

Efectos de la pandemia y el confinamiento en la autonomía sexual y reproductiva

Lourdes Enríquez Rosas*

La contingencia sanitaria mundial provocada por la pandemia de covid-19 y las consecuentes medidas de aislamiento social y resguardo domiciliario a las que ha recurrido nuestro país para evitar el contagio tienen impactos diferenciados en la vida de hombres y mujeres, en el sentido de que han profundizado las desigualdades, exclusiones y violencias por razones de género normalizadas y toleradas, tanto al interior de los hogares como fuera de ellos. Lamentablemente, los retrocesos en materia de derechos humanos de las mujeres y niñas son evidentes y en la medida en que avancen las mediciones de la preocupante situación actual, se tendrá más claridad de los daños a la integridad física y psíquica de las mujeres y de los efectos de lo que podríamos definir como la *feminización de la sobrevivencia* durante esta difícil crisis global de salud.

Cuesta trabajo aceptar que como consecuencia de la pandemia los objetivos de desarrollo sostenible de la agenda mundial 2030 se quedarán en una lista de metas e indicadores inalcanzables, las brechas de desigualdad serán más complicadas de atender y la inercia en el adelgazamiento de derechos en el país se acentuará más. En los últimos meses, la Federación Mexicana de Universitarias ha convocado a múltiples conversatorios y foros de análisis multidisciplinario de lo que está sucediendo y este ensayo recoge ideas que se han discutido en

* Abogada feminista y maestra en Filosofía del Derecho por la Universidad Nacional Autónoma de México. Integrante de la Federación Mexicana de Universitarias y del Seminario Permanente de Investigación, Alteridad y Exclusiones en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Coordina el proyecto sobre derechos reproductivos en el Programa Universitario de Bioética, UNAM.

esos eventos académicos y además propone visibilizar el complicado acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres más vulnerables de nuestro país.

A pesar de que al inicio de la crisis sanitaria se hicieron las previsiones oficiales para que los servicios de salud sexual y reproductiva se colocaran entre las actividades esenciales e imprescindibles durante la gestión oficial de la pandemia por SARS-CoV-2, el acceso a esos servicios de salud en específico ha sido muy complicado y la atención deficiente o nula.¹ Se trata de servicios de salud perinatal, planificación familiar, atención de enfermedades de transmisión sexual, problemas de infertilidad, prevención de aborto inseguro y manejo profesional de sus consecuencias, así como la atención de casos de violencia, principalmente la de índole sexual y los severos daños que causa en la vida y en los cuerpos de las mujeres, niñas y adolescentes.

El temor a los contagios, la disminución de personal sanitario activo para hacerse cargo de los servicios y la reconversión hospitalaria complicaron aún más las políticas públicas en salud sexual y reproductiva. A lo anterior, hay que sumar las cada vez más agresivas acciones de los grupos antiderechos y clericales, que sistemáticamente buscan frenar información pública sobre educación integral en sexualidad e impedir programas de consejería objetiva en materia de salud reproductiva que deben dirigirse a la población, esto por recomendación y mandato de instancias internacionales y por el compromiso constitucional de cumplir con los tratados de derechos humanos.

A pesar de las dificultades señaladas, este texto intenta dar cuenta y describir algunas de las maneras en que las acciones solidarias y la invención colectiva han ideado múltiples estrategias, incluidas algunas con las instituciones estatales, que buscan generar nuevos modelos de atención a la salud, aprovechar la digitalización e implementar prácticas creativas y de acompañamiento comunitario que fortalezcan la autonomía sexual y reproductiva.

¹ Lineamientos técnicos publicados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaría de Salud.

Autonomía sexual y reproductiva

Cuando hablamos de salud sexual y reproductiva el principio ético fundamental es la autonomía, que opera transversalmente en ambas esferas de la salud. La autonomía personal se concreta fundamentalmente en el derecho a la libertad sexual y reproductiva, y de manera muy general, en el derecho al libre desarrollo de la personalidad, o bien, en el derecho a planear y decidir un propio plan de vida y llevarlo a cabo; se trata de entender la autonomía personal en términos de autorrealización, de capacidad y de libertades fundamentales. Es por ello que ciudadanía y autonomía son conceptos que se encuentran ligados para el reconocimiento y la protección de los derechos sexuales y reproductivos.

