

# El autocuidado

## Una interpelación al abordaje individual de la pandemia

Patricia K. N. Schwarz\*

La repentina aparición de esta coyuntura sanitaria y los intentos improvisados de abordaje desde los Estados nos muestran claramente que necesitamos, entre otras cosas, proyectar e invertir recursos a largo plazo en la construcción de condiciones de bienestar, cuidados colectivos, equidad y respeto entre humanos, y con el medio ambiente. No podemos esperar a que se desate una emergencia, porque así ya es tarde para gran parte de la población. La misma gran parte de la población que histórica y repetidamente es vulnerada.

\* Socióloga, Magíster en Investigación en Ciencias Sociales, Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (INCIHUSA) del Centro Científico Tecnológico (CONICET - Mendoza), del Centro de Estudios sobre Democratización y Derechos Humanos (CEDEHU) de la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM), del Instituto de Estudios de Género y Estudios de Mujeres (IDEGEM) de la Universidad Nacional de Cuyo, de la Asociación Argentina para la Investigación en Historia de las Mujeres y Estudios de Género (AAIHMEG). Miembro del Grupo de Trabajo CLACSO, Luchas antipatriarcales, familias, géneros, diversidades y ciudadanía.

En el contexto actual de transformación de los Estados de Bienestar y avance de los Estados neoliberales, con la característica común de reducción del gasto público, se han trasladado progresivamente al individuo las responsabilidades sobre la salud.

El llamado desde los Estados, organismos supranacionales (Organización Mundial de la Salud [OMS]) y la biomedicina para el “control” de la pandemia es individual. Se interpela a cada persona para que se ocupe de su autocuidado, en ocasiones en nombre de la responsabilidad (individual) respecto de una entelequia que no tiene correlato en las prácticas y políticas públicas de salud: la comunidad. Esto, que en general no se cuestiona y se toma con naturalidad, además de invisibilizar los cuidados colectivos, el rol de las organizaciones sociales y la división sexual del trabajo que interpela a las mujeres para las tareas de cuidado de otras/os, refuerza el dispositivo individualista de comprensión del y relación con el mundo/la naturaleza y el propio cuerpo. Este dispositivo cognitivo individualista refuerza el sustrato simbólico del capitalismo liberal, occidental y patriarcal que se ha sostenido sobre una ficción de individuo autónomo y meramente racional, para imponer las lógicas depredadoras de explotación y del mercado de consumo.

En el campo de la salud, los preceptos hegemónicos en torno a los cuidados están vinculados, entre otras cosas, con el objetivo de los Estados de preservar e incrementar el biovalor de los individuos, es decir, el valor político y económico de la vida de las/os ciudadanas/os (Rose, 2012). Estos preceptos resultan en un disciplinamiento normativo de los cuerpos, pero también por medio de ellos, de las subjetividades y las emociones (Foucault, 1966/2003, Rose, 2012). En la cultura occidental, liberal y la biomedicina de la Modernidad Tardía, esta construcción subjetiva resulta en una ética somática, en términos de Nikolas Rose (2012), de responsabilidad y decisión individual sobre las condiciones de salud del propio cuerpo. La elección individual es un principio liberal por excelencia (las personas pueden tomar sus propias decisiones mientras no lastimen a otros).

Asimismo, la progresiva patologización de la vida cotidiana permite, habilita y legitima la ampliación del consumo de servicios biomédicos, así como de la industria farmacológica. Esta medicalización y medicamentación de la vida cotidiana se sostienen sobre la hegemonía capitalista de la experiencia individual del cuerpo, el consumo y la salud.

