

La salud de las mujeres y sus trabajos

Convergencias entre la medicina social latinoamericana y la teoría feminista

Women's health and their work

Convergences between Latin American social medicine and feminist theory

María Florencia Linardelli | ORCID: orcid.org/0000-0002-3250-2895

mflinardelli@mendoza-conicet.gob.ar

Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas
Argentina

Recibido: 07/07/2018

Aceptado: 27/08/2018

Resumen

Este artículo establece un diálogo entre dos tradiciones teóricas: la medicina social-salud colectiva latinoamericana y la teoría feminista. El objetivo es contribuir a la discusión teórica sobre las especificidades que cobra la relación trabajo-salud cuando de mujeres trabajadoras hablamos. La metodología utilizada combina técnicas de análisis, interpretación de textos y elaboración conceptual propios de la indagación teórica en ciencias sociales. A través de una revisión documental, se sistematizaron y analizaron artículos y libros abocados al análisis de las categorías centrales de cada perspectiva. Las conclusiones destacan las posibilidades conceptuales del uso complementario de ambas tradiciones: el análisis conjunto de los procesos de producción y reproducción social en el estudio de la salud-enfermedad; la visibilización de la carga global de trabajo femenino, producto de interacción entre empleo y labores reproductivas; y la consideración de los cuidados como un trabajo en sentido pleno y un aporte fundamental para la sostenibilidad de la vida.

Palabras clave: Mujeres trabajadoras, Salud-enfermedad-cuidado, Medicina social-salud colectiva, Teoría feminista

Abstract

This paper proposes a dialogue between two theoretical traditions: Latin American social medicine and feminist theory. The objective of the work is to contribute to theoretical discussion about specificities of work-health relationship of working women. The methodology used combines theoretical tools research of social sciences: texts analysis and interpretation, and conceptual elaboration. Articles and books related to central categories of each perspective were analyzed through documentary review. The conclusions focus on the conceptual possibilities of complementary use of both traditions: to analyze, at one time, the social production and reproduction in the study of health and disease; to make visible the entire female workload, product of interaction between employment and reproductive work; and to consider care as a work and a fundamental contribution in order to the sustainability of life.

Keywords: Working women, Health-disease-care, Social medicine-collective health, Feminist theory.

Introducción

Por los años ochenta, desde la medicina social-salud colectiva latinoamericanas se afirmaba que *como en ningún otro hecho, se puede leer en la salud obrera la impronta de la explotación* (Laurell, 1984). En paralelo, las pensadoras feministas desde hace décadas argumentan que el capitalismo no es indiferente a las identidades de los/as sujetos que explota y que las relaciones de trabajo que impone operan sobre cuerpos sexuados y racializados (Ciriza, 2011).

Entre ambas afirmaciones, este artículo propone visitar algunas nociones clásicas acuñadas por la medicina social-salud colectiva latinoamericanas, desde el punto de vista que aportan conceptualizaciones provenientes de la teoría feminista. Se articulan conceptos como proceso de salud-enfermedad-cuidado, relación trabajo-salud, cargas de trabajo y procesos de desgaste, con las nociones de trabajo reproductivo, división sexual del trabajo, doble presencia, cuidados y sostenibilidad de la vida.

La primera de estas perspectivas ha realizado innumerables contribuciones al estudio de la salud de los/as trabajadores/as de nuestra región, mientras que la segunda mantiene un largo debate al interior de las ciencias sociales para dilucidar las particularidades de las labores de las mujeres y las formas específicas en que se produce la explotación/apropiación de su trabajo en el contexto de sociedades capitalistas-patriarcales. Se trata de campos de conocimiento que desde su surgimiento trascendieron las fronteras de la academia y mantuvieron compromiso activo con los movimientos de trabajadores y de mujeres.

Esta propuesta cobra relevancia en un escenario que exhibe condiciones de vida, trabajo y salud marcadas por una desposesión creciente para las grandes mayorías y, en estas, especialmente para las mujeres trabajadoras. El retorno de gobiernos de cuño neoliberal en buena parte de los países del sur de América evoca un pasado reciente de reformas del Estado y crisis económicas que fueron soportadas con mayor intensidad en las espaldas de las mujeres. Ellas, encontraron en el aumento de su trabajo remunerado y doméstico el único paliativo a la retracción estatal, pagando con su salud y bienestar los programas de ajuste. El actual contexto exhibe, además, la recurrencia de discursos que pregonan la pérdida de derechos laborales como vía para obtener competitividad y cuestionan los sistemas universales, públicos y gra-

tuitos de salud por su presunta ineficiencia. En este marco, recuperar los aportes de tradiciones críticas y urdir lazos entre estas resulta una tarea necesaria.

El artículo resulta de la indagación teórica vinculada con un trabajo de investigación más amplio desarrollado desde 2014, en el marco de una tesis doctoral sobre experiencias de salud, enfermedad y cuidados de mujeres migrantes que trabajan en la agricultura en Mendoza, Argentina¹. La estrategia metodológica que sustenta este escrito supuso la utilización de técnicas de análisis, interpretación de textos y elaboración conceptual propios de la indagación teórica en el campo de las ciencias sociales. Se realizó una revisión documental orientada a explorar, sistematizar y analizar artículos, libros y actas de reuniones científicas cuyos/as autores/as se inscribieran explícitamente en la medicina social-salud colectiva y en los estudios feministas, o bien que abordaran las categorías de análisis centrales de tales tradiciones. La revisión fue realizada mediante la técnica de rastreo bibliográfico y desplegada a partir de diferentes motores de búsqueda de textos científicos, principalmente en las bases **Scielo**, **Redalyc**, **Scholar Google**, **SECEDOC**, **SID** y **MINCYT**. Las categorías que se ponen en discusión han sido seleccionadas de acuerdo a la relevancia que tienen al interior de cada perspectiva y para el tema propuesto.

De acuerdo a los fines señalados el trabajo se organiza en tres secciones. En el primer apartado se presenta la medicina social-salud colectiva latinoamericanas y algunas de sus categorías clásicas que pueden abrirse al diálogo con nociones feministas sobre el trabajo, la reproducción social y los cuidados. Luego, se aproximan las respuestas dadas por el feminismo a preguntas tales como *¿qué se considera trabajo? ¿cuánto y cómo trabajan las mujeres? ¿el trabajo reproductivo tiene alguna especificidad?* El último apartado propone relaciones y tensiones entre las perspectivas teóricas seleccionadas, para analizar la salud de las trabajadoras en tiempos de restauración conservadora.

¹ Dicha tesis se ha llevado adelante en el marco de una beca doctoral otorgada por CONICET. A su vez se vincula al PICT *Políticas de protección social y salud y trabajo de cuidados. Las relaciones entre la intervención estatal y las experiencias de las mujeres desde una perspectiva crítica de género, en Mendoza a partir de 2009* aprobado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica en 2017.

