular, con perspectiva latinoamericana e internacional, impulsando el conocimiento y la discusión sobre la realidad de la salud y los caminos a seguir, involucrando a todxs lxs actores de este amplio campo y a la comunidad en general. Cuenta con un equipo de género abocado a pensar las políticas sanitarias con una mirada feminista denominadas rondas feministas, cuyo impulso llevó a la escritura de este libro.

DORA BARRANCOS Socióloga y Doctora en Historia por la UNICAMP (Brasil), profesora consulta de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Investigadora Principal del CONICET y Directora del CONICET desde mayo de 2010 hasta mayo de 2019. Dirigió el Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género - FFyL/UBA, y también el Doctorado y la Maestría en Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Nacional de Quilmes. Es autora de numerosas publicaciones entre las que se encuentran los libros *Inclusión/Exclusión*, FCE (2002), *Historia con Mujeres*; *Mujeres en la sociedad argentina. Una historia de cinco siglos*, Sudamericana (2007); *Mujeres, entre la casa y la plaza*, Sudamericana (2008). Recientemente ha publicado, con Donna Guy y Adriana Valobra como editoras, *Moralidades y comportamientos sexuales. Argentina 1880-2011*, Biblos. En 2012 fue reconocida por el Centro Nacional de Investigación sobre Evolución Humana (CENIEH) – Burgos, España: “Ciencia y Mujeres: 12 nombres para cambiar el mundo”. En 2014, fue nombrada Ciudadana Ilustre de la Ciudad de Buenos Aires. En 2015, recibió el Premio Excelencia Académica de la UBA. En 2016, recibió el Premio Konex Humanidades/Estudios de Género y el Premio Democracia/Pensamiento Argentino. En 2017, fue reconocida con el Premio Latinoamericano y Caribeño - CLACSO 50 Años. En el mismo año, recibió el Doctorado Honoris Causa en la Universidad Nacional de Córdoba y la Universidad Nacional de Mar del Plata.

SABRINA BALANA Mujer, militante política y feminista. Médica especialista en Medicina general y familiar. Sanitarista con formación en epidemiología, gestión y políticas públicas en la Universidad Nacional de Lanús. Autora en colaboración del libro *¿Qué hacer en Salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria*. Asesora legislativa en Salud. Docente en la Diplomatura

de Economía Política de la Salud. Coordinadora de la sección de Géneros y Diversidad sexual de la *Revista Soberanía Sanitaria*. Integrante del equipo de Ronderas de salud y géneros de la Fundación Soberanía Sanitaria.

AGOSTINA FINIELLI Feminista. Trabajadora y militante de la salud pública. Abogada con formación de posgrado en Género, Gestión y Administración en el ámbito del Estado, Calidad en Procesos de Gestión. Colaboradora en la sección “Géneros y Diversidad Sexual” de la *Revista Soberanía Sanitaria*. Forma parte del equipo de Ronderas Feministas de la Fundación Soberanía Sanitaria.

CARLA GIULIANO Psicóloga feminista. Militante política. Sanitarista formada en la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario. Coordinadora académica de la Diplomatura en Economía Política de la Salud (FSS-UN-Paz) y de la Diplomatura de Gestión en Salud (FSS- UNDAV).

ANDREA PAZ Feminista y militante política. Socióloga (UBA). Sanitarista con formación en epidemiología, gestión y políticas de salud (UBA y UNLa). Su actividad docente de grado y posgrado se desarrolla en las áreas de Metodología de la investigación, Desigualdades sociales en salud, Salud y género. Investigadora en el Centro Universitario de Estudios en Salud Pública e Inequidades en Salud (FMed - UBA). Sus investigaciones se desarrollan principalmente en el campo de la salud sexual y (no) reproductiva. Conurbana. Activista en Fortaleza '85, donde milita por la salud perinatal y los derechos a la hora de parir. Rondera Feminista del equipo de salud y género de la Fundación Soberanía Sanitaria.

CARLOTA RAMÍREZ Rondera Feminista de la Fundación Soberanía Sanitaria. Psicóloga especialista en género y políticas públicas. Cofundadora del Movimiento Solidario de Salud Mental, equipo asistencial de la Comisión de Familiares de Presos y Detenidos por Razones Políticas y docente de las universidades de Buenos Aires, La Plata y Lomas de Zamora. Emigró a Estados Unidos donde trabajó con mujeres migrantes y refugiadas. Fue investigadora del Instituto de Investigaciones de Nueva Inglaterra. De regreso a la Argentina, se desempeñó como coordinadora de capacitación del Programa Nacional de Salud Sexual y procreación responsable entre 2010 y 2016. Coordina el programa de verano de Salud Pública del Consejo Internacional para el Intercambio Educativo en Argentina e integra el equipo académico del Programa de Salud y Ciencias sociales de FLACSO Argentina. En los últimos años ha publicado una serie de artículos sobre masculinidad y salud reproductiva.