El autocuidado, entendido como acciones y decisiones individuales sobre la propia salud, no considera lo colectivo (Franco Muñoz, 2009; Menéndez, 2009); entiende a los seres humanos en tanto individuos separados unos de otros que forman un colectivo cuando se reúnen, solo por agregación. En contraste, según la lógica colectiva de cuidados, los seres humanos son inherente e intrínsecamente parte constitutiva de colectivos (Mol, 2008). En efecto, el principio liberal de autodeterminación individual es inexacto, incluso si analizamos la determinación de la posición dentro de la estructura social sobre la acción de los sujetos (Domínguez Mon, 2015). La necesidad de ser cuidada/o es una condición afín a todos los seres humanos, no como seres autónomos y siempre independientes, sino como seres que dependen del cuidado mutuo para sobrevivir material y subjetivamente.

De este modo, el autocuidado puede leerse en tanto iniciativa política y estrategia de construcción de ciudadanía biológica, como una cultura de consumo de la salud que deriva trabajos y costos del cuidado desde el Estado y/o empresas al individuo (mujeres particularmente) consumidor/a, usuario/a, productor/a.

Un recurso que ha colaborado con las dinámicas biomédicas de autocuidado son las tecnologías de información y comunicación (las TIC). También, en este campo se puede observar la continuidad conceptual e histórica entre el individuo autónomo, sostenido desde sí (en tanto entelequia, sujeto hegemónico occidental de la Modernidad Tardía), los principios y valores de creación y existencia de las TIC (cuya unidad ontológica es el yo -individual-) y la progresiva responsabilización individual de los cuidados en salud (el autocuidado se ha vuelto la mayor expresión de este proceso de profundización y fortalecimiento mutuo de estas dimensiones de experiencia de nuestro tiempo).

Parte de la complejidad de abordar el autocuidado en salud refiere a sus múltiples dimensiones y potencialidades de manifestación en diferentes planos de experiencia a la vez: subjetiva y material, colectiva e individual, en tanto práctica y en tanto conocimiento, entre otras. Esta indeterminación evidencia problemáticas sociales transversales. Tal como analiza Ivan Illich (1978), la biomedicina es una empresa moral y por ello da inevitablemente contenido al bien y al mal. En cada sociedad, la medicina, como la ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable.

La profesión médica es una manifestación, en un sector particular, del control adquirido con base en la estructura del poder de clase de las elites universitarias. En la construcción de su saber-hacer la biomedicina dejó de lado al sujeto y a su historia, su medio social, su relación con el deseo, con la angustia, con la muerte, con la vida; para considerar solamente al mecanismo corporal, al cuerpo como máquina (Foucault, 1966/2003). En la medicina oficial, el cuerpo se encuentra fraccionado, al ser humano se le concibe en abstracto, “como el fantasma que reina en un archipiélago de órganos aislados unos de otros” (Le Breton, 1995, p. 15) y podríamos agregar: considera al sujeto aislado en un archipiélago de individuos. La práctica médica se apropia de los cuerpos a través de sus intervenciones y su discurso disciplinador sobre ellos (Foucault, 1978/1992).

En la relación con los cuerpos de las principales cuidadoras (las mujeres), esto se profundiza porque el conocimiento biomédico ha tenido históricamente una trayectoria y valores patriarcales, donde las prioridades de indagación y resolución de problemáticas han sido las orientadas hacia los cuerpos de varones (Davis Floyd, 2004). La biomedicina, así, ha partido desde sus inicios del cuerpo del varón como parámetro legítimo a partir del cual interpretar el buen funcionamiento del cuerpo máquina.

El abordaje biomédico de la pandemia también invisibiliza a las mujeres en su rol protagónico en los cuidados colectivos.

Aun cuando los cuidados tienen soporte social, no están distribuidos equitativamente. En la matriz patriarcal, la división sexual del trabajo y la ética maternal interpelan a las mujeres en tanto cuidadoras “naturales” de otras/os (Badinter, 1991; Domínguez Mon, 2015; Knibiehler, 2001; Schwarz, 2016). Esto se traduce en cifras concretas que desde el feminismo han sido ampliamente estudiadas y denunciadas: en casi todo el planeta y en Abya Yala en particular, son las mujeres las que cuidan sin remuneración (ni reconocimiento) en mayor proporción. Esto produce como consecuencia, entre otros perjuicios, asimetrías en el uso del tiempo entre mujeres y varones, inclusive, en detrimento del que las mujeres destinan a su propio cuidado (Pautassi, 2007; Daly y Lewis, 2019). Se trata de la apropiación del trabajo de cuidado de las mujeres, denunciado desde hace más de medio siglo por diversas corrientes feministas (iniciando por las materialistas) (Guillaumin, 2005).