Una mirada socio-histórica sobre la salud-enfermedad-cuidado: la medicina social-salud colectiva latinoamericana

La confluencia entre ciencias sociales y salud en América Latina ha conocido diversas denominaciones, vinculadas con luchas y posicionamientos ideológico-políticos: ciencias de la conducta y medicina preventiva, sociología y antropología médicas, medicina social y salud colectiva (Castro, 2016). Si bien no existe acuerdo al respecto, reconocidos/as autores/as del campo utilizan como sinónimos los términos medicina social y salud colectiva para referirse a un mismo movimiento crítico que articula las ciencias sociales y las disciplinas de la salud para el análisis y la intervención en problemáticas vinculadas con la salud-enfermedad-cuidado (Laurell, 1986, 1994; Spinelli, 2005; García, 2007 [1986]; Breilh, 2013).²

Vinculado con la medicina social europea de finales del siglo XIX, el surgimiento de la medicina social-salud colectiva (en adelante **ms-sc**) en América Latina se produce casi un siglo después (Nunes, 1996; Iriart, et al, 2002; García, 2007 [1986])³. Entre los precursores del pensamiento médico-social crítico en nuestras latitudes se reconoce a Salvador Allende y a Juan Cesar García⁴ (Waitzkin, 2006; Galeano, et al, 2011; Feo Istúriz, et al., 2012). Más allá de estas figuras centrales para la tradición, la **ms-sc** latinoamericana se gestó a fines de la década del sesenta en estrecha vinculación con el movimiento de trabajadores,

² Para algunos/as autores/as se trata sólo de una diferencia nominativa y geográfica. Mientras que *medicina social* es el término elegido en los países hispanoparlantes, el término *saúde coletiva* es utilizado por el movimiento sanitario brasileño (Iriart, et al., 2002). Existen quienes distinguen entre una y otra en función del momento histórico de surgimiento e identifican en la medicina social un antecedente de la salud colectiva brasileña (Paim, 1992; Nunes, 1994; Spinelli, 2005; Osmo y Schraiber, 2015). En Ecuador suele utilizarse el término *salud pública alternativa* emparentándolo con la salud colectiva (Granda, 2003). En este artículo se acuerda con autoras/es que refieren a la medicina social-salud colectiva de manera unificada (López Arellano, et al., 2008; Stolkiner y Ardilla Gómez, 2012; Casallas Murillo, 2017).

³ El concepto de *Medicina Social* nace en 1848 en Europa, el mismo año de los grandes movimientos revolucionarios en dicho continente (García, 2007 [1986]). Pese a un uso ambiguo inicial, los promotores del término coincidían en la importancia del papel de los factores sociales para la comprensión de los problemas de salud-enfermedad y en el rol activo que el Estado debería asumir para la solución de los problemas de salud (Nunes, 1996).

⁴ Salvador Allende, médico y presidente chileno entre 1970 y 1973, publicó en 1939 *La Realidad Médico Social Chilena*, reconocida como un antecedente fundamental del pensamiento social en salud. Juan Cesar García (1932-1984) fue un médico y sociólogo argentino que se desempeñó desde la década de 1960 hasta su muerte en la Organización Panamericana de la Salud, institución desde la cual promovió el desarrollo de la medicina social latinoamericana.

estudiantes y organizaciones populares (Laurell, 1986; López Arellano, et al, 2008).

Las transformaciones en la producción y en las condiciones de vida de las grandes mayorías, evidenciadas a partir de la segunda mitad del siglo XX en América Latina, se reflejaron crecientes niveles de desigualdad social y en relevantes cambios en los perfiles de morbi-mortalidad. Las problemáticas históricas de mortalidad infantil y desnutrición se combinaron con enfermedades crónicas y accidentes de trabajo, temáticas que motivaron los primeros estudios de esta corriente (Laurell, 1986). Además, surgieron cuestionamientos estructurales al sistema sanitario por su creciente estratificación, que diferenciaba calidad de servicios en función de la capacidad de pago de los/as usuarios/as (Laurell, 1986; Iriart, et al, 2002). A la par se explicitó otra contradicción profunda, la simultaneidad del avance tecnológico en la lucha contra las enfermedades coincidía con el estancamiento de sus posibles beneficios en la mayoría de la población (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

En ese marco, diversos núcleos de la **ms-sc** enunciaron a fines de los setenta sus primeras versiones sobre la determinación social de la salud, contrapuestas a las perspectivas teóricas de la salud pública y la medicina preventiva estadounidense, hegemónicas en ese momento (de Sousa Campos, 2000; Breilh, 2008). Se estableció como objeto científico de la **ms-sc** la forma histórica-social específica del proceso biológico humano, tal como se expresa en los grupos sociales en un momento dado (Laurell, 1986; 1982). Otros autores, identificaron el objeto de estudio de la **ms-sc** tanto en la generación y distribución de las enfermedades vinculadas con los procesos de producción y reproducción social, como en las formas en que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y se organiza para enfrentarlos (Almeida Filho y Silva Paim, 1999; Breilh, 2013).

A continuación, abordamos dos nociones acuñadas desde esta perspectiva que resultan sustanciales para el tema propuesto: *salud-enfermedad-cuidado* y *relación trabajo-salud*.

La noción de proceso de salud-enfermedad-cuidado

La **ms-sc** sostiene una fuerte crítica a la biomedicina, especialmente en cuanto a su idea estrictamente biológica, a-histórica y pretendida-

mente universal, tanto de la salud, como de la enfermedad. Para esta corriente la salud-enfermedad no se limita a una alteración de los procesos bionaturales del individuo, sino que expresa procesos económicos y sociales más amplios (Laurell, 1986; 1993; 1994, Noriega, 1993; Iriart, *et al.*, 2002; Menéndez, 2005; Breilh, 2008).

En primer lugar, para la **ms-sc**, salud y enfermedad constituyen elementos de un proceso dialéctico y no estados antagónicos. Es decir, la salud no implica necesariamente la ausencia de enfermedad, ni puede entenderse como su opuesto. Ambas nociones, constituyen la síntesis de ciertas características que posee cada grupo en una sociedad específica y expresan las condiciones en las que viven, trabajan, consumen los grupos humanos que conforman la sociedad (Noriega, 1993).

En segundo lugar, esta tradición teórica se distancia de aquellas perspectivas que definen la salud como el máximo bienestar físico, mental y social de un individuo. La **ms-sc** vincula la salud con la posibilidad y capacidad que tiene un grupo en la sociedad para controlar y dirigir individual y colectivamente sus procesos vitales y su forma de vivir: *No interesa tanto luchar por prolongar la vida o por erradicar las enfermedades, sino por tener la posibilidad de decidir de qué queremos enfermarnos y de qué queremos morir* (Noriega, 1993:186). Antes que un estado fijo o un equilibrio a conseguir, la salud-enfermedad constituye un devenir, un *modo de andar de la vida*, que se expresa en el presente, a la vez que hunde sus raíces en el pasado y anticipa el malestar futuro (Laurell, 1993; Mendoza Rodríguez y Jarillo Soto, 2011).

En tercer lugar, se considera que el proceso de salud-enfermedad es social, variable e histórico. Esto se evidencia en la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad y marcadas diferencias en la esperanza de vida

- ◊ en distintos momentos históricos de una misma sociedad,
- ◊ de una sociedad a otra
- ◊ entre clases sociales.

La explicación de esta variación en los perfiles patológicos no debe buscarse en la biología o en la técnica médica, sino en las características de las formaciones sociales en cada momento histórico. Características que, a su vez, modelan las prácticas médicas disponibles (Laurell, 1982).

Finalmente, para la **ms-sc** las formas de respuesta social a la enfermedad, es decir la atención, constituye un aspecto inherente de la salud-enfermedad (Menéndez, 1983). Se plantea que las respuestas sociales instituidas para prevenir, atender y curar actúan como fuerzas productoras del proceso tanto en sus dimensiones concretas, como simbólicas (Menéndez, 2005b). Esto implica incorporar al continuo salud-enfermedad el concepto de atención. En los últimos años se comenzó a hablar de *salud-enfermedad-cuidado*,

ya que se entiende que el concepto de cuidado tendría una connotación más amplia e integral que el de atención, al quitarle la centralidad a las instituciones y agentes del campo de la salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en la vida cotidiana de las y los sujetos (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

Así definido ¿cómo producir conocimiento sobre este proceso? Por un lado, la investigación desde la **ms-sc** centra la atención en las características del proceso biopsíquico complejo y no en la enfermedad clínica, lo que permite analizar distintas dimensiones de la salud e incluir problemáticas que la clínica no reconoce pero que constituyen diversas escalas de malestar corporal y psíquico (Laurell, 1993). Por otro lado, el proceso salud-enfermedad se analiza a nivel de las colectividades humanas, definidas en función de su inserción específica en procesos sociales críticos. Se recurre a lo colectivo para estudiar el proceso de salud-enfermedad-cuidado, ya que es en donde resulta aprehensible y pueden estudiarse sus expresiones concretas (Laurell, 1982; Menéndez, 2005).