En parámetros de un marco liberal de derechos, los derechos sexuales y reproductivos deben garantizar la libertad para decidir y controlar asuntos relacionados con la sexualidad, el uso de métodos anticonceptivos, el embarazo y la crianza. Por ello la autonomía es la habilidad para controlar cuándo, cómo y cuántos hijas o hijos tener, es decir, el cumplimiento a cabalidad de las intenciones reproductivas como la habilidad ejercida para el control y la toma de decisiones sobre anticoncepción, embarazo y la interrupción del mismo. Aunque no se puede soslayar que las decisiones reproductivas se darán en función de las determinantes sociales y de las condiciones estructurales que muchas veces impiden acceder con igualdad, equidad, justicia y autonomía al derecho a la salud tanto sexual como reproductiva.

El Estado es responsable de garantizar el mayor acceso posible de las mujeres a una vida digna, saludable y libre de violencia, por lo que el ejercicio de la autonomía reproductiva será posible sólo cuando se hayan procurado las condiciones para que ninguna mujer muera por causas maternas, todas tengan relaciones sexuales consensuadas y nadie quede embarazada cuando no es su intención y no lo desea.

En los últimos años, por recomendaciones de los organismos internacionales y por la obligatoriedad constitucional de cumplir con los tratados de derechos humanos, el diseño de políticas institucionales ha hecho énfasis en modificar los modelos de atención a la salud con base en el principio de dignidad

y el derecho a la privacidad, a la igualdad de trato y oportunidades, así como a pensar el cuerpo, la sexualidad, la intimidad y la reproducción.

En la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995 se reconoció que las mujeres tienen el derecho de controlar todos los aspectos de su salud, incluyendo aquellos relativos a su fecundidad, pues el control de la misma es fundamental para su emancipación.² El hecho de que las mujeres puedan tomar decisiones libres sobre su sexualidad involucra la protección de diversos derechos humanos, en donde tiene gran importancia el derecho a la salud, el cual, visto de forma integral, no se refiere exclusivamente a la salud física, sino que también comprende el bienestar mental y social de cada persona.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos no se encuentran definidos de manera explícita en nuestro ordenamiento jurídico. Sin embargo, se trata de derechos humanos que están reconocidos por numerosos tratados internacionales y que giran alrededor del derecho a la salud, específicamente en sus dimensiones de sexualidad y reproducción.

Siguiendo a Josefina Brown, entendemos los derechos sexuales y (no) reproductivos como “aquellos derechos vinculados a la tríada cuerpo, sexo y (no) procreación que, en un sentido muy general, incluyen los derechos a decidir si tener hijas o hijos o no y con qué frecuencia, a tener acceso a la información y a los métodos anticonceptivos, a garantizar los procesos de embarazo, parto y puerperio; también incluyen el derecho a ejercer la sexualidad libre de coerción o violencia y a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo”.³ Al insertar el vocablo “(no)” antes del vocablo “reproductivos”, la aportación de Brown permite reconocer dentro de estos derechos, en primer lugar, a la sexualidad desligada de la reproducción, pero también otorgar protección a la sexualidad que tiene fines reproductivos.⁴

² Naciones Unidas, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995, párrafo 92.

³ Josefina L. Brown, “Sentidos sobre derechos, salud y sexualidad en Argentina. Un estudio exploratorio”, *Questión*, vol. 1, núm. 48, 2015, p. 333, disponible en <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/2731>, consulta: 19 de marzo de 2020.