MARTA DILLON Activista lesbiana y feminista, periodista y escritora, integrante del Colectivo Ni Una Menos. Cofundadora de la agrupación H.I.J.O.S. (Hijos e Hijas de Desaparecidxs y víctimas del Terrorismo de Estado en Argentina). Editora del suplemento feminista del diario *Página12*, “Las12”, que desde

1998 narra los conflictos sociales y debates culturales desde el protagonismo y perspectiva de mujeres, lesbianas, travestis y trans. Publicó *Aparecida* (Sudamericana), *Corazones Cautivos, los días en la cárcel de mujeres* (Norma) y *Vivir con virus, relatos de la vida cotidiana* (Norma y Edulp), entre otros libros.

MOIRA PÉREZ Licenciada y doctora y en Filosofía (UBA). Investigadora Asistente en CONICET y docente de grado y posgrado en la UBA y la Untref. Dirige el grupo de investigación “Política, derecho e identidad: perspectivas queer en Filosofía Práctica” (FILOCyT/SADAF). Su investigación se desarrolla en el campo de la Filosofía Práctica y la Teoría Queer, con foco en la articulación entre identidad y violencia, principalmente violencia epistémica e institucional.

LAURA CONTRERA Feminista y activista gorda. Profesora de Filosofía, abogada (UNLaM) con actualización en Género y Derecho (Facultad de Derecho, UBA) y doctoranda en Estudios de Género por la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Su investigación doctoral se ocupa de la discriminación, estigmatización y violencia hacia las personas gordas como un problema de Derechos Humanos y examina el marco de autodeterminación identitaria y corporal que ofrece la Ley de Identidad de Género argentina como un modelo posible de despatologización de la diversidad corporal, de género y sexual. Co-compiló el libro *Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne* (Madreselva, 2016) junto a Nicolás Cuello, con quien actualmente trabaja en su sucesor, *Magropolíticas*.

DÉBORA TAJER Trabaja como psicoanalista, docente e investigadora. Licenciada y doctora en Psicología (UBA). Magister en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO/CEDES). Profesora Adjunta a cargo de la Cátedra Introducción a los Estudios de Género y profesora adjunta regular de la Cátedra Salud Pública/ Salud Mental II de la Facultad de Psicología (UBA). Investigadora Categoría I UBACyT y directora de Investigación de proyectos UBACyT en Salud, Subjetividad y Género desde 1998. Fue Coordinadora General de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social-ALAMES (2001/2002). Ha realizado consultorías para la OMS y la OPS. Participó como Experta en la Red de Conocimiento sobre Equidad de Género de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS. Autora de *Heridos Corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres* (Paidós, 2009) y compiladora de *Género y Salud. Las políticas en acción* (Lugar, 2012). Ha publicado diversos capítulos en libros de su especialidad, así como artículos científicos, de divulgación general y en medios de comunicación. Ha sido traducida al portugués, francés e inglés.

LUCIANO FABBRI Licenciado en Ciencia Política (UNR). Doctor en Ciencias Sociales (UBA). Docente universitario en la UNR y la UNER. Integrante del Centro de Investigaciones Feministas y Estudios de Género (Cifeg-UNR) y del

Instituto de Masculinidades y Cambio Social (MasCS). Coordinador general del Área de Género y Sexualidades de la UNR, a cargo de la Dirección de políticas de formación, investigación e intervención con perspectiva de género. Capacitador y educador popular en áreas de género, feminismos, masculinidades y diversidad sexual.

BLAS RADI Profesor de Filosofía (UBA). Becario doctoral en el Instituto de Investigaciones Filosóficas SADAFF/CONICET y activista de Derechos Humanos. Es docente en la cátedra de Gnoseología y Filosofía Feminista y es co-coordinador de la Cátedra Libre de Estudios Trans* en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Formó parte del Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género (2012) y es el representante argentino de la Unión Latinoamericana de Masculinidades Trans.