La salud y los procesos de trabajo

El estudio de la relación entre los procesos de trabajo y la salud no es reciente. Tal como señala Yanez (2003), en el siglo XIX Marx y Engels dedicaron parte de su obra al análisis del deterioro de la salud de los trabajadores bajo el capitalismo (Engels, 1976 [1845]). Justamente, fue el diálogo con herramientas conceptuales marxistas lo que imprimió en la **ms-sc** un especial interés por dicha relación. Desde el marxismo se entiende al trabajo como aquel proceso mediante el cual los seres humanos entran en contacto con la naturaleza, transformándola, y transformándose a sí mismos/as. Es un proceso social básico de toda sociedad por el que se producen los bienes necesarios para la vida social bajo una determinada relación entre sujetos y grupos sociales (Laurell, 1993). Entendido de este modo, el trabajo constituye un elemento central en la determinación de la salud-enfermedad-cuidado (Laurell, 1984; 1993; Menéndez, 2005).

La **ms-sc** considera los daños a la salud producidos en torno del proceso de trabajo en su acepción más amplia. Se tienen en cuenta no sólo las llamadas *enfermedades profesionales*, sino todos aquellos padecimientos o trastornos producidos por el trabajo, indistintamente de si son o no reconocidos en la legislación laboral (Noriega, 1993). La fatiga, el hastío, la monotonía, el temor al desempleo o malestares que para la medicina no conforman un cuadro clínico específico, también revelan efectos negativos de los procesos de trabajo. Además, el análisis no se limita a identificar y aislar los *factores de riesgo*, sino que

intenta comprender la relación *trabajo-salud* en su integralidad y complejidad (Villegas Rodríguez y Ríos Cortázar, 1993; Menéndez, 2005).

Para abordar esta relación, desde la **ms-sc** se elaboraron categorías específicas que permiten volver operativas algunas dimensiones fundamentales de la temática. Una de tales categorías es la de cargas de trabajo y la otra refiere a los procesos de desgaste⁵. Las cargas de trabajo comprenden aquellos elementos del proceso laboral que pueden transformar los procesos corporales y psíquicos, e incluyen las exigencias que pesan sobre el/la trabajador/a y los riesgos que afronta en el espacio de trabajo, aspectos cuya conjunción determina la nocividad laboral (Laurell, 1993).

Los riesgos derivan de los medios de producción, existen independientemente del trabajador/a y lo afectan en la medida en que interactúan con su corporalidad en el proceso laboral. Refieren particularmente al ambiente laboral y los objetos de trabajo. Las exigencias laborales son aquellas derivadas de la organización y división técnica del trabajo establecidas para el desarrollo de la actividad dentro de la lógica de la producción capitalista, e incluyen tanto la propia actividad física/intelectual, la intensidad del trabajo, las posiciones requeridas, la duración de la jornada, las formas de pago salarial, el ritmo, control, peligrosidad y monotonía del trabajo y las formas de supervisión (Noriega, 1993).

La forma concreta que asume la interacción entre riesgos y exigencias es resultado de las características sociotécnicas del proceso y expresa la especificidad que adquiere la explotación de los/as trabajadores/as. Las cargas de trabajo, integradas por riesgos y exigencias, no pueden ser aisladas y analizadas individualmente, puesto que adquieren significado pleno a partir de la dinámica global del proceso laboral (Laurell y Noriega, 1987; Noriega, 1993; Noriega, Laurell, Martínez, Méndez y Villegas, 2000).

En cuanto a la categoría de **desgaste**, se define como la pérdida de capacidades biopsíquicas, efectivas y/o potenciales, originada por las cargas laborales (Laurell, 1994). Considerar tanto capacidades efectivas como las potenciales permite analizar no sólo la destrucción biopsíquica, repentina o lenta, sino también los obstáculos al desarrollo de potencialidades en estos dos terrenos.

⁵ Se trata de nociones elaboradas en diálogo con presupuestos centrales del **Modelo Obrero Italiano**. Este puede definirse como una serie de prácticas de lucha e investigación en favor de la salud en el trabajo llevadas a cabo en Italia desde principios de los años sesenta, que implicaban la participación activa de los/as trabajadores/as en los procesos de investigación (Laurell, 1984; Voguel, 2016).

Tal como se piensa la salud-enfermedad, los procesos de desgaste caracterizan a las colectividades humanas y no primariamente a los/as individuos. Aun cuando determinado patrón de desgaste pueda expresarse en un/a individuo, es a nivel de la colectividad que adquiere significado y visibilidad. Esto se vincula con que el desgaste no depende de características biopsíquicas individuales, sino de las condiciones de vida a través y contra las que un grupo social se reproduce (Laurell y Noriega, 1987).

Ahora bien, estas categorías teóricas **-cargas de trabajo y procesos de desgaste-** remiten a esferas de la realidad que han sufrido profundas transformaciones en las últimas décadas: nuevas lógicas productivas; cambios en la composición de la fuerza de trabajo; nuevos patrones de precarización laboral; segmentos crecientes de trabajadores/as que no viven del empleo asalariado; subempleo y desempleo abierto; y pérdida creciente de la capacidad de negociación de las asociaciones sindicales (Minayo Gómez, 2012). Particularmente en América Latina, hacia finales del siglo XX se transitó hacia una mezcla de formas de organización laboral que implicaron para los/as trabajadores/as una pérdida creciente del control sobre el proceso de trabajo, mayor inestabilidad y aumento de las exigencias laborales (Noriega, 1993).

Además, la situación específica de las mujeres en cuanto que trabajadoras, se desdibuja en las categorías hasta aquí desarrolladas. Ello se vincula con que muchos estudios realizados desde la **ms-sc** consideran como instancias separadas la producción y la reproducción social. Así, mientras algunas investigaciones se enfocan en la producción y las condiciones de trabajo, otras exploran el universo de tareas vinculadas a la reproducción social y las condiciones de vida de los grupos sociales (Laurell, 1986; Garduño Andrade y Marquez Serrano, 1993; Yanes, 2003).

Sin embargo, cuando abordamos la salud de mujeres trabajadoras, producción y reproducción se entremezclan en la vida diaria y sus fronteras resultan casi imposibles de trazar. Si bien teóricamente se suele analizar por separado una y otra, en el caso de la salud-enfermedad-cuidado de las trabajadoras es indispensable situarlas como un continuo en el que desarrollan su vida (Garduño Andrade y Marquez Serrano, 1993). Aquí comienza a cobrar sentido recuperar los aportes realizados por la teoría feminista para considerar conjuntamente la producción y reproducción de la vida.

Aportes feministas para pensar el trabajo, la producción, la reproducción y los cuidados

La mayor parte del trabajo en el mundo lo realizan las mujeres: esto es un hecho. Por todo el mundo las mujeres cargan y cuidan a los hijos, cultivan, preparan y comercializan los alimentos, trabajan en fábricas y talleres explotadores, limpian la casa y el edificio de oficinas, participan en trueques, crean e inventan grupos de sobrevivencia.

Adrienne Rich, 1996

El final de la década de 1960 vio el surgimiento de debates impulsados por las feministas en torno a aspectos poco problematizados, o considerados como dados, por la mayoría de los análisis económicos: el trabajo doméstico, la división sexual del trabajo y la participación de las mujeres en la producción. El profuso debate teórico abierto por estas discusiones reunió a autoras de diversas procedencias políticas y posicionamientos teóricos que, sin embargo, compartían la intención de visibilizar las relaciones entre producción y reproducción de la vida humana, entre condiciones estructurales y división sexual del trabajo, entre patriarcado y capitalismo (Ciriza, 2007).

Los debates feministas sobre el trabajo de las mujeres pueden ser agrupados según una periodización que distinga dos grandes momentos:

- ◊ Los años setenta y ochenta, donde priman las discusiones sobre la naturaleza del trabajo doméstico, las relaciones entre producción y reproducción, y la discusión sobre la división sexual del trabajo
- ◊ Desde la década del noventa, cuando mediante la revalorización de la dimensión subjetiva de lo reproductivo/doméstico, comienza a teorizarse sobre los cuidados y la sostenibilidad de la vida (Pessolano, 2016).