Mientras las mujeres cuidan sin remuneración alguna y los individuos realizan actividades de autocuidado, los Estados y las empresas reducen los costos dirigidos a cuidados en salud. Tronto (2004), en concordancia con otras propuestas feministas para salir de este sistema de expropiación y explotación a las mujeres, alude a la corresponsabilidad como solución micro, en las relaciones interpersonales de la vida cotidiana, y a la socialización de los cuidados, como solución macro, en el ámbito político.

Está suficientemente documentado que fomentar el autocuidado es resultado de una estrategia del sistema biomédico de salud, los Estados y los organismos internacionales (OMS), en tanto salida posible a la crisis actual del sistema de cuidados en el que la demanda es mayor que la oferta. Problemática desarrollada fundamentalmente como consecuencia de la reducción de gastos en salud de los Estados, el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, la participación progresiva de las mujeres (cuidadoras en mayor proporción que otros sujetos sociales) en el mercado laboral (con menos tiempo para cuidar a otras/os) y el envejecimiento de la población.

Volviendo al abordaje de la pandemia por parte de los Estados, en amplios sectores de Abya Yala las estrategias de cuidado son colectivas, interrumpir el flujo de esas redes de circulación de cuidados deja desprotegida a una gran cantidad de personas respecto de la satisfacción de necesidades básicas y emocionales. Esto no ha sido problematizado suficientemente por los Estados de la región, que siguen pensando soluciones individuales y con recursos de clase media para sus propuestas. Solo en algunos casos han puesto en marcha medidas precarias ante la masiva demanda de los sectores más afectados.

Tampoco han sido problematizadas las dinámicas de funcionamiento de las brechas de poder en la relación médica/o-paciente en el contexto de la pandemia y de aislamiento en los protocolos de atención. Ni tampoco ha sido considerado que cuando el/la paciente es mujer, pobre y/o joven, las brechas se profundizan. Los abusos de poder persisten aun cuando, entre otros fenómenos, se pueden identificar por lo menos tres procesos que en las últimas décadas han colaborado en reducir estas brechas de poder: la militancia de agrupaciones de pacientes, así como del feminismo y el acceso *online* de las/os pacientes a información de salud. Las brechas históricas de poder entre médicas/os y pacientes deben ser atendidas en este contexto en el que se aísla a las/os pacientes, dado que esta soledad en la relación con la institución biomédica ya ha dado espacio al abuso de poder en el contexto de esta relación asimétrica. En este sentido, históricamente los avances técnicos y tecnológicos son mayores que los cambios en las lógicas de intervención biomédica.

Coadyuva al poder que esta institución ejerce sobre sus pacientes, el alejamiento de las personas de la relación con su propio cuerpo y la apropiación de los saberes, que antes detentaban las comunidades y sus miembros, por parte de la institución médica hegemónica.

En Abya Yala nos encontramos con una tensión dilemática en los reclamos al Estado respecto de la salud pública: por un lado, exigir ampliar el acceso al sistema biomédico implica exigir mayor control e intervención del Estado sobre los cuerpos y de sus instituciones asociadas: la biomedicina y el mercado farmacéutico. Estas instituciones han profundizado

los procesos de colonización de saberes y prácticas ancestrales de las culturas originarias sobre el campo de la salud y los cuerpos. Por otro lado, estas expropiaciones de saberes y prácticas propias del proceso colonizador, las condiciones precarias de vida, el hacinamiento, la pobreza, la malnutrición, entre otros, crean un corredor sin salidas alternativas, que llevan a una única puerta de acceso a la salud física, la de la biomedicina. O eso parece.