⁴ Lourdes Enríquez y Pilar González Barreda, “Agenda global de género, derecho a la salud y autonomía reproductiva”, Instituto Electoral de la Ciudad de México, Revista *Inclusive*:

Es necesario que los Estados materialicen los derechos humanos vinculados con la sexualidad y la reproducción. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha referido que la atención integral de la salud sexual y reproductiva abarca cuatro elementos interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Respecto al primero, los Estados tienen el deber de disponer de un número adecuado de establecimientos, servicios, bienes y programas en funcionamiento para la atención de la salud; velar por que haya personal médico y profesional capacitado y proveedores calificados; disponer de medicamentos esenciales, incluida una amplia gama de métodos anticonceptivos, como los preservativos y los anticonceptivos de emergencia, medicamentos para la asistencia en casos de aborto y después del aborto, y para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH.⁵

Debido a las complicaciones por la emergencia sanitaria, la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva se han visto gravemente mermadas a pesar de que en los lineamientos y protocolos para atender la pandemia por covid-19 fueron declaradas servicios esenciales y priorizadas en la lista de actividades de urgente atención.

Servicios esenciales en salud sexual y reproductiva

A pesar de los lineamientos de servicios esenciales de salud mencionados, la respuesta del sector público ante la emergencia y la saturación de hospitales y clínicas ha sido privilegiar la atención de pacientes con graves síntomas de insuficiencia respiratoria y diagnóstico de covid-19, sobre la atención en salud que no sea esencial ni urgente, lo cual ha afectado la salud sexual y reproductiva de mujeres y adolescentes.

Mujeres, Serie de inclusión, derechos humanos y construcción de ciudadanía, ed. 9, agosto 2020, Comité Editorial del INE CDMX.

⁵ Cfr. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General* número 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, 2016, párrafos 12 y 13.

Las mujeres, y las personas en general, llevan una vida sexual activa aún en las situaciones más extremas y excepcionales, durante guerras, desastres naturales y en epidemias o contingencias sanitarias como la actual. Además, sabemos y hay cada vez más evidencia, de que en esta difícil situación de confinamiento y distanciamiento social ha aumentado la probabilidad de que las relaciones íntimas se den bajo coerción, abuso y violencia.

Las mujeres y adolescentes siguen teniendo necesidad urgente de cuidados médicos en embarazo, parto y puerperio, por lo que la atención prenatal de las mujeres embarazadas se declaró oficialmente, desde el inicio del confinamiento, como una actividad esencial y de urgente atención. También resulta imprescindible la necesidad de allegarse preservativos, métodos anticonceptivos, en particular anticonceptivos de emergencia y de medicamentos como antibióticos, antirretrovirales, así como de terapias de mantenimiento para personas con VIH y un gran número de tratamientos que conforman los servicios de salud sexual y reproductiva.

Algo que es importante destacar y documentar es que ante la imposibilidad de acudir a los centros de salud y clínicas por el riesgo de contagio, las comunidades han implementado soluciones eficaces, flexibles e innovadoras que buscan asegurar el acceso a servicios e insumos necesarios para la atención de la salud sexual y reproductiva. En las actuales circunstancias, las parteras y las enfermeras perinatales, profesionales y capacitadas, han representado una excelente oportunidad de atención domiciliaria, o en espacios adaptados y separados (casas de parto), que evitan exponer a las mujeres a ambientes hospitalarios potencialmente contaminados y contaminantes, y además favorecen una atención respetuosa y segura del parto. Otras soluciones eficaces e innovadoras durante la pandemia han sido la implementación de consultas virtuales, la entrega de recetas electrónicas, el envío a domicilio de dotaciones de anticonceptivos y antirretrovirales mayores a lo habitual (todas prácticas basadas en evidencias que no afectan la seguridad de las usuarias).

Por otro lado, las mujeres con embarazos forzados, no intencionados o que ponen en riesgo su vida y su salud, siguen necesitando servicios de aborto. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, estos servicios deben

ser esenciales y urgentes (sensibles al tiempo), por lo que no pueden ser prorrogados o suspendidos. Es por ello que ante el reto de la escasez de servicios y de personal durante la contingencia sanitaria por covid-19, se ha abierto la posibilidad de implementar servicios de atención a distancia (telemedicina) para proveer aborto con medicamentos, adaptando flujogramas y protocolos de atención ya validados a través de una amplia experiencia clínica y de evidencias internacionales. Es decir, se está aprovechando la oportunidad de pilotarlos, por la necesidad de la emergencia, pero también se abre la puerta a su adaptación y adopción posterior, de manera permanente, aligerando las presiones sobre un sistema de salud rígido y poco dispuesto a atender a las mujeres con necesidades específicas de interrupción de embarazo.