Por cuanto las temáticas surcadas por el feminismo en torno a estos tópicos resultan muy vastas, aquí se exponen sólo los aportes de algunas autoras destacadas sobre las temáticas mencionadas. La selección deja fuera ciertas discusiones, pero se funda en una búsqueda de conceptos que puedan hacer las veces de “puertas de acceso” al diálogo con la **ms-sc**.

¿Qué es trabajo para la teoría feminista? Continuo producción-reproducción, concepción amplia de trabajo, división sexual y doble presencia

Para comenzar, cabe señalar que para la teoría feminista la diferenciación basada en el sexo no es un dato biológico o dado, sino *una de las formas más extendidas de explotación humana arraigada en la interacción personal entre los sexos, en instituciones sociales básicas, como la familia, y enraizada en estructuras económicas y políticas* (Benería, 1981:50). La subordinación de las mujeres adopta formas diversas de acuerdo a su ligazón con otros sistemas de dominación social, como la clase y la racialización, (Davis, 2005 [1981]) y se apoya en una base económica definida por la organización de la producción y de la reproducción (Benería, 1981).

La cuestión de la reproducción, entendida como el complejo de actividades y relaciones gracias a las cuales nuestra vida y nuestra capacidad laboral se reconstruyen a diario (Federici, 2013 [1975]), cobraba centralidad por los años setenta en los debates feministas⁶. Entre los múltiples puntos de discusión, se afirmaba que la producción material que ocurre en la esfera mercantil y la reproducción de individuos que acontece en la esfera doméstica se encuentran totalmente integradas (Carrasco, 1992). Silvia Federici (2013 [1975]) plantea que las actividades reproductivas no constituyen la contracara, ni son opuestas al trabajo asalariado, sino que en ellas se encuentra su cimiento. Aquello que se ha denominado como labores reproductivas es una forma de producción: es el trabajo de producir y reproducir la fuerza de trabajo.

⁶ También estas discusiones se expresaban en luchas feministas y del movimiento de mujeres. En el norte global, por ejemplo, en la campaña del salario para el trabajo doméstico (Federici, 2013). En el sur del mundo estas preocupaciones permearon las luchas de mujeres *doble militantes* (en organizaciones feministas y de izquierda) en el período que en Argentina se conoce como *los tempranos setentas* (Rodríguez Agüero, 2015).

Si bien este tipo de trabajo ha sido pensado como un servicio personal de las mujeres en las familias, por fuera de las relaciones capitalistas o como pre-capitalista, las actividades no remuneradas de las mujeres en el hogar, la producción de subsistencia de las campesinas y los servicios prestados por trabajadoras informales, son las “mercancías” que consumen los trabajadores asalariados y que garantizan a bajísimo costo su reproducción (Dalla Costa, 1977; Mies, 1986; Federici, 2013; 2018).

Mientras que las teorías económicas neoclásicas -y algunas interpretaciones marxistas- limitan el concepto de trabajo a las actividades remuneradas a cambio de un salario, las pensadoras feministas proponen una noción amplia de este concepto, que incluye las labores de producción y reproducción de la vida (Federici, 2013; Carrasco, 2006). En efecto, las actividades desarrolladas por las mujeres en los grupos domésticos, para asegurar su reproducción biológica, social y cultural constituyen trabajo en sentido pleno, en cuanto suponen el uso de las capacidades corporales y psíquicas para producir bienes y servicios básicos para la supervivencia (Carrasco, 2011 Rodríguez Enríquez, 2012). De hecho, las personas no se sustentan sólo por el ingreso percibido en los salarios, sino que este se combina con los *productos/servicios* que resultan de labores reproductivas: preparación de los alimentos, higiene corporal, aseo de la vivienda, cuidados, crianza, educación, entre otros.

Ahora bien, siendo una actividad tan importante para la producción y la reproducción social ¿cómo se justifica su invisibilidad para los análisis económicos? y ¿cómo se explica su atribución exclusiva a las mujeres? Es su naturalización y mistificación, su consideración como atributo natural de la psique y personalidad femenina, la apelación al amor y al deber materno, lo que conduce a la invisibilidad social, a la falta de remuneración y al escaso reconocimiento que el trabajo reproductivo arrastra hasta nuestros días (Federici, 2013 [1975]).

Los feminismos cuestionan que la carga desigual de las actividades reproductivas constituya una consecuencia natural de los papeles desempeñados por hombres y mujeres en la crianza de los hijos e hijas y contraponen el término *división sexual del trabajo* para referir a dos fenómenos mutuamente relacionados: por una parte, la división desigual del trabajo doméstico entre los sexos y, por otra, la distribución diferencial de hombres y mujeres en el mercado de trabajo, en los oficios y en las profesiones, en las jerarquías laborales y salariales. Ambos fenómenos constituyen un factor prioritario para la supervivencia de las desigualdades sexogenéricas (Benería, 1981; Hirata y Kergoat, 2007).

Aun cuando exhibe variaciones, la división

sexual del trabajo tiene dos principios organizadores persistentes: el principio de separación (existen trabajos de hombres y trabajos de mujeres) y el principio jerárquico (un trabajo de hombre tiene más valor que un trabajo de mujer). La permanencia de estos principios y su extensión en la mayor parte de las sociedades conocidas, no significan que la división sexual del trabajo sea inmutable. Por el contrario, exhibe una enorme plasticidad: sus modalidades concretas varían significativamente en el tiempo, pero se mantiene la diferenciación/desigualdad entre los grupos de sexo (Hirata y Kergoat, 2007).

En efecto, la división del trabajo por sexos no se ha modificado sustancialmente con el ingreso masivo de mujeres al empleo remunerado. Por el contrario, el peso de las jerarquías sexuales heredadas y reconstruidas hace que las mujeres experimenten el trabajo remunerado de manera específica, diferente al modo en que lo experimentan los hombres (Federici, 2018). Además, la participación femenina creciente en el mercado de empleo no redundó en una distribución más equitativa del trabajo doméstico, sino que implicó una sobrecarga de las trabajadoras y, eventualmente, una delegación de las tareas domésticas (paga o no) en otras mujeres desempleadas o empobrecidas (Pérez Orozco, 2014).

A partir de lo antedicho, podemos esbozar una síntesis sobre los rasgos más distintivos de la posición de las mujeres en cuanto que trabajadoras. Por una parte, su papel como responsables de la reproducción, condiciona la forma en que se insertan en el trabajo mercantil, ya que la carencia de remuneración del trabajo reproductivo se relaciona con los bajos salarios y las precarias condiciones que las mujeres se ven empujadas a aceptar en el mundo del empleo (Benería, 1981).

Por otra parte, la naturalización de las habilidades domésticas, adquiridas por ellas mediante un largo proceso de socialización y experiencias acumuladas en sus tareas de gestión de la supervivencia, conduce a que los empleos femeninos suelen ser una extensión de las funciones de esposa-ama de casa. Tales habilidades no se consideran como cualificación laboral y, por ende, no se remuneran debidamente (Federici, 2013 [1975]).

Finalmente, la sumatoria de las obligaciones domésticas con el empleo remunerado construyen una jornada de trabajo interminable, nombrada por los feminismos en términos de *doble presencia* (Balbo, 1994). Noción que alude a que el trabajo de las mujeres no culmina al salir de la fábrica o al retornar de las oficinas, plantaciones y comercios, sino que la jornada laboral se entrecruza de manera compleja con el trabajo gratuito que desempeñan cotidianamente en los hogares.

¿Cuáles son las particularidades del trabajo reproductivo-doméstico? Sobre los cuidados, la sostenibilidad de la vida y las desigualdades entre mujeres

En los años ochenta surgen cuestionamientos al concepto de trabajo reproductivo, por considerar reduccionista tomar como referencia para su definición el trabajo asalariado. Sociólogas italianas -entre las que se destacaron Laura Balbo, Franca Bimbi y Chiara Saraceno- comenzaron a referir al *lavoro di cura* para nominar las múltiples actividades invisibles que las mujeres adultas realizaban para cuidar de la vida (Carrasco, Borderías, y Torns, 2011). En este contexto, cobró fuerza una mirada que analizaba estas tareas desempeñadas gratuita e invisiblemente por las mujeres, no sólo en sus aspectos objetivos, sino también subjetivos.

