

2022

Los cuidados bajo la lupa : discursos del equipo de salud en torno a las practicas de cuidado y crianza de las familias en los primeros años en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil

Stradella, Valentina

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/915>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Dedicatoria

A todxs lxs que luchan por un mundo diferente.

Al feminismo, por cuestionarlo todo.

A lxs que buscan día a día lograr la igualdad de género.

Agradecimientos

A mi mamá por ser guía y referente en el camino, por su amor incondicional y por haberme enseñado a luchar por todo lo que creo. A mi papá, hinchado número uno de todo lo que me proponga, por ser mi aliento, por su amor. A ambos, por bancarme en lo que sea que haga, siempre en la primera fila.

A mis abuelxs, a lxs cuatro, por ser uno de los motivos de este logro, sin sus mensajes de aliento y mimos constantes no hubiera llegado. A mi tía Pori, por ser referente, por enseñarme desde el ejemplo, por cumplir cada capricho. A mi hermano, compañero de vida. A mis tixs y primas, por estar en cada paso.

A Joaqui, mi compañero de vida y de amor, por ser mi sostén, mi palabra de aliento, por nunca dejarme rendirme, por creer en mí cuando yo no creo. Estas acá desde antes de que todo esto empezara y nunca dudaste de que podía hacerlo. Gracias por tu amor sin condiciones.

A mis amigas, que ya son familia por elección, por bancar, por entender, por cuidarme, por abrazarme fuerte y apretado, por alegrarse en mis logros y por sostener las caídas. A mis amigos, por las risas compartidas para pasar los momentos amargos. A mi club, mi casa, que me formó para ser la que soy hoy.

A Euge, directora, docente, compañera. Porque me enseñaste que yo podía, porque creíste en mí y viste lo que yo no veía, por abrirme un camino que hoy recorro con amor y felicidad. Por mostrarme el Trabajo Social desde otro lado y enseñar desde el sentimiento. Por tus mensajes motivadores que siempre me hacen sonreír.

A Noe, mi co-directora, por animarte a sumarte en este proceso que ya tenía un camino recorrido y formar parte del equipo que consiguió esta tesis.

A mi tía Dani, que fue gran parte del trabajo de campo, que abrió puertas y atendió todos los llamados que hicieran falta. Gracias por siempre estar.

A la Universidad Nacional por mostrarme la vida desde otro lado y permitirme formarme. Por una Universidad Pública, Nacional, Gratuita y de Calidad, siempre. Al feminismo por abrazarme y abrirme los ojos, por permitirme cuestionármelo todo.

Aclaración

En el presente trabajo de investigación se utilizará lenguaje inclusivo, no excluyente y no discriminatorio por razones de género, siguiendo tanto mi posicionamiento ético-político-epistemológico como los lineamientos de la OCS 1245/19, que refiere a la implementación y utilización del "Lenguaje Igualitario en la Universidad Nacional de Mar Del Plata".

El modo de utilización del mismo será reemplazando, usando una "x" en lugar de "a" u "o", con el objetivo de incluir a toda la diversidad de identidades. La "x", por lo tanto, permitirá alojar dentro de las denominaciones y categorías utilizadas a todo el espectro de identidades de género existentes, incluidas aquellas no-binarias. Entendiendo que el lenguaje no es únicamente descriptivo, sino que tiene la capacidad de construir realidades y representaciones.

Índice

Introducción..... 10

Capítulo 1- Investigar discursos en torno a los cuidados en salud. Consideraciones ético-políticas, epistemológicas y metodológicas.

1.1 Presentación 19

1.2 Consideraciones ético-político-epistemológicas..... 21

1.2.1 Investigar desde la Epistemología Feminista..... 21

1.2.1.1 El locus de enunciación 22

1.2.1.2 Justicia epistémica..... 23

1.2.1.3 El sentipensar cómo herramienta para la investigación feminista.. 24

1.2.2 El enfoque de derechos 26

1.2.3 La perspectiva de género y diversidad..... 28

1.3 Consideraciones epistemológico-metodológicas..... 31

1.3.1 Formaciones discursivas y su capacidad performativa 31

1.3.2 Enfoque metodológico 32

1.3.2.1 El objeto de investigación: la construcción del universo y la muestra
..... 33

1.3.2.2 El trabajo de campo: la entrevista semiestructurada 36

1.3.2.3 El análisis de datos: los aportes de la teoría fundamentada..... 37

1.4 A modo de cierre... 41

Capítulo 2- Cuidados y crianzas: antecedentes, debates teóricos, y estado de la cuestión

2.1 Presentación: 44

2.2 Cuidados y crianza..... 45

2.2.1 Los costos del cuidar 48

2.2.2 Crisis de cuidados y desigualdad económica..... 50

2.2.3 Mediciones estatales y políticas públicas de cuidado	52
2.3 A modo de cierre... ..	57
Capítulo 3- El campo de la salud: concepciones y disputas	
3.1 Presentación	60
3.2 El sistema de salud argentino	61
3.2.1 El Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil.....	62
3.3 El campo de la salud y los modelos de atención: la disputa entre la hegemonía del modelo médico y los nuevos paradigmas.	64
3.3.1 Poder- Saber en el campo de la salud	68
3.4 Discursos en torno a los modelos de salud: Cruces entre el modelo médico hegemónico y la medicina social/comunitaria.	70
3.4.1 Disputas entre modelos de atención a la salud y la importancia del trabajo interdisciplinario.	71
3.5 A modo de cierre... ..	81
Capítulo 4 - Familias, maternidades y paternidades: entre el familismo y la organización social del cuidado	
4.1 Presentación	84
4.2 Modelos de Familia	85
4.2.1 La familia nuclear	85
4.2.2 Nuevos arreglos familiares.....	86
4.3 Maternidades y paternidades	88
4.3.1 La maternidad como experiencia vs la maternidad como institución. El mito del instinto maternal.	89
4.3.2 Paternidades en deconstrucción.....	91
4.4 Discursos en torno a las familias: la diversidad como norma.	94
4.4.1 La familia ampliada y la posibilidad de repartir los cuidados.....	97
4.4.2 La figura de la abuela.....	98
4.5 ¿Quiénes cuidan? Figuras de cuidado en el Hospital.	100

4.5.1 Desmitificar el instinto materno	104
4.5.2 Construyendo paternidades	106
4.6 Lo comunitario como espacio de cuidados.....	108
4.7 A modo de cierre... ..	112

Capítulo 5- Intervenir (en) los cuidados y la crianza: discursos y prácticas entre lo sanitario y lo social

5.1 Presentación	114
5.2 La intervención en lo social	115
5.3 ¿Recetas para criar?	118
5.4 Identificación de las problemáticas, ¿Que tomamos cómo problema?	122
5.5 Ponderar las crianzas: entra la mirada moralizante y la mirada respetuosa	123
5.6 Cuestionando el adultocentrismo: ¿Quién es el/la sujetx de la intervención?	127
5.7 El avance en materia legal y de derechos con perspectiva de género.....	130
5.8 Revisión de las practicas: “la culpa institucional”	134
5.9 El lugar de las instituciones y las demandas de las problemáticas sociales complejas.	138
5.10 A modo de cierre... ..	140

Capitulo 6- Conclusiones

Conclusiones.....	142
Referencias Bibliográficas	151
Anexos	163
Guión de la entrevista semi-estructurada.....	163
Constancia de aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética (PTIB).....	163

Introducción



Introducción

Esta investigación reviste el carácter de tesis de grado de la Licenciatura en Trabajo Social. La misma fue llevada adelante con el apoyo de una beca de investigación de Estímulo a la Vocación Científica (EVC-CIN) y una beca de investigación categoría estudiante avanzada de la Universidad Nacional de Mar del Plata¹.

El estudio pone el foco en la cuestión de los cuidados, particularmente en lo que atañe a los discursos del equipo de salud del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, en torno a las prácticas de cuidado y crianza de las familias en los primeros años.

En efecto, la propuesta se insertó en la intersección del campo de estudios alrededor de los cuidados (Pautassi, Zibechi y Gherardi, 2012; Batthyany, 2010) y el de las producciones en torno a los procesos salud-enfermedad-atención (Menéndez, 1978; Stolkner, 2010). En ese cruce, y basándome en un proceso de investigación previa donde se abordaron los discursos en torno a las maternidades y paternidades en el Hospital Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, me propuse hacer foco en el equipo de salud de la misma institución tomando como referencia el área de consultorios externos. En este sentido, la indagación se realizó desde una perspectiva cualitativa, buscando acceder a las formaciones discursivas en torno al tema seleccionado centrándose en cuatro interrogantes principales: ¿Qué discursos circulan en el personal de salud del hospital en torno a las formas de cuidar de las familias usuarias? ¿Cómo impactan estos discursos en la reproducción de roles estereotipados basados en la diferencia sexual? ¿Qué efectos tienen estos discursos en las intervenciones y prácticas que realizan lxs profesionales? ¿Qué influencias tienen el patriarcado, el modelo médico, el adultocentrismo, el feminismo, las perspectivas de derechos y demás corrientes teóricas en estos discursos?

¹ Beca de investigación "Discursos en torno a las maternidades, paternidades y cuidados en la niñez en el ámbito de la salud materno-infantil. Un análisis del servicio de consultorios externos del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata." Obtenida en el marco del proyecto de Estímulo a la Vocación Científica del Consejo Interuniversitario Nacional (CIN), periodo 2020-2021. Y Beca de Investigación de Estudiante Avanzado de la UNMDP titulada "Los cuidados bajo la lupa: discursos del equipo de salud en torno a las prácticas de cuidado y crianza de las familias en los primeros años en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil". Periodo 2021-2022.

Analizar discursos implica asumir, siguiendo a Foucault (1992), que los mismos no son un conjunto de enunciados de carácter representacional sino que configuran prácticas con capacidad performativa (Austin, 1992). En este caso, el foco estuvo puesto en los discursos del equipo de salud, vinculados a los cuidados de las familias en relación a la niñez, particularmente en torno de la crianza en los primeros años de vida. En estos discursos se cruzan un conjunto de expectativas, prácticas, representaciones/imaginarios en relación a una serie de capacidades, conductas, sentimientos y decisiones que se esperan sobre las familias y sus formas de cuidar. Entre estos podemos mencionar discursos en torno a: conductas y prácticas de cuidado con respecto a lxs niñxs, el lugar que la familia le otorga a la institución médica en los procesos de salud/enfermedad de lxs mismxs, el equilibrio de disponibilidades temporales entre tareas laborales y domésticas, a quienes se les atribuye la tarea de cuidar más frecuentemente, entre otros.

Los interrogantes previamente enunciados, surgieron de las problematizaciones que fui desarrollando a lo largo de mi formación académica en la Universidad Nacional de Mar del Plata cursando la Licenciatura en Trabajo Social. Los mismos se encuentran en concordancia y congruencia con mi posicionamiento ético-político desde el feminismo, el enfoque de género y diversidades y la perspectiva de derechos humanos. Es a través de estos, que desde hacía algún tiempo, venía cuestionándome por los roles asignados socialmente a las tareas de cuidado que veía en mi cotidianeidad y que podía percibir en las instituciones donde realice mis practicas pre-profesionales, así como en el HIEMI donde me encuentro realizando un proceso de investigación actualmente.

En este sentido, a partir de las entrevistas realizadas y los diálogos que mantuve en diferentes instituciones con diversas personas, referidos a afirmaciones tales como: “las mujeres somos las más aptas para cuidar”; o la sorpresa que se presentaba cuando, en algunas salas de espera o reuniones escolares, el que asistía era el padre y no la madre, con la consecuente pregunta de ¿Dónde está mamá?; es que me surgió la inquietud de investigar estas prácticas sociales tomadas cómo dadas y su relación con los discursos en torno a los cuidados y las crianzas que circulan en estas instituciones, donde en algunos casos se da por hecho que las mujeres son las más aptas

para cuidar (cómo si está fuera una cuestión innata) o donde no se cuestiona con la misma vara el rol de los padres en esta relación. Entendiendo, sin embargo, que estos discursos mencionados anteriormente también se entrecruzan con otros donde la prevalencia es del enfoque de género y derechos, lo que genera narrativas complejas que requerirán un análisis sistemático del trabajo de campo para poder llegar a alguna conclusión en torno a la temática.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, fue que elegí al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) como institución donde situar mi plan de trabajo, dado que, en el caso de nuestra ciudad, es la única institución pública de nivel hospitalario que se centra en la atención de la salud materno-infantil.

A su vez, los interrogantes que guiaron esta investigación se inscriben en un campo de debate nutrido que compone los antecedentes de este estudio. En efecto, los cuidados, y quienes deben hacerse responsables de estos, son temáticas de gran tratamiento en los últimos años, especialmente desde que el movimiento feminista los puso en agenda como una problemática a tratar para asegurar el horizonte de igualdad al que apunta. En el mismo sentido, la actual pandemia del Covid-19, con su respectivo aislamiento, sumado a la creación del Ministerio Nacional de Mujeres, Géneros y Diversidad en 2019, pusieron a los cuidados en primera plana como una temática que es fundamental abordar.

Autoras como Laura Pautassi, Carla Zibecchi, Natalia Gherardi, Karina Batthyány entre otras, se han encargado de abordar en más de una ocasión esta temática que engloba a los cuidados como "(...) la atención y satisfacción de aquellas necesidades físicas, biológicas, afectivas y emocionales que tienen las personas." (Pautassi, Zibecchi y Gherardi, 2012, p. 9). Dicho esto, y atendiendo a la desigualdad existente en torno a las responsabilidades de cuidar, el foco principal de las últimas investigaciones en la temática trabajan sobre conceptos como "crisis de cuidados" (Fraser, 2016), "distribución social de los cuidados" (Zibecchi, 2014) y abogan por la construcción de un "Sistema Nacional Integral de Cuidados" (Langou, D'Alessandre y Florito, 2019) que reparta de manera más equitativa esta tarea fundamental para la reproducción social.

A su vez, el cruce entre salud-enfermedad y las tareas de cuidado y crianza también ha sido abordado en producciones previas entre ellas se pueden mencionar: las reflexiones alrededor de las percepciones sobre el género en profesionales de la salud de atención primaria (García-Calvente et. al., 2010), el análisis sobre la inclusión de la perspectiva de género en el ámbito de la salud que realiza Pombo (2012), así como la la investigación que realiza Catterberg (2018) en torno a los estereotipos de género presentes en las intervenciones y representaciones de lxs profesionales de la salud de los principales hospitales argentinos.

En torno a la crianza y los cuidados de los primeros años, es importante mencionar que adhiero a la concepción de niñeces (Elías, 1998) y primeros años por sobre la noción de infancia, ya que las mismas se insertan en el paradigma de protección de derechos de lxs niñxs e implican una visión más amplia que considera la heterogeneidad de las formas de ser niñx en diferentes contextos sociales, políticos y culturales, así como en diferentes tiempos y espacios históricos (Casas, 2008). A su vez, esta fase que abarca los primeros años de vida, es sin dudas la que condensa la atención de buena parte de los debates interdisciplinarios en torno al cuidado, las maternidades, los arreglos domésticos, entre otros aspectos que la crítica feminista ha señalado, ya que es en esta donde se expresan los mayores niveles de demanda hacia lxs cuidadorxs y el periodo de mayor fragilidad de lxs niñxs.

En este marco es que se fue perfilando el objetivo de este estudio, vinculado a analizar los discursos en torno a las prácticas de cuidado y crianza que desarrollan las familias durante los primeros años de vida, en el personal de salud de los consultorios externos del Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata. En vistas del problema a investigar, opté por un diseño metodológico cualitativo (Vasilachis, 2006; Sautu, 2007), triangulando en el nivel de las técnicas estrategias cualitativas y cuantitativas. A su vez, tomé aportes de la epistemología y metodología feministas (Haraway, 1995; De Oto y Alvarado, 2017). El universo de análisis estuvo compuesto por profesionales del Hospital así como información relativa a normativa vinculada al campo problemático².

² En el capítulo uno se precisarán los objetivos específicos y demás aspectos metodológicos que configuraron el diseño de este estudio.

Quiero a su vez hacer alusión a que este proceso no fue de corte individual. La investigación realizada se insertó en el marco de un camino colectivo. Fue fundamental poder transitar este proceso investigativo como integrante del proyecto de investigación “Feminismos del Sur e intervención social: genealogías, diálogos y debates” para el período 2020-2021, “Feminismos, giro afectivo y pensar situado: aproximaciones desde la formación, la investigación y la intervención en Trabajo Social” (2022-2023), y “Instituciones estatales y comunitarias de cuidado en el cinturón hortícola de General Pueyrredón: aproximaciones interseccionales desde Trabajo Social” (2022-2023); todos ellos radicados en el Grupo de Investigación Problemáticas Socioculturales de la FCSyTS. A su vez, mis propias becas de investigación se desarrollaron en ese marco, nutriendo el proceso que hoy se condensa en esta tesis, donde fui hilvanando los debates en torno a la cuestión de género, los feminismos, los cuidados, la intervención social en salud y el Trabajo Social.

La estructura de la tesis se compone de seis capítulos: El primero de ellos denominado “Investigar discursos en torno a los cuidados en salud. Consideraciones ético-políticas, epistemológicas y metodológicas”, se encuentra compuesto en primer lugar por algunas precisiones en torno a la metodología aplicada en esta investigación, para luego adentrarse en los aspectos que componen mi marco ético-político y epistemológico que tiene implicancias a la hora de investigar la temática que aquí se presenta. Por último, a modo de cierre de este capítulo se incluye una breve descripción de las implicancias de trabajar sobre lo discursivo y la forma en la que se analizó este contenido en particular.

El segundo capítulo, denominado “Cuidados y crianzas: antecedentes, debates teóricos, y estado de situación.” hace un recorrido teórico sobre las principales cuestiones en torno a la temática central de este trabajo que son los cuidados y las crianzas. Incluye a su vez, un breve estado de la cuestión en nuestro país haciendo énfasis en la poca información que se encuentra disponible estadísticamente sobre el tema.

En tercer lugar, se encuentra el capítulo llamado “El campo de la salud: concepciones y disputas”, el cual comienza con la descripción del campo de la salud entendido en los términos de Bourdieu (1988) cómo un espacio de juego

que se encuentra en constante disputa entre lxs diferentes actores que se encuentran insertxs en el. Más adelante, nos adentramos en la caracterización del sistema de salud argentino y la ubicación del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) que es el referente empírico de este trabajo. Luego del análisis de los modelos de poder puestos en juego en este campo, el capítulo avanza para llegar al primer análisis discursivo de este trabajo que se encuentra enfocado en los discursos de lxs profesionales sobre el modelo de salud y sus concepciones en torno a él.

El cuarto capítulo, denominado “Familias, maternidades y paternidades: entre el familismo y la organización social del cuidado”, es quizás el de mayor extensión dado que en él se alojan los conceptos centrales de esta investigación. El recorrido teórico comienza con la descripción de los modelos de familia que fueron atravesando las diferentes épocas en nuestra sociedad, para luego adentrarse en la caracterización de las maternidades y paternidades y su evolución histórica. En este capítulo, se encuentra también el desarrollo de las categorías obtenidas luego del análisis discursivo en torno a las concepciones de familia, de maternidades y paternidades, y los modelos de cuidado que pudieron evidenciar lxs entrevistadxs, así como las menciones hacía otras formas de organizar el cuidado presentes en la población que asiste al HIEMI.

El capítulo número cinco: “Intervenir (en) los cuidados y la crianza: discursos y prácticas entre lo sanitario y lo social” hace un análisis en torno a la intervención en lo social en los dispositivos de salud, discurrendo no sólo lo estrictamente interventivo sino también categorías que se acercan a lo ético en nuestras prácticas. En este sentido, el análisis discursivo contenido en este capítulo encuentra referencias sobre las formas en las que intervienen lxs profesionales del Hospital, así como concepciones en torno al adultocentrismo, la perspectiva de derechos, entre otras. Para finalizar este capítulo se analiza una categoría emergente denominada “la culpa institucional” donde diferentes profesionales entrevistadxs hacen una revisión de sus prácticas.

A modo de cierre de este trabajo, el sexto capítulo contiene las conclusiones del mismo donde se hace una revisión final del trabajo de campo realizado y las principales categorías analizadas.

Por último, me parece relevante hacer mención a la relación que esta tesis expresa con los lineamientos básicos del trabajo social y, especialmente, el campo de la salud. Entendiendo al campo de la salud cómo fundante en este proceso investigativo, me parece fundamental destacar que adhiero a una mirada crítica del concepto de salud, concibiendo al mismo no únicamente cómo la ausencia de enfermedad, sino cómo un proceso histórico-político que incluye factores sociales, culturales, económicos, etc; los cuales determinan a la salud cómo un proceso en constante dinámica y no cómo un “estado” al que debe llegarse (Stolkiner, 2003).

En este sentido, se hará alusión en esta investigación al concepto de “proceso de salud-enfermedad-atención” planteado por Menéndez (2003) el propone cómo reflexión que:

“La construcción del concepto salud-enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad.” (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007, p. 272)

De esta manera, tal como plantea Menéndez (2003) la inclusión del término “atención” en la tríada salud-enfermedad, implicará esta incorporación de la forma en que cada sujetx construye la atención de su salud y de sus enfermedades, teniendo en cuenta la elección personal que se encuentra atravesada por múltiples determinantes, tanto históricos, cómo sociales, culturales, políticos, económicos, etc. A su vez, implica la necesidad de repensar el problema de la salud y la enfermedad tal como lo define el modelo médico hegemónico, situando a lo social en primer plano al comprender que este aspecto es intrínseco a lo biológico (Laurell, 1986).

En torno a la relación con el trabajo social, considero que la temática tratada en esta tesis tiene relevancia para el campo de nuestra profesión en más de una arista: en primer lugar, se centra en uno de los campos de nuestra actuación que es el trabajo en el campo de la salud y, dentro de este, en el ámbito de los cuidados que se dan en el seno de las familias que asisten a las instituciones donde nos encontramos insertxs. En segundo lugar, la temática central de esta investigación se entrecruza con problemáticas que se encuentran actualmente en la agenda de lo social tales como: los cuidados y

quien debe hacerse cargo de ellos, qué rol le compete al Estado y sus instituciones dentro de esta temática, que podemos hacer lxs profesionales desde nuestros espacios para colaborar con el mejoramiento de la situación, etc. Considero que desde el trabajo social es fundamental poder sumarse a estas discusiones actuales desde nuestra experticia en lo social para poder brindar herramientas que colaboren en la búsqueda de soluciones en conjunto a estas problemáticas que implican, indefectiblemente, el abordaje desde una perspectiva de género y diversidad, así como desde el enfoque de los derechos humanos.

Capítulo 1:

Investigar discursos en torno a los cuidados en salud. Consideraciones ético-políticas, epistemológicas y metodológicas



Este capítulo concentra las cuestiones relativas a la metodología aplicada en la presente investigación. Entre ellas se describirá la forma en la que se generó el universo de análisis de este trabajo y el método de recolección de datos implementado. A su vez, se detallarán las implicancias ético-político y epistemológicas que conciernen a las formas de investigar que aquí se implementan, tales como la adhesión a la metodología feminista de investigación, la perspectiva de derechos y el enfoque de género y diversidad.

Por último, a modo de cierre de este capítulo se incluye una breve descripción de las implicancias de trabajar sobre lo discursivo y la metodología que se utilizó para analizar este contenido en particular, teniendo en cuenta el carácter performativo de los discursos (Foucault, 1992).

Consideraciones ético-político-epistemológicas

Investigar desde la Epistemología Feminista

El feminismo a través de múltiples teorías y metodologías ha dado determinadas bases para generar una metodología feminista que pueda nutrir la intervención y la investigación en sí mismas. En este sentido, es interesante remarcar como el feminismo y la epistemología han trenzado cruces en lo que se puede denominar el activismo y la academia (Alvarado, 2017), reconocido como un espacio-tiempo donde el compromiso político y la producción discursiva o de investigación se encuentran y se ensamblan en un todo coherente. Este cruce y encuentro entre lo político y lo académico, genera espacios y preguntas nuevas en el campo de la investigación, dado que quien se hace esas preguntas es unx sujetx que se encuentra en una situación concreta y está implicadx políticamente con aquel acontecimiento que será la base de su investigación. Estas preguntas serán realizadas desde un saber afectado, que en palabras de Alvarado (2017) puede ser entendido como un saber que “(...) nada tiene que ver ni quiere tener que ver con la universalidad, la abstracción, la neutralidad, la eficiencia y la eficacia.” (p. 39). Se trata, entonces, de poder trabajar desde un feminismo situado que reconozca las diferentes intersecciones y particularidades de quién produce conocimiento desde un locus de enunciación en particular. Tal como afirma Martínez Pozo (2020):

“Los feminismos, en su heterogeneidad, han cuestionado la producción de conocimiento basada en la exclusión de otrxs, así mismo, los feminismos decoloniales (Espinosa, 2014; Lugones, 2010) nos han aportado claves para entender sistemas y relaciones de poder que contribuyen a invisibilizar discursos, experiencias y prácticas en el marco de los propios feminismos, la investigación feminista y la consecuente construcción de conocimiento.” (p. 185)

Este reconocimiento de la otredad no anula nuestra participación activa en el proceso investigativo, antes bien implica un análisis de nosotrxs mismxs como sujetxs que producimos conocimientos, lo que nos permite reflexionar respecto de quienes somos, de dónde venimos, a partir de qué recursos y teorías generamos el conocimiento, que limitaciones encontramos, etc.

En este cruce activismo/academia, y desde esta posición feminista es que entiendo relevante ubicarme como investigadora desde estas perspectivas que vienen sistematizándose desde las últimas décadas del siglo XX; y creciendo en sus debates y aportes:

“Las perspectivas críticas feministas sobre ciencia e investigación científica emergen en la década de los setenta y cuentan con una amplia trayectoria en la tarea de deconstruir los modelos dominantes de producción y validación de conocimiento científico insertos en estructuras, mecanismos y relaciones de poder androcéntricas, sexistas y patriarcales.” (Martínez Pozo, 2020,, p. 182)

En este marco, plantear un posicionamiento, deja de ser algo de orden declamativo para convertirse en un presupuesto ético y metodológico que orientó fuertemente las distintas decisiones y acciones que el desarrollo de esta tesis supuso. Tal como afirma Bartra (2010): “Las técnicas se encuentran siempre dentro de un método y si éste es feminista, la manera en que se lee, escucha, observa o pregunta, ya tiene un enfoque distinto, un carácter no androcéntrico y no sexista.” (p. 72)

El locus de enunciación

Escribir desde una metodología feminista implica un ejercicio de posicionamiento propio, desde el cual evidenciar nuestro propio locus de enunciación y “(...) hacer visible el lugar desde el cual miramos.” (Araiza Díaz y González García, 2017, p. 64). Este ejercicio será el que según Haraway (1991) permitirá por sí mismo, lograr la ansiada objetividad que requiere la ciencia para ser ciencia. Esta objetividad estará dada, aunque suene paradójico, desde la subjetividad de quien que conoce, desde los conocimientos parciales y situados, desde la parcialidad y no desde la universalidad, desde lo local y particular. Tal como establecen Araiza Díaz y González García (2017) “No se trata de mirar desde ningún lugar en concreto para describir un conocimiento universal, sino de ocupar una posición para mirar desde ahí y obtener un conocimiento parcial, un conocimiento encarnado, un conocimiento que busca siempre conectar con otras/os.” (p. 66).

En este sentido, parte de evidenciar el lugar desde el que escribo, planteo para mí en esta tesis un camino de introspectiva donde tuve que analizar desde qué lugar estaba escribiendo sobre maternidad, sobre cuidados, sobre niñeces, ya que no ocupaba ninguno de esos espacios, sumado a que nunca tuve un/a hijx al cual maternar o cuidar. Esto, por lo tanto, implicó un análisis de mis propios privilegios, de mi lugar como mujer blanca, heterosexual, de clase media, universitaria, y como esto quizás generaba un cruce con aquello que pretendía analizar.

Justicia epistémica

Otra categoría de gran relevancia en este cruce entre epistemología y metodología que se traza desde los feminismos y que permite visibilizar una forma concreta de generar cambios en los procesos de patriarcado y colonialidad que atraviesan todos los procesos de la vida social es la planteada por Karina Bidaseca (2017) cuando se refiere a la justicia epistémica, término que refiere a:

“(…) una política del conocimiento que pueda descolonizar los campos del saber, los cuerpos, las políticas representacionales del feminismo hegemónico tan cuestionadas por los feminismos negros, fronterizos, de los bordes, descoloniales, decoloniales, comunitarios, de las disidencias sexuales (…)” (p. 60)

Entendiendo que la metodología feminista busca aportar en los procesos de evidenciar aquello que fue silenciado y negado durante gran parte de la historia. Implica dejar de aportar a los mecanismos de producción de ausencias (De Sousa Santos, 2005) para que puedan tener visibilidad y voz esos espacios y temas que estaban “perdidos”, relegados, olvidados. Volver a traer a agenda aquellos reclamos de las mujeres que nos antecedieron y que no fueron atendidos, remarcar la importancia de dar esta lucha desde la academia como espacio de disputa de poder. En definitiva, de lo que se trata es de: “(…) en lugar de ignorar, marginar, borrar, hacer invisible, olvidar o incluso deliberada y abiertamente discriminar el quehacer de las mujeres en el mundo, se busca indagar en dónde están y qué hacen o no hacen, y por qué.” (Bartra, 2010, p. 75).

Estas apreciaciones implican una serie de efectos. Desde los aportes de la Investigación Activista Feminista por ejemplo, se nos invita a cambiar los imaginarios relativos a quién tiene el saber y quién no en el marco de la producción de conocimientos. En este sentido, se nos propone: “(...) alejarse de la idea trascendental del yo-investigador y buscar en la parcialidad una objetividad. (...) conectar con otras en ese ejercicio. Se trata (...) de unirse al otro, de ver junto al otro, sin pretender ser el otro.” (Araiza Díaz y González García, 2017, p. 65)

A su vez, me parece relevante plantear que más allá de las múltiples herramientas que la investigación feminista me aportara, no podemos pensar en la misma como un recetario o protocolo donde todo esté ya dicho, ya que:

“(...) a pesar de las plurales y transdisciplinarias aportaciones epistemológicas y metodológicas feministas desarrolladas, gran parte de las contribuciones realizadas cuentan con un marcado carácter teórico y prosigue el reto de abordar herramientas, prácticas, sistematizaciones y reflexiones sobre la aplicación y desarrollo de epistemologías feministas en nuestras investigaciones feministas.” (Martínez Pozo, 2020, p. 184)

Los procesos de trabajo colectivo en el marco del Grupo de Investigación Problemáticas Socioculturales, las supervisiones con el equipo de dirección y codirección de esta tesis, así como el intento de perdurar en una constante posición de reflexividad, me orientaron a ir en la búsqueda de las respuestas que aún no teníamos, para resolver definiciones teóricas y metodológicas que nos permitieran el cumplimiento de los objetivos de esta investigación. En efecto, estos procesos de encuentro fueron nodales para avanzar en lo que Martínez Pozo (2020) identifica como:

“(...) revisar nuestros procesos personales de producción de conocimientos desde ejercicios que cuestionen las autorías individuales y den cuenta de las relaciones, trayectorias, personas, proyectos, encuentros y diálogos que articulan nuestras investigaciones y se ocultan en las autorías de nuestras producciones.” (p. 187)

El sentipensar cómo herramienta para la investigación feminista.