Debido a que la vigilancia epidemiológica debe ser rigurosa en cuanto a la salud reproductiva de las mujeres,⁶ el Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud publicó en el mes de abril del 2020 los lineamientos para la política pública de atención durante la pandemia, incluidas las medidas institucionales y comunitarias para prevenir y atender el contagio por SARS-CoV-2.

Para poder describir algunas prácticas de invención colectiva y de formas de cuidado comunitario de la salud, en específico de salud sexual y reproductiva, que se han organizado e implementado durante la pandemia y el confinamiento (incluidos ejercicios de acompañamiento al aborto seguro), es importante conocer contenidos de la agenda internacional relativos a que el derecho a la salud se extiende a sus determinantes subyacentes. Lo anterior vincula a los países, ya que para la Organización Mundial de la Salud, entre las determinantes subyacentes se encuentra el acceso a información en salud e incluye el derecho a buscar, recibir y difundir conocimientos objetivos y científicos

⁶ Existe incertidumbre y situaciones de riesgo para las mujeres contagiadas por el virus del SARS-CoV-2 y embarazadas. Son casos que están siendo estudiados por la comunidad científica, tanto en nuestro país como en todo el mundo. Ejemplo de esto es el efecto de la infección durante el embarazo en la madre y en el producto de la gestación, o la transmisión del contagio vía vaginal, o durante la lactancia, más problemas de teratogenicidad y contagio en etapas iniciales de la susceptibilidad embrio-fetal

sobre cuestiones de salud reproductiva, y es con esta lógica que la OMS define a la autoasistencia como la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover y mantener su salud, prevenir enfermedades y hacer frente a situaciones discapacitantes, con o sin el apoyo de un prestador de atención sanitaria. Es por ello que las mujeres tienen un papel que desempeñar en el autocuidado y en la gestión de su propia salud, incluidas las prácticas de aborto en condiciones seguras.

Aborto seguro como servicio esencial, telemedicina y aborto autogestionado

Los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la anticoncepción y el aborto, son servicios esenciales que por su trascendencia en el bienestar de las mujeres no deben ser diferibles. La atención al aborto, espontáneo e inducido, debe ser prioritaria, ya que es sensible al tiempo, y como se sabe, es más seguro mientras más oportunamente se realice con respecto a la edad gestacional y su atención resolutoria no debe aplazarse en ninguna circunstancia. En contraposición, negar o retrasar los servicios de aborto seguro generaría daños prevenibles e injustificados a mujeres y personas con capacidad de gestar, incluidas niñas y adolescentes, y por ello es un imperativo ético garantizar esta atención de forma gratuita, segura y universal.⁷

Varios países han implementado la telemedicina para asegurar la disponibilidad de los servicios de aborto seguro, legal y accesible (incorporando el manejo con medicamentos y el proceso del consentimiento informado) durante la pandemia; hay reportes de organizaciones de la sociedad civil que señalan que la telemedicina ha resultado ser eficaz, segura, altamente aceptable para las usuarias y facilita el acceso a la atención en áreas rurales.

⁷ Para hacer frente a la crisis por covid-19, distintos órganos colegiados (ACOG, Society of Family Planning, RCOG, Commissioner of Human Rights/Council of Europe, FIGO) han apoyado la incorporación de estrategias remotas para garantizar la continuidad y la seguridad de la atención al aborto.

En este sentido, se ha demostrado que las intervenciones médicas actuales para lograr un aborto, sobre todo en las primeras semanas del embarazo, pueden realizarse en el ámbito de la atención primaria ambulatoria, facilitando aún más el acceso a la atención y que las usuarias pueden hacerse cargo por sí mismas de su proceso y de algunas de las etapas sin acudir a establecimientos sanitarios.