Se hizo visible que las actividades reproductivas tienen características propias, no comparables con el trabajo mercantil, asociadas a los aspectos emocionales que comportan y a los objetivos que persiguen: el cuidado de la vida y el bienestar de las personas, antes que la acumulación de beneficios (Torres, Moreno, y Pessolano, 2014). En efecto, la labor de reproducir la fuerza de trabajo requiere una serie de servicios emocionales y físicos que son interactivos por naturaleza y que comportan una dimensión afectivo-relacional que invariablemente se crea durante el proceso de trabajo (Federici, 2018). Ello implica también que buena parte de dichos “servicios” no puede adquirirse en el mercado, ya que dan respuesta a necesidades de personas concretas -con subjetividades, necesidades y deseos singulares- y se sustentan en relaciones interpersonales difícilmente sustituibles por servicios mercantilizados (Pérez Orozco, 2014).

Existen múltiples definiciones del trabajo de cuidados en el seno del pensamiento feminista. Amaia Pérez Orozco (2014) identifica dos miradas posibles sobre los cuidados. Por una parte, aquella que enfatiza en su motivación, ligada al afecto y al sentido de la responsabilidad en relación otros/as sujetos. Si bien el afecto forma parte de estas labores, para la autora, definir el cuidado en estos términos es problemático ya que se lo ubica en el terreno del deber moral y esto legitima que las cuidadoras deban garantizar el bienestar ajeno por encima o a costa del propio. La otra forma de entender los cuidados, en la que se inscribe Pérez Orozco, destaca su contenido y las necesidades a las que responden.

De acuerdo con ello, define al trabajo de cuidado como *las actividades que regeneran cotidiana y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas* (Pérez Orozco, 2014:62). Se trata de un tipo de trabajo que abarca diversas tareas: el cuidado directo, fundado en la interacción personal; las labores domésticas que funcionan

como pre-condiciones del cuidado; la gestión mental de organización, planificación y supervisión de las dos anteriores; y la presencia y disponibilidad de tiempo para cada una de las mencionadas.

En relación con lo anterior, Corina Rodríguez Enríquez (2015), aborda una noción clave para analizar estas actividades: la organización social del cuidado. Este concepto refiere a las interrelaciones entre las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias en la producción y distribución de cuidados, ya que esta no ocurre de manera aislada o estanca, sino que resulta de una continuidad donde se suceden actividades, trabajos y responsabilidades entre los actores mencionados. Para la autora, en América Latina, y en Argentina particularmente, esta organización es injusta porque las responsabilidades de cuidado se encuentran desigualmente distribuidas, siendo asumidas mayoritariamente por los hogares y, dentro de estos, por las mujeres.

Al tematizar los cuidados a partir de las necesidades a las que dan respuesta y al visibilizar que su distribución no responde a una lógica natural, sino a una forma de organización social injusta, el eje de la discusión deja de ser lo monetario y lo mercantil, si un trabajo es o no remunerado, sino en qué medida se trata de un trabajo socialmente necesario (Pérez Orozco, 2014) y cómo se distribuye su carga socialmente. Con esto, los feminismos ponen en el centro del debate la cuestión de la sostenibilidad de la vida humana.

La noción de sostenibilidad de la vida humana es un concepto acuñado a partir del diálogo entre feminismo y perspectivas ecologistas. Integra diversos procesos que tienen como objetivo la vida y la subsistencia de las personas en sus distintas dimensiones, cotidianas, materiales y sociales (Picchio, 2009). Se la entiende como un proceso histórico de reproducción social, que refiere

no sólo a la posibilidad real de que la vida continúe -en términos humanos, sociales y ecológicos-, sino a que dicho proceso signifique desarrollar condiciones de vida, estándares de vida o calidad de vida aceptables para toda la población (Carrasco, Borderías, y Torns, 2011:60).

Al ubicar en el centro del análisis social la subsistencia, lo que se torna evidente es que todas las personas requieren cuidados y, algunas/os, cuidan a otros/as en algún momento de su vida. *Nadie puede sobrevivir sin ser cuidado/a, lo cual convierte al cuidado en una dimensión central del bienestar y del desarrollo humano* (Esquivel, Faur, y Jelin, 2012:11).

Tanto las posibilidades de ser cuidados/as, como la forma de llevar adelante las labores de cuidar exhiben profundas desigualdades. Perspectivas feministas antirracistas nos llevan a avanzar un paso más en esta reflexión (Davis,

2005 [1981]; Hill Collins, 1998; Lugones, 2005). El trabajo de cuidados, y las condiciones en que se ejerce, no sólo se inscribe en la división sexual del trabajo, sino que también lleva las potentes marcas de las posiciones de clase y étnico-raciales de los sujetos que lo desempeñan. Las cargas de trabajo, los recursos disponibles para aliviar estas cargas, los servicios sociales a los que

se puede acudir para afrontar una situación de enfermedad, no son equivalentes ni igualitarios para todas las mujeres (Maure, Linardelli, y Anzorena, 2016). A su vez, quienes son cuidados/as por otros/as también afrontan la desigual oferta de cuidados en función de su clase, lugar de residencia y origen étnico o estatus migratorio (Esquivel, Faur, y Jelin, 2012).

Convergencias entre salud colectiva y teoría feminista

Los apartados anteriores exploraron dos tradiciones críticas de pensamiento y algunas nociones clave para pensar la salud y los trabajos de las mujeres. Cabe destacar que la salud de las trabajadoras constituye un campo de interés creciente desde los años noventa. Hacia finales del siglo XX surgieron diversos estudios teóricos y empíricos sobre la temática (Breilh, 1991; Jassis y Guendelman, 1993; Lara y Acevedo, 1996; Brito, 1997; Hilfinger Messias, y otros, 1997; Bauvinic, Giuffridai, y Glassman, 2002; Cruz, Noriega, y Garduño, 2003; European Agency for Safety and Health at Work, 2003; Rubin-Kurtzman, Denman Champion, y Monteverde, 2006), que constituyen un antecedente fundamental de las inquietudes aquí planteadas.

En este apartado se abordarán algunas preguntas que pueden realizarse desde los feminismos a la ms-sc. En primer lugar, se propone reflexionar sobre el proceso de salud-enfermedad-cuidado si consideramos a las mujeres trabajadoras como colectividad. En segundo lugar, se explora el siguiente interrogante: si las fronteras de las fábricas se extienden hacia dormitorios, cocinas y hogares, donde se produce la fuerza de trabajo que en ellas labora (Federici, 2013 [1975]) ¿Por qué limitar el estudio de la relación trabajo-salud al ámbito del empleo remunerado? Finalmente, se plantea que, desde el campo de la salud, se recupere la noción de cuidado en los términos propuestos por la teoría feminista, por cuanto esto permite complejizar los análisis.

Respecto de la primera cuestión, como se señaló anteriormente, para la ms-sc los procesos de salud-enfermedad-cuidado se analizan a nivel de las colectividades humanas, definidas en función de su inserción específica en procesos sociales críticos. Ahora bien ¿Cómo se definen dichas colectividades? y ¿Qué inserciones sociales deben considerarse relevantes? Los conceptos feministas abordados a lo largo del texto permiten afirmar que las desigualdades sociales derivadas de la diferenciación sexual debieran constituir un eje analítico de peso a la hora de construir tales colectividades. Aún más, se puede considerar la salud-enfermedad-cuidado como

una experiencia corporal generizada (Grimberg, 2009). Sin embargo, cabe aclarar que las mujeres no son un colectivo homogéneo,

sino un sujeto complejo, atravesado por múltiples contradicciones ligadas a la clase social, la cultura, el color de la piel, la orientación sexual. ¿Cómo escindir de la experiencia de una mujer su inscripción en la clase social a la que pertenece, de los efectos sociales y políticos del color de su piel, de su acento al hablar, de su cultura? (Ciriza, 2008:28).