KARINA FELITTI Doctora en Historia por la Universidad de Buenos Aires. Investigadora adjunta del CONICET en el Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Sus temas de investigación abarcan la historia de las mujeres y de las sexualidades en la Argentina; derechos sexuales y reproductivos en América Latina; y religión, espiritualidad, sexualidad y política. También actúa como capacitadora en programas públicos de formación docente sobre Educación Sexual Integral. Es autora de *La revolución de la píldora. Sexualidad y política en la Argentina de los sesenta* (Edhasa, 2012) y coordinadora de varios libros, entre ellos: *Enseñar y aprender en contextos interculturales. Saberes, herramientas y experiencias de educación internacional* (Miño y Dávila, 2018); *Diversidad, sexualidades y creencias. Cuerpo y derechos en el mundo contemporáneo*, (Prometeo/Colegio Mexiquense, 2015); *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina* (Ciccus, 2012).

VALERIA SALECH Para acompañar a otras familias en el camino del cannabis para la salud y la autonomía sanitaria, fundó en 2016 junto con otras mujeres cuidadoras Mamá Cultiva Argentina, una ONG con perspectiva de género y diversidad cuyo objetivo es pelear por un marco legal para el autocultivo de esta planta. En el año 2017, su lucha dio frutos con la sanción de la Ley 27.350, que aún sigue sin cumplirse. Actualmente, desde Mamá Cultiva Argentina, lidera a un grupo de voluntaries que buscan responder a la enorme demanda de miles de personas que se acercan para conocer esta terapia.

VIOLETA OSORIO Feminista, activista por la soberanía de las mujeres en sus procesos sexuales y (no) reproductivos. Integrante de Las Casildas, OVO y Fortaleza '85. Co-autora de *Mujeres invisibles. Partos y patriarcado* (interseccional) y del libro infantil *Nacer en casa: el viaje del nacimiento* (Cien Lunas). Madre de Kyara y Frida.

JULIETA SAULO Julieta Saulo es mujer, madre y feminista. Psicóloga social y puericultora. Fundadora de la organización feminista Las Casildas, recientemente convertida en asociación civil. Coordinadora del Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina (OVO) y una real convencida de que sin aborto legal no hay parto respetado.

RUTH ZURBRIGGEN Activista e investigadora no heterosexual. Integrante de la Colectiva Feminista La Revuelta, de Socorristas en Red (feministas que abortamos) y de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Maestra de nivel primario y profesora en Ciencias de la Educación. Acompaña a mujeres y a otras personas gestantes en sus decisiones de abortar desde el año 2010.

MARIANO PEDROSA Licenciado en Letras. Se desempeña como editor, corrector, docente y periodista. Trabaja para diferentes editoriales argentinas y como corrector especializado en libros, tesis y artículos de diferentes áreas de las Ciencias Sociales.

DIEGO MAXI POSADAS Es artista, diseñador y docente. Vive y trabaja en la ciudad de Buenos Aires. Integrante de varios colectivos: Laboratorio Audiovisual Comunitario, Club Kamishibai, revistas *Al oído* y *Ricardito*, Taller Popular de Serigrafía, la Cazona de Flores. Conoció el movimiento de Saraus gracias a Pablo Ortellado. Para conocer su trabajo: www.diegomaxiposadas.wordpress.com / www.cooperativlac.com.ar / www.blogaloido.wordpress.com

NOSOTRAS PROPONEMOS. ASAMBLEA PERMANENTE DE TRABAJADORAS DEL ARTE Nace en 2017 con la escritura de “Compromiso de práctica artística feminista”, propuesta que busca crear conciencia sobre las formas patriarcales que, como una membrana invisible, moldean el ejercicio del poder en el campo del arte y en nuestra sociedad. www.nosotrasproponemos.org

TINTA LIMÓN EDICIONES Es una iniciativa editorial colectiva y autogestionada. Una apuesta por aquellos textos que exigen un esfuerzo encendido para ser inteligibles. Si la tinta limón fue uno de los modos de la escritura clandestina, volvemos a requerir de ella con una exigencia contemporánea: la de escapar de lo obvio y orientar el pensamiento en la labor cotidiana de forjar experiencias de construcción. Una nueva clandestinidad, entonces, para evadir nuevas prisiones: aquellas que nos recluyen en la banalización de lo que hasta ayer fueron instrumentos de lucha, en la destrucción de lo común y en la normalización de nuestras vidas. La tinta limón reclama siempre un trabajo de visibilización: aquel que hace emerger una narrativa política, un tejido de nociones, y un movimiento del pensamiento que crea nuevos lenguajes para nuevas prácticas. Que nombra lo que hasta entonces no tenía palabra. www.tintalimon.com.ar / contacto@tintalimon.com.ar

Esta edición de 1000 ejemplares de *Salud
feminista* se terminó de imprimir en septiembre
de 2019, en imprenta Nuevo Offset,
Viel 1444, Buenos Aires, Argentina.