En el sentido de las determinantes subyacentes que señala la oms, es importante que haya avances en el reconocimiento de que la autogestión (automedicación, autotratamiento, autoexamen, autoadministración, autoutilización) es una muy buena solución para mejorar la salud y el bienestar, cuando es accesible y asequible. También, con motivo de la emergencia sanitaria y por la necesidad apremiante de atender la salud sexual y reproductiva se ha destacado que, en determinadas circunstancias, se recomienda la gestión de medicación (mifepristona y misoprostol) sin supervisión directa del personal sanitario cuando la mujer cuente con información precisa y pueda acceder a proveedores de salud en cualquier momento del proceso.

El aborto autogestionado, entonces, se refiere a la práctica de autoabastecimiento de medicamentos para el aborto, seguido de su autoconsumo y de la autogestión del proceso de aborto, fuera de un contexto clínico. Adoptado inicialmente por el confinamiento obligatorio derivado de la pandemia covid-19, el acceso a este servicio esencial tiempo-dependiente por telemedicina o autogestión, podría ofrecerse como una opción más, junto con las intervenciones quirúrgicas ambulatorias y el aborto con medicamentos administrados en los establecimientos de salud, según las preferencias y necesidades de las usuarias.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud ha señalado que en el caso de que una mujer haya enfermado de SARS-CoV-2 y decida interrumpir su embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación, se debe comprobar que pueda ser apta para el manejo farmacológico ambulatorio; es recomendable cuando no hay presencia de síntomas o éstos son leves y se pide que haya condiciones de acompañamiento y seguridad adecuadas para practicarlo de forma segura. En caso de que el cuadro clínico asociado a SARS-CoV-2 amerite manejo supervisado, el procedimiento

se debe realizar preferentemente en una unidad de reconversión, con atención médica especializada.

Solidaridad y acompañamiento a la salud reproductiva y al aborto seguro

El acompañamiento bajo varias modalidades (legal, terapéutico, psicoanalítico, etc.) es suficientemente conocido en nuestros días. Se trata de un recurso que, por lo general, brindan profesionales de áreas distintas de la salud, del trabajo social o de la práctica jurídica. Implica, por tanto, una relación de intercambio económico que se ha visto naturalizado y que reduce las interacciones entre individuos y grupos a finalidades escuetas de cumplimiento de un cometido medido temporal y monetariamente.

Así, nos hemos acostumbrado a que se acompaña para tal o cual situación, por tanto o cuanto tiempo, y donde este último es medido por criterios de prestación de servicios. Sin embargo, últimamente y como parte de prácticas del activismo feminista, se ha ido extendiendo la actividad de un acompañamiento diferente, es decir, solidario e interesado en el bienestar y en sostener la vida común. Este acompañamiento nombra y describe una serie de prácticas y trabajos a través de los cuales las mujeres, sin recurrir a estructuras estatales, se solidarizan unas con otras que están, o que pueden estar en riesgo.

Un ejemplo claro de las prácticas descritas es el acompañamiento para el aborto seguro, tanto en entidades federativas que cuentan con causales legales, como en aquellas que no tienen excluyentes de responsabilidad en su legislación penal. Acompañar brinda información y cuidados, vincula a las mujeres con defensoras de derechos humanos pertenecientes a diversas profesiones o a ninguna en particular.

Es importante mencionar que en los últimos años ha sido notoria la cantidad de estudiantes de educación superior comprometidas con tareas de acompañamiento, que cuentan con saberes colectivos, sensibilidad e información necesaria para enfrentar y prevenir la violencia de género contra las mujeres o

para auxiliar en el proceso de interrumpir un embarazo y apoyar de diferentes maneras durante todo el evento.

A veces, según se ha testimoniado, implica un compromiso preciso que resuelve una situación, implica una temporalidad decidida por quien lo necesita y demanda, eventualidad de la que tanto quienes son acompañadas como las mujeres que acompañan, salen fortalecidas, podríamos aventurarnos a pensar que se crean espacios alternos y solidarios para el ejercicio de los derechos, en este caso, el derecho a la autonomía reproductiva.

El acompañamiento pertenece a una dimensión colectiva de lo social que se autoorganiza más allá de políticas públicas e instituciones. En ocasiones, como en la actual pandemia de SARS-CoV-2, el acompañamiento recurre a la dimensión estatal con un propósito definido, el acceso a la salud sexual y reproductiva, pero no depende solamente de este recurso que permanece instrumental, va más allá en la invención colectiva para resolver las necesidades de las mujeres, niñas y adolescentes.