Al indagar la salud-enfermedad-cuidado y la relación trabajo-salud de un grupo social conviene entonces tener presente que clase, sexo-género y “raza” se intersectan y producen formas específicas vivir el trabajo, la salud y la reproducción cotidiana (Davis, 2005 [1981]; Crenshaw, 2012).

Estas ideas no son nuevas. Incluso se cuenta con investigaciones que correlacionan género, salud y -en algunos casos- etnicidad. Se trata de trabajos que sostienen que las desigualdades existentes en materia de educación, ingresos y empleo producen una *morbilidad genérica diferencial*, al tiempo que limitan la capacidad de niñas y mujeres para proteger su propia salud (Krieger, 2003; Marquez et al., 2004; Prazeres, et al., 2008; OMS, 2009; OPS, 2009; Ortega Ruiz, 2011; Tajer, et al., 2013). Se ha documentado también que la doble presencia y la división sexual del trabajo implican pesadas cargas y esfuerzos excesivos que deterioran progresivamente la salud de las mujeres trabajadoras (Breilh, 1991; Brito, 2000; Brito, et al., 2012).

No obstante estos hallazgos, es posible indicar que el instrumental teórico utilizado para investigar sobre procesos de salud-enfermedad-cuidado no se ha transformado en profundidad. Persisten enfoques que separan la producción material y las condiciones de empleo, de la reproducción y las condiciones de vida, aun cuando esta separación diste enormemente de la experiencia cotidiana de las mujeres. Si se

mantuviese un diálogo sistemático con el bagaje conceptual aportado por la teoría feminista, podría analizarse la salud-enfermedad-cuidado como una síntesis resultante de las formas históricas específicas que asume la producción-reproducción de la vida, entendida como un continuo.

Esto último invita a revisar algunas de las categorías propuestas por la **ms-sc**. Por ejemplo, ya se dijo que las cargas de trabajo deben ser analizadas a partir de la dinámica global del proceso laboral, que depende de los medios y de la organización de la producción. Sin embargo, esa dinámica no está separada de la forma en que se organiza la reproducción: no existe un sistema de producción que opere separado de un sistema de reproducción, por lo que las transformaciones en uno suponen cambios en su inseparable otro (Kofman, 2016).

En cuanto al segundo tema planteado en este apartado, propuesto a modo de interrogante ¿Por qué limitar el estudio de la relación trabajo-salud al ámbito del empleo remunerado? Los conceptos feministas analizados hasta aquí cambian el punto de gravitación, desde una perspectiva centrada exclusivamente en el trabajo asalariado y la producción de mercancías, por otra que integra la producción-reproducción de las personas, especialmente las contribuciones de las mujeres a través de sus labores domésticas. Esto visibiliza una cuestión clave: la duración total de la jornada laboral femenina.

En efecto, el recorrido realizado en este escrito, deja entrever que el trabajo de las mujeres no culmina al salir de la fábrica o al retornar de las plantaciones, los comercios y las oficinas, sino que la jornada laboral se entrecruza de manera compleja con el trabajo gratuito que desempeñan en los hogares, sin el cual no sería posible la reproducción familiar y social.

Entonces, para el análisis de la salud de las trabajadoras se debiera considerar la carga global de trabajo que genera una forma particular de interacción entre empleo y trabajo reproductivo. Esto implica revisar, entre otros aspectos, cuántas horas consideramos que trabajan la mayoría de las mujeres. Si se considera el caso de las trabajadoras de agro, por ejemplo, vemos que una asalariada rural puede levantarse a las cinco de la mañana para preparar los alimentos que consumirá toda su familia durante el día, trasladarse luego a la finca donde cosecha y permanecer ocho horas (que le son remuneradas a destajo); para volver a su hogar y realizar cuatro o cinco horas más de labores domésticas, por las que no recibe paga alguna⁷. Esta jornada exhibe que el tiempo necesario para realizar las actividades domésticas avanza sobre el tiempo de reposición de la fuerza de trabajo, lo que redundaría en un mayor desgaste (Garduño Andrade y Marquez Serrano, 1993).

⁷ Este tipo de jornada ha sido descrita por las trabajadoras agrícolas que han sido entrevistadas para la tesis doctoral en que se enmarca el artículo.

En ese marco, el análisis del desgaste laboral de las mujeres trabajadoras, no debiera limitarse a “sumar” las actividades remuneradas y no remuneradas, sino a examinar la forma particular, variable e histórica en que unas y otras se combinan. Por una parte, porque la forma que asumen las labores domésticas y de cuidados se encuentran modeladas por el tipo de empleo al que se accede. Esto es, si se trata de empleo registrado, que permite gozar de licencias establecidas por ley, contar con cobertura de salud, una paga estable cuyo monto permita contratar servicios de cuidado. Al contrario, la falta de registración impide el goce de licencias por enfermedad o por atención de un/a familiar enfermo/a, y el pago por jornal supone que un día de reposo o dedicado a la asistencia de otro/a resulta un día sin remuneración.

Por otra parte, porque el tipo de empleo al que se puede acceder guarda estrecha relación con el lugar de las mujeres en la reproducción. La atribución de las responsabilidades de cuidado a las mujeres funciona como un factor de discriminación en el mercado de trabajo. A su vez, los ciclos de las unidades domésticas suponen diferentes posibilidades de inserción laboral para ellas. Cuando las mujeres transitan embarazos y tienen hijos/as pequeños/as resulta un período en el que, a la par que aumenta la exigencia doméstica y de cuidados, se encuentran posicionadas en condiciones menos ventajosas para negociar con los empleadores. En general, cursar un embarazo o ser madre de niños/as pequeños/as puede constituir una razón para no ser “seleccionada” para un empleo. En trabajos informales, pueden percibir menores ingresos e incluso ser despedidas. El esfuerzo analítico es, entonces, poder determinar cómo esta combinación de exigencias, de carácter variable, influye en un perfil patológico específico (Garduño Andrade y Marquez Serrano, 1993).

Adicionalmente, al analizar el mundo del empleo y su impacto en la salud-enfermedad-cuidado, se debe evitar considerar a “los trabajadores” como un conjunto homogéneo, ya que se olvidan las jerarquías sexuales que operan los mercados de trabajo. Se deja de lado el hecho de que esas jerarquías destinan a las mujeres a los trabajos peor remunerados y más inestables, lo que tiene consecuencias directas en la salud de las trabajadoras. A partir de esto, un desafío para el estudio de la relación trabajo-salud es indagar en las marcas corporales y subjetivas, los daños a la salud y las (im)posibilidades de cuidado que el empleo remunerado produce en las mujeres, fundamentalmente porque el mercado de trabajo se encuentra segmentado sexualmente.

En relación al último aspecto propuesto para analizar en esta sección, cabe señalar que el pasaje realizado en la **ms-sc** desde la categoría de *atención* a la de *cuidado* carece, en buena medida, de referencias teóricas que expliciten

dicho cambio con claridad. Una investigación reciente (Michalewicz, Pierri, y Ardila-Gómez, 2014) identifica al menos cinco usos de la noción de cuidado en el campo de la **ms-sc**: el cuidado vinculado con una dimensión afectiva y vincular de las prácticas en salud; también para referir a prácticas no formales de atención; en otros casos para referir a un concepto superador de la atención por su acento en la integralidad y la participación; como una noción centrada en las/os usuarias/os; o bien como sinónimo de atención.

En ese marco, la propuesta de este trabajo es recuperar la noción de cuidado en los términos propuestos por la teoría feminista, por cuanto esto permite inscribir el concepto en el marco la reproducción social, la producción y el trabajo. Si bien la noción de cuidado comenzó a ser uti-

lizada en el seno de la teoría feminista para poner en valor los aspectos subjetivos de las tareas reproductivas, ello no impidió mantener su consideración como trabajo, y señalar que se trata de un aporte gratuito realizado por las mujeres a la producción-reproducción social.