Por último, y en vistas de visibilizar los aportes que la epistemología feminista ofrece a los procesos de construcción de conocimiento, me parece

relevante hacer mención a los beneficios de apostar a una investigación sentipensante.

Orlando Fals Borda, acuñó los términos sentipensar y sentipensamiento, como constituyentes del principio de vida de las comunidades de la costa caribeña colombiana que viven en cuencas de río y pantanos. En ellas se implican el arte de vivir y pensar con el corazón y con la mente. Por su parte, el escritor uruguayo Eduardo Galeano popularizó el término sentipensamiento como la capacidad de no separar la mente del cuerpo, y la razón de la emoción. De esta manera, Fals Borda, propuso un campo del conocimiento en el que se ligan teoría y práctica, acción y discurso, interpretación de la realidad y sus consecuencias para una transformación razonada y con sentido, o dirección impresa a ese proceso transformador, y de hacerlo desde el corazón, las emociones, el sentimiento. (Coronado, 2018)

Será luego de la mano de autoras como Catherine Walsh que la noción de sentipensar se expresará en clave feminista y decolonial, recuperando el legado de la Investigación Acción Participativa del sociólogo colombiano:

“Es esta lucha de ser y hacerse humano ante la matriz colonial y su patrón de racialización-deshumanización, lucha iniciada hace más de 500 años y de carácter individual y colectiva, política, epistémica, sociocultural, espiritual y ontológica-existencial-vital, que Zapata Olivella, Fanon y Freire apuntaban en su praxis política-intelectual y sus pedagogías de senti-hacer y senti-pensar, así haciendo recordar otro pedagogo colombiano, Orlando Fals Borda, quien acuñó en su propio trabajo de investigación-acción participativa (IAP) y su apuesta descolonizadora, el concepto y práctica así insurgentes de senti-pensar.” (Walsh, 2013, p. 62)

En este sentido, ensayar una investigación sentipensante supuso como planteé al principio de este apartado re-conocerme, interrogarme, abrirme a la escucha de lo diferente sin juzgar ni sobreinterpretar, y con-moverme con las múltiples y complejas situaciones de injusticia social y de género que vislumbré vinculadas a los procesos de salud-enfermedad-atención que se desarrollan a diario en el Hospital que fuera el referente empírico de esta tesis, pero también un lugar donde devine otra.

Por último, antes de cerrar este apartado donde intento dar cuenta del posicionamiento ético político que orienta esta investigación, quiero hacer una

última alusión a dos perspectivas que son solidarias a la agenda feminista y nodales para pensar, sentir y hacer Trabajo Social: el enfoque de derechos y la perspectiva de géneros y diversidad.

El enfoque de derechos

El enfoque de derechos se basa en una perspectiva abarcativa e integral, que propone un sistema integrado y estructurado por principios, reglas y estándares de Derechos Humanos, intentando otorgar efectividad a las medidas comprometidas por los Estados y fijando estándares específicos que son aplicables a los sistemas internos de cada país (Carballeda, 2016). Por lo tanto, abre un abanico de posibilidades para el abordaje integral y transversal de múltiples problemáticas.

En este sentido, tal como plantea Hermida (2018) desde el trabajo social nos enfocamos por trabajar desde este enfoque a partir de una visión que abarque su aspecto más político, entendiéndolo como un enfoque que busca reconstruir derechos y trabajar por su reconocimiento y efectivización. Por lo tanto, "(...) la apuesta es a pensar la noción de derechos, más en términos políticos que jurídicos, más en términos colectivos que individuales, más en términos de organización que de administración, más en términos de experiencias que de prestaciones." (Hermida, 2018, p. 2).

El trabajo social tiene un lugar privilegiado para la lucha por el reconocimiento y ampliación de los derechos para todxs, ya que cuenta con la experticia en lo social, lo que lo ubica como profesión en un lugar poderoso para construirnos como la voz autorizada para hablar en términos de concreción de derechos (Hermida, 2018). En este sentido, el enfoque de derechos se convierte en una herramienta fundamental para el abordaje del trabajo social dado que "(...) otorga posibilidades tal vez más amplias para comprender y explicar los problemas sociales (...)" (Carballeda, 2016, p. 1) y permite respaldarnos en leyes y tratados que nos dan un sostén jurídico para nuestras intervenciones.

A su vez, en torno a lxs sujetxs con lxs que trabajamos desde nuestras intervenciones, el enfoque de derecho lxs reconoce como titulares plenos de los mismos y no como merxs beneficiarixs de estos, otorgando la responsabilidad por su reconocimiento y cumplimiento al Estado en su rol de garante. En relación a este último, el enfoque de derechos:

“(…) ha definido con mayor precisión no sólo aquello que el Estado no debe hacer a fin de evitar violaciones, sino también aquello que debe hacer en relación a intentar facilitar y construir una realización plena de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.” (Carballeda, 2016, p. 2)

En lo que respecta a este trabajo de investigación, el enfoque de derechos es transversal a toda la misma. En este sentido, lo considero una herramienta fundamental para el abordaje de mi problema de investigación ya parto de considerar al cuidado como un derecho humano de todxs lxs sujetxs que lo precisen, ya que tal como plantea Batthyány (2020) “Los cuidados son relacionales e interdependientes, todos hemos precisado o precisaremos de cuidados en algún momento de nuestra vida y todos hemos cuidado o cuidaremos a alguien en las etapas de nuestro ciclo vital.”.

Por lo tanto, y tomando al trabajo social como una profesión centrada en la ampliación de derechos y la protección de los mismos es que considero que en torno a la temática del cuidado, el abordaje desde el enfoque de derechos, debe basarse en trabajar por su reconocimiento y protección como responsabilidad del Estado en primer lugar, corriendo a las mujeres del rol de cuidadoras bajo el que se las etiqueta. A la vez que, en torno a este último, deben revisarse tanto las obligaciones positivas como obligaciones de hacer (por ejemplo: brindar servicios de cuidado para lxs niñxs), así como las obligaciones negativas, como obligaciones de abstenerse de hacer (por ejemplo: evitar la feminización de las políticas públicas utilizando el enfoque de género como base para la formulación de las mismas), (Zibecchi, 2014), pensando siempre en la efectivización de los derechos como objetivo que guía la práctica.

Por último, en torno al análisis del sistema de salud, realizar un abordaje desde este enfoque implica la construcción del/a otrx-paciente como unx sujetx

de derechos capaz de ser protagonista de aquellos procesos que lx involucran. Reconoce a las personas como titulares de derechos y no beneficiarixs, por lo tanto lxs entiende como sujetxs partícipes en la construcción de sus demandas, transformando de esta manera la lógica que ubica al/la otrx en un rol pasivo a la espera de ser beneficiarix de la acción de lxs demás en unx sujetx activx capaz de participar en los procesos que le atañen.

En este sentido, trabajar desde el enfoque de derechos en el ámbito de la salud en torno a la temática de cuidados implica reconocer no solo el derecho a ser cuidadx sino también las diferentes lógicas que se dan en el equilibrio de responsabilidades entre quienes cuidan y como estas se desenvuelven en todos los espacios de la cotidianeidad, dentro de los cuales el sistema de salud es uno. Por lo tanto, el enfoque de derechos permitirá también reconocer al Estado (institucionalizado en este sentido desde el sistema de salud) como un garante y responsable del cuidado dentro del cual debe tomar parte activa, así como reconocer y propiciar las diferentes redes comunitarias y sociales del cuidado que se dan en la sociedad y que toman espacio también en el Hospital como institución.

La perspectiva de género y diversidad

Lagarde (1996) es una de las precursoras en términos de formación y fundamentación de la perspectiva de género y diversidad, para ella la misma excede lo meramente teórico e implica una posición política frente a la opresión de género, que busca denunciar los daños provocados por ésta y, al mismo tiempo, ser un conjunto de acciones y alternativas para erradicar tal opresión. Esta delimitación de la perspectiva de género es la que busco aplicar a la hora de realizar mis investigaciones.

En este sentido, me parece relevante comenzar aclarando que el género como categoría remite a las características socio históricas que le son atribuidas a los sexos, elaboradas en base a las diferencias sexuales (Gamba, 1989). En base a este, durante la historia se han elaborado diferentes concepciones sobre el “deber ser” de cada género, por lo tanto la perspectiva

de género y diversidades parte de visibilizar que esta diferencia, asociada al “ser mujer” o “ser varón” en nuestras sociedades, es únicamente una construcción social y que como tal no reviste carácter de naturaleza y, por ende, no dejan de ser categorías dinámicas que pueden cambiar con el transcurrir de las épocas y de las corrientes de pensamiento.

Las relaciones de género son relaciones de poder, y en el caso de nuestras sociedades, que se encuentran atravesadas por los lineamientos patriarcales, están se establecen como “(...) asimétricas, jerárquicas y por lo tanto, desiguales, en detrimento de la mujer (dominación y subordinación) y se expresan en la cotidianeidad de las instituciones y organizaciones de las culturas: familia, trabajo, la ciencia, la cultura, etc.” (Guzzetti, 2012, p. 109)

En este sentido, mi plan de trabajo incluyó a la perspectiva de género y diversidad como transversal para la investigación total, abarcando la formación de los instrumentos metodológicos, la fundamentación teórica, etc. A su vez, la temática que formará mi problema de investigación deriva de las problematizaciones y cuestionamientos del feminismo y el análisis del género, al centrarse en el trabajo de cuidados, el cual fue visibilizado como una problemática gracias a que el feminismo lo puso en agenda.

Considero al enfoque de género y diversidad como necesariamente transversal a todas las intervenciones e investigaciones que se realizan desde el trabajo social ya que nos brinda un abanico de prácticas y posiciones teóricas para interpelar lo que aparece como dado y, sin embargo, es construido desde lo social y cultural, como por ejemplo en el caso de mi investigación cuestionar la maternidad como dada, o el ideal del “instinto materno” utilizado para abandonar a las mujeres en el cuidado de sus hijos como únicas responsables del mismo. Tal como mencionan Di Marco, Faur y Méndez (2005):

“La perspectiva de género, como herramienta nos permitirá establecer líneas de acción que enmarcadas en los derechos humanos, en relaciones de equidad entre varones y mujeres, apunten a democratizar las relaciones familiares abordando conflictos y tensiones, para una posible transformación y cambio.” (p. 60)

A su vez en la misma línea, es importante tener presente el concepto de interseccionalidad (Crenshaw, 1991) para comprender las múltiples opresiones que se entrelazan en las vidas de las mujeres con las que trabajamos, especialmente si entendemos que la opresión no es solo de género en esta temática sino que también involucra a la clase social, la raza, la edad, la situación laboral, etc.

En este sentido, considero que la implementación de la perspectiva de género y diversidades colabora a desnaturalizar aquello que se presenta como dado en torno a las relaciones de género, entendiendo que “La desnaturalización, a través de su enunciación y denuncia de los diferentes tipos de violencia, implica deslegitimar las relaciones asimétricas de género.” (Guzzetti, 2012, p. 111).

En torno al análisis discursivo que se implementó en esta investigación, la inclusión de la perspectiva de género y diversidad permitió identificar aquellas lógicas que se reproducen en los discursos y prácticas que circulan en el Hospital y que marcan pautas y estereotipos sobre las formas de cuidar que “deberían” tener las familias, a la vez que delimitan las tareas que debe cumplir cada progenitorx en función de su género según los patrones socio-culturales de cada momento histórico determinado.

A su vez, la inclusión del enfoque de género y diversidad en el análisis de los cuidados permitió vislumbrar en esos mismo discursos la presencia de sentidos preocupados por aportar a relaciones más equilibradas dentro de las familias donde las tareas de cuidado sean repartida de manera más equitativa para lograr la “democratización de las familias” (Di Marco, Faur y Méndez, 2005), lo que permita aliviar la carga del trabajo de cuidados que recae históricamente sobre las figuras femeninas de las familias. Por último, en torno a las prácticas de cuidado y crianza familiares, el enfoque de género y diversidad tendió a identificar la evolución de los diferentes arreglos familiares, comprendiendo y visibilizando las diferentes formas que hay de criar y cuidar, así como las diversas maneras que hay de formar una familia que se alejan del modelo heteronormativo y nuclear.

Consideraciones epistemológico-metodológicas

La relación entre epistemología y metodología es, a mi entender, una relación de interdependencia constante donde ambas se precisan y se complementan mutuamente en cada paso de la investigación. Por lo tanto, una epistemología sin la metodología solo quedaría en ideas abstractas sin apoyo empírico, mientras que una metodología sin epistemología llevaría a nuestra profesión en un hacer irracional que nos convertiría en una técnica que aplicar y no en un corpus teórico-práctico que tiene sus bases asentadas.

Formaciones discursivas y su capacidad performativa

Siguiendo a Foucault (1992) es posible definir a los discursos como un conjunto de enunciados que no son de carácter representacional (es decir, que reproducen una realidad) sino que tienen capacidad performativa, por lo tanto producen, construyen e instalan una realidad como materialidad, lo que los convierte, en términos del mismo autor, en poder en acto.

En el texto de Austin (1962), “Cómo hacer cosas con palabras. Palabras y acciones” se propone por vez primera la noción de performatividad lingüística. Según este, cada vez que se emite un enunciado se realizan al mismo tiempo acciones o ‘cosas’ por medio de las palabras utilizadas. Los actos de habla performativos son enunciados que producen la realidad que describen (Duque, 2010). A su vez, en el mismo sentido, Butler (2005) entiende a este efecto performativo como “La práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra.” (p. 18).

En este sentido, comprendiendo la importancia que tienen los discursos dada su potencia performativa para producir, construir e instalar una realidad como materialidad, debe saberse que su producción y distribución se encuentra controlada por un “(...) cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar sus poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad.” (Foucault, 1992, p. 14). Estos procedimientos de control del discurso harán que el mismo este reservado para

una determinada cantidad de personas en un momento y espacios delimitados: no todos podemos decir todo en las mismas circunstancias.

Estos apuntes de los aportes foucaultianos para pensar la discursividad han sido nodales en este estudio. Fundamentan la relevancia de abordar la investigación relativa a los cuidados a partir de ese condensado de sentidos en disputa que circula por el dispositivo hospitalario y atraviesa los cuerpos de niñas y familias atravesadas por procesos de salud-enfermedad-atención. No es anecdótico lo que se dice. Produce realidad. Favorece o dificulta la posibilidad de aportar a una agenda en materia de justicia de género, donde la cuestión de los cuidados, como hemos dado cuenta, es central.

Enfoque metodológico

El enfoque metodológico que orientó la presente investigación es de carácter cualitativo (Sautu, 2007; Vasilachis, 2006). Sin embargo, en el nivel de las técnicas utilizadas las mismas son tanto cualitativas como cuantitativas implicando como estrategia principal el uso de la entrevista semi-estructurada, la cual fue combinada con determinados registros de observación del trabajo de campo en situaciones específicas.

A su vez, es relevante mencionar la utilización de los aportes de la metodología feminista de la investigación la cual implica un posicionamiento no solo ético-político sino una herramienta fundamental para esta investigación que se encuentra inserta en los planteamientos de este paradigma.

En este punto, considero importante recordar los objetivos que guían esta investigación. El objetivo general de la misma implica “analizar los discursos en torno a las prácticas de cuidado y crianza que desarrollan las familias durante los primeros años de vida, en el personal de salud de los consultorios externos del Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata”.

Mientras que los objetivos específicos son:

- Reconocer los sentidos que lxs diferentes profesionales construyen en torno a las formas de maternar, paternar y cuidar en los primeros años de vida de las familias usuarias del Hospital.
- Reconocer potenciales diferencias en los discursos en torno a los cuidados brindados por las familias en las diferentes profesiones del Hospital.
- Explorar los efectos que los sentidos atribuidos a la maternidad, paternidad y cuidados en la niñez tienen en la construcción de estrategias de intervención diferenciadas por parte de lxs profesionales.
- Indagar las diferentes teorías y corrientes que influyen en la formación de los discursos de lxs profesionales y sus múltiples intersecciones.

A su vez, esta investigación se orientó en relación a las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Los discursos del equipo de salud del HIEMI en torno a las formas de cuidado y crianza se encuentran atravesados por tradiciones diferenciadas, tales como: las propias del sistema capitalista colonial patriarcal y adultocéntrico, así como las de la perspectiva de género en salud, el enfoque de derechos y salud colectiva, entre otras.
2. En estos cruces lxs profesionales construyen discursos diversos en torno a las formas de cuidar de las familias que responden a lógicas diferenciadas y que tendrán implicancias en sus intervenciones.
3. Estos discursos producen efectos en los trayectos de enfermedad, salud y atención de las familias que asisten a la institución.

El objeto de investigación: la construcción del universo y la muestra

El universo de estudio elegido para la realización de esta investigación está íntimamente relacionada con la temática de la misma, por lo tanto siguiendo esta se eligieron como universo un conjunto de unidades de análisis diferenciadas compuesto por:

- 1) Profesionales de carrera hospitalaria de las especialidades de pediatría y obstetricia que desarrollan sus actividades en el área de consultorios externos.

2) Profesionales que realizan sus residencias en el hospital y que ejercen en relación al área de consultorios externos.

3) Integrantes del servicio social hospitalario.

4) Informantes clave: integrantes del personal técnico-administrativo y el equipo directivo, a los cuales se incorporará al estudio en caso de que la investigación en curso lo requiera.

La determinación de la muestra se hizo siguiendo los parámetros no probabilísticos, teniendo en cuenta que la elección de la misma se relaciona con el carácter cualitativo de esta investigación, por lo tanto la muestra sigue el modelo cualitativo-teórico o intencional (Glasser y Strauss, 1967). En este tipo de muestra la selección de los sujetos entrevistados se hace siguiendo lineamientos teóricos y no azarosos. A su vez, en las muestras intencionales no hay una determinación de antemano sobre la cantidad de casos a relevar sino que estas se van ampliando o reduciendo en torno a la elección de la investigadora en torno a la cantidad y calidad de la información que se recaba. El cierre de la muestra, por lo tanto, se realiza por saturación teórica, es decir, en aquella situación en la que agregar nuevos casos o nuevos sujetos a entrevistar no implica la ampliación de la información recogida hasta ese momento.

En este caso, la muestra intencional estuvo formada por las áreas de pediatría, obstetricia y trabajo social del Hospital, por ser consideradas las más vinculadas a la temática de la crianza en los primeros años, la cual es el centro de esta investigación. A su vez, para los cuatro subgrupos del universo de análisis, mencionados anteriormente, se siguieron los siguientes criterios muestrales: edad de los profesionales, género y disciplina

En este sentido, se explicita también que para la presentación de resultados del proceso de análisis e interpretación, se trabajó con inclusión de extractos de entrevistas que fueron codificados siguiendo el criterio de consignar la profesión de base del/ de la entrevistado seguido de un número. De esta forma los lectores de este estudio podrán reponer información respecto de cuál es el campo profesional/disciplinar en el cual se alojan los discursos relevados.

En este aspecto, también es importante mencionar la elección del área de consultorios externos como espacio de realización de esta investigación, la cual se encuentra fundamentada en dos factores: el primero de ellos está relacionado con la posibilidad fáctica de la realización de este proyecto de tesis, dado que se debía realizar un recorte del total de la muestra de profesionales que ejercen su profesión en la institución para lograr una muestra que fuera abordable en términos prácticos. El segundo de estos factores se refiere al fundamento teórico, dado que las diferentes problemáticas que son tratadas en el área de consultorios externos requieren de un seguimiento a largo plazo (ya que en la mayoría de los casos se trata de pacientes con enfermedades crónicas), estos presentan la posibilidad de realizar un análisis de discursivo de profesionales que tienen una intervención más prolongada con estas familias, lo que implica que el impacto de sus discursos en las mismas será mayor que en casos, como por ejemplo, de las guardias donde sólo se atiende la urgencia y el contacto es más puntual.

Teniendo lo anteriormente mencionado en cuenta, la muestra que se tomó para la realización de este plan de trabajo contó con la presencia de 19 entrevistadxs, 17 de las cuales se autoperciben como mujeres, mientras que solo 2 son autopercebidos como hombres. La muestra se vio determinada por aquellxs profesionales que realizan sus actividades en los consultorios externos, por lo que se entrevistó a 3 obstetras, 4 pediatras y 2 residentes de pediatría; mientras que en el caso del servicio social esta muestra incluyó a 10 profesionales, 4 de las cuales eran residentes en el servicio. En relación con la antigüedad de lxs entrevistadxs, 10 de ellxs tenían entre 0 y 5 años de antigüedad en la institución, 5 se incluían en el lapso de los 6 a los 15 años de antigüedad, mientras que sólo 3 estaban en el último eslabón con más de 15 años de antigüedad en su profesión.

El trabajo de campo se realizó durante el período septiembre 2020-noviembre 2021. El contexto de pandemia, con el consiguiente ASPO³ y DISPO⁴, generaron un sin fin de complejidades que se fueron sorteando gracias a la buena disposición de todxs los actores involucradxs en este proceso de investigación.

³ Refiere al Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio dispuesto por el gobierno nacional mediante el Decreto N° 297/20, como medida de cuidado durante la pandemia de Covid-19.

⁴ Refiere al Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio dispuesto por el gobierno nacional mediante el Decreto N° 125/21 como medida de cuidado posterior al ASPO durante la pandemia de Covid-19.

Esto supuso ampliar el repertorio de posibilidades en relación al proceso de recolección de datos, implementando no solo entrevistas presenciales sino también entrevistas remotas o mediadas por la tecnología. Tanto en contexto de trabajo de campo en el Hospital como en el caso de las entrevistas sincrónicas virtuales, se realizó observación y registro en cuaderno de campo. Esos materiales fueron a posteriori muy valiosos para complementar los procesos de análisis e interpretación de datos.

A su vez, se confeccionó un consentimiento informado que fue entregado a todxs lxs entrevistadxs previo a la realización de la entrevista, en el que se brindó información relativa a la investigación y al resguardo de la identidad de lo referido en las entrevistas. En el análisis de las mismas, como se verá en los capítulos subsiguientes, se preserva el anonimato de lxs entrevistados, utilizando un código que sólo remite a la disciplina del autor/a de cada cita.

El trabajo de campo: la entrevista semiestructurada

La entrevista, tal como definen Dalle et. al. (2005), es “(...) una conversación sistematizada que tiene por objeto obtener, recuperar y registrar las experiencias de vida guardadas en la memoria de la gente.” (p. 48). Dentro de esta técnica de recolección de datos podemos encontrar las entrevistas cerradas, abiertas o semi-estructuradas. Este último tipo fueron las elegidas para la realización de este plan de trabajo. La elección de este tipo de entrevistas se relaciona con su carácter conversacional el cual permite la libertad del entrevistadx a la hora de usar sus propios términos, a la vez que mantiene un cierto orden de relevancia sobre los temas que se buscan tratar para cumplimentar los objetivos de la investigación. También da mayores libertades al/la entrevistadorx al permitirle formular las preguntas en el orden que considere más adecuado y de la forma que considere apropiada para cada tipo de entrevistadx (Batthyány y Cabrera, 2011).

Otra de las ventajas de la utilización de esta técnica por sobre otras es que permite repreguntar en el momento mismo en caso de que algún punto no quede aclarado, dado su flexibilidad y su carácter de inmediatez. A la vez, al realizarse de manera presencial (siguiendo todos los protocolos socio-sanitarios

vigentes) permite un espacio de cierta intimidad donde se busca lograr que el o la entrevistado se sienta cómodo para cubrir las temáticas pertinentes.

Es importante aclarar que para la realización de estas entrevistas dado que se trabajaba con personal de la salud que tiene diferentes códigos éticos que respetar, el presente plan de trabajo pasó por la instancia evaluadora del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Mar del Plata y fue aprobado por la misma, contando con la certificación que lo verifica en el anexo de este trabajo.

El análisis de datos: los aportes de la teoría fundamentada

En relación al análisis de las entrevistas realizadas a los diferentes entrevistados, se utilizaron los aportes de la teoría fundamentada de los datos (Glasser y Strauss, 1967). Esta teoría nace a mediados del siglo XIX como la convergencia de dos tradiciones intelectuales y académicas de la sociología norteamericana, representadas por Glasser a través de la Universidad de Columbia y Strauss por la Universidad de Chicago. Por lo tanto, la teoría fundamentada recoge experiencias, tradiciones y corrientes de estas dos escuelas sociológicas, formando una metodología general para desarrollar teoría que está enraizada en información sistemáticamente recogida y analizada (Strauss y Corbin, 1994).

La metodología de la teoría fundamentada se basa en dos grandes estrategias que pueden delimitarse como: el método de la comparación constante y el muestreo teórico. El primero de estos implica la recolección, codificación y análisis de los datos en forma simultánea para generar teoría, es decir, esta metodología construye la teoría a partir de los datos obtenidos. Esto se realiza mediante dos procedimientos: el ajuste y el funcionamiento. El ajuste requiere que las categorías deben surgir de los propios datos y por lo tanto ser fácilmente aplicable a ellos, mientras que el funcionamiento requiere que estas categorías utilizadas sean significativamente apropiadas y capaces de explicar la conducta en estudio. En el caso del muestreo teórico, este "(...) se realiza para descubrir categorías y propiedades, y para sugerir las interrelaciones dentro de una categoría." (Glasser y Strauss, 1967, p. 62). A partir de este, se seleccionan los

casos que se estudiarán teniendo en cuenta su potencial para refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados.

Por lo tanto, es factible determinar una serie de procedimientos u operaciones que requieren ser realizadas en la aplicación de esta metodología, entendiendo que las mismas no son secuencias lineales sino que se interrelacionan continuamente. En este sentido, la metodología comienza con la recolección de la información, que en este caso se realizó mediante el registro de las diferentes entrevistas realizadas. Esta recolección finaliza por saturación, es decir en aquel momento en el que se considera que agregar nuevos casos no implicara un aumento en la cantidad y calidad de la información recolectada previamente.

Luego se continua por la codificación, la cual implica "(...) comparar la información obtenida, tratando de dar una denominación común a un conjunto de datos que comparten una misma idea (...) leer y releer nuestros datos para descubrir relaciones (...)" (Soneira, 2006, p. 156). A este tipo de codificación se la llama codificación abierta, ya que las categorías que se obtienen pueden provenir tanto de la lectura y formación teórica del/la investigad(x)r como del lenguaje y expresiones utilizadas por l(x)s entrevistad(x)s. En este procedimiento se comienza por comparar entrevista contra entrevista para obtener las categorías, luego se sigue por comparar los nuevos datos que se van recolectando con las categorías teóricas, a esto es a lo que se denomina comparación constante. A su vez, otro procedimiento relevante para este proceso de codificación es la codificación axial que implica la búsqueda activa y sistemática de propiedades (Soneira, 2006).

El tercer procedimiento de esta metodología implica la delimitación de la teoría lo cual se realizará mediante el proceso de comparación y sus dos operaciones de análisis: el criterio de parsimonia, que implica hacer máxima la explicación y comprensión de un fenómeno con el mínimo de conceptos y formulaciones; y el criterio de alcance, es decir, ampliar el campo de aplicación de la teoría pero sin desligarse de su base empírica (Soneira, 2006). A través de este procedimiento se busca centrarse en la o las categorías centrales que serán aquellas que aparecen con alta frecuencia en las entrevistas. Una vez determinadas estas se procede a la codificación selectiva, es decir, solo se

codifica para estas categorías centrales y aquellas conectadas directamente a estas. Este procedimiento permite también identificar la saturación ya que, una vez que la nueva información no agrega un nuevo conocimiento sobre estas categorías centrales y sus propiedades, es factible determinar que la categoría está saturada.

Por último, esta metodología finaliza con la determinación de una teoría sobre el tema o la temática analizada en la recolección de datos, y que es el objetivo de la utilización de la metodología, y luego la comunicación de los resultados obtenidos.

La justificación de la utilización de esta metodología en la presente investigación se relaciona, con que la misma “(...) permite facilitar el abordaje de cualquier exploración que esté relacionada con los comportamientos, emociones y sentimientos, las experiencias vividas (...)” (Giraldo Prato, 2011, p. 79). A su vez, trabaja desde la realización de teorías propias que surgen de la observación y el análisis de datos que realiza la investigadora. Otro aspecto relevante que justifica la elección de la metodología propuesta tiene que ver con su forma de generar teoría, la cual parte desde los datos recogidos y su análisis y no desde marcos teóricos preestablecidos.

La utilización de este enfoque cualitativo para la realización de esta tesis, implicó transitar un proceso de aprendizajes, donde fuimos sorteando desafíos, ampliando herramientas y familiarizándonos cada vez más con las técnicas y orientaciones que la teoría fundamentada ofrece. En efecto, tres de los soportes nodales para poder realizar un procesamiento, análisis e interpretación pertinentes fueron: la organización de la información, la construcción de matrices, y el método de comparación constante para la codificación y ubicación de categorías emergentes. Respecto del primer proceso, poder construir una base de datos ordenadas, secuenciando las entrevistas desgrabadas y trabajando con etiquetas que me permitan ir ubicando las categorías a relevar fue un primer paso de relevancia.

A su vez, las matrices de datos construidas, permitieron un análisis no solo de cada entrevista, sino de corte longitudinal, pudiendo comparar cómo diferentes entrevistados responden con convergencias y divergencias a cada una

de las variables relevadas. El método de comparación constante, entendido como ese proceso donde vamos ubicando similitudes, diferencias, repeticiones, matices, me permitió construir nuevas preguntas, conjeturas e interpretación, y ubicar categorías que surgieron en el trabajo de campo pero que no estaban previstas en los guiones iniciales.

Por último el cruce dialéctico entre los discursos que las entrevistas pusieron en evidencia, y los discursos teóricos que componen el entramado argumental de esta tesis, me facilitó la posibilidad de ahondar en la interpretación, poder reconocer en las entrevistas ideas y prácticas que en el marco teórico y antecedentes había registrado, así como también ubicar diferencias, singularidades, y temáticas que no estaban en el inicio de mi relevamiento teórico.

A modo de cierre

Establecer las relaciones entre los marcos metodológicos y las herramientas de análisis de datos, con mi posicionamiento ético-político-epistemológico me parecía un paso fundamental a la hora de abrir esta investigación. Es imprescindible comprender que ambos se complementan e intersectan en cada paso de la investigación para formar el producto final y que se encuentran imbricados el uno con el otro para lograr una metodología uniforme y coherente con sus implicancias ético-políticas y epistemológicas.

Investigar desde la epistemología feminista implica reconocer los espacios que ocupamos las mujeres a lo largo de la historia y que han sido invisibilizados por el patriarcado y sus instituciones. A su vez, conlleva un proceso introspectivo de analizarme como mujer y el lugar que ocupó desde las intersecciones de mis privilegios en esta investigación. Este último punto fue nodal a la hora de proponer la temática a trabajar dado que se investiga sin estar dentro de las categorías a abordar.

La inclusión de la perspectiva de género y diversidad, así como del enfoque de derechos hacen de cierre al encuadre ético-político dado que imponen una forma de investigar que reconoce al/la otrx como un/a sujetx activx en los procesos que se abordan, entendiendo a su vez a quien investiga como un/a sujetx sentipensante involucradx en la investigación desde la propia emocionalidad.

Las precisiones metodológicas relativas a la construcción del universo, muestra y técnicas de investigación utilizadas, son necesarias en tanto permiten al/la lectorx evaluar el grado de validez de las definiciones que orientaron las instancias empírica y operativa de este estudio.