En el devenir de sus complejidades, el fenómeno de los autocuidados en salud, así como las problemáticas asociadas a ellos, se encuentran en proceso, en un cambio dinámico y permanente. Este es su desafío y su potencia. Transitando un camino de respeto y recuperación de otras medicinas podremos preguntarnos por las formas de convivencia de todas ellas. Mientras esperamos que esto ocurra, y dado que, como consecuencia de los procesos de colonización, la biomedicina es prácticamente la única opción para atender la salud pública, es menester garantizar el acceso de la población al sistema biomédico, independientemente de acciones a partir de urgencias sanitarias de último momento.

Tal como mencionamos antes, tampoco son suficientemente problematizadas las lógicas de autocuidado en la precariedad. En la mayoría de las políticas que los Estados están implementando se invisibilizan y se dan por dados los recursos necesarios para el autocuidado: calidad de la vivienda, acceso al agua potable, entre otros. Y se toma el conocimiento de las prácticas preventivas como el único factor necesario y determinante en la efectiva incorporación de prácticas de cuidado, cuando ya existe prolífico material de investigación que da cuenta de que solo la información no es suficiente para incorporar estas prácticas. Es necesario considerar integralmente las condiciones de vida de la población, sus creencias, costumbres, saberes, tradiciones, imperativos, estigmas, sistemas de emociones, entre otros factores psicosociales. Y esto es porque, entre otras cosas, las personas no somos individuos autónomos únicamente racionales, aislables de nuestro contexto social y ambiental, como las lógicas capitalistas neoliberales y patriarcales pretenden.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Badinter, Elisabeth. (1991). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós.
- Daly, Mary. y Lewis, Jane. (2019). El concepto de “social care” y el análisis de los estados de bienestar contemporáneos. En Cristina Carrasco, Cristina. Borderías y Teresa. Torns (eds.), *El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales* (pp. 225-251). Madrid: FUHEM, Catarata.
- Davis Floyd, Robbie. (2004). *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida.
- Domínguez Mon, Ana. (2015). Prácticas cotidianas de autocuidados en red por parte de un grupo de pacientes con diabetes. En Ana. Domínguez Mon y Patricia. K.N. Schwarz (coord.), *Redes de cuidado, autocuidado y desigualdad en salud: personas que viven con enfermedades de larga duración* (pp. 50-61). Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/ii-gg-uba/20160520064751/dt75.pdf>
- Foucault, Michel. (1966/2003). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel. (1978/1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Franco Muñoz, Nora Eugenia. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Revista Salud Colectiva*, 5(3), 391-401.
- Guillaumin, Colette. (2005). Práctica del poder e idea de Naturaleza. En Ochy Curiel y Jules Falquet (comp.), *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas: Colette Guillaumin - Paola Tabet - Nicole Claude Mathieu* (pp. 19-56). Buenos Aires: Brecha Lésbica.
- Illich, Ivan. (1978). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: Joaquín Mortiz.
- Knibiehler, Yvonne. (2001). *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Breton, David. (1995). *Antropología del cuerpo y Modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Menéndez, Eduardo. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Mol, Annemarie. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Oxon: Taylor & Francis. Recuperado de <https://research.utwente.nl/en/publications/the-logic-of-care-health-and-the-problem-of-patient-choice>
- Pautassi, Laura. (2007). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de

derechos. CEPAL. *Unidad Mujer y Desarrollo*, 87. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/1/S0700816\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/1/S0700816_es.pdf)

Rose, Nikolas. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Universidad Pedagógica (UNIFE).

Schwarz, Patricia K.N. (2016). *Maternidades en verbo. Identidades, cuerpos, estrategias,*

*negociaciones: mujeres heterosexuales y lesbianas frente a los desafíos de matenar*. Buenos Aires: Biblos.

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