Reconocer la inscripción genealógica del término en el marco de la teoría feminista implica identificar que el cuidado de la salud, específicamente, es un tipo de atención sexualmente delimitado. Masivamente son las mujeres las que proveen dichas prestaciones, tanto de manera remunerada y profesional, como en forma gratuita, en el marco de sus vínculos afectivos y domésticos. De este modo se visibiliza que los cuidados se organizan a partir de una división sexual del trabajo que resulta clave en el mantenimiento de la subordinación de las mujeres.

Conclusiones

Este artículo buscó cumplir un doble propósito. Por un lado, recuperar tradiciones críticas de pensamiento para reponer su análisis en un contexto de desposesión creciente para las mayorías trabajadoras, articuladas a crisis económicas y de la reproducción. Justamente, la **ms-sc** latinoamericana surge en el contexto de lo que se denominó *crisis de la medicina*; mientras que los feminismos abrieron sus debates sobre el trabajo de las mujeres cuando en los países centrales los Estados sociales comenzaban a declinar y en el sur global se empujaba masivamente a las mujeres al empleo asalariado, sin proporcionar relevos en sus tareas domésticas.

Con nuevas expresiones, el escenario actual vuelve a tensionar fibras similares de la trama social, atentando contra las estrategias familiares y comunales de sostenimiento cotidiano, provocando el aumento de la carga de trabajo remunerado y gratuito de las mujeres, y multiplicando las formas de sufrimiento de la población laboral. Esto convoca a traer a la escena a pensadores/as que han aportado herramientas analíticas para dilucidar épocas críticas.

Por otro lado, se procuró poner en diálogo dichas tradiciones teóricas a fin de enriquecer el punto de vista de cada una. Entre las aperturas conceptuales que derivan del uso complementario de estas tradiciones se destaca, en primer lugar, la consideración conjunta de los procesos de producción y reproducción social en el análi-

sis de la salud-enfermedad, evitando así una separación artificial entre condiciones de vida y condiciones de trabajo.

En segundo lugar, la visibilización del trabajo como una experiencia atravesada por los efectos de la diferenciación sexual. Esto es, el reconocimiento de que la división sexual del trabajo y la doble presencia de las mujeres en la esfera productiva y reproductiva demarcan no sólo una jornada de trabajo más extensa, sino también sujeta a mayores precariedades, cargas laborales diferentes y procesos de desgaste específicos, que se han visto desdibujados por los abordajes de la relación trabajo y salud abocados estrictamente al ámbito del empleo.

Ahora bien, subsanar la invisibilidad de los trabajos de las mujeres no implica únicamente sumar horas de trabajo reproductivo y horas de empleo. Las contribuciones feministas consideran que la compleja articulación entre estas esferas resulta variable e histórica, exhibe desigualdades entre las mujeres de acuerdo a su posición social, e -incluso- se transforma a lo largo del curso de vida de una misma trabajadora.

Finalmente, el cruce entre **ms-sc** y teoría feminista, conduce a inscribir la noción de cuidado en una genealogía teórica y política comprometida con la transformación de las desigualdades sexogenéricas, al visibilizar los cuidados realizados por las mujeres como un trabajo en sentido pleno y como un aporte fundamental para la sostenibilidad de la vida.

Bibliografía

- Almeida Filho, N., y Silva Paim, J. (1999). "La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica". *Cuadernos Médico Sociales*, 5-30.
- Balbo, L. (1994). "La doble presencia". En Borderías, C., Carrasco, C. y Alemany, C., *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria.
- Bauvinic, M., Giuffridai, A., y Glassman, A. (2002). "Gender inequality in health and work: the case of Latin America and the Caribbean". *Sustainable Development Department Technical Papers Series*, 1-36.
- Benería, L. (1981). "Reproducción, producción y división sexual del trabajo". *Mientras Tanto*(6), 47-84.
- (2007). "The crisis of care, globalization of reproduction, and 'reconciliation' policies". *8th International GEM-IWG Conference. Engendering Macroeconomics and International*, Salt Lake City.
- Borderías, C., Carrasco, C., y Alemany, C. (1994). *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria.
- Breilh, J. (1991). *La triple carga (Trabajo, práctica doméstica y procreación). Deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
- Breilh, J. (2008). "Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud". En A. L. Social, *Taller Latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud: documento para la discusión*. México: ALAMES.
- (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, pp. 13-27.
- Brito, J. (1997). "Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero". *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2), pp. 141-144.
- (2000). "Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho". *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), pp. 195-204.
- Brito, J.C.; Neves, M.Y.; Oliveira, S.S.; y Rotenberg, L. (2012). "Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero". *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 37(126), pp. 316-329.
- Carrasco, C. (1992). "El trabajo de las mujeres: producción y reproducción (Algunas notas para su reconceptualización)". *Cuadernos de Economía*, 20, pp. 95-109.
- Carrasco, C. (2006). "La economía feminista: una apuesta por otra economía". En Vara, M. J., *Estudios sobre género y economía*. Madrid: Akal.
- (2011). "La economía del cuidado: Planteamiento actual y Desafíos pendientes". *Revista de Economía Crítica*(11), 205-225.
- Carrasco, C., Borderías, C., y Torns, T. (2011). "El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales". En Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.
- Casallas Murillo, A. L. (2017). "La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional". *Ciencias de la Salud*, 15(3), pp. 397-408.
- Castro, R. (2016). "De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad". *Salud Colectiva*, pp. 71-84.
- Ciriza, A. (2008). "Genealogías feministas y memoria: a propósito de la cuestión de la ciudadanía de mujeres". En *Intervenciones sobre ciudadanía de mujeres, política y memoria. Perspectivas subalternas*. Buenos Aires: Feminaria Editora.
- (2011). "Mujeres y transnacionales. A propósito de las relaciones entre capitalismo y patriarcado en tiempos de crisis". *Solidaridad Global*, pp. 29-34.
- Cruz, A. C., Noriega, M., y Garduño, M. (2003). "Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones". *Cadernos Saúde Pública*, 19(4), pp. 1129-1138.
- Dalla Costa, M. (1977). "Las mujeres y la subversión de la comunidad". En James, S. y Dalla Costa, M. *El poder de la mujer y la subversión de la comunidad*. México: Siglo XXI.
- Davis, A. (2005 [1981]). *Mujeres, raza y clase*. Madrid: Akal.
- de Sousa Campos, G. W. (2000). "Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas". *Ciência y Saúde Coletiva*, 5(2), pp. 219-230.
- Esquivel, V., Faur, E., y Jelin, E. (2012). "Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado". En Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aires: IDES.
- European Agency for Safety and Health at Work. (2003). *Gender issues in safety and health at work. A review*. Luxemburgo: Official Publications of the European Communities.