Esta metodología de investigación permitió entrelazar varios de los lineamientos que guían mis prácticas y promovió un trabajo de investigación alejado de los supuestos positivistas de la objetividad científica avalorativa y más cercano a una investigación en clave feminista, sentipensante y situada.

Capítulo 2:

Cuidados y crianzas: antecedentes, debates teóricos, y estado de la cuestión.



Presentación:

El presente capítulo implica un recorrido teórico sobre las principales cuestiones en torno a la temática central de este trabajo que son los cuidados y las crianzas. Por lo tanto, no incluye en sí mismo material de análisis discursivo como si lo harán los capítulos subsiguientes. La finalidad de este apartado es poder ubicar al/la lectorx en el tema a desarrollar, ubicando las definiciones pertinentes y lxs principales autorxs en relación al mismo.

Se desarrollaran cuestiones alusivas a “los costos del cuidar” entendiend que los mismos no incluyen solo costos económicos sino también físicos, emocionales y psicológicos. También se hará referencia a la situación actual de “crisis de cuidado” (Batthyány, 2021) que atraviesa la sociedad toda, dado el envejecimiento progresivo de la población que implica que cada vez más personas requieren de otrx para que las cuiden; y como esta encuentra formas de organizarse disímiles teniendo en cuenta el nivel adquisitivo de la familia en cuestión.

A su vez, en este capítulo se concentra un breve estado de la cuestión en torno a la organización social de los cuidados (Zibecchi, 2014) en nuestro país haciendo énfasis en la poca información que se encuentra disponible estadísticamente sobre el tema generada por organismos gubernamentales.

Cuidados y crianza

Cuando hablamos de cuidados, nos referimos a uno de los componentes fundamentales para la reproducción social de la sociedad, en este sentido, el cuidar “(...)” implica la atención y satisfacción de aquellas necesidades físicas, biológicas, afectivas y emocionales que tienen las personas.” (Pautassi, Zibechi y Gherardi, 2012, p. 9). Entonces ¿Por qué es este acto tan importante para la vida?, principalmente porque sin los cuidados no habría vida. Tal como plantea Batthyány (2020) “Los cuidados son relacionales e interdependientes, todos hemos precisado o precisaremos de cuidados en algún momento de nuestra vida y todos hemos cuidado o cuidaremos a alguien en las etapas de nuestro ciclo vital.” (p. 1)

De esta manera, es importante recalcar que el acto de cuidar no es solo una necesidad de todxs lxs humanxs sino también un derecho, y como derecho su principal garante es el Estado, aunque en la práctica no se dé de esta manera. En Argentina y la región, toda la literatura sobre la cuestión y las estadísticas de los diversos organismos nacionales e internacionales, coinciden en un mismo diagnóstico: las encargadas de asegurar el cumplimiento de este derecho son las mujeres, quienes realizan lo que durante muchos años se entendió como un “acto de amor”, pero que en la actualidad reconocemos como “trabajo no remunerado”. Entonces, en este punto sería válido preguntarse ¿Por qué el trabajo de cuidados debe ser considerado un trabajo?, entre muchas de las respuestas válidas Gherardi, Pautassi y Zibecchi (2012) explican: “El acto de cuidar se considera un trabajo porque implica tiempo, desgaste de energía y genera valor.” (p. 9). Además, requiere de toda una organización y trabajo previo relacionado con:

“(...) garantizar todas las precondiciones para que el acto pueda efectuarse (por ejemplo: mantenimiento y limpieza del hogar, compra y preparación de los alimentos, lavado y planchado de ropa). El trabajo de cuidado también implica una simultaneidad de actividades que suelen realizarse al mismo tiempo (por ejemplo: se plancha o se cocina mientras se cuida a un niño que duerme).” (Zibecchi, 2014, p. 14)

A su vez, me decidí por la utilización del término trabajo de cuidados por sobre trabajo doméstico ya que considero, tal como mencionan Carrasquer et.

al. (1998), que “(...) sus actividades y su espacio físico y simbólico no se reducen exclusivamente al hogar o ámbito doméstico.” (p. 96).

Entonces, en este contexto, es importante destacar que a pesar de que todas las personas (tanto hombres como mujeres) están capacitadxs para cuidar, este trabajo suele recaer en las mujeres generando lo que se ha denominado en varias oportunidades como “la doble presencia” (Carrasquer et. al., 1998; Zibechi, 2014). En este sentido, es factible afirmar que el trabajo de cuidados se encuentra totalmente naturalizado en nuestras sociedades y es considerado como una actividad más que “viene con” la maternidad. Es decir, hay una “(...) creencia extendida de que las mujeres (y no así los varones) son portadoras de ese saber y de ciertas habilidades vinculadas al cuidado que han adquirido de manera natural y no socialmente.” (Gherardi, Pautassi y Zibechi, 2012, p. 18). Teniendo esto en cuenta, es que podemos entender el “porqué” a las mujeres les “corresponde” el cuidado tanto de lxs niñxs como de aquellxs adultxs que precisan mayor atención en los hogares.

Esto se encuentra íntimamente relacionado con la división sexual del trabajo (surgida en la modernidad) que dividió al mundo en dos escenarios claramente delimitados: el espacio público y el espacio privado. A su vez, junto con esta división se asignó valores, tareas y representaciones a estos “dos mundos”, generando la situación que plantea Ana María Fernández (1993) cuando dice:

“(...) ahora no sólo habrá funciones discriminadas según los espacios, sino que ambos espacios se regirán por códigos propios y serán diferentes las formas de circulación de los saberes en uno y otro ámbito: un ámbito público racional, de saberes racionalizados ejercido por especialistas, y un ámbito privado, sentimentalizado, de saberes empíricos, ejercido por las mujeres. Diferentes serán las prácticas de ambos espacios, diferentes las formas y posibilidades de circulación de las personas según se haya definido su lugar, como perteneciendo a cada uno de estos espacios, diferentes serán las formas jurídicas que rijan sus prácticas sociales y diferentes serán sus prácticas entre sí.” (p. 146)

En la misma línea, es interesante rescatar el aporte que realiza Segato (2016) cuando menciona que la privatización del espacio doméstico no lo incluyó como un espacio que sea considerado de importancia para la sociedad, sino que fue entendido como un espacio residual, lo que implica que: “(...) tanto

la esfera doméstica como la mujer que la habita, se transforman en meros restos, en el margen de los asuntos considerados de relevancia universal y perspectiva neutra.” (Segato, 2016, p. 117)

Con estos dos mundos delimitados a la perfección, se buscaba recluir a las mujeres al rol de cuidadoras dentro de los hogares por considerarlas las “naturalmente más aptas” para cumplir con estas tareas que les deberían ser “innatas” basándose en el muy difundido “instinto maternal”, mientras que a los hombres les correspondería salir al mundo público para trabajar y ganar el sustento para “mantener” a la familia. Esta división, que se sostiene aún en algunas familias de manera muy explícita, muestra claramente como el trabajo de cuidados no era (ni es en la mayoría de los casos) considerado trabajo, sino más bien “un acto de amor” que realizaba la mujer-madre, invisibilizando el peso y la importancia de este trabajo para la reproducción social de la mano de obra que luego es empleada por el mercado. Por lo tanto, agrego a mi primera afirmación y refuerzo: sin cuidados no hay vida, y como consecuencia tampoco habrá mano de obra necesaria para la reproducción del mercado que precisa el capitalismo, ya que tal como menciona Batthyány (2020) “(...) la economía considerada productiva se sostiene en el trabajo de cuidado (no reconocido ni remunerado) aunque este sea en muchos casos invisible.” (p. 1)

Con la inclusión de la mujer en el espacio de lo público, la lógica diría que las tareas ahora deberían dividirse en partes iguales teniendo en cuenta que tanto el padre como la madre se encontrarían insertxs en ambos mundos, sin embargo la historia no siguió las bases lógicas y derivó en la mujer como la única encargada de realizar el trabajo de cuidados dentro del hogar. Tal como establece Jelin (2020):

“(...) el cambio en la participación económica de las mujeres no implique una reestructuración del hogar; no hay redistribución de tareas y responsabilidades hacia los miembros varones, las mujeres amas de casa madres ven sobrecargados sus labores y se impone la ayuda de otras mujeres del núcleo familiar (abuelas, hijas adolescentes o niñas).” (p. 194)

Esto trae como consecuencia la anteriormente mencionada doble jornada laboral femenina, dado que la mayoría de las mujeres en nuestro país (y la región) deben cumplir sus horas reglamentarias en sus trabajos

asalariados y luego cumplir una segunda jornada realizando el trabajo no remunerado del hogar. Por lo tanto, la doble jornada laboral obliga a las mujeres a incorporarse a los espacios de lo público a nivel laboral en busca de mejores condiciones de vida para sus familias, sin dejar de lado las actividades “del hogar” que implican no solo la limpieza, la mantención de los espacios, el cuidado de lxs niñxs y ancianxs, el orden, el cocinar los alimentos, sino también el desarrollo y seguimiento de las actividades de todxs lxs integrantes del hogar que dependen de ella para subsistir. En este sentido, la doble jornada se materializa en un exceso de carga laboral sobre las mujeres, acrecentando aún más las desigualdades que se marcan desde su mismo nacimiento.

Los costos del cuidar

El acto de cuidar implica costos, y en este sentido no me refiero solo a costos económicos, sino a costos emocionales, físicos y psicológicos que repercuten en la salud de las mujeres que se encargan de ellos, ya que la doble jornada implica que las mujeres tiendan a estar “(...) físicamente en un lugar, al mismo tiempo que están mental y emocionalmente en otro espacio, pero siempre resolviendo cuestiones de ambos espacios, lo cual lleva inmerso afectividades que las colocan en una situación de mayor vulnerabilidad.” (Torns Martin, 1995, p. 4).

A su vez implica un desgaste físico que incluye un recorte en la cantidad de horas de descanso, de cuidado propio, de realización de actividades personales o de esparcimiento, etc. Sumado a que las mujeres también prestan el apoyo emocional a lxs otrx miembrxs de la familia en la resolución de sus problemáticas en múltiples ámbitos y tienen presentes mentalmente las obligaciones y tareas del resto. También implica en algunos casos la disminución de las horas de trabajo para pasar más cantidad de horas en el hogar, o directamente el impedimento de trabajar para dedicarse completamente al cuidado de otrx. Esto implica para muchas mujeres “(...) una situación difícilmente sostenible y generadora de crisis personales y familiares de gran intensidad y en algunos casos inductora de enfermedad.” (Dornell et. al., 2014, p. 109)

Además, es importante mencionar el carácter “elástico” que presenta el trabajo de cuidado, es decir, “(...) las mujeres continúan haciéndolo aún en condiciones adversas y lo realizan renunciando a tiempos de ocio y/o descanso.” (Gherardi, Pautassi y Zibecchi, 2012, p. 19) Esto genera diversas consecuencias para las cuidadoras, tales como cansancio, dificultades para ingresar al mercado laboral, sobrecarga emocional, etc. Sin embargo, tal como mencionan estas autoras, “(...) al producirse en el ámbito familiar se transforma en un espacio vacío de atención.” (Gherardi, Pautassi y Zibecchi, 2012, p. 19)

Por lo tanto, en el imaginario social en torno a lo femenino y la maternidad, el rol de la mujer-madre se asienta como cuidadora, responsable única y privilegiada de dar los cuidados y atenciones, más allá de cualquier otra situación que pudiera estar afrontando en su vida personal. La mujer pasa a ser mientras es madre, y como madre debe poner primero la atención de aquellxs que están a su cuidado por sobre la propia.

Todos estos costos tanto emocionales, como físicos y psicológicos, traen como consecuencia la “pobreza de tiempo” que afecta a la mayoría de las mujeres en nuestro país y la región. La vida de las mujeres se encuentra regida por los tiempos, por las horas contadas y calculadas exactamente para lograr todas las tareas que deben balancear en su día a día y que exceden a las propias, ya que deben encargarse de cumplir con todas las actividades de lxs demás miembrxs del hogar. Siguiendo a Barrancos (2011) podemos ver que:

“Las regulaciones temporales constituyen lo más arquetípico del modelado que estatuyen los trabajos del ‘ser mujer’: es imposible dar cuenta de la heterogeneidad de lo cotidiano sin dispositivos cronométricos. En verdad el tiempo nunca alcanza a las mujeres, y es decididamente común entre estas el principio de ‘no perder tiempo’, enunciado que se revela como el ancla de la estructura subjetiva.” (p. 34)”

En contraposición a la situación de los hombres ya que “Los varones están dispuestos a regalarse el tiempo, mientras las mujeres tienen una concepción por entero contrapuesta: el tiempo es un bien escaso en su economía, no es posible perderlo.” (Barrancos, 2011, p. 34).

Por lo tanto, podemos ver que la variable tiempo es fundamental en la organización cotidiana de las mujeres que se ven obligadas a sostener sus actividades en varios planos. Es por esto es que ven recortadas sus posibilidades de imbricarse en otras actividades que sean para el goce propio o el esparcimiento ya que se enfrentan a “(...) la doble encrucijada de la insaciabilidad del tiempo de la vida doméstica y la insaciabilidad del tiempo de la vida pública (:..)” (Barrancos, 2011, p. 35).

Por último, en relación a este apartado, es relevante mencionar que como todos estos temas están “naturalizados” en nuestra sociedad es factible entender a este costo del cuidado como un “costo invisible” (Zibecchi, 2014), ya que es un campo que se encuentra en su mayoría vacío de resoluciones o de problematizaciones que generen cambios a gran escala, más allá de los acuerdos personales de cada hogar.

Crisis de cuidados y desigualdad económica

La situación de la región y de Argentina en particular tiene otra connotación más que afecta a las mujeres que cuidan, y es que son sociedades envejecidas en donde la tasa de dependencia⁵ crece constantemente generando cada vez más personas que requieren cuidados para cada vez menos personas que cuidan. Esto, sumado a los procesos de emancipación que atraviesan a las mujeres en los últimos años, han desencadenado lo que se denomina “crisis de cuidados”⁶ (Batthyány, 2021).

Esta crisis pone sobre la mesa la necesidad urgente de pensar en nuevas formas de gestionar los cuidados entre todxs lxs actores que pueden

⁵ Es el promedio que se logra entre la cantidad de personas que requieren cuidados por su falta de autonomía (principalmente menores, adultos/as mayores y sujetos/as en situación de discapacidad) y la cantidad de personas que están en capacidad de asumir su cuidado. Según el último Censo Nacional de Población y Vivienda del 2010 (INDEC) hay menos de 2 personas (1,8 estrictamente) para cuidar a cada persona que potencialmente necesita de cuidado.

⁶ “La expresión ‘crisis del cuidado’ se refiere a un momento histórico en que se reorganiza simultáneamente el trabajo salarial remunerado y el doméstico no remunerado, mientras que persiste una rígida división sexual del trabajo en los hogares y la segmentación de género en el mercado laboral. Estas asincronías afectan la continuidad y el equilibrio de los tradicionales arreglos de cuidado en nuestras sociedades y atentan contra las opciones de las mujeres para insertarse en los mercados laborales sin verse confrontadas con barreras seculares, y así alcanzar mayor autonomía económica y bienestar” (CEPAL, 2009, p. 173)

brindarlos sin distinciones en base al género. En este sentido, podemos pensar tanto en soluciones a nivel estatal que promuevan cambios dentro de la organización social del cuidado⁷, así como espacios comunitarios donde lo colectivo y lo común generen respuestas para atender a las problemáticas del cuidado de todxs.

Por otro lado, es importante mencionar el rol que tiene el mercado dentro de esta crisis, ya que se generan múltiples desigualdades a la hora de poder elegir opciones para cubrir los cuidados que precisa cada hogar, y estas desigualdades están en gran parte relacionadas con el nivel adquisitivo de cada familia. En este sentido, adhiero a lo que plantea Quiroga Díaz (2020) cuando menciona: “Una de las principales victorias del neoliberalismo es la naturalización de la desigualdad que se expresa crudamente en la manera en que se gestionan las necesidades de cuidado: “cada hogar tiene el cuidado que puede pagar.” Por lo tanto, esta forma de organización basada en el poder adquisitivo de cada familia, encuentra su límite únicamente en “(...) el agotamiento de los cuerpos femeninos en su capacidad para cuidar.” (Quiroga Díaz, 2020), que es exactamente lo que sucede en la actualidad.

Las desigualdades entre los diferentes estratos se plantean no solo en las posibilidades que tienen las mujeres de estos hogares para conseguir y mantener trabajos fuera del hogar, sino también en la capacidad de optar por estrategias que no las incluyan como únicas cuidadoras. Esto implica que:

“Las familias tienen distintos y desiguales grados de libertad para decidir la mejor manera de organizar el cuidado de las personas según el estrato socioeconómico al cual pertenecen y el lugar geográfico donde habitan. Por ejemplo, una mujer que pertenece a un hogar de ingresos medios o altos, puede adquirir servicios de cuidado en el mercado pagando por ellos (salas maternas o jardines de infantes privados), o bien pagar por el trabajo de cuidado de otra mujer (trabajadoras de casas particulares), o implementar una combinación de ambas estrategias. Sin embargo, estas opciones se encuentran limitadas o son directamente inexistentes para la enorme mayoría de mujeres viviendo en hogares pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos.” (Zibecchi, 2014, p. 21-22)

⁷ El término refiere a “(...) la manera en que interrelacionadamente las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias, producen y distribuyen cuidado.” (Zibecchi, 2014, p. 24)

A su vez, prestaciones públicas que deberían tener mayor cobertura como la educación inicial no obligatoria o la educación de jornada extendida tienen una escasa oferta o se encuentran muy alejadas entre sí generando zonas donde la cobertura es casi inexistente. Esto supone que la misma deba ser cubierta por los servicios privados, opción que no está disponible para todos los hogares, sino solo para aquellos que tengan los recursos económicos suficientes. Por lo tanto, se condiciona el acceso de muchas familias que quedan por fuera por no disponer de los medios materiales para mantenerlo, lo que implica una desigualdad en el acceso al cuidado. A su vez, “(...) la calidad de cuidados a los que podrán acceder es claramente desigual que la de aquellos otros sectores sociales que cuentan con recursos suficientes para elegir y contratar los servicios requeridos.” (Dornell y et. al., 2014, p. 329)

En este sentido, considero tal como plantea Quiroga Díaz (2020) que uno de los elementos más importantes que aporta la economía feminista es el reconocimiento de la necesidad universal del cuidado como elemento central de lo económico, en contraposición a los planteos neoclásicos que avalan la tendencia a la competencia y el individualismo.

Mediciones estatales y políticas públicas de cuidado

En lo que respecta al Estado, en el caso de Argentina, las estadísticas y mediciones sobre el uso del tiempo son una novedad dado que recién en el año 2019 el INDEC lanzó la primera prueba piloto de la encuesta nacional sobre trabajo no remunerado que se está evaluando en la actualidad y que contabilizó el primer semestre del 2020. A nivel nacional, el único antecedente con el que se cuenta fue un módulo de “uso del tiempo y trabajo no remunerado” que se incluyó en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) en el tercer trimestre de 2013. A continuación, desarrollaré algunos de los resultados que arrojó este último, a modo de ejemplo que ilustre de manera más gráfica lo planteado anteriormente.

Siguiendo los datos aportados por la Dirección Nacional de Economía, Igualdad y género en su encuesta sobre uso del tiempo realizada durante el periodo 2020-2021⁸, se puede afirmar que en Argentina:

- El 88,9% de las mujeres afirma realizar trabajos de cuidados no remunerado en sus hogares.
- A su vez, en el total del trabajo de cuidados por hogar, las mujeres realizan el 75,7% de este, dedicando el total de ellas en su conjunto, 96 millones de horas diarias de trabajo gratuitas a las tareas del hogar y los cuidados.
- Dentro de las actividades realizadas como trabajo de cuidados, podemos encontrar que aquellas que corresponden al cuidado del hogar y de los hijos menores conllevan el 60% de estos.
- En torno a las hijas mujeres de las diferentes familias, se afirma que estas reciben el 80% de las tareas derivadas dentro del hogar que no recaen en los adultos, tales como: lavado de vajillas, limpieza de espacios comunes, limpieza de ropa, etc.
- Otro dato relevante es que las mujeres son las más afectadas a la hora de poder conseguir trabajos en el mercado laboral, ya que el 42% de las encuestadas que se encuentran desocupadas afirman que su situación es así por no poder conciliar un trabajo estable con sus tareas de cuidado en el hogar.

Todos estos datos ponen en evidencia lo que ya conocíamos sobre nuestra realidad: “En nuestro país el cuidado se ha caracterizado por ser históricamente familista (y altamente feminizado), lo cual significa que el mismo se ha resuelto durante el devenir de nuestra sociedad, en el seno de las familias.” (Dornell y et. al., 2014, p. 104). Sin embargo, tal como mencionamos

⁸ Disponible en su Boletín “Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto”: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico_0.pdf

en otros apartados, el cuidado es un derecho inherente a todas las personas y por lo tanto el Estado debe encargarse de proveerlo.

En este sentido, me parece importante rescatar el aporte que ofrece Hermida (2018) cuando rescata la definición de Estado de García Linera (2010) quien establece:

“Un Estado es un monopolio exitoso de la coerción, según Marx y según Weber; un Estado es un monopolio exitoso de la legitimidad, de las ideas fuerzas que regulan la cohesión entre gobernantes y gobernados, según Bourdieu; y un Estado es un monopolio de la tributación y de los recursos públicos, según Elías y según Lenin. Pero cada uno de estos monopolios (...) está a la vez compuesto de tres componentes: una correlación de fuerzas entre dos bloques con capacidad de definir y controlar, una institucionalidad, y unas ideas fuerzas que cohesionan.” (García Linera, 2010, p. 4-5)

De esta manera, tal como plantea la autora se generan nueve campos de actuación en lo estatal cuando se cruzan los tres componentes del Estado que propone el autor, con sus tres monopolios. Es en estos campos de lo estatal donde debemos imprimir nuestros esfuerzos (tanto desde la intervención en lo social, como desde la militancia dentro de los hogares) para generar cambios en las estructuras patriarcales de la división sexual del trabajo que imponen en las mujeres la carga de una doble jornada interminable que, en el ámbito de “lo privado”, no conoce de feriados ni vacaciones.

En este sentido, me parece relevante mencionar las funciones que le atribuye Zibecchi (2014) al Estado en torno a la cuestión del cuidado “(...) como: (i) proveedor y regulador de la educación pública (de gestión estatal y privada), (ii) proveedor de programas de atención integral de niños y niñas, en contextos de pobreza, y (iii) regulador del empleo.” (Zibecchi, 2014, p. 27). A su vez, a estas funciones, me gustaría agregar que el Estado, a través de sus políticas públicas y sociales, puede y debe accionar para modificar los patrones socio-culturales que colocan a las mujeres en estos espacios de vulnerabilidad. ¿De qué manera? Las respuestas son múltiples, pero podemos comenzar por pensar en políticas públicas que generen agentes de cuidado públicos o que refuercen la presencia y calidad de aquellxs que ya existen como los asilos de ancianxs o los jardines maternos públicos. En este sentido, adhiero al planteo que realiza Batthyány (2020) cuando dice:

“Para solucionar la crisis de cuidados necesitamos una nueva idea de gestión pública que entienda que la interdependencia de las personas es un hecho de la vida común. La solución no pasa por repartir más equitativamente el cuidado entre varones y mujeres a nivel individual, sino que su importancia y valor se reconozca y pueda ser provisto también en parte por la sociedad y con el estado asumiendo su responsabilidad.” (p. 1)

A su vez, otro punto importante a reformar desde lo estatal es la concepción que se impone desde algunas políticas públicas en dar mayores responsabilidades a las mujeres en torno a los cuidados, es decir, aquellas que generan una “feminización de las políticas sociales” que puede evidenciarse cuando:

“Las mujeres terminan siendo el objeto o específicamente la razón de ser de muchos programas sociales (...) se las vuelve a convocar desde un lugar estigmatizante de lo que se define como mujer. Es decir, se refuerzan muchas veces los estereotipos de género asignados a las mujeres, por ejemplo, se les otorga el beneficio por ser madres, porque se considera que el beneficio económico lo invierte en el grupo familiar y no en otros gastos, se les adjudica la responsabilidad individual del cuidado y salud de sus hijos, etc. Se las vuelve a llamar desde su definición como reproductoras sin cuestionar la responsabilidad del conjunto social en el tema de la reproducción social” (Guzzetti, 2014, p. 169)

En este sentido, también es importante mencionar que “La mayoría de las convocadas por el Estado de manera sistemática como destinatarias para los programas sociales, siguen siendo las mujeres, atribuyéndoles una cantidad de cualidades (en la mayoría de los casos estereotipos) y beneficios, y no en la misma proporción derechos y autonomías.” (Guzzetti, 2014, p. 169).

Entonces, podemos ver que en la definición de las políticas públicas y sociales que realiza el Estado, en cada gobierno de turno, se dejan ver sus concepciones en torno a los modelos de familia que considera adecuados o que intenta preservar, y dentro de estos modelos de familia es donde se encuentran definidos los roles y expectativas para cada género que tendrá esa sociedad en su conjunto. La forma en que se definan las políticas públicas, y los roles que se adjudiquen en ellas tendrán fuerte impacto en la perpetuación o no de los mismos.

En síntesis, me parece importante destacar como idea central la responsabilidad del Estado como actor de peso con capacidad de establecer

nuevas formas de organizar el cuidado en la sociedad, generando mecanismos que permitan repartir de manera más igualitaria las responsabilidades de las tareas de cuidado que recaen en su mayoría sobre las familias y en estas sobre las mujeres mayoritariamente, para lograr una democratización de los hogares. Entendiendo que no será un camino fácil de transitar, ya que tal como mencionan Hermida y Meschini (2016) las transformaciones que llevan a la inclusión masiva, a disputar discursos estereotipantes o que restituyen derechos a sectores invisibilizados, generan siempre grandes resistencias, especialmente de los sectores más conservadores o de aquellos a quienes más beneficia que la situación actual se mantenga como esta.

A modo de cierre

En el presente capítulo se trabajaron conceptos tales como “organización social de los cuidados”, “crisis de cuidados”, costos emocionales del cuidar, desigualdades a la hora del acceso a alternativas para cuidar, entre otros. Todas estas categorías serán nodales a la hora de comprender el análisis de los contenidos discursivos que se presentarán en los capítulos subsiguientes, donde lxs diferentes entrevistadxs presentan sus opiniones y creencias en torno a las formas de criar y cuidar de las familias que se acercan al Hospital.

La temática presentada guarda concordancia con una de las principales problemáticas que trata el feminismo en su agenda: los cuidados y quienes se responsabilizan por ellos. Parte de los aportes que puede realizar este trabajo investigativo apuntan a generar cambios en las formas en las que se dividen las tareas de cuidado en nuestra sociedad, liberando no solo a las familias de parte de estas sino, en particular, a las mujeres que desde tempranas edades comienzan a tomar estas tareas como parte de su agenda cotidiana.

Es indispensable, como profesionales, trabajar desde nuestros espacios en la intervención en lo social para apuntar a horizontes de mayor igualdad donde todxs lxs actores involucradxs en los procesos de cuidado tomen sus tareas y no las deleguen tal como sucede en la actualidad bajo modelos familistas.

Capítulo 3:

El campo de la salud: concepciones y disputas



Presentación

El tercer capítulo de esta investigación trabaja sobre las conceptualizaciones en torno al campo de la salud, el cual es donde se inserta el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) que es el referente empírico de este trabajo. Para cumplir su objetivo, el capítulo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar se comenzará con la descripción del campo en sí mismo, siguiendo para esto los aportes de Bourdieu (1988). Más adelante, me adentraré en la caracterización del sistema de salud argentino dentro del cual podemos ubicar en su segundo nivel de atención al HIEMI. En tercer lugar, se hace una llamada al concepto de saber-poder acuñado por Foucault (2018) para realizar un análisis sobre cómo estos procesos intervienen en las prácticas de lxs profesionales medicxs.

Es relevante mencionar que, tal como se planteó en las hipótesis de trabajo, en el campo de la salud conviven lógicas disímiles e incluso contradictorias que llevarán indefectiblemente a constituir la complejidad de este campo de actuación. En el caso de este análisis, se pudieron identificar varias de estas corrientes teórico-prácticas que serán analizadas en este apartado, pudiendo mencionar entre ellas al modelo médico hegemónico (Menéndez, 1985) y la corriente de la medicina social/comunitaria acuñada en Latinoamérica.

Por último, en este capítulo se hace una recolección de algunos extractos de las entrevistas realizadas con su posterior análisis y su vinculación a los temas analizados teóricamente, mostrando como los pasos de la investigación se integran en un todo coherente que no reconoce de secuencias lineales ni de separación entre lo teórico y lo práctico.

El sistema de salud argentino

Un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población, y se encuentra compuesto por el conjunto de las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria. El sistema de salud argentino presenta un modelo complejo y fragmentado lo que conlleva dificultades y trabas a la hora del acceso al derecho a la salud de toda la población. Tal como describe Maceira (2020):

“El sistema de salud argentino tiene una estructura mixta, descentralizada, apoyada en mecanismos de protección financiera solventados fuertemente desde el mundo del trabajo, y donde la prestación de sus servicios descansa en prestadores públicos y privados, segmentados en cuanto a su población natural de atención.” (p. 158)

En este sentido, cuando el autor refiere a prestadores públicos y privados segmentados, hace referencia a los tres subsistemas que se encuentran englobados dentro del sistema de salud argentino:

-Subsector Público: el mismo constituye la columna vertebral del sistema de salud argentino y responde a la organización política federal de la república Argentina. Su financiación y provisión provienen del Estado y está integrado principalmente por las estructuras administrativas provinciales y nacionales y la red de hospitales públicos.

- Subsector de seguridad social: implica un seguro social obligatorio que se encuentra organizado en relación a diferentes entidades que agrupan a lxs trabajadorxs registrados según la rama de su actividad.

- Subsector Privado: se financia con el aporte de los privados y de las familias que paga un servicio que puede ser puntual o el pago mensual de una medicina prepaga.

Esta fragmentación afecta de manera marcada la calidad de la atención en la salud ya que se expresa en diferentes fuentes de financiamiento, diferentes tipos de coberturas según el nivel adquisitivo de la persona que adquiere el servicio, diferentes órganos de control y fiscalización lo que también dificulta la regulación del Estado en la materia al tener que estar fragmentado en su administración. A su vez, esta fragmentación se da también al interior de cada uno de los subsectores, como por ejemplo el subsector público que se

encuentra dividido en nacional, provincial y municipal quedando sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones.

Además, el sistema de salud argentino también está dividido en diferentes niveles de atención según la complejidad de la problemática a atender. Estos se dividen en tres niveles que son:

-Atención primaria: el primer nivel de atención está vinculado a la promoción y prevención de la salud.

-Atención secundaria: está se encuentra referida a la curación luego de detectada una patología, siempre y cuando esta no se agudice y devenga cuestiones más graves que deban ser atendidas en el siguiente nivel.

-Atención terciaria: el último nivel de atención está ligado a las patologías agudas más graves o aquellas que requieran rehabilitación. Conlleva mayor complejidad por lo que llevan adelante todo el proceso de atención; a su vez cuentan con tecnología más avanzadas en relación a los anteriores niveles.

El Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil

Dentro de todo este complejo sistema anteriormente descrito, se encuentra ubicado el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil donde se radica esta investigación. Teniendo en cuenta la anterior descripción podemos ubicar al mismo dentro del subsector público y en el nivel secundario de atención a la salud.

El Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) de la ciudad de Mar del Plata se encuentra localizado en la calle Castelli 2450, sin embargo abarca toda la manzana entre las calles Castelli, Alvarado, Santiago del Estero y Santa Fe. A su vez, en los últimos años fue agregado a la estructura principal un espacio de consultorios externos que funciona enfrente del Hospital ampliando sus espacios.

Fue fundado el 15 de febrero de 1903 por Don Victorio Tetamanti, quien presidió la primera comisión directiva del mismo, en conjunto con numerosas personalidades de la época, tales como: Don Felix U. Camet, Dr. Arturo Alió, Dr. Héctor Jara, etc. Su característica de Especializado en la salud Materno

Infantil fue adquirida recién en el año 1977, cercano a la fecha de su demolición y reestructuración. El mismo fue reinaugurado el 15 de febrero de 1982, convirtiéndose en el hospital de derivación de mayor afluencia en lo materno-infantil de toda la región sanitaria VIII. Es su característica de Interzonal lo que lo convierte en el centro de la derivación de una gran zona que abarca, no solo a la ciudad de Mar del Plata, sino también a otras ciudades de la provincia de Buenos Aires.

En la actualidad, el Hospital cuenta con más de 270 camas para atender a la gran demanda que recibe, además ha agrandado su estructura para poder albergar un conjunto de consultorios externos que atienden constantemente a las familias que asisten al hospital. Cuenta con la mayoría de las especialidades para atender la salud materno-infantil y con áreas especializadas que tienen tecnología de alta complejidad para la especialidad. Esta estructura, siguiendo datos de FUNDAMI⁹, permite la asistencia de 5800 partos anuales, más de 300.000 consultas registradas, cerca de 4.000 operaciones anuales.

La elección del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil para la inserción de este plan de trabajo está relacionada con que el mismo es la única institución pública de nivel hospitalario en la ciudad que trabaja específicamente con atención de la salud materno-infantil, la cual es el centro de esta investigación. Sin embargo, una vez definida la institución, dado su gran tamaño y variedad de especialidades que contiene, se decidió acortar la muestra al área de consultorios externos y, dentro de los mismos, a las especialidades de obstetricia, pediatría y trabajo social¹⁰.

⁹ FUNDAMI es la sigla que identifica a la Fundación del Hospital Materno Infantil Victorio Tetamanti, la misma brinda asistencia técnica y financiera para la realización de proyectos que permitan una mejora en la atención sanitaria del niño y la madre en el Hospital.

¹⁰ Esta elección se encuentra fundamentada teóricamente en el capítulo número uno donde se establecen los criterios de elección de la muestra.

El campo de la salud y los modelos de atención: la disputa entre la hegemonía del modelo médico y los nuevos paradigmas.

La Constitución Argentina en su artículo 13 establece la salud como derecho del pueblo y deber del Estado. En este sentido, es obligación estatal velar por el cumplimiento del derecho a la salud para toda la población de su territorio. Esto lo hace asegurando, en primer lugar, la disponibilidad de instituciones de salud que puedan atender la demanda de las diferentes comunidades. Sin embargo, me parece relevante hacer mención a la aclaración que hacen Nucci et. al. (2018) cuando dicen:

“(...) el derecho a la protección de la salud no se reduce a la asistencia sanitaria, sino que se vincula con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de éstos, tales como el derecho a la alimentación, vivienda, educación, dignidad humana, vida, no discriminación, igualdad, libertad de elección, identidad cultural, a no ser sometido a torturas, vida privada, acceso a información y libertad de asociación, reunión y circulación.” (p. 16)

Esta aclaración es pertinente dado que, tal como menciono más adelante en este apartado, adhiero a una concepción de salud que no la ve cómo la ausencia de enfermedad, sino cómo un proceso que se encuentra atravesado por múltiples factores.

El campo de la salud, es un campo heterogéneo y complejo, que se encuentra entrecruzado por múltiples lógicas entre las que se mezclan las posiciones sobre la salud colectiva y social, los paradigmas de protección de derechos, el modelo médico hegemónico, concepciones en torno a la trans e interdisciplina, entre otros. Cuando hablo de campo, lo hago en los términos de Bourdieu (1988), quien lo define cómo: “(...) espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias.” (p. 108), estos espacios están ocupados por diferentes sujetos o instituciones los cuales tendrán posiciones específicas dentro del campo y establecerán sus relaciones desde estas posiciones. Cada campo se define en torno a “lo que está en juego” dentro del mismo, es decir, para que se estructure un determinado campo “(...) es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar que esté dotado de los habitus, que implican el

conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes del juego, de lo que está en juego, etc.” (Bourdieu, 1988, p. 136).

Por lo tanto, la estructura del campo es “(...) un estado de las relaciones de fuerza entre los agentes o las instituciones comprometidas en el juego.” (Gutiérrez, 1995, p. 32). Es importante mencionar, a los fines de esta investigación, que “(...) en los campos se producen constantes definiciones y redefiniciones de las relaciones de fuerza entre los agentes y las instituciones comprometidas en el juego.” (Gutiérrez, 1995, p. 33), es decir, quien hoy posee el poder dentro de un campo puede que mañana no lo posea y viceversa, ya que estos se encuentran en constante dinámica y cambio en las relaciones de fuerza.

De esta manera, comprendiendo al campo de la salud en estos términos, podemos ver que es el modelo médico hegemónico (MMH) el que ha prevalecido con más fuerza a lo largo de la historia y el que aún tiene gran influencia dentro de las estructuras y decisiones que se toman en los centros de salud. Eduardo Menéndez (1985) es, en este caso, el referente teórico cuando se debe caracterizar al modelo médico hegemónico y el responsable de definirlo a través de sus aspectos más destacables:

“(...) su biologismo, su ahistoricidad, su asocialidad, su pragmatismo, su individualidad, su participacionismo subordinado, etc, que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un “ambiente natural”, donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como “pacientes” (p. 58)

Es esta concepción biologicista y ahistórica la que conlleva procesos que “(...) tienden a normar y medicalizar los cuerpos, sin incluir los componentes económicos y socio-culturales.” (Nucci et al., 2018, p. 11), generando prácticas que escapan de la comprensión del contexto económico, político, social y cultural que las produce y reproduce, y en el que tienen gran influencia. A la vez que también influye en otros procesos normativizadores y reproductores del status quo, tal como afirma Menéndez (2020) cuando dice que el MMH no solo cumple funciones relativas a procesos curativos y

preventivos sino también a funciones de normalización, control y legitimación del orden establecido.

A su vez, este modelo dificulta el trabajo interdisciplinario que es vital para lograr intervenciones que sean integrales y que eviten los reduccionismos, para poder lograr miradas más amplias sobre las problemáticas que atraviesan al campo de la salud. Esto tiene que ver con la formación que reciben lxs medicxs en las universidades, donde se prioriza lo relacionado con lo biológico por sobre otras cuestiones que también son fundamentales a la hora de atender procesos de salud-enfermedad que implican el tratamiento con otrxs. En este sentido, Menéndez (2020) afirma:

“(…) los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención actuales conducen a que el médico tenga una formación fuerte en cuestiones biológicas y, sobre todo, genéticas en términos de intervención; y aunque cada vez más va a necesitar habilidades del campo psicológico, lo que observamos es que lo que se refuerza en la formación profesional es la primera dimensión, mientras que la segunda es secundaria o directamente inexistente.” (p. 9)

Sin embargo, tal como se menciona en una de las hipótesis de esta tesina, el campo de la salud no tiene una única vertiente de formación o de intervención, sino que está atravesado por múltiples lógicas que se interrelacionan e incluso que son contrarias entre sí, y que le dan al mismo su diversidad y su carácter de heterogéneo y complejo. Tal como menciona Menéndez (2020) “(…) en el desarrollo de la biomedicina conviven diferentes tendencias y proyectos que a veces están claramente diferenciados, pero también articulados de diferente manera.” (p. 18).

Una de las corrientes que comienza a atravesar cada vez con más fuerza el campo de la salud tiene que ver con la Medicina Social Latinoamericana, que se encuentra íntimamente relacionada desde sus bases con la perspectiva de derechos humanos. En este sentido, tal como expresan López Arellano y Peña Saint Martin (2006) esta corriente no intenta proponer un modelo de interpretación del proceso salud-enfermedad como algo inamovible y extrapolable a cualquier momento, espacio o población, sino que reconoce a este proceso como un continuo dentro del proceso vital humano donde los términos salud-enfermedad no son estados opuestos. Para esto, la Medicina Social Latinoamericana propone trabajar desde la reflexión

transdisciplinaria, traspasando las fronteras disciplinarias específicas en el campo de la salud.

Otra de las características más destacables de este modelo es la inclusión de lo social como parámetro determinante para el análisis de la salud, adhiriendo a las palabras de Laurell (1982) cuando afirma que “(...) la enfermedad tiene un carácter histórico y social (...)” (p. 19). Es esta mirada la que permite contextualizar a lxs sujetxs dentro de un tiempo y espacio determinados para poder ampliar la mirada de la salud evitando caer en reduccionismos a la hora de abordar los procesos de salud-enfermedad-atención.

A su vez, otra de las evidencias del cambio o de la convivencia del modelo médico hegemónico con otras vertientes teóricas ancladas en la perspectiva de género y diversidades, y el enfoque de derechos humanos, tiene que ver con la inclusión en los últimos 20 años de múltiples leyes que respaldan a lxs usuarixs del sistema de salud en el cumplimiento de sus derechos y en una mirada más integral de la salud. Entre ellas es factible reconocer: la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable 25.673, la ley de prohibición de impedir la escolaridad de alumnas embarazadas 25.808, la Ley de Salud Mental 26.657, la Ley de Producción Pública de Medicamentos 26.668, la Ley de Derechos del Paciente 26.529, la ley que crea el Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas 26.586, la Ley de Fertilización asistida 26.862, la ley que crea el Sistema de Protección Integral para Personas Trasplantadas 26.928, etc.

Por último, me parece importante destacar que, en lo personal y durante el proceso de esta tesis, se adhirió a una mirada crítica del concepto de salud, concibiendo al mismo no únicamente cómo la ausencia de enfermedad, sino cómo un proceso histórico-político que incluye factores sociales, culturales, económicos, etc; los cuales determinan a la salud cómo un proceso en constante dinámica y no cómo un “estado” al que debe llegarse (Stolkiner, 2003).

En este sentido, se hará alusión en esta investigación al concepto de “proceso de salud-enfermedad-atención” planteado por Menéndez (2003) el cual refiere a que:

“La construcción del concepto salud-enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad.” (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007, p. 272)

De esta manera, tal como plantea Menéndez (2003) la inclusión del término “atención” en la tríada salud-enfermedad, implicará la comprensión de la forma en que cada sujeto construye la atención de su salud y de sus enfermedades, teniendo en cuenta la elección personal que se encuentra atravesada por múltiples determinantes, tanto históricos, como sociales, culturales, políticos, económicos, etc. Esta forma de entender el proceso lo dota de dinamismo, ya que los condicionantes que se tomarán en cuenta a la hora de elegir de qué manera atender la salud-enfermedad estarán involucrados no sólo en base a elecciones subjetivas del sujeto sino también en relación con su contexto socio-histórico inmediato. A su vez, implica la necesidad de repensar el problema de la salud y la enfermedad tal como lo define el modelo médico hegemónico, situando a lo social en primer plano al comprender que este aspecto es intrínseco a lo biológico (Laurell, 1986).

Poder- Saber en el campo de la salud

Delimitar la verdad o que se entiende por verdad es una tarea ardua que implica múltiples puntos de vista y discusiones teóricas, sin embargo a razón de esta investigación seguiré los aportes de Foucault (2018) cuando establece que la verdad es: “(...) el conjunto de reglas según las cuales se distingue lo verdadero de lo falso y se aplica a lo verdadero efectos específicos de poder.” (p. 144). El término de poder es quizás uno de los más importantes en esta definición, dado que, siguiendo la línea del autor, la verdad no se puede encontrar por fuera del poder ni sin poder. La verdad se produce en las sociedades gracias a múltiples coacciones generadas por el poder, por lo tanto cada sociedad generara un régimen de verdad o una “política general de la verdad” que estará conformada por:

“(…) los tipos de discurso que acoge y hace funcionar como verdaderos o falsos, el modo cómo se sancionan unos y otros; las técnicas y los procedimientos que están valorizados para la obtención de la verdad; el estatuto de quienes están a cargo de decir lo que funciona como verdadero.” (Foucault, 2018, p. 143)

Por lo tanto, el régimen de verdad estará indefectiblemente ligado a mecanismos y estructuras de poder que sancionarán qué discursos son considerados como verdaderos y cuáles no. Estos mecanismos de poder producen la verdad, la sostienen y la prorrogan según su conveniencia, siempre apoyados en diferentes instituciones, leyes, discursos, etc, que cumplirán la función de la distribución y sanción a aquellxs que no se apeguen a ese régimen de verdad.

Teniendo esto en cuenta es posible identificar que la verdad estará también sostenida por diferentes formas de saber, y que quienes detenten este saber tendrán el poder para delimitar sus verdades y darlas a conocer como válidas, tal como menciona Foucault (1992):

“(…) esta voluntad de verdad, como los otros sistemas de exclusión, se apoya en una base institucional: está a la vez reforzada y acompañada por una densa serie de prácticas como la pedagogía, el sistema de libros, la edición, las bibliotecas, las sociedades de sabios de antaño, los laboratorios actuales. Pero es acompañada también, más profundamente sin duda, por la forma que tiene el saber de ponerse en práctica en una sociedad, en la que es valorado, distribuido, repartido y en cierta forma atribuido.” (p. 22)

Esto nos lleva a hablar del concepto que el mismo autor llamó “saber-poder”. El saber es poder y el poder precisa del saber para poder prorrogarse, por lo tanto “(…) todo poder genera saber y todo saber proviene de un poder.” (Ovejero Bernal y Pastor Martín, 2001, p. 100). Por lo tanto, el saber-poder generará diferentes mecanismos para establecer quienes están legitimadxs a ser poseedorxs de ese saber y qué mecanismos deberán atravesar para que su discurso sea reconocido como verdadero. En este sentido, el saber-poder impone una doble represión a los discursos y su distribución ya que condena al silencio a los discursos excluidos y determina y ordena los discursos aceptados (Ovejero Bernal y Pastor Martín, 2001).

La medicina y sus profesionales, lxs medicxs, son parte de quienes detentan un saber-poder tomado como verdad. La medicina se establece como

un saber experto en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención de quienes no tienen este saber, que son lxs usuarixs del sistema de salud. Esta característica asociada a “la gente común” como no portadorxs de ese saber es en parte la que legitima el saber de lxs medicxs y les da poder sobre las decisiones que toman en el ejercicio de la medicina. Tal como mencionan Ovejero Bernal y Pastor Martin (2001):

“Esa lejanía entre la gente de la calle y las elites especialistas, se convierte en el salvavidas legitimador del saber y del poder de los especialistas y de los expertos. Un saber que se hace poderoso al alejarse de la realidad de la vida cotidiana.” (p. 101)

De esta lejanía entre lxs pacientes y lxs especialistas es de donde se apoya gran parte de la medicina para legitimar sus intervenciones y parte de la idea de que “(...) el paciente no sabe, está equivocado o no entiende (...)” (Menéndez, 2020, p. 15), ya que asumir que lxs pacientes portan un saber específico formado en sus prácticas vivenciales y que este saber puede ser útil para incluir en la atención de los procesos salud-enfermedad pondría en duda todo el edificio de teorías sobre las que se sostiene el modelo médico hegemónico y que han sido la base de su perpetuación a lo largo del tiempo. Esto además, teniendo en cuenta, que lxs pacientes se encuentran cada vez más expuestos a grandes cadenas de información (real, ficticia, certificada, inventada, de fuentes especialistas o de saberes populares), por lo que es de esperarse que cada vez más busquen involucrarse en los procesos de atención de su salud. Sin embargo, el modelo médico hegemónico sigue funcionando como lo hizo hasta ahora, asumiendo que la información es errónea y “(...) no solo dando escasa información al paciente, sino considerando que el paciente no debe tener dicha información.” (Menéndez, 2020, p. 17).

Discursos en torno a los modelos de salud: Cruces entre el modelo médico hegemónico y la medicina social/comunitaria.

En los primeros apartados de este capítulo pusimos el acento en reponer una serie de discusiones teóricas relativas al campo de la salud y los modelos

que en él operan. El trabajo de campo realizado y el posterior análisis de este estudio, permitieron situar estos debates en el escenario que conforma la investigación, ubicando de esta manera un conjunto de discursos en torno a los modelos en salud y sus concomitantes intervenciones en el devenir del dispositivo hospitalario.

A continuación presento un análisis donde, a partir de estos debates teóricos, se da cuenta de las discursividades de lxs profesionales en el marco de la tensión de los modelos que operan en el campo de la salud.

Disputas entre modelos de atención a la salud y la importancia del trabajo interdisciplinario.

El Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) es uno de los hospitales más grandes, no solo de la ciudad de Mar del Plata sino también de la zona, por lo tanto es un establecimiento que recibe la población de derivación de gran parte de la zona sanitaria VIII. Como tal, dentro del mismo trabajan día a día cientos de profesionales del ámbito de la salud que poseen múltiples formaciones en diferentes áreas y disciplinas. Por lo tanto, es común encontrar en ellxs diferentes discursos y ramas de pensamiento sobre la forma en la que es mejor intervenir a la hora de trabajar con los procesos de salud-enfermedad-atención. No obstante, es factible determinar algunas generalidades en sus ideas y detectar desde qué corrientes de pensamiento se derivan estas.

El modelo médico hegemónico (MMH), tal como se mencionó anteriormente en este capítulo, es un modelo que se caracteriza por su biologicismo y por su ahistoricismo, lo que lo lleva a trabajar basándose en la dicotomía salud-enfermedad, entendiendo que esta primera es un estado y no un proceso que se encuentra en constante dinámica. A su vez, el MMH busca las causas de sus diagnósticos en factores únicamente biológicos, dejando por fuera múltiples causales que pueden influir en el estado de salud de una persona. Este modelo aboga por la práctica médica como una disciplina que se encuentra en un escalón jerárquico por encima de las demás disciplinas “no-

médicas” a las cuales reconoce como inferiores a la hora de la toma de decisiones y de la intervención en los procesos de salud-enfermedad-atención. A su vez, dentro de la misma profesión se hacen jerarquías internas donde quien esta hace mayor cantidad de tiempo ejerciendo la profesión tiene mayor poder que quien acaba de iniciarla.

Durante las entrevistas realizadas, varixs profesionales de diferentes disciplinas hacen alusión a la presencia marcada de este modelo dentro del Hospital. Tal como menciona una de las trabajadoras sociales:

“(…) estamos dentro de un modelo médico hegemónico muy fuerte, muy instaurado. Esto es un hospital céntrico con una mirada hospital céntrica, cuesta mucho la mirada comunitaria, la mirada puesta en la necesidad de la persona, cuesta aceptar que otras disciplinas tienen la misma jerarquía (…)” (TS10)

En la misma línea, una de las obstetras más jóvenes rescata:

“(…) hay pensamientos muy hegemónicos en profesionales médicos que piensan que lo pueden resolver todo.” (OBS3)

En relación a las jerarquías internas, estas se hacen notar especialmente en torno a la relación que se establece con lxs residentes del Hospital quienes son considerados el “último eslabón” de la cadena. La variable tiempo es muy apreciada por el MMH, y así lo hace notar uno de los pediatras entrevistados cuando dice:

“Todavía hay profesionales que son de la vieja escuela que tienen ese verticalismo que más que sumar resta un montón (…). Incluso a veces pasa dentro del mismo rubro, siempre cada vez que pueden los mismos médicos te tiran los años “yo estoy hace 30 años acá y vos estas hace dos minutos”, siempre el discurso es el mismo. Hay que romper viejas estructuras que están ya instaladísimas.” (PED2)

Sin embargo, a pesar de las múltiples críticas que se le hacen como modelo, este continúa perpetuándose a lo largo de los años e incluso vive periodos de expansión constantes (Menéndez, 2020). Entonces, la pregunta es ¿De qué manera perpetúa el poderío? Uno de los motivos que más se mencionan está incluido en su nombre, es un modelo hegemónico y tal como dice Menéndez (2020) “(…) la hegemonía justamente está en esto: en que a

todos nos parece obvio que ocurra así.” (p. 2). A su vez, el modelo se soporta sobre un saber-poder (Foucault, 2018) que se encuentra legitimado y certificado y que aleja a lxs profesionales médicos de los conocimientos populares de lxs sujetxs, poniendo a lxs primerxs en un espacio de privilegio para señalar “la verdad” sobre los procesos de salud-enfermedad-atención. Este modelo presenta un paralelismo con la idea que Foucault (1992) reconoce como “sociedades del discurso”, “(...) cuyo cometido es conservar o producir discursos que tienen un funcionamiento en parte diferente, pero para hacerlos circular en un espacio cerrado, distribuyéndolos según reglas estrictas y sin que los detentadores sean desposeídos de la función de distribución.” (p. 41)

En este sentido, al mantener a lxs sujetxs alejados de esta posibilidad de verdad sobre la salud-enfermedad, el MMH perpetúa su supremacía sobre el resto de las corrientes ya que lxs sujetxs deben acudir a lxs expertxs para poder solucionar sus problemáticas, ya que “(...) el saber no está, no se permite que este, al alcance de todos, sino solo al alcance de unos pocos elegidos. El discurso de la verdad pertenece a aquellos que poseen el poder (...)” (Ovejero Bernal y Pastor Martín, 2001, p. 100).

Esta situación sobre la verdad y el discurso del MMH, se marca en una de las entrevistas realizadas en particular donde la profesional en varias ocasiones hace muestra de su molestia por el avance de la información y la posibilidad de elegir de las madres embarazadas sobre sus partos. Durante la entrevista, al preguntarle a esta profesional sobre la práctica del parto respetado¹¹ en el Hospital se mostró muy molesta con el mismo, ya que según sus propios términos el mismo era un “protocolito” que se interponía en su autoridad como profesional para actuar dentro del quirófano. En los mismos términos esta profesional responde sobre la posibilidad de las madres de elegir si prefieren un parto natural o una cesárea cuando dice:

“(...) hay otra cosa que nos molesta bastante que es decidir una cesárea electiva. Porque no es hacer obstetricia tampoco” (OBS1)

¹¹ Protegido bajo la Ley Nacional N° 25.929, la cual establece determinados derechos que poseen lxs progenitores a la hora del parto, nacimiento y puerperio.

La cuestión de la posibilidad de elegir se pone en tela de juicio en varias ocasiones durante esta entrevista:

“(…) se generó una ola de mujeres que venían para el parto respetado, como si nosotros fuéramos meros instrumentos de sus voluntades (…) es un cuestionamiento hacia el profesional, (…) por un lado hay más controles y por el otro lado está esto de los cuestionamientos y de decidir el parto respetado (hace comillas con las manos), como si siempre hubiéramos sido abusadores seriales haciendo partos, que no sabemos lo que hacemos, eso me molesta y a mí me hace mal, me indigna muchísimo, porque me están cuestionando algo que empecé a estudiar antes de que nacieran sus padres.” (OBS1)

En la misma línea, desde mi lugar como entrevistadora, en más de una situación las entrevistas con lxs profesionales medicxs presentaron situaciones donde se marcaba la jerarquía que, se supone, nos separa como disciplinas. Por ejemplo, a la hora de marcar palabras específicas cuando una estaba hablando desde el lenguaje más coloquial: en una entrevista le consulté a una médica “Tengo entendido que las madres se vienen a atender el embarazo a partir del octavo mes, ¿Esto es así?” y la respuesta fue: “a partir de la semana 36”, marcando que ese era el término a usar. De la misma forma, en otra entrevista se prolongó el tiempo de espera para que me hicieran pasar y cuando dije que eso no era un problema se mencionó: “mejor, así saben que el tiempo de los médicos vale”.

Sin embargo, estas no fueron las únicas entrevistas donde se exaltó la importancia del saber experto por sobre otros conocimientos del tipo popular o caseros. En otra, uno de los pediatras menciona:

“(resaltando la sobre información que hay en la actualidad) consultan en internet, si no se basan en lo que les dice la abuela, lo que les dice el vecino (…)” (PED2)

Estas formas de manejarse desde el MMH hace que en situaciones lxs pacientes se sientan incomodxs con el trato recibido por lxs profesionales médicos dado que el uso de términos específicos para referirse a algunas problemáticas mantienen la relación medicx-paciente de manera poco empática y alejada de lo receptivo. Sobre esto habla una de las trabajadoras sociales cuando menciona que muchas personas se acercan al servicio a consultar sobre la denominación de alguna enfermedad o medicación que se les acaba

de recetar y que no comprendieron, o a contar alguna situación que no es del ámbito de lo social dentro del área de servicio social porque allí se sienten “más comprendidxs”, a esto la trabajadora social entrevistada le da el nombre de “intervención desde un lugar empático” (TS10) y me parece que grafica claramente una línea de diferencia notoria con respecto a la intervención desde el modelo médico hegemónico.

En contraposición a este modelo, o por lo menos con características notoriamente diferentes, se han presentado a lo largo de los últimos años varias corrientes que trabajan desde perspectivas distintas. Entre ellas podemos hablar de la Medicina Social Latinoamericana, las perspectivas de salud integral, etc, las cuales trabajan desde un marco de comprensión del enfoque de derechos y la perspectiva de género y diversidades como motores para lograr una atención que sea integral y que no solo se enfoque en lo puramente biológico. En este sentido, en varias entrevistas se pudo entrever la presencia de estas corrientes, algunos ejemplos de esto son conceptos que fueron mencionados con asiduidad como “situación de salud integral”, “derecho a ser acompañadx y escuchadx”, “permitir que las personas se apropien de estos espacios”, etc.

Estos modelos trabajan desde la flexibilidad de la intervención, entendiendo que lxs sujetxs están atravesadxs por múltiples situaciones y problemáticas que no pueden ser abordadas desde protocolos estancos, tal como menciona una de las trabajadoras sociales:

“Es muy difícil pensar la cuestión social como fragmentada (...) la vida es dinámica y los protocolos deben responder a las necesidades y tiempos de las personas (...)” (TS6)

En la misma línea de entender a las personas como sujetxs integrales otra de las trabajadoras sociales dice:

“(...) la persona más allá del diagnóstico está llena de múltiples problemáticas que giran en relación de ese diagnóstico entonces nosotras comenzamos a acompañar. (...) trabajamos en pos de crear toda una red y ver qué derechos podemos garantizar o respaldar.” (TS10)

En otro fragmento, se rescata una apreciación sobre la forma de intervenir alejada del MMH y más enfocada en las crianzas respetuosas, cuando la misma profesional menciona:

“La tarea nuestra como profesionales de acompañar esa crianza, desde la psicoeducación, desde las pautas, pero no desde un lugar normativo sino desde un lugar afectivo, en términos justamente de cuidados.” (TS10)

En este sentido, teniendo en cuenta esta diferenciación mencionada y siguiendo una de las hipótesis de este trabajo, considero que estas formas de pensar y de hablar en los discursos de lxs diferentes profesionales entrevistadxs van a tener implicancias a la hora de intervenir con lxs sujetxs que asisten al Hospital y en la forma en la que brindaran la atención. En relación a esto, múltiples entrevistas mencionan al modelo médico hegemónico como una traba u obstáculo en la práctica para trabajar de manera inter y transdisciplinaria en el Hospital:

“No sé hasta qué punto se llega a una interdisciplina muy aceptada porque siempre estamos en un sistema médico hegemónico, por lo que es obvio muy difícil, y en un hospital tan grande hay mucha gente, pero bueno es en lo que se puede y depende de cada equipo (...)” (TS1)

Otra profesional reafirma esta idea cuando dice:

“(...) depende de la disposición de los profesionales. También detrás de la interdisciplina se esconde el concepto que uno tiene sobre la salud y los procesos de salud-enfermedad o como debe ser la atención. Hay algunos profesionales de algunos servicios en particular que tienen la mirada como un poco más fragmentada o sectorizada de lo que tienen que ver ellos o tienen que atender ellos y de lo que no les corresponde, eso es también a discutirlo.” (TS4)

Uno de los pediatras ve esta imposibilidad de trabajar en conjunto con otras disciplinas como un obstáculo en la atención que reciben lxs pacientes dado que los diagnósticos se dan “de manera fragmentada” y asume que la transdisciplina “no es algo cotidiano” y que cuando propuso crear grupos de trabajo fue “una remada en dulce de leche”(PED2).

La cuestión del trabajo individualista que propone el MMH, genera trabas no solo a la hora de la intervención sino también de la posibilidad de generar respuestas superadoras a las problemáticas que se abordan en la cotidianeidad del hospital. En más de una entrevista al consultarle a profesionales medicxs: ¿Con qué otras disciplinas trabajas? La respuesta fue “no me sale ninguna” “no se me el nombre de las no-médicas”, e incluso una de las respuestas a la hora de consultar por la disciplina que se encontraba en el consultorio contiguo fue “yo trabajo en este consultorio, de al lado no te sabría decir nada”. La cuestión del no reconocer a otras disciplinas con las que se convive en la cotidianeidad deja en claro la cuestión jerárquica que caracteriza al modelo médico hegemónico, donde el medicx es quien detenta el saber y las demás disciplinas son subsidiarias a esta. Esto incluso, en situaciones, es interiorizado por las disciplinas no médicas como algo que “debe ser” así, por ejemplo cuando una de las trabajadoras sociales al referirse a su sector de trabajo en internaciones dice:

“(…) es un poco más ampliado el equipo, hay muchas personas interviniendo. El pediatra es un poco **la figura**. Pero hay muchas personas más. Se puede componer de muchas profesiones.” (TS1)

En su afirmación de “el pediatra es un poco la figura” podemos inferir de qué manera el poder a la profesión médica sigue operando dentro de los grupos de trabajo que se encuentran compuestos por varias disciplinas, las cuales deberían poseer todas el mismo peso.

Sin embargo, en una de las entrevistas a un pediatra se llevó a cabo un reconocimiento que es relevante poner de manifiesto, ya que a la hora de mencionar a otras disciplinas con las que se trabajaba, el profesional rescató también a personas que ejercen voluntariado dentro del hospital o que no corresponden al área de salud del mismo:

“Están las acompañantes terapéuticas, los que acompañan la escuela dentro del hospital para los pacientes que están mucho tiempo institucionalizados, hay maestras voluntarias que vienen y apoyan a los chicos para que no se atrasen en sus estudios (...). Las damas rosadas también, que con el tema de la pandemia un poco se perdió, pero eran como las abuelas de los chicos, también en ese ámbito estaban los payamedicos, que eran una

alegría. La verdad es que se nota mucho la ausencia (...) Cambian la cotidianeidad, porque ellos ven la parte fría intelectual que es el sistema de salud crudo y después estos pequeños actores que hacen una gran diferencia.” (PED2)

Me parece destacable mencionar estos fragmentos porque muestran, tal como se menciona en una de las hipótesis, que dentro del mismo sistema conviven lógicas diferentes e incluso opuestas y que todas ellas conforman al sistema en sí, dotándolo de complejidad, dinamismo, tensiones, y puntos de fuga.