Si entendemos que somos interdependientes, como nos lo ha venido a mostrar la pandemia, nos permitimos mirar el acompañamiento como un despliegue de estrategias de reforzamiento del desvalido cuerpo individual. Hay un núcleo relacional: quien acompaña y quien es acompañada. O más bien, entre quienes se acompañan, sin distingos jerárquicos.⁸ Como ya se mencionó, la práctica a la que hacemos referencia se ubica más allá del mercado, aunque sin duda sucede que en la medida en que el activismo del acompañamiento, principalmente en el proceso de aborto con medicamentos, recibe recursos de organismos nacionales e internacionales para sobrevivir, puesto que sus acompañadas no pagan por el servicio. Es por ello que el tema de los recursos económicos y la supervivencia del grupo requiere una crítica permanentemente abierta al debate entre activistas, para evitar que la prioridad

⁸ Ana María Martínez de la Escalera, “El acompañamiento otro y la experiencia feminista”, *Animal Político*, 2018. Consultado el 1 de mayo de 2021, disponible en: <https://www.animalpolitico.com/diversidades-fluidas/el-acompanamiento-otro-invencion-de-experiencias-feministas/>.

sea, justamente, la búsqueda de apoyos económicos. Hay que decididamente puntualizar que el ejercicio del acompañamiento no puede convertirse en un servicio comercial.

Las colectivas de activistas que acompañan a otras mujeres a procedimientos de aborto seguro han demostrado que es una buena opción para un gran número de mujeres y personas embarazadas en todo el país, debido a que permite privacidad, autonomía y confidencialidad; y tales características son indicadores de calidad de una atención desmedicalizada, respetuosa y digna, y empoderan a las mujeres, evitan el estigma y tiene repercusiones positivas en su subjetividad.

A más de un año del inicio de las políticas de mitigación del riesgo y confinamiento, se puede asegurar que el acompañamiento para el bienestar sexual y reproductivo durante la contingencia sanitaria ha sido producto de la invención colectiva de saberes y quehaceres, desinteresado y solidario. Ha ofrecido alternativas creativas y diferentes a mujeres vulnerables, excluidas de los adelantos tecno-científicos, de la información, de la educación y en general de los derechos sociales básicos que una estructura estatal debe ofrecer a su población.

Colectivización y transformaciones subjetivas

Las prácticas solidarias de acompañamiento pueden ser apertura a profundos cambios en la colectivización de subjetividades de las mujeres y en la transmisión de experiencias compartidas, mediante la invención de nuevos vocabularios, los cuales, aunque singulares, imponen o ponen sobre la mesa de los debates entre mujeres la posibilidad de intercambiar las diferencias para aprender juntas el ejercicio y disfrute de derechos humanos, de lo que se ha llamado una ciudadanía plena y de quehaceres inéditos y gozosos.

Acercarse a las activistas del acompañamiento, escucharlas, participar en sus debates, deliberaciones, intercambios de testimonios, experiencias transmisibles y a la vez absolutamente no comunicables (por la ausencia de vocabularios colectivos), es una tarea tan importante y necesaria para el pensamiento crítico, como teorizar mediante la interrogación de las evidencias

de sus prácticas, a través de las cuales politizan su participación social y sus cuerpos las mujeres.⁹

En el acompañamiento cohabitan modos de saber que redefinen la amistad, la solidaridad, el aprendizaje colectivo, la experimentación y las estrategias que despliegan los cuerpos como soportes de un espacio público alternativo. Son prácticas que tienen una dimensión a largo y mediano plazo que entrelazan sus efectos, multiplicando saberes y finas tecnologías de la subjetividad. Esto tiene lugar gracias a la cada vez más creciente incorporación de las tecnologías de la comunicación y sus redes de intercambio y circulación. Incorporación que, a su vez, incita un cuestionamiento crítico de los usos de las redes, pero por otra parte, ese avance veloz de la tecnología, que podríamos definir como *intermedialidades*, tiene la fuerza de posibilitar usos diversos, diferentes y creativos, es decir, usos que hacen factible el devenir otro de la comunicación entre mujeres. No cabe duda de que los grupos diversos y las colectivas de acompañamiento, en esta dura y compleja etapa de confinamiento, han respondido al peligro que acecha los cuerpos de las mujeres que sufren permanentemente formas de violencia, opresión, exclusión y discriminación.