- Falquet, J. (2009). "La règle du jeu. Repenser la co-formation des rapports sociaux de sexe, de classe et de «race» dans la mondialisation néolibérale". En Dorlin, E. *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Federici, S. (2013 [1975]). "Contra-atacando desde la cocina". En *Revolución en punto cero. trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de sueños.
- (2014). "La reproducción de la fuerza de trabajo en la economía global y la revolución feminista inacabada". *Contrapunto*, pp. 97-128.
- (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Feo Istúriz, O., Feo Acevedo, C., y Jiménez, P. (2012). "Pensamiento contrahegemónico en salud". *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), pp. 602-614.
- Galeano, D., Trotta, L., y Spinelli, H. (2011). "Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida". *Salud Colectiva*, 7(3), pp. 285-315.
- García, J. C. (2007 [1986]). "Juan César García entrevista a Juan César García". *Medicina Social*, 2(3), pp. 153-159.
- Garduño Andrade, M. d., y Marquez Serrano, M. (1993). "La salud laboral femenina. Apuntes para su investigación". En Laurell, A. C. *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Granda, E. (2003). "¿A qué cosa llamamos salud colectiva hoy?" *VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva*. Brasilia.
- Grimberg, M. (2009). "Sexualidad, experiencias corporales y género: un estudio etnográfico entre personas viviendo con VIH en el Área Metro-politana de Buenos Aires, Argentina". *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), pp. 133-141.
- Hilfinger Messias, D. K., Im, E.O., Page, A., Regev, H., Spiers, J., Yoder, L., y Ibrahim Meleis, A. (1997). "Defining and redefining work: implications for women's health". *Gender y Society*, pp. 296-323.
- Hill Collins, P. (1998). La política del pensamiento feminista negro. En Navarro, M. Stimpson, C. (comp.) *¿Qué son los estudios de mujeres?* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Hirata, H., y Kergoat, D. (2007). "Novas configurações da divisão sexual do trabalho". *Cadernos de Pesquisa*, 37(132), pp. 595-609.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., y Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), pp. 128-136.
- Jassis, M., y Guendelman, S. (1993). "Maquiladoras y mujeres fronterizas ¿Beneficio o daño a la salud obrera?" *Salud Pública de México*, 35, pp. 620-629.
- Kofman, E. (2016). "Repensar los cuidados a la luz de la reproducción social: una propuesta para vincular los circuitos migratorios". *Investigaciones Feministas*, 7(1), pp. 35-56.
- Krieger, N. (2003) "Genders, sexes, and health: what are the connections and why does it matter?" *International Journal of Epidemiology*, (32), pp. 652-657.
- Lara, M. A., y Acevedo, M. (1996). "Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para su salud reproductiva". En *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. México: EDAMEX.
- Laurell, A. C. (1978). "Proceso de trabajo y salud". *Cuadernos Políticos*(17), pp. 59-79.
- (1982). "La Salud-Enfermedad como proceso social". *Cuadernos Médico-Sociales*, (19), pp. 1-11.
- (1984). "Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia". *Cuadernos Políticos*, pp. 63-83.
- (1986). "El estudio social del proceso de salud-enfermedad en América Latina". *Cuadernos Médico Sociales*, 37.
- (1993a). "La construcción teórico metodológica de la investigación sobre salud de los trabajadores". En Laurell, A. C. *Para la investigación de la salud de los trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- (1993b). *Para la investigación de la salud de los trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- (1994). "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad". En Rodríguez, M. I. *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington DC: OPS/OMS.
- Laurell, A. C., y Noriega, M. (1987). "Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción". *Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social*, (págs. 61-91).
- López Arellano, O., Escudero, J. C., y Carmona, L. D. (2008). "Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES". *Medicina Social*, pp. 323-335.
- Lugones, M. (2005). "Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color". *Revista internacional de filosofía política*(25), pp. 61-76.
- Maure, G., Linardelli, M. F., y Anzorena, C. (2016). "¿Autoatención o trabajo de cuidados? el rol de mujeres migrantes bolivianas en el cuidado de sus familiares enfermos/as". *Actas de las VIII Jornadas de Antropología Social Santiago Wallace*. Buenos Aires: UBA.
- Markez, I., Poo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E., y Vega, A. (2004). "Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), pp. 37-61.

- Mendoza Rodríguez, J. M., y Jarillo Soto, E. C. (2011). "Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos". *Ciência y Saúde Coletiva*, 16(1), pp. 847-854.
- Menéndez, E. (1983). Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales. En *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. (págs. 1-20). México: Cuadernos de la Casa Chata.
- Menéndez, E. (2005a). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), pp. 9-32.
- (2005b). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, pp. 33-69.
- Michalewicz, A., Pierri, C., y Ardila-Gómez, S. (2014). "Del proceso de salud-enfermedad/atención al proceso de salud-enfermedad-cuidado: elementos para su conceptualización". *Anuario de investigaciones*, Vol. XXI, pp. 217-224. Buenos Aires: Facultad de Psicología - UBA.
- Mies, M. (1986). *Patriarchy and accumulation on a world scale. Women in International Division of Labour*. London: Zed Books.
- Minayo Gómez, C. (2012). "Historicidad del concepto 'salud del trabajador' en el ámbito de la salud colectiva: el caso de Brasil". *Salud Colectiva*, 8(3), pp. 221-227.
- Noriega, M. (1993). "Organización laboral, exigencias y enfermedad". En Laurell, A. C. *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Noriega, M., Laurell, C., Martínez, S., Méndez, I. y Villegas, J. (2000). Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(4), pp. 1011-1019.
- Nunes, D. E. (1994). "Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito". *Saúde e sociedade*, 3(2), pp. 5-21.
- (1996). "Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação". *Ciência y Saúde Coletiva*, pp. 55-69.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Las Mujeres y la Salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Plan de acción para la Implementación de la Política de Igualdad de Género de la Organización Panamericana de la Salud 2009-2014*.
- Ortega Ruiz, C. (2011). "Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea". *Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género*, 1(4), pp. 208-223.
- Osmo, A. y Schraiber, L. B. (2015). "O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição". *Saúde e Sociedade*, pp. 205-218.
- Paim, J. S. (1992). *La salud colectiva y los desafíos de la práctica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Pautassi, L., y Zibecchi, C. (2013). *Redefiniendo las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Biblos.
- Pérez Orozco, A. (2014). "Del trabajo doméstico al trabajo de cuidados". En Carrasco, C. (ed.) *Con voz propia. La economía feminista como apuesta teórica y política*. Madrid: La Oveja Roja.
- Pessolano, D. (2016). Economía de la vida. Aportes de estudios feministas y de género. *Polis, Revista Latinoamericana*, 15(45), 191-209.
- Picchio, A. (2009). "Condiciones de vida: Perspectivas, análisis económico y políticas públicas". *Revista de Economía Crítica*, (7), pp. 27-57.
- Prazeres, V., Soares, C., Marques, A. y Laranjeira, A. (2008). *Saúde, sexo e género: factos, representações e desafios*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Rich, A. (1996). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Cátedra.
- Rodríguez Agüero, E. (2015). "Intervenir desde los márgenes: Mujeres y feminismos en la revista Crisis. Argentina 1973-1976". *Nomadías*, pp. 105-128.
- Rodríguez Enríquez, C. (2012). "La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico?" *Revista CEPAL*, 106, pp. 23-36.
- (2015). "Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad". *Nueva Sociedad*, 256, pp. 30-44.
- Rubin-Kurtzman, J., Denman Champion, C. y Monteverde, G. (2006). "Cambios en el Mundo del Trabajo y la Salud de Las Mujeres: Una Revisión desde America Latina". *California Center for Population Research On-Line Working Paper Series*, pp. 1-57.
- Spinelli, H. (2005). "Laberintos" (editorial). *Salud Colectiva*, 7.
- Stolkiner, A., y Ardila Gómez, S. (2012). "Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas". *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIII, pp. 57-67.
- Tajer, D., Reid, G., Gaba, M., Lo Russo, A., Barrera, M.I. (2013). "Investigaciones sobre género y determinación psicosocial de la vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres". *Revista Argentina de Cardiología*, (81), 344-352.
- Torres, L., Moreno, S., y Pessolano, D. (2014). "Aportes de los estudios feministas, de la mujer y de género al concepto de reproducción social". En Torres, L., Abraham, E. y Pastor, G. *Ventanas sobre el territorio. Herramientas teóricas para comprender las tierras secas*. Mendoza: Ediunc.
- Villegas Rodríguez, J., y Ríos Cortázar, V. (1993). "La investigación participativa en salud laboral: el modelo obrero". En Laurell, A. C. *Para la investigación sobre salud de los trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Voguel, L. (2016). "La actualidad del Modelo Obrero Italiano para la lucha a favor de la salud en el trabajo". *Laboreal*, 12(2), pp. 10-17.

Waitzkin, H. (2006). "Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social". *Medicina Social*, 1(1), pp. 5-10.

Yanes, L. (2003). "El trabajo como determinante de la salud". *Salud de los Trabajadores*, pp. 21-42.