La importancia del trabajo inter y transdisciplinario está en la mirada integral que ofrecen para las problemáticas sociales complejas (Carballeda, 2008) que llegan al Hospital y que más de una vez exceden lo puramente médico para anclarse en cuestiones que involucran lo social, lo económico, e incluso lo cultural de las personas. En lo particular, adhiero a las palabras de una de las trabajadoras sociales cuando dice:

“(...) todos necesitamos de todos para compartir saberes y que sean tan válidos, igual de válidos todos, sin que dependa de quien lo ejerza (...) es imposible trabajar desde una sola disciplina, es inabordable directamente, por la complejidad de las problemas.” (TS2)

Incluso hay situaciones donde lxs profesionales pueden identificar trabajos que se acercan a la idea de lo interdisciplinario, tal como menciona una de las trabajadoras sociales:

“Actualmente pueden llegar a darse trabajos interdisciplinarios, creo que los hay, pero se da en grupos específicos, trabajos específicos o situaciones. Abordajes interdisciplinarios en situaciones específicas.” (TS2)

O también cuando una de las pediatras afirma:

“desde el área que yo trabajo se trabaja desde la interdisciplina (...)” (PED1)

No obstante, se reconoce por parte de la mayoría de lxs entrevistadxs que estas situaciones se dan en casos aislados y que no es un común en el Hospital. Algunxs mencionan que esto tiene que ver con una cuestión de formación:

“(…) si entiendo también que es una cuestión de formación, y que también así cada disciplina lo va incorporando en su formación, y pueda pensarse en algún momento. Si hay un horizonte de se podría llegar a poder ejercer, porque también es una cuestión de ejercicio.” (TS2)

“Hay algunos profesionales de algunos servicios en particular que tienen la mirada como un poco más fragmentada o sectorizada de lo que tienen que ver ellos o tienen que atender ellos y de lo que no les corresponde (…)” (TS4)

“(…) depende más de la voluntad individual y de cada servicio, creo que esto tiene que venir la información y la formación por ahí de arriba hacia abajo pero la concientización tiene que venir de cada uno. Hay gente que valora y reconoce el trabajo del otro y hay pensamientos muy hegemónicos en profesionales médicos que piensan que lo pueden resolver todo.” (OBS3)

Otros mencionan como traba para los procesos interdisciplinarios, la sobrecarga de los profesionales de la salud en un sistema que se encuentra estresado por la pandemia del covid-19; o también la cantidad de profesionales que trabajan en el Hospital que al ser tantos por especialidad dificultan la toma de decisiones que incluyan las opiniones de todos:

“No sé hasta qué punto se llega a una interdisciplina muy aceptada porque siempre estamos en un sistema médico hegemónico, por lo que es obvio muy difícil, y en un hospital tan grande hay mucha gente, pero bueno es en lo que se puede y depende de cada equipo hay lugares en los que está bastante aceptado” (TS10)

“En la práctica a veces se dificulta mucho, y en este momento también estamos teniendo un problema muy grande de recurso humano, entonces eso también influye porque por ahí hay personal sobrecargado de trabajo y no se puede trabajar en forma óptima en la interdisciplina.” (PED4)

Por lo tanto, es factible decir que el trabajo interdisciplinario, y más aún el transdisciplinario, es difícil de encontrar de manera aceptada en el Hospital. Lo que se observa es que se sostiene en base a esfuerzos individuales o de algunos servicios en particular. Entendiendo siempre que lo interdisciplinario no implica una suma de saberes, sino el poder trascender estos para pensar en equipos de trabajo que se comuniquen constantemente desde lógicas de horizontalidad y participación igualitaria que permitan el intercambio de saberes y que posean todos la misma voz y voto a la hora de decidir una intervención a realizar. Para esto, se debe evitar entender como interdisciplina a las meras

reuniones entre lxs profesionales de los diferentes saberes, sino que se debe buscar la construcción en común de un plan para trabajar en torno a la problemática, teniendo en cuenta que tal como menciona Carballeda (2008): “Las problemáticas sociales complejas, son transversales, abarcando una serie de problemas que se expresan de forma singular en la esfera del sujeto. Así, reclaman intervenciones desde distintos ámbitos que marcan nuevos desafíos a las posibilidades de la interdisciplina.” (p. 1)

A modo de cierre

Las disputas dentro del campo de la salud dotan de dinamismo al mismo y muestran como, tal como establece Bourdieu (1988) las relaciones de poder son cambiantes y móviles dependiendo de “lo que esté en juego” en el campo y de cómo lxs diferentes actores acumulan peso específico en el mismo. En este sentido, a pesar de que el Modelo Médico Hegemónico (MMH) posea aun prevalencia dentro del sistema de salud, es posible vislumbrar en los discursos de muchxs de lxs profesionales formas de trabajo e intervención que se alejan de este para ampararse en prácticas promotoras de los derechos básicos de la persona, respetuosas de las diferentes identidades sexo-genéricas, enfocadas en las necesidades de la persona y no de quien la está atendiendo, etc.

A su vez, la cuestión del trabajo interdisciplinario es nodal para poder abordar las problemáticas actuales que están lejos de ser simples, sino que llegan a las instituciones en forma de problemáticas complejas (Carballeda, 2008) y deben ser tratadas bajo paradigmas que puedan dar respuesta a esa complejidad, y que, por lo tanto, sean trabajadas bajo diferentes miradas de diversas profesiones. La observación durante el trabajo de campo me permitió observar múltiples ejemplos de estas problemáticas que requieren abordajes que superan lo estrictamente médico para trabajar desde lo social, económico, etc.

Para finalizar este capítulo no me parece menor resaltar que, lxs trabajadorxs sociales entrevistadxs fueron quienes en su mayoría pudieron evidenciar procesos de atención que involucran lo social y la cuestión de derechos. Esto, tiene que ver claramente con nuestra formación para ser expertos de la atención en lo social, así como por la multiplicidad de disciplinas que forman nuestros planes de estudio, lo que nos permite generar miradas más amplias de las problemáticas que se nos presentan en las intervenciones y poder evidenciar múltiples causalidades que las atraviesan.

Capítulo 4:

Familias, maternidades y paternidades: Entre el familismo y la organización social del cuidado



Presentación

El capítulo que sucede a esta introducción es el de mayor extensión de todos los aquí escritos, dado que en él se alojan los conceptos centrales de esta investigación. El recorrido teórico comienza con la descripción de los diferentes tipos de familia que se fueron conformando en nuestras sociedades y como estos modelos, apoyados en el patriarcado y la heteronorma, delimitaron claramente dos espacios diferentes para hombres y para mujeres a la hora de repartir las tareas que les correspondían a unxs y otrxs: el espacio de lo laboral-público para los hombres y lo domestico-privado para las mujeres. De esta manera queda conformado uno de los modelos que más años perduró en la sociedad: el modelo del padre-proveedor y la madre-cuidadora (Fraser, 2015). Esta caracterización nos permite ver de qué manera entonces se conformó la identidad del padre y de la madre, y por consiguiente sus diferentes formas de criar.

El recorrido teórico avanza luego a analizar el, muchas veces mencionado, “instinto maternal” (Rich, 2019; Vivas, 2019) y como el mito termino institucionalizando la maternidad para alejarla de la experiencia vivida de cada madre en particular. A su vez, se realiza también en este capítulo, un análisis de la deconstrucción de la paternidad tal como plantean los modelos de pater-familis, para avanzar en paternidades ejercidas y presentes que se manejan como iguales a la hora de criar a sus hijxs.

Por último, se agregan las categorías obtenidas del análisis discursivo realizado en el trabajo de campo sobre estas temáticas, tales como modelos de cuidado, formas de crianza, prevalencia de la madre o de las mujeres como cuidadoras, la organización del cuidado de las familias que asisten al Hospital, etc.

Modelos de Familia

La familia es el primer círculo de pertenencia y contención de lxs niñxs al momento de nacer y desarrollarse en sus primeros años, es su espacio de protección y de crecimiento, donde se forman los valores y se forjan los primeros rasgos de la personalidad. En este sentido, “La familia es un ámbito, una construcción, un lugar de vínculos y relaciones, donde posibilidades, valores, correspondencias, juegos de fuerza e intereses van y vienen en su interior con el contexto inmediato y la sociedad.” (Elías, S/A, p. 9)

La familia como institución ha sufrido cambios notorios en los últimos años y décadas, y no ha quedado exenta de las expectativas ajenas en torno a la forma “esperable” de su conformación, la cual viene determinada por cada sociedad y momento históricos. Estos cambios y diversas formas de conformarse cómo grupo familiar, hacen que sea prácticamente imposible encontrar una definición de familia que represente a todas.

En este sentido, se hará un breve recorrido sobre la definición del modelo de familia nuclear que fue la familia “deseable” durante gran parte del siglo XX, para luego avanzar en torno a las nuevas configuraciones familiares que se abren paso dentro de la homogeneización del modelo nuclear, haciendo visible que lo diverso es, en los últimos tiempos, la norma y no la excepción.

La familia nuclear

El modelo culturalmente dominante durante prácticamente la totalidad del siglo XX en nuestras sociedades ha sido el de la familia nuclear, esta está conformada por el matrimonio heterosexual de dos sujetxs y su descendencia. Se basa en un modelo de distribución de las tareas del hogar que esta afianzado en las bases del patriarcado donde el jefe de familia es el varón adulto padre que posee el poder de decisión y de control sobre lxs otrxs miembrxs del hogar. Se trata del modelo del “hombre-proveedor” que tal como describe Fraser (2015) se basa en dos roles bien determinados: “(...) asigna a los hombres la responsabilidad principal de proveedores o sostenes económicos y a las mujeres la responsabilidad principal de cuidadoras y educadoras (...)” (p. 138).

Un aspecto importante para destacar es que este modelo de familia ha logrado establecerse y afianzarse como el modelo “normal” o “esperable” dado que hay toda una red de instituciones que lo refuerzan como tal, es decir, es idealizado como

“(…) modelo normativo asumido como normal por las instituciones educativas y de salud: la familia nuclear de mamá, papá y los hijos se combina con una fuerte ideología familista en la cual la consanguinidad y el parentesco son criterios básicos para las responsabilidades y obligaciones hacia los otros.” (Jelin, 2020, p. 206)

Es decir, las principales instituciones por donde la vida cotidiana de lxs sujetxs se transcurre continuamente están reforzando este modelo como la normalidad, dejando al resto de las formas de configurarse como familia resguardadas bajo rótulos de lo distinto o lo que se aleja de la norma.

Nuevos arreglos familiares

La inclusión tanto metodológica como ético-política de la perspectiva de género y diversidades nos permite ver y comprender formas diferentes de familias que no corresponden con el modelo nuclear heteronormado que se reprodujo como “normal” y naturalizado durante muchos años. En este sentido, tal como plantean Robles y Di Ieso (2012) “La familia patriarcal convive en la actualidad con otras configuraciones familiares, aunque el imaginario social perpetúe la representación de la familia nuclear como ideal familiar, casualmente llamada “familia tipo”.” (p. 47).

Lejos se está de considerar que estemos ante la crisis final de la familia como institución, a las claras esta que la familia y el matrimonio siguen siendo las formas más elegidas de conformarse como grupo en nuestras sociedades (Therborn, 2007). En efecto, estas nuevas configuraciones familiares o arreglos familiares como se denominan actualmente para evitar esencialismos, apuntan a una flexibilización del modelo nuclear-patriarcal-heteronormado más que a una crisis de la institución familiar como tal (Ariza y De Oliveira, 2003), y deben ser reconocidas en su totalidad y diversidad para que los análisis que se realicen eviten caer en las mismas reproducciones que se señalan como negativas. Esta diversidad de formas de ser –en- familia pueden entenderse

también en términos de procesos de democratización y de derecho a tener derechos, y de esta manera la idea de “crisis del modelo familiar” se transforma en innovación y creatividad social (Jelin, 2020).

Son estas nuevas formas de relacionarse y de constituirse como familia las que obligan constantemente a la actualización y reformulación de los marcos teóricos desde los cuales se pensó a la familia, y que nos marcan y dejan en evidencia la dinámica constante en que se mueven estos arreglos familiares que evitan lo estático al ser una institución social en constante cambio y movimiento. En este sentido, adhiero a los planteos que realiza De Jong (2011) cuando plantea la necesidad de comprender a cada familia en la materialidad de su existencia, como un producto histórico cultural particular y singular en su constitución, que no puede ser entendido como un producto ideal sino como un producto real que se constituye “Como puede” en un tiempo y espacio determinados, lo que implica abandonar para su análisis los criterios de normalidad que usamos para referirnos a la familia, enfatizando la diversidad y heterogeneidad de formas y arreglos en que esta puede constituirse.

Pero, ¿Qué es lo que motivó el pasaje de la familia nuclear a estas nuevas configuraciones familiares?, entre algunos de estos cambios Robles y Di Ieso (2012) mencionan:

“(...) la defensa de los derechos de las minorías sexuales; la lucha de las mujeres por la igualdad de género; los movimientos feministas; la adopción; el derecho al aborto; el divorcio; la incorporación sostenida de la mujer al ámbito productivo; la tenencia compartida; la inseminación artificial; la unión civil de parejas del mismo sexo; el derecho a morir; la donación de semen; el alquiler de vientres; la disminución de matrimonios; el aumento de parejas convivenciales; el matrimonio igualitario; los cambios en los roles parentales (...)” (p. 46-47)

Estos cambios han movilizado la conformación y la visibilidad de nuevas formas de conformarse como familia que escapan de los modelos estáticos previamente mencionados. Sin embargo, me gustaría aquí hacer una salvedad en torno a la forma en la que he mencionado hasta ahora a estas nuevas configuraciones familiares, dado que de “nuevas” poco tienen sino que, tal como manifiesta Eva Giberti (2005) “(...) nuevo es el registro de lo que existía, omitido, silenciado o negado.” (p. 342). Esta multiplicidad de formas de ser “en familia”· quedo oculta por un modelo de normalidad que colocaba a la familia

nuclear como la única forma de constituirse en familia, dejando por fuera otras formas de convivencia, otras formas de parejas del mismo sexo y otros lazos no sanguíneos que mantenían relaciones familiares.

Maternidades y paternidades

Cada sociedad, en cada momento histórico, produce discursos, promueve prácticas sociales, normativiza y regula lo que deben ser y hacer varones y mujeres (Arpini, Castrogiovanni y Epstein, 2012). Esto muestra que el deber ser de ambos géneros es construido socialmente y no responde a lógicas biológicas o innatas, por lo tanto es posible de ser modificado. A su vez, este deber ser en torno al género instauro determinados estereotipos que marcan las expectativas que se tienen en torno a las formas de “ser mujer” o “ser hombre”: Lo mismo valdrá, por lo tanto, para las formas de maternar y paternar, tal como lo expresan Guida y et. al. (2007):

“En nuestra sociedad, masculinidad y feminidad se construyen como un par de opuestos, dicotómicos, excluyentes, y los sexos aparecen como complementarios en roles y posiciones sociales, en la división sexual del trabajo, y, por ende, en el cuidado de los otros” (p. 14).

Tal como se mencionaba en apartados anteriores, el patriarcado a través de su reproducción constante es uno de los encargados de perpetuar este orden recluyendo a las mujeres a las tareas de cuidados a la vez que le quita a los padres esas responsabilidades, tal como marcaba Rich (2019) en sus ideas:

“El patriarcado consiste en el poder de los padres: un sistema familiar y social, ideológico y político con el que los hombres —a través de la fuerza, la presión directa, los rituales, la tradición, la ley o el lenguaje, las costumbres, la etiqueta, la educación, y la división del trabajo— determinan cuál es o no el papel que las mujeres deben interpretar con el fin de estar sometidas al varón en toda circunstancia.” (p. 106)

Estas estructuras que se mantuvieron rígidas a lo largo de varias décadas, actualmente se ven en algunos casos confrontadas con nuevas formas de maternar y paternar que buscan el camino hacia la “democratización de las familias” (Di Marco, Faur y Méndez, 2005), cuestionando los roles impuestos y

encontrando nuevas conciliaciones dentro del ámbito de la conformación de los hogares que avalen formas otras de criar y cuidar.

La maternidad como experiencia vs la maternidad como institución. El mito del instinto maternal.

En el presente apartado me interesa especialmente poder recuperar una idea que tiene gran potencia para el desarrollo de este trabajo, y que es la oposición, presentada por Rich (2019) en su libro “Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución”, entre lo instituido sobre el maternaje y la maternidad vivida como experiencia personal de cada mujer-madre.

En efecto, la autora marca a la maternidad institucionalizada como aquella que “(...) exige de las mujeres un «instinto» maternal en vez de inteligencia, generosidad en lugar de una realización propia de la personalidad, y la relación con los demás en lugar de la creación del yo.” (p. 88). En el mismo sentido, Sánchez Rivera (2016) aporta:

“El modelo de madre, sensible, abnegada y sacrificada está íntimamente vinculado con la esencia de la feminidad, marcado por el imaginario colectivo y la construcción de la subjetividad que conlleva a valores y modelos que representan socialmente a las mujeres-madres dentro de las estructuras sociales y de poder.” (p. 937)

A su vez, a este ideal materno se le sumaron nuevas expectativas en torno a las mujeres-madres que, en el otro extremo, se muestran como aquellas capaces de conciliar todas las facetas de su vida sin despeinarse por un segundo, lo que conforma un conjunto de expectativas que “(...) oscila entre la madre sacrificada, al servicio de la familia y las criaturas, y la superwoman, capaz de llegar a todo compaginando trabajo y crianza.” (Vivas, 2019, p. 5). Esta nueva carga sobre la idea de ser madre se compagina luego de la incorporación de las mujeres al mercado laboral, y vuelve al ideal materno aún más complejo e inalcanzable de lo que ya era en la época de la modernidad.

En la misma línea, incluso el nombre del Hospital donde se realiza esta investigación incluye en su denominación una concepción de la maternidad institucionalizada. La denominación “materno-infantil” marca con firmeza esta

diada indivisible entre la madre y sus hijxs, invisibilizando otros arreglos familiares o formas de crianza que incluyan a demás actores.

El cambio, entonces, proviene de entender a la maternidad como una experiencia, como una construcción social y que como tal puede o no darse. Parte de comprender que todas las experiencias de maternaje son tan diversas como cantidad de madres hay en el mundo, tal como menciona Vivas (2019):

“Hay tantas definiciones como experiencias. No se puede hablar de una maternidad en sentido único. Cada vivencia depende del contexto social, las capacidades económicas, la mochila personal. No es lo mismo la maternidad biológica que la adoptiva; criar en solitario que contar con un entorno que te apoye; tener una criatura que criar a dos o tres; o volver al trabajo dieciséis semanas después del parto, cuando finaliza la baja, que cogerte una excedencia si lo que quieres es estar con tu bebé. Todo esto influye de un modo u otro en cómo vivimos la maternidad. Incluso una misma mujer puede tener experiencias distintas en función del momento vital por el que pase. No hay modelos universales.” (p. 8)

Entonces, el cambio de idea requiere indefectiblemente de romper con la retórica de que las mujeres tenemos la función natural de ser madres por un supuesto “instinto” que nos habilita a cuidar, un supuesto “(...) código biológico que se traduciría en capacidades, habilidades y saberes, producto de un instinto inscrito en la naturaleza femenina.”(Sánchez, Rivera, 2016, p. 922). Entendiendo también que este esencialismo en la idea del maternaje lleva muchas veces a las mujeres a enfrentarse a la frustración de no poder alcanzar esos estándares que se imponen al “como debe ser una buena mama” y que, en la práctica, son difícilmente alcanzables, ya que se promueve una idea donde “Ser madre se convierte en el máximo objetivo y al mismo tiempo ser la “madre perfecta” genera en muchas mujeres ansiedad y depresión.” (Alcalá García, 2015, p. 67).

Romper con la idea del tan aclamado “instinto maternal”, permite a las mujeres recuperar su poder en sus procesos de embarazo, parto y crianza de sus hijxs, a la vez que construye crianzas compartidas donde las tareas de cuidado no caen únicamente en mama porque “ella sabe más”, sino que se reparten por igual entre ambos progenitores, apuntando finalmente a la democratización de la familia como un supuesto con la potencialidad de desarmar el modelo de familia nuclear:

“La democratización implica, como horizonte, un entorno de intimidad y convivencia planteado desde el respeto y el reconocimiento de todos sus miembros como sujetos de derecho, sin subordinarse a un poder arbitrario, a menudo basado en la violencia. La democratización de la familia supone cambios fundamentales en las relaciones de autoridad y control.” (Jelin, 2020, p. 275)

Esta democratización familiar no solo trae beneficios a la hora de las tareas de cuidado repartidas de manera más equitativa, sino que permite a las mujeres plantear sus maternidades como una elección y de la forma en que decidan vivirla, siguiendo sus propios deseos y no una idea de una maternidad que es de una sola manera.

No obstante, me parece necesario realizar esta aclaración en torno a la idea de “romper” con el modelo institucionalizado de maternidad que desarrolle en los párrafos anteriores, y es que tal como la misma Rich (2019) define, no estamos buscando acabar con la maternidad o generar un discurso anti-concepción, sino que el objetivo es terminar con la “institución maternal” patriarcal, propiciando “(...) la creación y el mantenimiento de la vida en el mismo terreno de la decisión, la lucha, la sorpresa, la imaginación y la inteligencia consciente, como cualquier otra dificultad, pero como tarea libremente elegida” (p. 274).

Paternidades en deconstrucción

Los cambios en la forma de ver y tratar las maternidades, tanto en lo subjetivo como en lo objetivo, conllevan evidentemente cambios en el rol y los espacios que comienzan a ocupar los padres en torno a la crianza y cuidado de sus hijxs. Esto sin perder de vista que las expectativas sociales en torno a la paternidad son bien diferenciadas de las que se le imponen a las madres, incluso vistas en muchos casos como meros “ayudadores” en la crianza y no como responsables de igual manera que las mujeres en la misma. No obstante y tal como se mencionó anteriormente, los modelos de “pater familis” o de “padre-proveedor/ madre-cuidadora” (Fraser, 2015) han sufrido grandes transformaciones a lo largo de los años, especialmente luego de que las diferentes olas feministas replantearan estos conceptos.

En este punto considero importante resaltar una idea que plantea Guida (2000), en su análisis sobre los factores que excluyen a los padres en los procesos de parto y embarazo de las mujeres, que es problematizar de qué manera se le reclama a los hombres el cambio en torno a sus funciones de paternaje y crianza, es decir, hay un llamado a la responsabilidad masculina en torno a la repartición de las tareas de cuidado, pero ese llamado debe ser acompañado de determinados cambios no solo culturales y educativos, sino también que se expresen en forma de leyes, medidas y políticas públicas. Ejemplo de esto es la aclamada extensión de la licencia por paternidad que se brinda en Argentina a los padres cuando nacen sus hijos, la cual en la mayoría de los casos no permite a los primeros estar más que 3 o 4 días con sus recién nacidos, debiendo retornar a sus tareas laborales de manera inmediata luego de pasada esa licencia. Esto queda establecido en las palabras de Guida (2000) cuando dice: “El llamado a la responsabilidad masculina cae en saco roto ante las prácticas consolidantes de las masculinidades y feminidades hegemónicas, que parten desde los servicios de salud, del sistema educativo, de prácticamente todas las instituciones.” (p. 2)

En este punto es evidente que el patriarcado no solo ha impuesto imposiciones en torno al deber ser de la mujer, sino que también persigue a los hombres en un modelo de “paternidad hegemónica” (Azcurra et. al., 2021) que los propone como “(...) el protector, la no demostración de afecto, la firmeza ante la dificultad, el orden ante el caos de la realidad, el juego agresivo, la dureza para soportar dolor, la autosuficiencia, el castigo como “acto de amor” y otros más.” (Azcurra et. al., 2021, p. 32). Por lo tanto, es indispensable para que se generen cambios en las formas de paternar que estas sean acompañados de revisiones en torno a las expectativas sociales que se imponen a los padres, revisando los modelos tradicionales de familia para acercarnos a los nuevos arreglos familiares que son mucho más ricos y diversos.

Los cambios en las paternidades y sus nuevas formas de acercarse a este rol comienzan a aparecer con mayor fuerza en las nuevas generaciones criadas a la luz de horizontes de mayor igualdad dentro de las familias, sin embargo, tal como evidencian Herrera, Aguayo y Weil (2018):

“Si bien muchos padres están dedicando más tiempo al cuidado y crianza de sus hijos todavía los cambios discursivos no se traducen en corresponsabilidad real en la distribución de tareas en los hogares (...) hay una brecha entre el discurso del ‘nuevo padre’ y las prácticas familiares.” (p. 8-9)

Por lo tanto, reafirmo que estos cambios serán largos y reclusos al ámbito de la decisión de cada familia en su círculo hasta que no sean alcanzados por políticas y discursos que los legitimen y que regulen algunas de las situaciones que instituyen la ausencia de los padres en los procesos de crianza, y que deben ser pensadas desde las nuevas formas de mater-paternar que se incluyan en una democratización de las familias que repartan de manera más igualitaria las tareas de cuidado y crianza, ya que tal como establece Sosa (2015), para lograr el cambio que deseamos:

“(…) es condición indispensable involucrar las políticas de Estado en asociatividad con las instituciones privadas y organizaciones sociales; innovar en materia de legislación y derechos laborales a los fines de favorecer la conciliación entre el trabajo productivo y el reproductivo para varones, mujeres e identidades sexuales diversas.” (p. 139)

Los cambios, por ende, no son solo legislativos, sino también socioculturales, por lo que se requiere de una modificación integral en todos estos ámbitos para lograr el cambio buscado. En este sentido, creo que la propuesta de Fraser (2015) puede ser útil para graficar una opción de cambio en las dinámicas familiares que apunte a la igualdad en la distribución de las tareas de cuidado: el modelo de “cuidador universal”. Este modelo busca que los hombres se parezcan más a lo que hacen las mujeres ahora:

“(…) personas que combinan el empleo con las responsabilidades de los cuidados primarios. Tratando los actuales patrones de vida de las mujeres como la norma, el objetivo de ese modelo sería el de superar la separación entre el rol de proveedor y el de cuidador. Evitando tanto el laboralismo del «proveedor universal» como el privatismo doméstico de la «paridad del cuidador», el objetivo es aportar justicia de género y seguridad para todos.” (Fraser, 2015, p. 26)

Este es el horizonte al que apuntar para trabajar en torno a las masculinidades, sin que el llamado a involucrarse quede en prácticas de ayuda, sino tomando el concepto de “paridad del cuidador” para implementarlo en las prácticas de paternaje y crianza que se desarrollan.

Discursos en torno a las familias: la diversidad como norma.

Tal como se estableció previamente, en los apartados previos de este capítulo se pusieron en discusión determinadas temáticas teóricas en torno al desenvolvimiento de las familias y su evolución a lo largo de los años. En este apartado trabajare la obtención de discursos que se estableció en el trabajo de campo en torno a estas temáticas trabajadas.

Sin duda alguna, en los últimos años y quizás décadas, el concepto de familia ha ido mutando en concordancia con los múltiples cambios que esta institución ha sufrido. Esto se ve reflejado también en el hospital, donde los pasillos son la clara muestra de las diferentes formas en que se puede conformar este complejo que hemos de llamar familia.

La familia nuclear, tal y como la conoció nuestra sociedad en mediados del siglo pasado, es ya una estructura que ha quedado obnubilada por la aparición de los nuevos “arreglos familiares” (De Jong, 2011; Jelin, 2020). Las familias muestran que lo diverso es la regla y no la excepción, y la atención en la salud ha debido (o debe) adaptarse a los cambios para poder dar respuesta a las múltiples demandas que generan estas nuevas familias donde sus integrantes no siempre son parte de la típica estructura de: mamá-papá-hijos.

En los discursos recogidos a lo largo de las entrevistas realizadas, la mayoría de las respuestas a la pregunta: “en tus propios términos, ¿de qué manera definirías a la familia?”, fueron en la dirección de reconocer la diversidad de la misma, tal como menciona una de las trabajadoras sociales:

“(…) son mil veces diversos por todos los aspectos, no hay ningún tipo de familia estructurada que vos digas bueno acá vemos a la familia así y claramente eso es justamente lo interesante de la sociedad en la que vivimos hoy en día.” (TS1)

En el mismo sentido, la mayor parte de lxs entrevistadxs hizo alusión en algún momento a la palabra “referentes de cuidado” quitando, quizás, centralidad a la figura de progenitorxs como aquellxs encargados de los cuidados de manera fundamental, y pudiendo reconocer otras figuras dentro de las configuraciones familiares que están también habilitadas a cuidar y generar

una red de cuidados en pos del bienestar de lxs niñxs. En torno a esto, una de las trabajadoras sociales rescata:

“La familia la defino como un grupo de personas que son referentes significativos para un niño o para una niña que son una figura central de apoyo y contención (...)”. (TS10)

En las entrevistas, a la hora de hablar de familias se hizo gran hincapié en la misma como un espacio de contención, de apoyo, de sostén y de acompañamiento, priorizando los lazos de afecto por sobre quizás los lazos de consanguinidad, lo que se evidencia cuando una de las obstetras menciona:

“(la familia es) con quien uno comparte en su vida cuidados, alegría, placer, enojo, todo lo que conforma vivir.”. (OBS2)

Por lo tanto, se puede decir, que en la mayoría de lxs profesionales entrevistadxs pude evidenciar la presencia de discursos enlazados a conceptos más flexibles de la noción de familia nuclear heteronormada, cambiando esta por una concepción más amplia de familia, relacionada más con las nuevas teorías de familia que la ven como arreglos familiares en donde se prioriza la propia concepción del sujetx sobre quienes son aquellxs referentes que considera válidos para ser reconocidos como su familia, en los términos en los que él o ella los considere, tal como menciona la trabajadora social cuando dice:

“(...) familia puede ser cualquier persona o cualquier institución, lo que uno considera familia (...)”. (TS5)

Sin embargo, no todxs estuvieron de acuerdo con esta forma de mirar a las familias. Aunque en menor porcentaje, algunxs de lxs profesionales entrevistadxs, hicieron alusión a concepciones de familia más ancladas a la idea de familia nuclear heteronormada que predominó en el siglo pasado. En este sentido, tres de lxs entrevistados hicieron las siguientes declaraciones:

-“yo soy de la vieja escuela: madre, padre, hijos.” (OBS1)

-“(la familia es) un complejo integrado por los progenitores y sus descendientes, que deben interactuar en forma armónica a través de normas, valores, cuidados sobre todo, educación” (PED1)

-“(la familia es) un grupo con un objetivo en particular que es persistir en el tiempo con un objetivo en común (...)” (PED3)

En efecto, tales declaraciones hacen alusión a una forma de ver a la familia que la entiende formada únicamente por lxs progenitores y su descendencia, donde quedan por fuera aquellas otras personas o cuidadorxs que podrían ser incluidos tanto por lazos afectivos como de consanguinidad. Esta mirada no escapa de ser relacionada con la concepción más biologicista de las ciencias de la salud, donde la prioridad se vincula a lo biológico por sobre lo social para determinar lazos y espacios de pertenencia. A su vez, deja por fuera de la definición a múltiples configuraciones familiares que recorren los pasillos del hospital día tras día y que se encuentran muy alejadas de los modelos nucleares “deseables” por estxs profesionales.