Tecnologías del acompañamiento

Al buscar nuevos vocabularios para visibilizar y describir la manera en que se han estado resolviendo necesidades básicas de salud sexual y reproductiva, podemos imaginar que existe algo como técnicas inventivas o tecnologías del acompañamiento. Ya que si lo analizamos con cuidado, el acompañamiento pone en acción tecnologías muy específicas. A través de ellas el cuerpo de quienes acompañan descubre sus posibilidades, es decir, aquello que puede llegar a hacer y aquello que puede abandonar o dejar de hacer. Podemos añadir

⁹ Ana María Martínez de la Escalera y Lourdes Enríquez Rosas, “Ante las violencias del olvido, figuras otras del discurso”, en Armando Villegas, Natalia Talavera y Laksmi De Mora (coords.), *Figuras del discurso* t. III, *La violencia, el olvido y la memoria*, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2019, pp. 25-28.

que metafóricamente deja de aparecer el cuerpo en su manera empírica y se transforma en un cuerpo colectivo, en un rizoma generoso de redes y alianzas, que descubre que la transformación de la subjetividad es factible además de posible.

Ante la atenta escucha de testimonios de mujeres que acompañan a otras, podemos describir que estas tecnologías toman partes del cuerpo individual y autonomizan sus fuerzas a través de relaciones de coparticipación y coadyuvancia, que respetan la diferencia y renuncian a jerarquías y autoritarismos. Así, el brazo que sostiene a la otra deja de servir, de funcionar para la unidad del cuerpo del que procede, y se transforma y muta temporalmente, provisoriamente, en bastón o incluso en brazo de la acompañada. El brazo casi siempre es voz.¹⁰ Esta mutación es muy valiosa para la teoría del acompañamiento. Las partes del cuerpo y sus efectos ocupan, cuando es necesario, otros espacios, otras relaciones, se ponen a mimetizar otras funciones. El brazo, como es sabido, habla, exige, demanda, sirve para mucho más que agarrar, sujetar: libera. En este caso la liberación no proviene del cumplimiento de una función prescrita, sino del abandono de la prescripción y de la entrada en un mundo de otras posibilidades, de muchas alternativas de vida, fuera del binarismo jerárquico y autoritario de los mandatos de género.

Es gracias a los estudios feministas y de género que hoy sabemos que la reglamentación del género que aún predomina en nuestros días, está conformada por una serie de normas respecto a la conducta sexual de los seres humanos. Estas normas, que son variables en el tiempo y el espacio, requieren de enfoques interseccionales que permitan entender las particularidades de las relaciones de género en cada sociedad. En México sigue existiendo culturalmente una división dicotómica del género que produce graves desigualdades y violencias principalmente vividas por mujeres y niñas, ya que la repetición del sistema binario y jerárquico de género es conducida por la estructura familiar, la comu-

¹⁰ Ana María Martínez de la Escalera, “El acompañamiento otro y la experiencia feminista”, *Animal Político*, 2018, disponible en: <https://www.animalpolitico.com/diversidades-fluidas/el-acompanamiento-otro-invencion-de-experiencias-feministas/>, consulta: 1 de mayo de 2021.

nidad, el aparato escolar y la iglesia, y reguladas, normalizadas y estandarizadas por el Estado. Y lo más grave es que las reglas de género relacionadas con la sexualidad de las mujeres siguen vigentes en muchos espacios.

Fuerza de porvenir

Sin invención colectiva no hay porvenir, ni para la humanidad ni para nuestro mundo. La invención colectiva y solidaria es fuerza de transformación para las mujeres y las niñas. No se trata de invención de cosas que se volverán recursos para el mercado. Se trata de poner en marcha saberes, prácticas, comportamientos, experiencias y formas de subjetividad diversas (libres, rebeldes, emancipadas) no sojuzgadas a partir de la estructura patriarcal de desigualdades, ni sometidas por los imaginarios coloniales, sexistas y de clase.

Es en ese sentido que la multiplicación de saberes situados y puntuales de las mujeres ejemplifica la fuerza de la diversidad. Fuerza que el acompañamiento generoso contribuye a engrosar y profundizar. Se trata de una fuerza materializada en saberes del cuerpo y en su experimentación.

La fuerza de porvenir es todo aquello que a través de un trabajo permanente con nuestras relaciones en los contextos que habitamos, redime los daños y las injusticias pasadas como la naturalización de las desigualdades, la discriminación organizada desde los círculos familiares, institucionales, sociales y estatales. Y la normalización de los tipos y modalidades de las violencias de género contra mujeres y niñas. Modifica la impronta del pasado en el presente. Hace un llamado a tener agencia individual y colectiva, proveernos de herramientas teóricas, conocer los instrumentos de exigibilidad de derechos, tácticas estratégicas, técnicas argumentativas, hacer y producir arte, música, cantos y diversas formas de goce y disfrute, nuevas formas de habitar el mundo y crear en porvenir nuevos territorios mediante múltiples y diversas formas de acompañamiento y cuidados.

Se trata de fuerza de invención colectiva tanto de lo social como de lo político, con el objetivo de que llegue a ser una potencia de transformación, de creación de sentido y de producción de solidaridad. Lo podemos leer como un

exceso de significación y creación de otras experiencias de lo humano, fuera de los círculos de dominio/sometimiento. Es un ejercicio siempre presente, abre al futuro y se entromete con el pasado.

Con las nuevas generaciones, diversos arreglos sociales y formas plurales de mirar la existencia, el porvenir está llegando de una manera diferencial, diversa y múltiple. Se está anunciando desde muchos espacios, y sin duda, el acompañamiento al bienestar sexual y reproductivo es uno de ellos. Durante la contingencia sanitaria, el acompañamiento ha actuado como un laboratorio en el cual, de manera acotada, se ponen a prueba prácticas y ejercicios de solidaridad, se ensaya, en sentido estricto, el ser humanas de otra manera que como lo hemos sido hasta ahora.

En suma, y para concluir con estas reflexiones, cabe señalar que la invención colectiva feminista en las prácticas de acompañamiento deja su huella en el porvenir y nos convoca a pensar en maneras de organizar la vida comunitaria no sostenida en las desigualdades y exclusiones de género. Es una invitación a producir la vida como instancia común, durante y después de la difícil experiencia ocasionada por la pandemia de covid-19.

Referencias

- Brown, Josefina L., “Sentidos sobre derechos, salud y sexualidad en Argentina. Un estudio exploratorio” (en línea), *Questión*, vol. 1, núm. 48, 2015, pp. 325-340, en <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/2731>, consulta: 19 de marzo de 2020.
- Enríquez, Lourdes y Pilar González Barreda, “Agenda global de género, derecho a la salud y autonomía reproductiva”, *Revista Inclusive: Mujeres*, Serie de inclusión, derechos humanos y construcción de ciudadanía, edición 9, Ciudad de México, Instituto Electoral de la Ciudad de México, Comité Editorial del INE, agosto 2020.
- Martínez de la Escalera, Ana María, “Toma de la palabra de las mujeres. Uso de ficciones erísticas en lo público”, en Lucía Raphael y Lucía Nuñez (coords.), *Justicia y género: perspectivas emergentes*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-Universidad Nacional Autónoma de México/Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2018, pp. 245-260.
- Martínez de la Escalera, Ana María, y Erika Lindig, “Alteridad y exclusiones: Vocabulario para el debate social y político”, México, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras/Juan Pablos Editor, 2013, pp. 27-50.
- Martínez de la Escalera, Ana María, y Lourdes Enríquez Rosas, “Ante las violencias del olvido, figuras otras del discurso”, en Armando Villegas, Natalia Talavera y Laksmi De Mora (coords.), *Figuras del discurso*, t. III, *La violencia, el olvido y la memoria*, México, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2019, pp. 25-42.