Un dato quizás no menor, o que considero oportuno mencionar, es que estxs tres profesionales que recurrieron al modelo nuclear de familia, pertenecen al área de las ciencias médicas, siendo formados quizás bajo los lineamientos del modelo médico hegemónico que se caracteriza entre sus múltiples aristas por ser biologicista y alejado de la mirada social de los procesos salud-enfermedad.

Como parte de este análisis, me parece útil mencionar la diferenciación entre las categorías de familia pensada y familia vivida que concibió Szymanski (1992). La familia pensada es ese modelo de familia que en cada cultura y momento histórico se determina como “esperable” o “deseable”, en esta podríamos ubicar a la familia nuclear como aquella que para estxs profesionales es la deseable. Sin embargo, en contraposición a esta se establece la familia vivida, como aquella configuración familiar que, en términos de De Jong (2011) se establece “como puede” en un tiempo y espacios determinados, y que puede o no coincidir con el modelo de familia pensada instaurado en esa sociedad. Esta familia “como se puede” es la que habita nuestras instituciones diariamente y que choca, en algunos casos, con las expectativas y creencias de lxs profesionales que las atienden en sus necesidades.

La familia ampliada y la posibilidad de repartir los cuidados

Otras figuras van apareciendo en los relatos de lxs profesionales entrevistadxs. Éstas tienen que ver con aquellas personas que cuidan por fuera de la imagen de mamá o papá, son lxs tixs, lxs amigxs, lxs hermanxs mayores, lxs abuelxs, etc. Esta concepción de lxs otrxs cuidadorxs como referentes de cuidado habilitadxs a formar parte de los procesos de atención en la salud de lxs niñxs es novedosa, y es que hasta no hace muchos años el acceso a los controles de salud, internaciones o atención en las guardias estaba solamente reservado para lxs progenitorxs o tutorxs directxs del/la niñx en cuestión.

Considero que lo novedoso de esta nueva forma de ampliar las posibilidades de atención en la salud, permite entender a la familia de maneras más diversas donde prevalece el bienestar de quien es atendidx por sobre lo formal, quizás, de los lazos sanguíneos. En este sentido, una de las trabajadoras sociales entrevistadas destaca:

“Cuando trabajamos y armamos toda una red de contención siempre estamos buscando por supuesto al grupo familiar primario, pero después extendemos otras redes, que pueden ser una tía, puede ser una amiga, una vecina. Siempre generar una red de cuidados para ese niño, niña o niñe.” (TS10)

Se prioriza que él o la niñx se sienta cómodx y a gusto con quien lx acompaña, y primordialmente que estx sea un referente de cuidado para él o ella:

“Me parece que es importante siempre que una persona adulto o niñe esté acompañada por otros justamente por una red vincular de apoyo, si en su familia encuentra eso entonces es por ahí, y si no habrá que buscar por otro lado esa red.” (TS6)

Lo mismo sucede en el caso de los partos y el acompañamiento de la mujer embarazada en este momento:

“(…) se consulta por quien quieren estar acompañadas en el parto. Pueden estar acompañadas por alguien que no sea el padre, se consulta a ella quien quiere que la acompañe, han estado amigas, cuñadas, otras familiares.” (TS9)

“(…) (en el parto) está el padre, o está la hermana, o está la tía, o está la abuela, o está un amigo. O esta la pareja, yo he tenido mujeres embarazadas con la pareja mujeres que vienen a acompañarla.” (OBS3)

Sin embargo, la respuesta a quienes acompañan en caso de no estar lxs cuidadorxs primarixs, nuevamente vuelve a caer en el marco de figuras femeninas, reforzando la lógica de que las mujeres son las encargadas de cuidar. Tal como menciona una de las trabajadoras sociales:

“(…) generalmente de la familia es la mujer la referente principal. La mujer mamá, mujer abuela, mujer tía, mujer amiga en algunas ocasiones. Pero siempre la principal referente es la figura femenina.” (TS10)

Es decir, tal como desarrollamos con mayor detalle en el apartado relativo a los cuidados, por más que éstos no recaigan únicamente en la mamá cuidadora, este rol es tomado en su gran mayoría por otras mujeres que forman parte de esa familia reforzando, de esta manera, la idea de que las mujeres somos las “más aptas” para el cuidado de lxs niñxs.

La figura de la abuela

En el marco del desarrollo de las entrevistas en su calidad de semi-estructuradas, se generaron varias aristas o ramas que no estaban pensadas en el guión de las mismas, una de ellas fue el lugar que se le dio en varias de las entrevistas a visibilizar la figura de las abuelas como cuidadoras dentro de los arreglos que cada familia hace para sostener los cuidados de quienes lo precisen.

Las abuelas, en su calidad de mujeres-madres y mujeres-abuelas, aparecen siempre que haya que cubrir una vacante de cuidado de quienes son sus nietxs. Abundan en las salas de espera cargando a lxs más pequeñxs o acompañando a sus hijas en los embarazos, también están las que acompañan a sus nueras rompiendo con esa idea patriarcal que nos vendieron de que las suegras y nueras tienen que odiarse; pero la imagen es siempre la misma, quienes ya han cuidado de sus hijxs ahora reaparecen en su nueva función

para ponerse al cuidado de quienes lo precisen; y en ese rol es que son reconocidas por lxs profesionales entrevistadxs:

“Siempre están acompañando ahí en eso, en algún controlcito, en sí tienen que acompañar en el cuidado de alguno de otro de los niños o del recién nacido, en esos cuidados principales, y en el hogar y después en el laburo también. Muchas son jefas de hogar, acompañan en el hogar, en los cuidados, y también en lo que es el laburo afuera. Muchas son las que solventan también el hogar.” (TS9)

En el acompañamiento del embarazo también son fundamentales, tal como resaltan la mayoría de las obstetras entrevistadas:

“(...)“ a la embarazada yo acá en este círculo, la que más la acompaña es la madre o la suegra, su mamá o su suegra, las abuelas de los bebés”. (OBS2)

También aparecen cuando mamá o papá no pueden estar por situaciones de consumo o problemáticas asociadas a la violencia, tal como menciona una de las trabajadoras sociales entrevistadas.

En lo que tiene que ver con lo observado durante los meses de trabajo de campo, pude apreciar más de una vez este rol de cerca. Los pasillos del HIEMI ven circular abuelas cargando a sus nietxs constantemente, abuelas teniendo la mano de esa mamá que tiene cara de cansada y que esta angustiada por la salud de su bebe, abuelas tocando la puerta del consultorio que haga falta para llenar todas las planillas que precise su nietx. Su rol es evidente y necesario, y considero importante hacer este apartado para reconocerlo y para darle la visibilidad que merecen y que algunxs de lxs profesionales optaron por visibilizar.

Sin embargo, lejos de romantizar el mismo, me parece importante resaltar que siguen siendo las mujeres, en este caso en su rol de abuelas, las que se hacen cargo del cuidar de aquellxs que precisan cuidados en su familia. En ninguna de las entrevistas realizadas se marcó el mismo rol de parte de los abuelos varones, e incluso en algunas entrevistas al realizarse la pregunta sobre el lugar que estos ocupaban se mencionó que los mismos no eran figuras que se solían ver en el hospital. Considero que esta aclaración es relevante para pensar no solo en los procesos de significación que puede

generar para estas mujeres-abuelas el hecho de ser parte de la vida de sus nietxs como algo valioso, sino también para poder ver la contracara del cuidado como un “costo” que las mujeres asumen y pagan con el recorte de sus horas de ocio y descanso, e incluso con consecuencias en su propia salud. Tal como mencionan Triado et al. (2008):

“Muchas abuelas se sienten satisfechas de poder aportar cuidados y sienten que, además de aportar su ayuda a la familia, cuidar a los nietos es una tarea en la que encuentran significado (...) Sin embargo, los cuidados también podrían llegar a generar consecuencias negativas en el cuidador (...)” (p. 457)

¿Quiénes cuidan? Figuras de cuidado en el Hospital.

Los cuidados y quienes se hacen cargo de ellos han sido temáticas de gran relevancia en los últimos años, especialmente luego de que el feminismo los pusiera en agenda como una de las temáticas donde era indispensable poner el foco. Los cuidados son los que permiten la reproducción de la vida y los que la sostienen, por lo tanto su importancia en la sociedad es fundamental y son un derecho que tenemos todxs lxs humanxs.

La organización social del cuidado (Zibecchi, 2014) implica la distribución de manera equitativa de las responsabilidades de cuidado entre diversos actores que tienen la capacidad de cubrirlos: las familias, el Estado, el mercado y la comunidad. En este sentido, es factible afirmar que la distribución de estas responsabilidades se da de manera desigual en nuestra sociedad, donde prevalece un sistema “familista” que da prioridad a las familias en el porcentaje de tareas de cuidado que deben cubrir. Dentro de las familias, es en las mujeres en quienes recaen con mayor peso estas tareas, generando lo que se mencionó anteriormente como “doble presencia” o “doble jornada laboral” de las mujeres.

Se observa entonces en la bibliografía relevada, que la noción de cuidados abre un amplio abanico de reflexiones, posturas, debates, y enlaza diferentes significantes y problemáticas de la agenda feminista, como son la

maternidad, los arreglos familiares, el trabajo doméstico y la crianza. Este último concepto es más acotado en sus alcances que el de cuidados. Mientras los cuidados incorporan diversas aristas, procesos y etapas de la vida, la crianza entonces supone el proceso que se vincula de manera directa con el acompañamiento de la vida en los primeros años, incorporando procesos como la maternidad, la paternidad, y más actualmente el maternaje (Vivas, 2019), así como otros resortes subjetivos de presencia, responsabilización y referencia afectiva, económica y social hacia lxs niñxs.

Los feminismos han abordado desde una perspectiva crítica y a la vez propositiva los procesos de crianza, desde aportes como el de Bell Hooks en su propuesta de una "crianza feminista" (2017). Este giro no es menor porque nos advierte de un renovado interés por visitar la maternidad, los cuidados, los trabajos domésticos y la propia crianza desde un enfoque de afectación que va en consonancia con la mirada de Nancy Fraser (2015) en torno de la de figura del cuidador universal, la cual fue descrita en apartados previos.

En este sentido, retomando el análisis de las entrevistas realizadas en el HIEMI, es factible evidenciar en prácticamente todas ellas la referencia a la madre o a las mujeres en otros roles (abuelas, tías, primas, amigas, hermanas, etc) como las principales encargadas de cubrir las demandas de cuidado de lxs niñxs que forman parte de sus familias. En los siguientes fragmentos se evidencian estas cuestiones. En alusión a la pregunta relativa a quiénes cuidan, la respuesta es que son:

“... mujeres, en general, no solo mamá, muchas veces aparecen cuidadoras como abuelas, tías, hermanas más grandes” (TS1)

“En general cuando hay un niño o niña internada la mayoría de las veces son mujeres, en ese orden, mamá-abuela-tía, o alguna hermana adulta, hay también presencia de padres, varones, pero no es la generalidad.” (TS2)

“Vemos muchas mamás encargándose solamente ellas o en gran parte ellas de los cuidados.” (PED4)

“(…) generalmente de la familia es la mujer la referente principal. La mujer mamá, mujer abuela, mujer tía, mujer amiga en algunas ocasiones. Pero siempre la principal referente es la figura femenina.” (TS10)

Esta evidencia de las mujeres como encargadas de los cuidados de lxs más pequeñxs, también fue registrada a manera de estadística por una de las profesionales consultadas (TS1), la cual se encuentra en este momento realizando un posgrado y utilizó los datos para su propia tesis posgradual. En este sentido, los datos brindados por la profesional arrojan que el 95% de lxs cuidadorxs a cargo de lxs niñxs que se encuentran internadxs en el Hospital son mujeres (con mayor porcentaje de madres y abuelas maternas), dejando únicamente el 5% del total para el caso de padres y abuelos. El porcentaje es marcado y deja en claro aquello que la teoría define como el modelo familiar de “padre-proveedor y madre-cuidadora”.

De esta manera, una de las preguntas que surgen alrededor de la evidencia presentada es: ¿De qué manera se refuerzan estos roles asociados al cuidado? ¿Es una cuestión socio-cultural arraigada? ¿Lxs profesionales podrían hacer algo para no continuar reproduciendo estos modelos? Las respuestas son múltiples y, muy probablemente, excedan los límites de esta tesina. Sin embargo, algunas apreciaciones pueden ser analizadas en torno a esto.

En primer lugar, muchxs profesionales adhieren a la idea de que la reproducción de roles asociados al cuidado es una cuestión socio-cultural anclada en los patrones patriarcales y que, por lo tanto, son las familias las que ayudan a reproducir estos últimos. Tal como menciona una de las trabajadoras sociales:

“(…) al momento de tener que elegir entre más de una persona, se elige desde el grupo familiar que sea la mujer.” (TS2)

En este sentido, podemos ver que parte de las familias que asisten al Hospital siguen un modelo instaurado en nuestra sociedad donde las mujeres son las cuidadoras natas de lxs niñxs, y por lo tanto a la hora de elegir quien debe internarse para cuidarlx la primera opción es la madre. Esto debe ser tenido en cuenta a la hora de planificar todo el resto de la vida familiar, dado que por la política de pandemia del Hospital el cargo de cuidadorx puede ser ocupado por una sola persona de la familia y esta no puede ser relevada por otra durante el periodo que dure la internación, lo que produce evidentemente

un corte en la vida cotidiana de estas mujeres que se internan con sus hijos dado que no tienen permitido más que un par de salidas durante el día y deben reestructurar su vida laboral y familiar por fuera de esta situación de internación.

A su vez, volviendo a las preguntas que me formule previamente, es factible afirmar que varios de los discursos institucionales colaboran con perpetuar este modelo de cuidados asociados a roles diferenciados por género. Ejemplo de estos discursos son alusiones como las que siguen:

“(…) las que garantizan mejor los cuidados son siempre las mujeres” (PED4)

Esta afirmación muestra un patrón de pensamiento donde las mujeres son “más dadas” o “más aptas” para realizar las tareas de cuidado por su sola constitución como mujeres. En el mismo sentido, otra pediatra menciona:

“(…) las familias si están bien constituidas es la madre la que debe llevar adelante el cuidado de la familia, de sus hijos.” (PED1)

En este último párrafo, no solo se evidencia una concepción sobre la distribución de cuidados dentro de la familia, sino también una idea de que modelo de familia es el mejor o el deseable para la profesional consultada, dado que menciona como condición para que sea la madre cuidadora que “la familia esté bien constituida”, dando a entender que en los casos en que la madre no puede hacerse cargo de estos cuidados afectaría directamente a la posibilidad de formar una familia en los términos que se consideran “esperables”.

Pero a su vez, estas constataciones, puestas en tensión con otros hallazgos que se analizaron en subtítulos previos, nos muestran la complejidad de una formación discursiva institucional donde resuenan mandatos hegemónicos pero también procesos de deconstrucción y revisión de estas lógicas, cómo también se podrá observar en el capítulo siguiente respecto de la categoría emergente de “culpa institucional”.

Desmitificar el instinto materno

El apartado comienza con el título “desmitificar el instinto materno” y en este sentido, me parece importante comenzar por entablar a qué se denomina “instinto materno”. El mismo es una conjunción de ideas y apreciaciones esencialistas sobre el rol de madre y las características que una “buena madre” poseía y que vienen con ella por el solo hecho de ser mujer, es decir, la “naturaleza” (Badinter, 1981) de su condición femenina la establecería como la más capacitada para atender de lxs niñxs y sus cuidados. Este “instinto maternal” que todo lo justifica a través del postulado de lo natural se fue reproduciendo de la mano del ideal materno de cómo debía ser una “buena madre”. En estos términos lo describe Vivas (2019):

“(…) se ha generalizado a lo largo de la historia un determinado ideal de buena madre, caracterizado por la abnegación y el sacrificio. La mamá al servicio, en primer lugar, de la criatura y, en segundo, del marido. El mito de la madre perfecta y devota, casada, monógama, sacrificada por sus criaturas, feliz de hacerlo, quien siempre ha antepuesto los intereses de hijos e hijas a los suyos, porque se supone no tenía propios. Un mito que se nos ha presentado como atemporal, cuando en realidad sus pilares son específicos de la modernidad occidental.” (p. 8)

La última frase de este párrafo es ilustrativa de algo que es relevante mencionar, tanto el “instinto materno” como el “ideal de la buena madre” son construcciones sociales propias de un momento determinado de la historia, que están imbricadas en los lineamientos del patriarcado, y como tales son factibles de ser revisados y modificados. Es decir, se abre la posibilidad de los que Vivas (2019) denomina “Liberar la maternidad del patriarcado”, no alejar la maternidad como algo que no pertenece a las temáticas del feminismo, sino poder revisarla en clave feminista para reconstruirla desde las bases:

“(…) una mamá feminista es una mamá desobediente, insumisa, rebelde, una mamá que no es objeto pasivo, sino sujeto activo, que se rebela tanto contra la maternidad patriarcal como contra la maternidad neoliberal, pero no renuncia a vivir la experiencia materna. Se trata, en palabras de Adrienne Rich, de una maternidad «fuera de la ley de la institución de la maternidad», lo que implica una confrontación constante con las normas sociales establecidas.” (Vivas, 2019, p. 68)

Para lograr esto, es preciso de la colaboración de todos los actores sociales que entran en escena en la organización social de los cuidados, entre ellxs lxs profesionales de la salud que trabajan con las familias y con sus hijxs desde el primer momento de la consulta de embarazo. Trabajar por desterrar estos mitos e ideas patriarcales ayudará a construir relaciones más igualitarias dentro de las familias, a la vez que recuperará la independencia de muchas de las mujeres que se ven, en términos de lxs propios profesionales entrevistadxs, “atadas” a las tareas de cuidado.

Los beneficios también se identificarían en relación a la salud de las mujeres-madres, dado que tal como se mencionó en otros apartados, el trabajo de cuidar implica costos no económicos en la vida de las mujeres que tienen que realizarlo, tal como menciona una de las trabajadoras sociales entrevistadas:

“(…) cuando son patologías que requieren de mucho cuidado y de mucha asistencia de determinadas especialidades, acá tenemos niños y niñas que vienen con más de una especialidad, es agotador.” (TS5)

Para mejorar esto es indispensable comenzar a trabajar en pos de la creación de “cuidados para lxs que cuidan”, donde se ponga en primera plana la contención de quienes se encargan de cuidar a otrxs. En este sentido, una de las entrevistadas dice:

“(…) es fundamental tanto que haya un cuidador o cuidadora como una red de apoyos a ese cuidador o cuidadora, que muchas veces es una mujer que está a cargo también de más cantidad de personas que también tiene sus tareas domésticas, por eso es importante que haya toda una red que está acompañando tanto en la internación como en el proceso ambulatorio, es fundamental contar con redes, con sostén, con lazos.” (TS8)

La alusión a la “red de cuidados” no es la primera ni la única vez que aparece en los relatos de lxs profesionales, pero sí es la primera vez que se realiza en torno a un/a cuidadorx y no en función de lxs niñxs. Es indispensable que quienes cuiden cuenten con estos lazos y con la contención de sus redes para poder continuar ejerciendo los cuidados en un espacio donde se comprendan también las propias necesidades, tal como establece una de las trabajadoras sociales al respecto:

“Todos son importantes y responsables para garantizar que se cumpla con todos los cuidados” (TS7)

Construyendo paternidades

Siguiendo con esta última idea de que todxs son responsables y aptxs para cuidar, me parece relevante hacer mención al papel de los padres dentro de las responsabilidades de cuidado que atañen a sus hijxs. La responsabilidad paterna y la forma de ejercer las paternidades han sido delimitadas de diferentes formas a lo largo de los años y siguiendo los distintos modelos de familia que se tomaban como válidos en cada momento histórico. En este sentido, el modelo de “padre-proveedor” tantas veces mencionado en esta tesina, fue y es el modelo más aplicado en lo que respecta a las funciones paternas. Tal como menciona Badinter (1981):

“(…) sigue vigente la idea de que la crianza es ante todo asunto de mujeres, que el padre es más bien su colaborador y no un socio de igual nivel, y por último que su participación es menos necesaria, o si se quiere más accesorio.” (p. 240)

En este sentido, cuando me preguntaba anteriormente sobre de qué manera lxs profesionales ayudan o no a reproducir estos modelos instaurados, podemos decir que en torno a la paternidad muchos de los discursos apuntan a lo mismo: cuando se presenta solo papa con algunx de sus hijxs la pregunta es siempre la misma “¿y mamá donde esta?”. Los siguientes fragmentos son ilustrativos de esto:

“(…) muchas veces nos ha pasado en internación que cuando están acompañando los papás, más que nada por ahí los médicos dicen" Está acompañando el papá, ¿Y la mamá dónde está?" (TS8)

“(…), si aparecía un varón o el papa a acompañar siempre era “donde está la mamá?”, siempre surgían esos cuestionamientos.” (TS9)

“A veces son los papas y cuando son los papas la mirada del equipo es “y la mamá dónde está?”. (TS7)

Esta alusión a la búsqueda de una figura materna que pueda ocupar el rol de cuidado se repiten en, por lo menos, 14 de las 19 entrevistas realizadas.

Sin embargo, otrxs profesionales creen que la ausencia paterna tiene que ver con ideas pre-concebidas desde lo socio-cultural sobre qué funciones tiene que cumplir el papá, tal como menciona una de las trabajadoras sociales:

“Sigue estando muy atado la figura del padre como proveedor, como que está justificado que sale a trabajar y no puede estar al cuidado de los niños porque es el que trae el ingreso a la casa. Como que eso sigue estando muy presente.” (TS4)

En la misma línea otra de las profesionales menciona:

“(…) no sé por ahí mi visión es muy recortada, pero muy poco veo a los padres participar. No hoy no pudo venir porque trabaja, hoy no pudo venir porque esto, lo otro, bueno.” (TS3)

A su vez, en más de una entrevista se hace alusión a una idea de que por más que quien acompañe sea papá, la figura de la madre termina siendo necesaria para poder realizar la consulta porque “ella sabe más”, reforzando los patrones establecidos donde la madre es la más apta para el cuidado y que el padre “acompaña” en la crianza. En este sentido, en una de las entrevistas a un pediatra el mismo menciona:

“(…) a veces el padre acompaña al niño y cuando empezas a avanzar con preguntas más finas del cuidado del chico que son importantes para llegar a un diagnóstico y el padre desconoce y termina siendo el padre el que te dice “para que llamo a la mamá”, y termina viniendo la mamá porque por ahí es comúnmente la que tiene un contacto más estrecho con el chico.” (PED5)

En síntesis, sea por el motivo que sea, es una realidad que los padres y las figuras masculinas en general, son las que menos aparecen en los pasillos y consultas que se realizan en el Hospital. La observación directa me permitió llegar a los mismos resultados, las salas de espera estaban repletas de mujeres cargando niños, mientras que las pocas figuras masculinas que pude ver estaban acompañando a mujeres embarazadas o realizando las consultas en torno a sus hijxs con la presencia de la madre en conjunto.

Es una verdad también que las concepciones y los roles asignados a padres y madres bajo los lineamientos patriarcales le han delegado a los padres un lugar subsidiario en la crianza de lxs hijxs, pero también es verdad

que el cambio en torno a las formas de paternar viene instalándose en las familias, especialmente en las generaciones que actualmente están teniendo niñxs. Por lo tanto, considero que desde el lado del abordaje profesional en el ámbito de la salud son varios los cambios que se pueden realizar para propender a paternidades ejercidas en pie de igualdad con las maternidades, entre ellos dirigirse a ambos progenitores es una de las formas de comenzar, lo mismo que dejar de cuestionarse por la presencia o ausencia de la madre cuando el/la niñx viene acompañada de su papá. En este sentido, hay algunxs profesionales que ya están incluyendo estas ideas en sus intervenciones, tal como menciona una de las trabajadoras sociales:

“En las entrevistas generalmente a veces solemos llamar a la mamá, pero también porque estamos deconstruyendo esto de que todas las indicaciones tienen que ir a la mama, mujer, principal referente del cuidado del ámbito doméstico. Actualmente estamos incorporando la figura paterna, en el caso de que este, como para que pueda tomar su rol, compromiso y responsabilidad que tienen sus funciones de paternar. Entonces si pueden estar los dos, la verdad es que para mí mucho mejor que pueda estar la mama y el papa, pero bueno que no sea siempre la mujer la que tenga que estar cargando con todas las indicaciones, justamente.”
(TS10)

Es fundamental este proceso de revisión de las prácticas para construir aquello en lo que creemos que debería suceder con la organización de los cuidados, y es una de las categorías que se retomaran para el análisis en el capítulo siguiente.

Lo comunitario como espacio de cuidados

Dentro de lo que previamente se mencionó como diamante del cuidado (Razavi, 2007) uno de los actores fundamentales de este es el espacio de la comunidad. En este sentido, entiendo al espacio de lo comunitario en los términos que lo establece Bottaro (2010) como un territorio en el que se despliegan un complejo entramado de relaciones sociales que se basan en lazos de proximidad de diverso tipo: vecindad, parentesco, amistad, políticas, entre otras. En este espacio surgen una multiplicidad de instituciones,

asociaciones, clubes, ong's, etc que conforman el mismo y que le dan estructura dentro de los diferentes territorios. Este, por lo tanto es "(...) un ámbito en el cual se desarrollan diversas estrategias comunitarias y de supervivencia." (Zibecchi, 2007, p. 5)

Cuando hablamos de lo comunitario como espacio proveedor de cuidados, normalmente se mencionan las ONG'S, jardines comunitarios, y demás instituciones no formales creadas por la comunidad para el bienestar de la misma. Sin embargo, en las entrevistas realizadas para este trabajo, estos espacios fueron vagamente mencionados, mientras que si se hizo alusión, en varias de ellas, al rol que cumplen lxs vecinxs a la hora de proporcionar cuidados a aquellxs que los precisen.

La relación entre vecinxs implica más que solamente vivir en cercanía, se generan lazos en esta cercanía (que pueden ser tanto positivos como negativos) y se comparte la construcción de una identidad anclada en un mismo territorio de referencia. Se es con el otrx en un mismo espacio y ese mismo espacio es constructor de un sentido de pertenencia que nos incluye a ambxs:

"El territorio es un elemento de la identidad de un grupo que lo ubica como parte de lo propio y lo diferencia de lo ajeno; lo hace parte de sus componentes, de su ser colectivo en donde, al mismo tiempo, el grupo pertenece al territorio" (Velázquez, 2012, p. 108)

En este sentido, en varias de las entrevistas realizadas se hizo mención al papel que cumplen las vecinas como cuidadoras y como sostenedoras de espacios de cuidado donde dejar a lxs otrxs niñxs al cuidado cuando el/la adultx responsable debe permanecer internadx con otrx de lxs niñxs en el hospital o debe dirigirse a él para una consulta o control. Tal como menciona una de las trabajadoras sociales:

"(...) muchas veces surgen otros personajes como por ejemplo vecinas, eso es algo que surge muchísimo, los nenes que están afuera quedaron a cargo de una vecina, es interesante también ver cómo las familias pueden llegar también a ser una familia ampliada con otras personas de la comunidad." (TS1)

En otra de las entrevistas, la entrevistada hace alusión a lxs vecinxs en relación con la persona que se acerca a la consulta como “su gente” reforzando esta idea previa de que el compartir un mismo territorio, un mismo barrio, refuerza los lazos de pertenencia y de relación entre aquellxs sujetxs que lo habitan. En este sentido, menciona:

“(…) se recurre a lo comunitario, a los vecinos y vecinas, a si es gente que forma parte de alguna organización social, recurrir a gente que esté acompañando desde el territorio, y no necesariamente desde lo familiar. Lo vecinal como una opción, porque es una cercanía que tiene la familia con **su gente**. A no ser que sea una persona que no tiene trato, pero en general el vínculo con tu vecino habilita que tenga cercanía a tu casa que cualquier cosa que necesitas. Muchas veces nos pasa que por ahí hay una persona que no tiene teléfono, entonces decís pásame el número de tu vecina que ella pueda comunicarte.” (TS2)

Darle el espacio a lo comunitario como un espacio válido para repartir los cuidados de aquellxs que los precisen creo que es un paso acertado desde la institución de salud en pos de generar un sistema de cuidados que incluya a las cuatro patas del diamante y que se aleje de los modelos familistas donde la familia debe ser la principal responsable de cuidar a quienes la componen.

En segundo lugar, en solo una de las entrevistas se hizo mención a instituciones no formales o comunitarias como espacios habilitados donde derivar los cuidados desde el hospital, por lo cual me parece importante rescatarla. La trabajadora social en esta línea menciona:

“(…) es fundamental crear una red de cuidados, que la persona se pueda ir con una red de cuidados en territorio (...) me parece fundamental para acompañar o intentar cerrar la intervención que esa persona se vaya con un grupo de referencia (...) entonces bueno que instituciones tenemos dentro de esa área programática como para empezar a armar una red de cuidados? Tenemos una sociedad de fomento, tenemos una ONG? Depende también de la necesidad de la familia, de lo que necesite.” (TS10)

Es interesante la alusión que se realiza a la “red” de cuidados, como ese espacio de contención que debe ser sostenido por múltiples actores para que pueda darse de manera de asegurar los cuidados para todx el/la que los precise. La noción de red como entrelazamiento de esfuerzos entre lxs diferentes actores implicados en el diamante de los cuidados tiene gran

potencia para lograr una redistribución de tareas de cuidado más igualitaria que garantice el sostenimiento de la vida.

Otro dato relevante a destacar es que quienes pudieron dar referencia de espacios de cuidado comunitarios o de lxs vecinxs como actorxs válidxs para cuidar fueron únicamente las trabajadoras sociales entrevistadas, no pudiendo realizar este reconocimiento de otrxs actores de cuidado desde lxs profesionales de las otras disciplinas entrevistadas. Uno de los motivos por los que considero que esto puede ser así tiene que ver con la experticia en lo social que poseemos quienes nos licenciamos en esta profesión, la cual nos permite visibilizar todos los recursos humanos disponibles en las redes de relaciones de lxs sujetxs con lxs que trabajamos y sus diferentes posibilidades de aportar para una determinada situación que atraviere esx sujetx con el/la que trabajamos.

A modo de cierre

Las formas de constituirse como familia han variado a lo largo del tiempo conforme las sociedades avanzaban. Los modelos de familia nuclear avalados por el patriarcado y la heteronorma ven sus estructuras tambalear frente a nuevos arreglos familiares que son diversos en sus formas y en quienes pueden conformarlos. Sin embargo, tal como se mencionó, esto no significa el fin de la familia nuclear heteronormativa sino un declive en la cantidad de personas que se encuadran en sus lineamientos. Tener presentes las múltiples formas de conformarse como familia lleva a realizar intervenciones que sean respetuosas de la perspectiva de género y diversidad y que permitan que lo diverso sea la norma y no la excepción.

En este sentido, así como las estructuras familiares se fueron flexibilizando con el pasar de los años, lo mismo sucede con las formas de maternar y paternar que encuentran modelos más igualitarios, donde los padres ocupan espacios desde la paternidad ejercida y no como “ayudadores” en las tareas de crianza. El declive del instinto maternal, permite narrativas-otras para las mujeres que no incluyen a la maternidad como el único objetivo en sus vidas, sino como una de las posibilidades a tomar.

Los cuidados siguen teniendo una perspectiva familista en nuestra sociedad, donde las mujeres son las que con mayor frecuencia cuidan. Es desafío para lxs profesionales implicados en la atención de estas familias generar prácticas que no sean reproductoras de lo establecido sino que aúnen esfuerzos en pos de la democratización de las familias y una organización de los cuidados que incluya a todas las puntas del diamante y no solo a las familias como principales encargadas de cuidar.

Lo comunitario es uno de los actores válidos para el cuidado, y su reconocimiento (aún parcial dado que no se involucró a instituciones u Ong's) es un paso para continuar identificando sujetxs con capacidad de cuidar que no sean únicamente las mujeres en su condición de madre, abuela, tía, o lo que corresponda.

Capítulo 5:

Intervenir (en) los cuidados y la crianza:
discursos y prácticas entre lo sanitario y lo social



Presentación

Este anteúltimo capítulo se propone hacer una revisión y análisis en torno a las prácticas e intervenciones en lo social que se dan dentro del Hospital, llegando a una caracterización de cuestiones no solo interventivas sino también aproximándose a un análisis de las prácticas éticas que atañen a nuestra profesión.

En este sentido, el análisis discursivo aquí presente se presenta en torno no solo a las prácticas que realizan lxs profesionales entrevistadxs y como estas están atravesadas (o incluso modeladas) por los discursos que brindan, sino también a categorías que utilizan como el adultocentrismo, la perspectiva de derechos, las moralizaciones sobre las formas de vivir de lxs sujetxs, entre otras.

Para finalizar este capítulo, se hace un análisis de una categoría emergente de las entrevistas: “la culpa institucional”, donde lxs profesionales revisan sus prácticas en clave de analizar de qué forma colaboran o no a reproducir patrones de cuidado estereotipados en sus intervenciones. A su vez, se hace mención a la complejidad de las problemáticas que se acercan al HIEMI y de qué manera lxs profesionales dan cuenta de ellas.

La intervención en lo social

Uno de los puntos que me parece fundamental es el de explicitar la conexión que considero que tiene la temática abordada en esta investigación con mi formación profesional y con mis futuras prácticas profesionales.

En este sentido, me parece oportuno comenzar con una idea que desarrolla Carballada (2014) cuando señala que los escenarios de nuestra intervención se caracterizan por ser espacios donde se enmarcan las contiendas entre los nuevos y viejos paradigmas. Por lo tanto, podemos ver que en los mismos conviven “(...) una multiplicidad de abordajes a partir de una gran heterogeneidad de marcos teóricos, muchas veces en pugna (...)” (Carballada, 2014, p. 2). Esto, es claramente lo que sucede en el campo de la salud y específicamente en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) que es donde se enmarca esta tesina, donde conviven viejas lógicas ancladas al paradigma de la familia nuclear, el modelo médico hegemónico, el maternalismo, etc; en conjunto con nuevas corrientes o de corte más progresistas que se relacionan con los derechos humanos, las perspectivas de género y feministas, las crianzas respetuosas, etc.

La intervención en lo social “(...) trabaja sobre los efectos de las desigualdades sociales en los procesos de acceso a prestaciones para ejercer derechos humanos, particularmente los sociales (...)” (Nucci et. al., 2018, p. 19), es decir, lxs trabajadorxs sociales estamos allí donde se expresa el padecimiento, en lo micro-social, en la atención y el trabajo con el/la otrx. Trabajamos en pos del reconocimiento de los derechos humanos para todxs y por el pleno goce de los mismos en igualdad de condiciones.

En este punto, es importante recalcar que esta intervención no se encuentra basada únicamente en un hacer práctico, sino que implica una interrelación constante con la teoría, para lograr intervenciones fundadas (Parola, 1997), ya que “(...) sin teoría es difícil leer la realidad; y sin contextualizar la práctica, es difícil superar el activismo.” (Parola, 2001, p. 5). Sin embargo, tal como menciona la autora, esta relación entre teoría y práctica no viene dada, sino que utiliza diferentes mediaciones que implicarán la subjetividad del/la trabajadorx social para poder realizarse. Me parece fundamental recalcar esta

situación en torno a nuestra disciplina, porque sin lo mencionado previamente, nuestra profesión se convertiría en una aplicación de metodologías sin cuestionamientos, donde las mismas soluciones valdrían para diferentes situaciones. Teniendo en cuenta esta relación fundamental de praxis entre la teoría y la práctica es de la forma que lxs trabajadorxs sociales podremos mirar la realidad desde una posición crítica que nos permita generar intervenciones fundadas en lo político, metodológico, histórico, etc y que sean superadoras de las situaciones conflictivas que se nos presentan en nuestro quehacer.

En este contexto, entiendo a la intervención desde el trabajo social como un espacio privilegiado para lograr avances en pos de una mayor ampliación de los derechos de las mujeres. Por lo tanto, tal como menciona Zibecchi (2014) “(...) el objetivo fundamental es trabajar para erradicar ideas y conceptos que persisten acerca de que el cuidado es una actividad natural y exclusiva de las mujeres.” (p. 73). A su vez, la Ley Federal de Trabajo Social¹² que instrumenta nuestra práctica nos enmarca específicamente como defensorxs de los DDHH cuando habla de nuestras incumbencias profesionales remarcando: “Siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales.”

Esto nos habilita a construir, en conjunto con lxs sujetxs con lxs que trabajamos, formas de modificar los moldes y arreglos tradicionales para que el trabajo de cuidados no recaiga únicamente sobre las mujeres, lo que implica “(...) construir una mirada alternativa sobre nuestro modelo de convivencia, fundada sobre la irrenunciable igualdad real – y no solo formal – de varones y mujeres.” (Batthyány, 2020). Para lograr estos objetivos, es fundamental que el trabajo social como profesión, y lxs trabajadorxs sociales como profesionales de la misma, ocupemos espacios de disputa del poder, desde los cuales fungir para generar los cambios que buscamos, siendo capaces, tal como plantea (Batthyány, 2020) de colocar a los cuidados como una cuestión central, superando al mercado como eje organizador de la vida en común y pensando en nuevas formas de organización para la sociedad en general.

¹² Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072

En este sentido, es de suma importancia la inclusión del enfoque de derechos como herramienta y modelo desde el cual formar nuestras prácticas, entendiendo que el cuidado es un derecho humano, por lo tanto desde el trabajo social como profesión centrada en la ampliación de los derechos debemos trabajar por su reconocimiento y protección como responsabilidad del Estado en primer lugar, corriendo a las mujeres del rol de cuidadoras bajo el que se las etiqueta. Es por esto que repensar el lugar y el rol que ocupa el Estado en esta temática es fundamental para la concreción de este derecho, lo que implica la revisión de las obligaciones positivas, como obligaciones de hacer (por ejemplo: brindar servicios de cuidado para lxs niñxs) y de las obligaciones negativas, como obligaciones de abstenerse de hacer (por ejemplo: evitar la feminización de las políticas públicas utilizando el enfoque de género como base para la formulación de las mismas), (Zibecchi, 2014), pensando siempre en la efectivización de los derechos como objetivo que guía la práctica.

Por lo tanto, las posibilidades de acción de nuestra profesión desde la intervención en lo social son múltiples, especialmente si entendemos a la misma como “(...) un lugar de construcción de nuevas preguntas, donde aquello que es construido desde la injusticia, la desigualdad y los problemas sociales en definitiva puede ser desarmado, rehecho y básicamente transformado.” (Carballeda, 2014, p. 6). Tenemos que ocupar estos espacios de poder, para comenzar a repensar las fronteras entre lo instituido y lo instituyente, y pensar la posibilidad de entablar “formas otras” de cuidar que sean más equitativas entre todxs lxs miembros de la familia y que reconozcan al Estado como un actor de peso dentro de este esquema.

Debemos trabajar para que todxs lxs actores que tienen responsabilidad dentro de esta temática ocupen sus roles de manera equilibrada, repartiendo tareas entre lo estatal, lo familiar y el mercado y sus empleadorxs. Entendiendo que, la doble jornada laboral de las mujeres (triple en algunos casos), implica un recorte de sus derechos y por lo tanto, tal como menciona Barrancos (2011) una disminución en su calidad de ciudadanas ya que a pesar de que la Constitución asegure la igualdad para todxs lxs ciudadanxs del país, esta es una igualdad jurídica-formal que en la práctica no se efectiviza, dejando a las

mujeres en un lugar de “ciudadanas de segunda”, ya que “Mientras no se alteren estos mandatos la ciudadanía femenina será incompleta, deficitaria y de menor valor. (...)” (p. 31). En este sentido, el trabajo social se convierte en un espacio fundamental para luchar por la ampliación de los derechos para las mujeres porque “(...) “imputa” desde su práctica, porque hace visible el padecimiento como expresión de la desigualdad social en los espacios de lo micro social, construyendo a veces -desde allí- nuevas formas de agenda pública.” (Carballeda, 2014, p. 5), se convierte en espacio desde donde “hacer ver” al/la otrx y su padecimiento.

Intervenir es, en este sentido, “(...) reinscribir los textos y guiones que se presentan como inamovibles (...)” (Carballeda, 2014, p. 6), ya que tal como plantea De Paula Faleiros (2010), “(...) los límites reculan o se amplían con la resistencia, la presión, las estrategias de poder.” (p. 121). Por lo tanto, tenemos una necesidad urgente como profesión de construirnos como sujetxs de disputa del poder para poder correr estos límites que plantean los modelos tradicionales, (...) debemos configurarnos como actores políticos de peso para disputar sentidos.” (Hermida, 2018, p. 6-7). Entendiendo, tal como plantea esta última autora que nuestra tarea en torno a esta problemática se basa en visibilizar las demandas desatendidas, para legitimar su rango de derechos.

¿Recetas para criar?

Durante las entrevistas realizadas, en más de una ocasión, diferentes profesionales en sus declaraciones traspasaron quizás lo que tiene que ver con las intervenciones específicamente médicas y avanzaron sobre temáticas que tenían más relación con la “educación” de aquellxs sujetxs que concurren al Hospital. Estas situaciones tienen clara relación con lo que se mencionó en previos apartados del concepto de saber-poder y el “saber experto” que se les delega a lxs médicxs en torno a las prácticas de crianza. Esto sucede porque, tal como remarca Foucault (2004), la medicina pasa a tener una función normativa, es decir, puede decirle a lxs sujetxs lo que deben o no hacer con

sus vidas cotidianas, proyectando su poder sobre el cuerpo social en su conjunto.

Sin embargo, esto es un proceso que se dio así a medida que el avance de la medicina comenzó a tomar otras prácticas que no tenían que ver con lo estrictamente médico o con la curación de enfermedades, una de estas áreas que abarcó la medicina es la crianza:

“(…) fueron los hombres, en su rol de especialistas, los que acabaron monopolizando la organización de las prácticas de crianza, dándose una profesionalización de la maternidad. La tarea de formar a las madres, durante mucho tiempo reticentes a los consejos de los profesionales de la salud, estaba en marcha. Los médicos de familia trataban a las mujeres con condescendencia, al considerar que el conocimiento femenino era prescindible ante el saber erudito que ellos ostentaban” (Vivas, 2019, p. 51)

Esta última frase de la cita es la que marca lo anteriormente dicho: el conocimiento de las madres es provisorio y de menor calidad para la medicina que el saber experto que ostentan lxs medicxs. Esto con el paso del tiempo fue científizando las prácticas de cuidado y crianza y se escribieron gran cantidad de libros e información sobre cuáles eran las “formas correctas” de criar a lxs hijxs, lo que trajo como consecuencia que la “buena madre” era aquella que seguía al pie de la letra las indicaciones de lxs expertxs (Vivas, 2019).

Lo anteriormente descrito aplica a la hora de marcar los errores también, dado que no sólo se establece un modelo de “buena crianza” o de buenas madres que crían a sus hijxs al pie de la letra, sino que también en contraposición se enfrenta un modelo de “mala madre”, y quien estará a cargo de “marcar los límites” o de condenar estas malas prácticas serán lxs profesionales de la salud en las consultas que se realicen. De esta manera, el modelo así establecido “(…) opera como "anillo al dedo" para consolidar las relaciones de poder y de obediencia en los sectores populares: son "las malas madres" "la adolescente embarazada", las que serán retadas a la vez que continentadas por los servicios de salud públicos.” (Guida, 2000, p. 6).

En este sentido, en las entrevistas se hizo mención en varias oportunidades a la “falta de conocimiento” de lxs sujetxs en torno a las prácticas médicas y cómo eso afectaba los cuidados de sus hijxs o de sus embarazos, tal cómo se muestra en este fragmento cuando una de las obstetras habla de la obtención de información de las embarazadas previo a la consulta:

“No es que estudian, googlean, en eso hay una pérdida que es lo que yo defino con la pérdida de valores, de que me cuestionan determinadas acciones porque googlean, entonces la otra vez una hace un tiempo me hizo un cuestionamiento que me quedó grabado, porque yo meta hacer la cuentita que es el método más preciso para nosotros, ella agarro el celular y me corrigió de que yo estaba equivocada con la cuentita (se ríe), entonces eso si es una pérdida, un exceso de falso conocimiento, y de cuestionamientos, eso molesta mucho.” (OBS1)

Lo mismo sucede a la hora de dar explicaciones concretas o poder expresarlas en lenguaje del cotidiano, cuando lxs medicxs hablan de determinada patología, la queja en este caso viene por no ser entendidxs cuando dan sus indicaciones:

“Lo que más dificulta la intervención es lograr el entendimiento que tiene que tener la familia sobre la patología que presenta el paciente.” (PED3)

El nivel de entendimiento es una constante en las entrevistas, lxs profesionales en muchas de sus afirmaciones hacen alusión a que las personas con las que trabajan “no entienden” o “no prestan atención” a las indicaciones que les dan, una de las pediatras entrevistadas menciona esto:

“En la consulta vos no podés lograr muchas cosas si después en la casa van y hacen lo que quieren, entonces es más sociocultural que medicinal digamos, yo le puedo decir “no le des coca” pero si vos vas a tu casa y se la das, hace lo que quieras. Ahora es “no, el médico no me dijo nada, no me dio un antibiótico, no me dijo nada”. O te consultan por unos mocos y te dicen “que, no le vas a dar nada?” y no señora porque tiene mocos, no le puedo dar un antibiótico. Cosas así, que vos decís, **que pretenden?**” (PED3)

Resalte la última frase de este fragmento porque me parece fundamental ver lo que encierra la pregunta “¿Que pretenden?”, creo que hay mucho más que se puede hacer desde la medicina para acercar a lxs sujetxs a la comprensión que lxs medicxs quieren que tengan sobre los padecimientos o las prácticas que se aplican sobre ellxs o sus hijxs. Considero que trabajar desde el enfoque de derechos es también poder ver a lxs sujetxs cómo activxs dentro de los procesos de salud-enfermedad-atención y no desde un rol pasivo como receptorxs de un tratamiento basado en el conocimiento experto de quien atiende y que, además, no quiere dar explicaciones sobre lo que está haciendo porque no cree que merezca la pena hacerlo, o porque supone que el/la otrx tenga condiciones para entenderla. Considero que es muchísimo lo que se puede hacer para lograr que la información llegue a las personas con las que trabajamos. Algunas de estas prácticas pueden ser: dedicar más tiempo a explicar; hablar en un lenguaje menos técnico y más cotidiano para que, quien

no tiene nuestra misma formación, pueda comprender lo que se le está explicando; no considerar de antemano que el/la otrx no comprende, tratarlx cómo alguien que puede obtener ese conocimiento y aplicarlo; dar espacio para las preguntas, entre otras.

En la misma línea, uno de los pediatras entrevistados hace alusión a algunas de estas prácticas que involucra en sus intervenciones cuando dice:

“Yo tengo mi postura en como ejerzo de tomarme 5/10 minutos de más en dar información para que el padre esté capacitado, tenga seguridades, y evitemos quizás una consulta que no es necesaria, no es necesaria si tiene las herramientas, porque si no las tiene hasta el catarro más tonto vienen acá, pero porque no tienen las herramientas para estar seguros, yo creo que la mejor herramienta que podemos dar nosotros es siempre tomarnos el tiempo para educar, es la mejor manera para que un chico no venga tanto a la guardia, que los padres estén tranquilos y que tengan pautas de alarma bien establecidas.” (PED2)

Podemos entonces observar que son múltiples las dimensiones de la intervención médica. Lo biológico/farmacológico intersecta con una dimensión pedagógica que se vincula con diferentes objetivos a saber: brindar herramientas de prevención de enfermedades, de orientación frente a potencial sintomatología (saber si hay que consultar o no a un médico), informar sobre procedimientos para sostener tratamiento, fortalecer la seguridad de lxs pacientes y sus familias, etc. Estas intervenciones, de corte educativo, se sustentan también en conceptos previos respecto de lxs pacientes, sus capacidades, sus grados de autonomía, y la propia génesis de sus enfermedades, ya que en ocasiones observo que en el discurso médico se alude a la ligazón entre conductas desviadas de la orientación médica y emergencia o persistencia de la enfermedad. Vemos aquí entonces dos movimientos: una constante en un rol fuerte de la dimensión educativa en la intervención del equipo de salud por un lado. Y una diversificación en los objetivos y premisas en las que esa intervención pedagógica se sostiene, siendo en algunos casos orientada por una idea de brindar apoyos y herramientas para fortalecer autonomía, y en otros como un esfuerzo más bien inconducente habida cuenta de las dificultades de lxs pacientes para “comprender” o de su resistencia a “aceptar” lo indicado.

Identificación de las problemáticas, ¿Que tomamos cómo problema?

A la hora de responder ¿Qué problemáticas son las más prevalentes en tu área? Algunxs profesionales se inclinaron por aquellas estrictamente médicas tales como “infecciones respiratorias”, “traumatismos”, etc. Mientras que otrxs pudieron evidenciar problemáticas de carácter socio-económico como “pobreza”, “casos de violencia”, etc. Sin embargo, me parece oportuno hacer este apartado para hablar de los casos en los que se mencionaron como problemas algunos aspectos que no tienen por qué serlo y que dejaron al descubierto formas de pensar o concepciones sobre las familias que asisten al Hospital.

La primera de estas apariciones fue durante la entrevista con una de las pediatras cuando la misma menciona cómo problemática las “disfunciones familiares” y define estas de la siguiente manera:

“Lo que atendemos más acá son familias que están por debajo del índice de la pobreza, no te digo pobres-pobres, pero son pacientes que por ahí tienen una disfunción familiar, que puede ser: padres que están privados de la libertad, madres ausentes, disfunciones, madres jóvenes que por ahí no entienden el hecho de tener un hijo o la importancia que eso tiene” (PED3)

Una primera observación a realizar es la vinculación directa que la entrevistada realiza entre condición socioeconómica y disfunción familiar. Se evidencia una suerte relación de causalidad en el discurso entre clase y problemas familiares que en principio aludirían a cuestiones vinculares. Pareciera que determinada situación económica impactaría por ejemplo en la posibilidad de “entender la importancia” de tener un hijo.

Por otra parte, cruzando no solo de manera transversal las distintas entrevistas, sino haciendo la operación longitudinal por entrevista, me llamó la atención que esta alusión a las “disfunciones familiares” venga de parte de una entrevistada que había mencionado en la primera pregunta, sobre “¿Qué crees que es familia?”, la diversidad de formas que podía tomar esta institución y demás; pero es relevante ver de qué manera ella considera que una familia puede ser disfuncional por tener por ejemplo un hijx a una edad joven, o porque unx de lxs progenitores se encuentre privado de su libertad. A su vez, muestra

nuevamente esto que se establece desde las hipótesis de esta investigación: a veces las lógicas que incumben a un/a mismx profesional pueden ser contradictorias entre sí y generar estos discursos que no dejan de ser complejos en sí mismos.

Sin embargo, no es la única que identifica estas cuestiones cómo un problema. Otra de las pediatras habla de los problemas que implica a la hora de atender a las familias cuando lxs progenitores son menores o uno de ellxs lo es y reclama la posibilidad de abrir un protocolo para que en esos casos lxs progenitores deban estar acompañadxs de sus propixs adultxs responsables. Considero que establecer que estas cuestiones son para lxs profesionales una problemática que se debe abordar deja en evidencia la forma que tienen de elaborar sus prácticas y de concebir cómo “debería ser” una familia según sus propias concepciones.

Ponderar las crianzas: entra la mirada moralizante y la mirada respetuosa

Una de las preguntas con las que cerraba la entrevista era “¿Que cambios crees que hubo en las formas de criar en los últimos años?” las respuestas a la misma no sólo fueron diversas sino que marcaron determinadas maneras de pensar subjetivas que tienen lxs profesionales sobre las formas de criar y que modelos consideran “aceptables” y cuáles no.

En este sentido, la mayoría de lxs entrevistados pudo evidenciar el avance de crianzas con mayor equidad en torno a los roles de maternidad y de paternidad, donde los padres comienzan a aparecer cómo figuras de cuidado o donde se respeta de mayor manera la opinión del/la niñx en el marco de las llamadas “crianzas respetuosas”. Por ejemplo, uno de los entrevistados menciona está aparición con mayor fuerza del rol paterno en la crianza:

“Está el padre por ahí empezando a tener más el rol de ser uno más en la casa (...) es importante que uno vaya haciendo consciencia y hablarlo, como en términos tan pavos como “hoy me toco cuidar a mi hija”, no, sos el padre no es que la estas cuidando, no es que hoy me

toca, te toca todos los días. Creo que es algo muy arraigado que ahora es más normal ver a un padre que trae a su hijo solo al jardín, como diciendo soy parte de la crianza realmente” (PED2)

Este testimonio marca una cuestión relevante que es la de cuestionar el rol del padre cómo “ayudador” en las tareas de crianza, haciendo la diferencia cuando dice que “te toca todos los días”. En el mismo sentido, una de las trabajadoras sociales menciona:

“Han cambiado también mucho más las formas de crianza, yo creo que también hay un despegue de la crianza compartida, y de la paternidad ejercida y no tanto en la madre” (TS5)

El concepto de “paternidad ejercida” también me parece meritorio de ser mencionado, como remarcando está misma idea del rol del padre cómo activo y al mismo nivel que el de la maternidad. La paternidad ejercida y no sólo mencionada cómo un rol que poseen los padres por tener hijxs, sino el involucrarse en los cuidados y crianzas de estxs a la par de lxs demás cuidadorxs.

En esta misma línea una de las entrevistadas menciona:

“El compartir los cuidados creo que es lo que más cambió en el último tiempo, me parece que se están distribuyendo más las actividades diarias en el cuidado del chico. Antes, y no te hablo hace 50 años atrás, sino hace un poco atrás, capaz un padre no te cambiaba un pañal y hoy es algo que es raro que un padre no haga, o que por lo menos no sepa hacer.” (PED5)

Sin embargo, muchxs mencionan que los cambios en las formas de criar se ven en las familias donde lxs progenitores son jóvenes:

“En algunas familias por ahí más jóvenes se ve eso de más compartido entre papá y mamá, pero se siguen viendo que el cargo del cuidado queda en cargo de la mama, incluso de la provisión de los recursos también.” (TS7)

Otra de las categorías que aparecen con fuerza ante está pregunta, enfocan su reconocimiento a nuevos modelos de crianza basados en las “crianzas respetuosas” (Mantilla, 2019). En este sentido, una de las obstetras quien a su vez es madre habla de este modelo cómo importante para sus propios procesos de crianza, y lo reconoce cómo:

“Me parece que hoy el no gritar, el ser más permisivo, el tener más dedicación, creo que antes se gritaba mucho más. Hay muchas cosas que uno empieza a entender lo que es un nene pequeño, porque hace esas cosas que no es que te está desafiando, qué es un capricho. Creo que hay que cambiar esa mentalidad, y a los nenes entender su madurez neurológica.” (OBS2)

Cuando hablamos de crianzas respetuosas, las entendemos cómo aquel modelo que “(...) se centra en el respeto por los procesos fisiológicos y madurativos de los niños y las niñas y la consideración de sus necesidades de apego seguro brindadas por un entorno familiar adecuado a estos fines.” (Mantilla, 2019, p. 62). De esta manera, podemos apreciar que es una forma de criar que está avanzando en nuestra sociedad, pero que no por eso es la única posibilidad de generar criar que se presentan. Otra de las características que se hacen notar cómo cambio en las formas de criar y que fue mencionada por lxs profesionales durante las entrevistas es la inclusión de la perspectiva de género dentro de los modelos de crianza:

“Creo que hoy hay que tener otra crianza y otra postura, hoy frente a lo que es educación de lo que es nena y nene, pero no por una cuestión de la sexualidad sino porque los nenes y las nenas lloran, los nenes y las nenas pueden jugar con autos, creo que todo eso va cambiando (...)” (OBS2)

“Sí, hay una perspectiva un poco más holística para los niños, con más perspectiva de género, con cuidados un poco más flexibles, en el buen sentido de la palabra.” (PED4)

Esta inclusión es fundamental a la hora de generar cuidados que sean equitativos, las futuras generaciones que están siendo criadas en base a estos modelos con perspectiva de género tendrán mayores posibilidades de ser adultxs que se reconozcan cómo iguales a la hora de tomar sus prácticas de cuidado y crianza. Además, permite cambios en otros aspectos de la vida de estxs niñxs que son criadx desde prácticas menos prohibicionistas de sus formas de sentir y de expresarse y que pueden explorar con mayor libertad sus modelos de familia y de sexualidad.

Sin embargo, estos avances registrados por varixs entrevistadx sobre las maneras de criar, no han podido ser entendidos cómo beneficiosos para todxs ellxs. Algunxs identifican que las nuevas maneras de criar están asociadas a una “degeneración” de la sociedad y “una pérdida de valores”

fundamentales que ellxs respetan, tal como menciona la OBS1. Otrxs hablan de falta de límites en las familias, lo que lleva a niñxs que no respetan a lxs adultxs con quienes se relacionan:

“(…) si yo me merecía un chirlo en la cola me lo merecía, yo creo que nunca en mi vida le hubiese contestado a mi mama o le hubiese pegado a mi mamá, esas cosas. Los chicos están muy alienados con la tecnología, les dan el celular desde que están en la cuna, desde que salen de la panza, entonces los pibes se están criando con lo que ven en el celular, en YouTube, en la tele, lo sientan en la tele total no jode y la verdad es que ha cambiado muchísimo, yo particularmente lo veo porque, los veo pegarle a la madre” (PED3)

En el mismo sentido, dos de las pediatras reconocen que este cambio en la conducta de lxs niñxs está asociado a la falta de figuras de referencia:

“Hay muchos chicos que se crían solos, porque los papás trabajan o los papás no están, o son adolescentes. (...) se ha perdido la comunicación y se perdió el espacio de relación y de interacción padres-hijos.” (PED1)

“(…) es menos el tiempo compartido en lo cotidiano del niño y es más compartido con otras personas, es más diversa la interacción del niño, no tanto el cuidador principal.” (PED 6)

Sin embargo, una de las obstetras referencia “la decadencia” de la crianza cómo asociada al nivel adquisitivo de la familia en cuestión:

“(…) tenes que ver también qué nivel social, cultural y educativo tienen, clase media es una cosa, en las clases más carenciadas cada vez está peor, punto. Cada vez el consumo es más precoz, los embarazos no buscados son más frecuentes, ni siquiera digo no deseados sino no buscados, la ignorancia (...)” (OBS3)

Este último discurso no es ajeno, podemos ver los medios de comunicación masiva y cómo fomentan esta idea continuamente. Tiene que ver con la retórica de culpabilizar a las clases bajas de los peores males de la sociedad, de buscar un chivo expiatorio donde depositar aquello que no funciona y darle un justificativo: “son ignorantes”, “no entienden”, etc. Lo que preocupa es que estos discursos se reproduzcan en los propios dispositivos estatales, sin problematizar las causas que llevan a situaciones así, ya que estas teorizaciones sobre la “cultura de la pobreza” se constituyen en herramientas continuas para culpas a lxs sujetxs de su situación y atribuirles una “cultura de la desviación” (Bayón, 2014).

Por último, me parece importante mencionar una ausencia en las categorías emergentes en esta pregunta. Me refiero a la falta de señalamientos por parte de lxs entrevistadxs relativos a los cambios que advinieron en la crianza con la pandemia del Covid-19. En ésta, el modelo de cuidados y crianza debió centrarse en los hogares ya que los mismos perdieron las posibilidades de repartir los cuidados en otras instituciones cómo jardines, escuelas, espacios de recreación y esparcimiento, etc. Esto generó cambios y dificultades tanto en las posibilidades reales de generar cuidados en esta situación cómo en las formas de relacionarse entre las familias en un contexto que los recluía las 24 horas dentro de las paredes del hogar. Me parece relevante mencionar esta categoría a pesar de no haber sido mencionada porque es uno de los cambios más importantes que ha tenido la constitución familiar y de la cual han salido respuestas múltiples para poder garantizar cuidados y crianzas para lxs niñxs y jóvenes.

Cuestionando el adultocentrismo: ¿Quién es el/la sujetx de la intervención?

Cuando se menciona en esta investigación el adultocentrismo cómo categoría, debe entenderse cómo aquella relación asimétrica que se genera entre adultxs y niñxs/jóvenes donde lxs primerxs tienen determinados privilegios y reconocimientos sólo por el hecho de ser mayores en edad que lxs segundxs (UNICEF, 2013). Este modelo es reproducido en lo sociocultural y establece relaciones de poder desiguales donde lxs adultxs poseen “superioridad” sobre lxs niñxs. A su vez, se encuentra íntimamente relacionado con el patriarcado dado que tal cómo expresa (Krauskopf, 2000) el modelo de adulto varón es al que se aspira para el cumplimiento de las tareas sociales y la productividad en la sociedad. A su vez, es un modelo que se encuentra enraizado en la construcción de la familia nuclear patriarcal donde lxs adultxs (y dentro de ellxs, los varones con mayor preponderancia) son las figuras de poder dentro del hogar, relegando a lxs niñxs y jóvenes al espacio de la subordinación.

En este sentido, en algunas de las entrevistas este modelo surgió como categoría emergente, poniéndosela en cuestionamiento de parte de lxs profesionales entrevistadxs como una práctica que buscan analizar y empezar a modificar en sus intervenciones diarias en el Hospital. El lugar del/la niñx en las intervenciones que se realizan sobre sus procesos de salud-enfermedad-atención fue reconocido en las entrevistas, tal como se aprecia en este fragmento:

“Poder pensar esto, no solo como las redes de cuidado como proteccionistas de esta persona, sino como alguien que es parte también de ese proceso, sobre todo me parece que la deuda está ahí, de reconocer, no darles el lugar porque no tenemos que darles nada, sino simplemente poder generar las condiciones para que ese lugar sea ocupado por quien corresponda digamos, generar condiciones de escucha porque cada vez que uno entra a una consulta no siempre se garantiza que la mirada o lo que uno está diciendo sobre la situación de salud vaya dirigida a quien lo está padeciendo, sino que la mirada está siempre dirigida al cuidador, entonces me parece que ahí está la necesidad de irrumpir con, hemos avanzado en pensar que les niñes son personas, son sujetos, que necesitan protección como las necesitamos todos, por más adultxs que seamos precisamos protección, entonces si necesitamos todos protección porque podemos participar o ser protagonistas solo los adultos de eso, y no en este caso ellos mismos.” (TS2)

Hay varias alusiones a formas de modificar las prácticas de intervención en el anterior recorte de entrevista, entre ellas una es generar las condiciones de escucha y la otra es dirigir la mirada hacia el/la niñx que se encuentra en la consulta. Ambas dos son formas disruptivas en contraposición de los modelos que presenta la medicina como válidos hasta el momento. Son prácticas que proponen formas-otras de posicionarnos como profesionales, donde la voz de lxs niñxs pueda ser escuchada o tenida en cuenta dentro de las intervenciones que tienen que ver con sus procesos de salud-enfermedad-atención. En este sentido, en la Argentina, hay avances jurídicos en la materia que se acercan a esta idea aquí planteada. Uno de ellos es el concepto de autonomía progresiva presente en el nuevo Código Civil y Comercial el cual establece que la misma “Es un proceso gradual por el cual las personas menores de edad pueden ir ejerciendo derechos por sí mismas de acuerdo a su edad y grado de madurez.”. De esta manera, entre los 13 y 16 años el/la niñx puede tomar decisiones en torno al cuidado de su cuerpo y tratamientos médicos no invasivos, que no comprometan su salud, su integridad física o su vida.

Mientras que a los 16 años puede comenzar a involucrarse en otro tipo de tratamientos pero que no comprometan su estado de salud. A su vez, en la misma línea, la Ley Nacional 26.061¹³ promueve el derecho a ser oído y a dar su opinión para todxs lxs niñxs y jóvenes de nuestro país en aquellos ámbitos en los que se desenvuelven, especificando el derecho a: “Participar y expresar libremente su opinión en los asuntos que les conciernan y en aquellos que tengan interés; y que sus opiniones sean tenidas en cuenta conforme a su madurez y desarrollo.”

Coincide en este sentido otra de las profesionales cuando menciona:

“Estamos ahora por ahí en un momento donde hablamos mucho de adultocentrismo, de priorizar jerarquizar las necesidades del niño, que generalmente acá cuando tenemos entrevistas con las familias con las que estamos con los niños también dirigirnos a ellos, que su voz se tenga presente, no solamente dirigirnos al adulto, si es un niño que está en edad escolar y se puede expresar y puede hablar, también jerarquizar lo que siente porque el niño también es parte de la entrevista. (...) que su voz se escuche, que participe, saber sus necesidades, la estrategia de nuestra intervención se va construyendo en relación a las necesidades de ese niño y todo lo que sea más beneficioso digamos para él.” (TS10)

Es importante mencionar que cuando se habla de estas prácticas que buscan darle lugar a lxs niñxs dentro de la atención a la salud, no estamos diciendo que deba correrse la figura del cuidador/a o desmerecer la misma, sino que se plantean nuevos modelos de trabajar en torno a los derechos de lxs niñxs que buscan reconocerlxs en su individualidad y hacerlos partícipes de las intervenciones teniendo en cuenta su grado de entendimiento y de madurez, generando prácticas que se alejen de las estructuras adultocéntricas priorizando el bienestar de lxs niñxs que en este caso son lxs protagonistas de la atención en el HIEMI. Esto permite generar nuevas formas de relacionarse con las familias y lxs niñxs que se presentan en nuestras intervenciones desde lugares más equitativos con formas de vincularse que promuevan derechos.

¹³ Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.

El avance en materia legal y de derechos con perspectiva de género.

El avance en el siglo XXI en Argentina en torno a los derechos Sexuales y Reproductivos ha dado un paso de importancia para el reconocimiento de derechos de las mujeres y disidencias que promueven cambios en las formas de criar y formar familias. En este sentido, leyes y derechos como la práctica del Parto Respetado, la Interrupción Voluntaria del Embarazo de manera legal, y modificaciones en torno a las ligaduras de trompas y métodos anticonceptivos, han sido avances de magnitud para asegurar los derechos de las mujeres y disidencias en torno a sus prácticas sexuales y reproductivas. A su vez, esto ha generado modificaciones en torno a las prácticas médicas que han debido adaptarse a estas modificaciones, con resistencias en algunos casos.

Esta categoría emergente ha sido mencionada en múltiples entrevistas cuando se habla de formas de crianza y cuidado, por eso considero relevante traerla al análisis. En torno a la Interrupción Voluntaria del Embarazo¹⁴, una de las trabajadoras sociales que interviene en dispositivos del Hospital vinculados a esta temática, , menciona que al inicio del debate en torno a esta ley se vivieron determinadas situaciones de hostilidad dentro del Hospital por parte de profesionales que se negaban a realizar las prácticas. Sin embargo, tal como ella misma menciona:

“(…) con el correr del tiempo, con el marco normativo, con las capacitaciones que han llegado también del ministerio bueno hubo ciertas cuestiones que se fueron desterrando, discursos que se fueron cayendo y también prácticas que se revisaron por justamente la misma necesidad de los espacios de formación, de capacitación y el mismo espacio normativo. Si hay algunas resistencias que se presentan hoy, pero si miramos para atrás, es mucho más fácil garantizar el acceso a la práctica y las condiciones de ese acceso desde el 2019.” (TS6)

No obstante, en otra de las entrevistas realizadas, una de las obstetras aún mantiene sus resistencias a la práctica argumentando que:

“Tenemos muchísimas consultas para IVE e ILE, creo que hay consultas sobre anticoncepción, pero también la gente desconoce mucho, sigue pidiendo la interrupción del

¹⁴ Ley Nacional N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

embarazo o ligadura de trompas mujeres muy jóvenes y que desconocen que hoy en día tienen acceso real a la anticoncepción.” (OBS3)

En la misma entrevista, también se argumenta sobre las “consecuencias emocionales” que se viven post-IVE:

“Un aborto no es solo la vida del por nacer sino la vida de la mujer que se deja un aborto, porque eso deja una marca emocional, deja una marca, te lo digo después de 40 años de profesión. Lo que no sé es como trabajan la parte emocional el pre y el post aborto, el acompañamiento, porque sino vos estás pensando en que le resuelves el problema de la salud física, o el problema emocional de no ser madre si no quiere ser madre en ese momento, pero después hay todo un tema que yo lo he visto.” (OBS3)

Observamos aquí la apelación a la trayectoria como variable explicativa. Recordemos que en otro testimonio, otra profesional reconocía este recurso argumental como una constante en los discursos que sostienen el modelo médico hegemónico. Por otra parte, considero que debe ponerse sobre la mesa de discusión una de las obligaciones que menciona la ley de IVE sobre los profesionales de la salud que deben garantizar el derecho a la autonomía de la voluntad, es decir, se debe respetar que “Las decisiones de la paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad.”. Por lo tanto, las consultas deben cuidarse de no estar viciadas de estas creencias o ideas subjetivas en torno a la práctica del aborto para no incidir en la autonomía de la voluntad de las pacientes que desean acceder a este derecho.

Otra de las leyes que se pone en el análisis durante las entrevistas es aquella que asegura la práctica del parto respetado/humanizado¹⁵ para todas las mujeres y cuerpos gestantes que vayan a parir a los Hospitales del país. Esta ley que genera derechos para las mujeres y cuerpos gestantes, así como para sus niños recién nacidos, también promueve el avance de la perspectiva de género y de derechos dentro del ámbito de la salud ya que humaniza las prácticas que se dan dentro de las salas de parto. Entre algunos de los derechos que establece esta ley, se encuentra el de “estar acompañada, por

¹⁵ Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado.

una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.”, el cual fue mencionado en algunas de las entrevistas cómo un avance en materia legal que amplía el concepto de familia y propone una mirada más abarcativa del mismo:

“(…) es re importante lo del ingreso en los partos y en las cesáreas de cualquier persona, porque no tiene que ser el padre, puede ser cualquier persona que la mama desee, puede entrar.” (OBS2)

Esto habilita el respeto a la decisión de la madre de con quien desea compartir ese momento o con quien se siente más cómoda para atravesar el parto, tal como rescata una de las entrevistadas:

“(…) se consulta por quien quieren estar acompañadas en el parto. Pueden estar acompañadas por alguien que no sea el padre, se consulta a ella quien quiere que la acompañe, han estado amigas, cuñadas, otras familiares.” (TS9)

No obstante los avances que se generaron con esta ley, y tal cómo se mostró en apartados previos, aún hay profesionales que promueven trabas para lograr efectivizar las prácticas de parto humanizado y que tratan al mismo cómo un “protocolito” que no acceden a cumplir. Estas prácticas se enmarcan dentro de algunos de los lineamientos del modelo médico hegemónico que se ve “amenazado” por el avance de derechos en las prácticas de salud.

También se hizo mención a la práctica de la Ligadura de Trompas y las modificaciones que se generaron en torno a la misma, entre ellas previamente para realizar la práctica se pedía un consentimiento de la pareja de quien se la realizaba, así como el consentimiento del/la medicx que la realizaba. Esto no es más así, y quien desee realizarla tiene asegurada la práctica con el sólo préstamo de su consentimiento personal sobre la misma. Sin embargo, no deja de generar resistencias de parte de algunxs profesionales que siguen poniendo trabas a la hora de garantizar la práctica:

“Nosotros tenemos acá hojas de consentimiento y demás, pero yo por ejemplo cuando piden eso, depende la edad y eso les hablo, y si no les doy los papeles si son mujeres grandes, con dos o tres cesáreas, varios chicos y demás, les doy los papeles que lean el consentimiento y en la próxima consulta lo volvemos hablar.” (OBS3)

La misma profesional en la entrevista resalta que ella “se niega” a realizar la intervención en mujeres jóvenes o que aún no han tenido hijxs “porque después se arrepienten”, oponiéndose de esta manera a los derechos garantizados por la Ley 26.130¹⁶ que permite la práctica para toda persona mayor de edad capaz que la requiera de manera formal en un servicio de salud. A su vez, en otro fragmento vuelve a mostrar cómo sus discursos ven afectadas sus intervenciones cuando dice:

“Una mujer que tiene obstruidas las trompas si puede hacerse la fertilización, es un tratamiento carísimo que no se justifica en una mujer que eligió no tener, vos tenes que ser responsable de tus actos.” (OBS3)

Por último, otra de las reglamentaciones que me parece importante mencionar cuando hablamos de avances en torno a las normativas con perspectiva de género es la propuesta de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia generada desde múltiples organismos internacionales especializados en salud y a la cual adhiere el HIEMI como modelo para la atención a la salud de la embarazada y el/la recién nacidx. La misma reconoce:

“(…) y a la familia como protagonistas de la atención del recién nacido junto al equipo de salud y define a la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la madre y su hijo o hija por parte de los miembros del equipo de salud, promueve la participación y colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y cuidado del embarazo y el recién nacido, implementa prácticas seguras y de probada efectividad (…)” (Fundación Neonatológica “A. Miguel Larguía”, 2010, p. 7)

En este sentido, esta política sigue centrada en la madre y el/la niñ pero poniendo en escena a la figura de familia como central en los procesos de cuidado del embarazo, parto y crianza. El cambio en esta política humaniza los procesos de atención de la salud-enfermedad en el ámbito de lxs recién nacidxs y bebés y se adhiere al enfoque de derechos al reconocer a la madre y demás sujetxs de la familia como protagonistas de este proceso, moviendo a la figura del/la medicx como quien facilita el proceso y no como el protagonista del mismo. En este modelo se respeta las decisiones de la madre y la familia en torno al proceso de parto, se facilita la inclusión de aquellxs referentes afectivos

¹⁶ Ley Nacional 26.130 de Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica.

aunque lxs mismxs no posean lazos sanguíneos con la madre o el/la recién nacidx y se promueven prácticas de cuidado que incluyen a más sujetxs aparte de lxs progenitores. El HIEMI, está adherido a este protocolo de actuación y el mismo fue mencionado por una de las obstetras en las entrevistas.

En lo personal, considero que esta reglamentación así como el resto de las leyes que se mencionaron en este apartado son un paso gigante en torno al respeto de la perspectiva de género en el ámbito de la salud. Sin embargo, queda claro luego del análisis de las entrevistas que aún hay mucho camino por transitar para lograr la efectiva implementación de todas estas normativas y asegurar el derecho al acceso de las prácticas para todxs lxs que así lo deseen. No obstante, es grato y reconfortante reconocer que hay más de unx profesional trabajando para que esto así sea, lo que augura que en un futuro serán menores las trabas y mayor el acceso.

Revisión de las practicas: “la culpa institucional”

Una de las categorías que surgió en una entrevista y que luego fue apareciendo en otras, aunque no denominada de esta forma, fue “la culpa institucional”. La primera vez que fue identificada se dio en una entrevista cuando, al relatar sobre los roles que se asignan al cuidado de lxs niñxs de manera diferenciada entre papá y mamá, la profesional hace una pausa para reflexionar de qué manera ella misma estaba en sus prácticas reproduciendo estos patrones, y de ahí surgió este concepto de “la culpa institucional”, que en otros términos podría comprenderse como qué responsabilidad le cabe a la institución de salud y a sus profesionales a la hora de analizar la reproducción de patrones que se generan en sus intervenciones.

En este sentido, me parece importante poder rescatar estos fragmentos de entrevistas en los que lxs diferentes profesionales pudieron realizar apreciaciones post-intervención y analizar los niveles de responsabilidad que les competen en torno a las mismas. La primera vez que surgió esta categoría fue de la mano de una trabajadora social cuando plantea:

“Acabo de apreciar que hay una **culpa institucional** de llevar a cabo este tipo de cuestionamientos, de que haya un padre a cargo de sus criaturas lactantes, y en la guardia estamos consultando: “y la madre donde esta?”, y la madre puede estar descansando, en miles de lugares, trabajando, fallecida, y el padre asume la responsabilidad de padre, entonces como que se ve acá que el padre ayuda y no, el padre ejerce su paternidad, se entiende?” (TS5)

De esta manera, la profesional hace un análisis de sus propias prácticas y se identifica como parte de la reproducción de un sistema con el que ella misma está en desacuerdo ya que después reafirma que el padre está cumpliendo una función que le corresponde como progenitor: paternar. Lo mismo marca una de sus colegas cuando menciona:

“Nosotros mismos por ahí **seguimos reproduciendo** un poco eso desde el equipo de salud, la mirada está puesta más en la madre, yo estoy rotando en neonatología y es bastante llamativo como siempre se pide que esté la madre presente, hay cuestiones más naturales que puede solo cumplir la madre, pero en general nadie pregunta por el padre ¿no? Si una madre se ausenta de la visita dos días ya están pidiendo la interconsulta a nosotros y viendo ¿qué pasa con esta mamá? Y con el padre como que prácticamente nadie se acuerda. Hay un montón de cuestiones que todavía tenemos que trabajar y deconstruir desde nuestra perspectiva también como equipo de salud. Incorporar esta mirada quizás más diversa de las constituciones familiares.” (TS4)

Esta reflexión no compete únicamente al trabajo social como disciplina anclada en lo social, sino que también desde la pediatría se llegó a la misma conclusión:

“(…) yo creo que un poco lo perpetuamos nosotros, ahora que me lo preguntas, yo creo que sí, siempre apuntamos a la madre o mismo en una consulta en la que vienen los dos padres a la consulta siempre como que uno se dirige más a la madre, inconscientemente. Son cuestiones que se van repitiendo. Por ejemplo yo trabajo en otras guardias que viene el paciente de la calle y siempre la veo a la madre, y cuando viene un padre y lo veo tan interesado en su propio hijo me llama la atención. Entonces creo que es una cuestión no forzosa, sino involuntaria por el esquema que mantenemos. Inconscientemente aportamos para que sea la madre la figura importante.” (PED2)

Es importante poder rescatar estas reflexiones de las prácticas ya que hablan de la ética profesional de lxs entrevistadxs. La posibilidad de interpelarse sobre lo hecho es enriquecedora dado que muchas veces en la vorágine de la cotidianidad o de la emergencia de resolver algunas

situaciones se puede caer en prácticas que no son del todo conscientes o fundadas, tal como menciona el anterior testimonio “no es una cuestión forzosa, sino involuntaria”. En torno a esto una de las residentes de pediatría menciona:

“(…) deberíamos poder intentar modificar estas cuestiones que sabemos que no son positivas, porque sobrecargan a una sola persona y aparte como ejemplo para les niños no es lo ideal, pero la realidad desde lo que yo veo es que no trabajamos mucho para eso, por esto también que te contaba de que por ahí el sistema está medio sobrecargado, entonces como que vas atendiendo por ahí más urgencias y no nos estamos encargando de eso.” (PED4)

También, en otras situaciones se marca que hay una tendencia a buscar que la madre o, en su defecto, una mujer sea la que tome el lugar de cuidado que es asumido por el padre en determinado momento, es decir, desde la institución se idealiza un modelo de familia y se intenta llevar a la situación “ideal”:

“(…) también se desconoce si previamente no hubo un hombre ocupando ese rol y se buscó que sea una mujer quien esté cuidando, entiendes? “che, no puede venir la abuela? No puede venir la madre, entonces no puede venir la abuela en vez de vos?” entonces uno desconoce. (...) La institución a veces te lleva a que sean las mujeres.” (TS5)

Incluso, en los protocolos durante la pandemia del Covid-19 la prioridad la tiene la madre en el ingreso a las salas:

“Lamentablemente hay una exigencia mayor en el rol de cuidado de la mamá y se le da prioridad al rol de cuidado de la mamá, ya sea porque amamanta, y a veces el papá queda en un lugar subsidiario desde el protocolo. En un momento ingresaba solo una vez por semana el papá, entonces ya ahí está desde el protocolo por la pandemia definiendo el rol subsidiario del papá.” (TS7)

Lo mismo sucede en las salas de internación tal como se verifica en el siguiente fragmento:

“(…) se agregó con la pandemia el problema de que no se permite el cambio de cuidador, entonces eso es una limitante muy importante porque **las que garantizan mejor los cuidados son siempre las mujeres**, por lo que con esta nueva medida quedaron ahí, sin posibilidad de cambios, sin la posibilidad de que los partes médicos los escuchen más de una persona.” (PED 4)

Es importante ver lo que se resaltó del anterior fragmento: “las que garantizan mejor los cuidados son siempre las mujeres”, a esto hago referencia cuando digo que consciente o inconscientemente las instituciones desde sus profesionales inciden en la reproducción de los patrones de cuidado que generan desigualdad, ya que estas afirmaciones se encuentran tan enraizadas que parecen naturales y se aplican de esa manera. En este sentido, una de las trabajadoras sociales reconoce que en el Hospital hay una mayor resistencia a que sean los padres los encargados del cuidado:

“Hay más resistencia, como que se le da a la mujer este lugar natural de que ella entiende, ella sabe más, ella se sabe manejar así que la dejo a ella, entonces papá como que se desentiende un poco.” (TS10)

Así las cosas, de igual manera me parece un gran paso que lxs profesionales comiencen a identificar estas conductas que refuerzan patrones y que puedan problematizarlas, ya que este es el comienzo para luego lograr modificaciones en esas conductas/ideas:

“(…) estamos deconstruyendo esto de que todas las indicaciones tienen que ir a la mamá, mujer, principal referente del cuidado del ámbito doméstico. Actualmente estamos incorporando la figura paterna, en el caso de que este, como para que pueda tomar su rol, compromiso y responsabilidad que tienen sus funciones de paternar. Entonces si pueden estar los dos, la verdad es que para mí mucho mejor que pueda estar la mamá y el papá, pero bueno que no sea siempre la mujer la que tenga que estar cargando con todas las indicaciones, justamente.” (TS10)

“(…) tratamos de que cambie un poco eso y no, recibimos a quien quiera acompañar y tratamos de que sea el más significativo o el que cumpla la función o el rol que más acompaña en lo más cotidiano (…)” (PED6)

Tal como establece Parola (1997) al hablar de la intervención fundada, es de vital importancia en el periodo posterior a nuestras intervenciones lograr esta retroalimentación que parte del análisis de las experiencias de nuestras prácticas profesionales, para poder apoyarlas, modificarlas y/o ampliarlas en un futuro:

“Ponerle voz a la intervención profesional de cada uno, implica ponerla en cuestión, mirarla en situación, es decir, mirarla desde una perspectiva relacional y entonces, poder argumentarla.” (Parola, 2001, p. 6)

En este sentido, observo aquí un doble movimiento crítico: no se trata solo de argumentar sólidamente lo hecho, sino de encontrar el quiebre, lo que se nos cuela de manera “inconsciente” en nuestras intervenciones, ya que esto abre la posibilidad de deconstruir lo hecho y buscar formas de modificar nuestros repertorios interventivos.

El lugar de las instituciones y las demandas de las problemáticas sociales complejas.

Con lo anteriormente mencionado tienen que ver los próximos dos fragmentos, la vorágine de lo cotidiano o de lo urgente hacen que muchas veces las problemáticas sobrepasen a las instituciones y sus profesionales. En estos fragmentos se hace alusión a la misma idea para referirse a esto:

“La institución se torna un lugar en el que **explota todo** no? Ya venía todo bastante complicado con muchas situaciones de vulnerabilidad atravesado por muchas circunstancias, y acá es donde a partir del embarazo, el nacimiento de ese niño o niña, es que se llega a ver todas las circunstancias que venían atravesando hace tanto tiempo. A veces otras instituciones de la comunidad quedan ahí como que estuvieron viéndolo y acá es donde se ve más en concreto, en la urgencia.” (TS1)

“(…) por lo general las situaciones **explotan** acá todas” (TS3)

Vemos claramente como ambas hacen alusión a la institución de salud como el lugar donde “explotan” las problemáticas. Esto hace referencia al concepto que se mencionó en otros apartados de “problemáticas sociales complejas” que identifica Carballeda (2008). Estas nuevas problemáticas dan lugar a demandas que sobrepasan los límites marcados por la institución y que reclaman de atenciones interdisciplinarias para ser atendidas, esto que la profesional entrevistada menciona como “situaciones de vulnerabilidad atravesadas por muchas circunstancias”. Estas problemáticas complejas no pueden ser abordadas desde una única arista ya que “(…) exceden las respuestas típicas de las instituciones, dado que estas fueron construidas dentro de una lógica más ligada a homogeneidad de las poblaciones que a la heterogeneidad de éstas, reclamando respuestas singulares.” (Carballeda,

2008, p. 1). Es por esto que las instituciones reconocen que “todo explota” ahí, porque al mismo tiempo que las problemáticas complejas exceden lo institucional, también es al único lugar donde pueden referenciarse para encontrar soluciones. Las instituciones tienen un anclaje subjetivo con lxs sujetxs que las habitan que generan estos lazos.

A modo de cierre

Este capítulo permitió acercarnos a las prácticas que se dan en el ámbito de la salud desde los testimonios de lxs profesionales, entendiendo que aquellas lógicas que atraviesan sus discursos luego tienen repercusiones en las formas en que construyen las intervenciones. Por lo tanto, se hace aún más relevante analizar las producciones discursivas de lxs profesionales para comprender que estas dotan de materialidad lo que serán luego las prácticas en las instituciones en conjunto con otrxs.

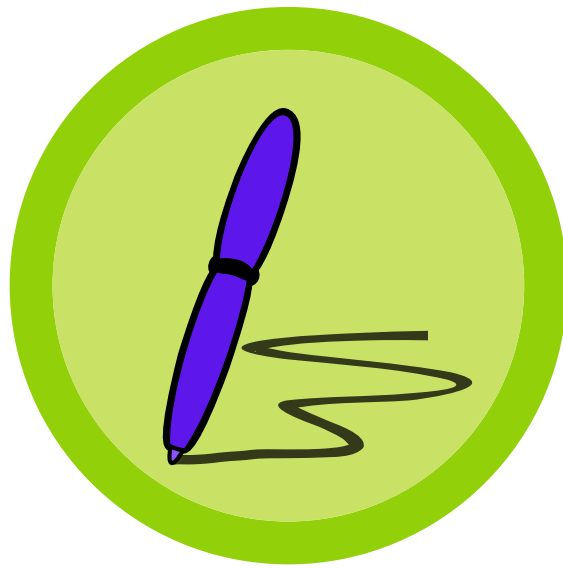
En el recorrido de este capítulo se pudo evidenciar diferentes concepciones y modelos de crianza que se ponen en juego en el Hospital, así como discursos que son respetuosos de estas y otros que buscan moralizarlas y evidenciar lo que lxs profesionales consideran como “malas prácticas” de materpaternidad.

A su vez, el avance en materia de perspectiva de género, se muestra como una variable de peso a la hora de generar prácticas respetuosas de las decisiones del/la sujetx con lxs que trabajamos. Sin embargo, aun reglamentadas, estas leyes no dejan de tener quienes ofrecen resistencia a su correcta efectivización.

Por último, en este apartado se vislumbró un aspecto ético de las intervenciones: la revisión de las prácticas. Considero esto como un hallazgo de importancia dado que la capacidad de cuestionarse lo hecho nos permite identificar formas y prácticas que deben ser modificadas para evitar reproducir aquello contra lo que trabajamos. Las instituciones muchas veces se ven superadas por las demandas y sus urgencias, sin embargo poder hacer un parate para lograr esta revisión me parece un paso de importancia a la hora de generar intervenciones que sean respetuosas de los derechos humanos y del deseo de lxs sujetxs con quienes trabajamos, a la vez que apuntan a un horizonte de mayor igualdad en términos de género.

Capítulo 6:

Conclusiones



Conclusiones

En el presente apartado se dará cuenta del proceso y hallazgos de esta investigación que tuvo por objetivo general: “Analizar los discursos en torno a las prácticas de cuidado y crianza que desarrollan las familias durante los primeros años de vida, en el personal de salud de los consultorios externos del Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata.”.

Antes de comenzar a hacer un cierre de este trabajo de investigación me parece importante mencionar que estas son conclusiones provisorias, como todo conocimiento científico, y que pueden ser revisadas, dado que este proceso investigativo como tal no busca representar una totalidad sino una parcialidad que puede ser modificada a través del tiempo con nuevos hallazgos que la investigación permita.

Los resultados a los que arribo luego de este proceso investigativo son fruto de un estudio que se propuso ser realizado desde una metodología feminista, situada, desde el sentipensar y no buscando la neutralidad valorativa sino, por el contrario, un conocimiento localizado y encarnado.

La estructura de este trabajo constó de siete apartados, los cuales se distribuyeron entre: una introducción, un capítulo con consideraciones ético-políticas, metodológicas y epistemológicas; cuatro capítulos de recorrido teórico y análisis discursivo de las principales categorías que atañen a la investigación, y el presente capítulo de cierre con las conclusiones parciales.

En el primer capítulo se realizó un recorrido en torno a mi posicionamiento ético-político-epistemológico y sus implicancias a la hora de investigar desde una metodología feminista. El segundo capítulo recorrió teóricamente las categorías más relevantes de esta investigación, haciendo alusión también al estado actual de la cuestión en nuestro país. En el tercer capítulo se abordó el campo de la salud, cómo un campo que es complejo en sí mismo y que posee múltiples actores y disputas de poder en torno al mismo, aquí se pudieron apreciar los diferentes modelos y formaciones de lxs profesionales y cómo estxs generan discursos diferenciados en base a sus

apreciaciones teóricas. El cuarto capítulo, incluye consideraciones en torno a las familias, maternidades y paternidades, y la organización del cuidado. Estas categorías fueron extensamente desarrolladas durante la investigación y han sido de gran utilidad a la hora de provocar las conclusiones parciales de este trabajo. En el quinto capítulo, se pone en cuestión las intervenciones en el ámbito de la salud y cómo lxs profesionales poseen la herramienta de la revisión de lo hecho para poder generar prácticas superadoras. En este capítulo también se hace referencia a determinadas formas de intervenir que ponen en cuestionamiento a las familias usuarias, así como referencias al adultocentrismo presente en algunas de las intervenciones. Por último, el capítulo presente trabajará las conclusiones parciales que se generaron luego de esta investigación.

Dicho esto, procederé a esbozar algunas de las conclusiones a las que arribé como saldo de este proceso investigativo. Para organizar las mismas me baso en las preguntas iniciales que provocaron este trabajo: ¿Qué discursos circulan en el personal de salud del hospital en torno a las formas de cuidar de las familias usuarias? ¿Cómo impactan estos discursos en la reproducción de roles estereotipados basados en la diferencia sexual? ¿Qué efectos tienen estos discursos en las intervenciones y prácticas que realizan lxs profesionales? ¿Qué influencias tienen el patriarcado, el modelo médico, el adultocentrismo, el feminismo, las perspectivas de derechos y demás corrientes teóricas en estos discursos?

Orientada por esta constelación de interrogantes, inicio este proceso de desandar lo caminado, retomando la primera de estas preguntas. La misma nos lleva a una de las primeras conclusiones a la que pude arribar, y es que los discursos que circulan en torno a las formas de cuidar son diversos y múltiples, pero coinciden en un punto en particular: las mujeres son las que cuidan a lxs más pequeñxs en su amplísima mayoría, y dentro de ellas, las madres son las que ocupan el primer lugar. El reconocimiento de la mujer-madre como principal cuidadora no escapó a ninguna de las entrevistas, pudiendo sólo en algunas evidenciarse la presencia de figuras masculinas de cuidado. Sin embargo, cuando se mencionaba la presencia de estas figuras también se hacía alusión a cómo esto era una situación que llamaba la

atención entre lxs profesionales que realizaban la consulta y que en más de una ocasión concluían en la misma pregunta: ¿Dónde está mamá?

La figura materna cuando no está presente en los procesos de cuidado de la salud de sus hijxs es un llamador de atención institucional, en cambio cuando la ausencia es paterna pocxs son lxs que hacen la pregunta de ¿Dónde está papá? Esta concepción del cuidado que está arraigada en los imaginarios sociales, tal como las entrevistas han mostrado, es la reproducción del modelo padre-proveedor y madre-cuidadora, que respeta la idea de que las mujeres son más aptas para cuidar en base a un supuesto “instinto maternal” que vendría con nosotras “por naturaleza”.

Sin embargo, no es menor mencionar que hay muchxs profesionales que plantean en sus entrevistas haber comenzado a cuestionar estos modelos y buscan desde sus prácticas trabajar en pos de la democratización de las familias por organizaciones del cuidado más equitativas entre sus miembros. Esto último encuentra relación también con las concepciones en torno a las formas de conformarse como familia que tienen lxs entrevistadxs y que fueron analizadas en el capítulo cuatro. Es importante el reconocimiento que lxs mismxs hacen de la diversidad de formas de ser (en) familia, dado que esta diversidad es también la que flexibiliza las formas de cuidar. Comenzar por este reconocimiento de lo diverso permitirá avanzar luego en el trabajo en pos de formas de cuidar más democráticas y equitativas entre lxs miembrxs.

A su vez, mismo en las familias podemos ver comienzos de rupturas sobre los modelos de cuidado arraigados, las nuevas formas de paternar habilitan crear formas de cuidado equitativas, que aunque aún no sean la mayoría, pudieron ser evidenciadas en algunas de las preguntas de las entrevistas, cómo por ejemplo cuando se preguntaba sobre los cambios en las crianzas, la mayoría de lxs entrevistadxs dejó ver que el mayor involucramiento de los padres en los procesos de cuidado y crianza era un cambio que podían apreciar.

En relación con la segunda pregunta: ¿Cómo impactan estos discursos en la reproducción de roles estereotipados basados en la diferencia sexual?, una parte ya fue respondida en el anterior párrafo. Sin embargo, otra de las categorías que emergió de las entrevistas fue “la culpa institucional”, esta categoría permitió repensar las prácticas que estaban generando lxs

profesionales, buscando si dentro de las mismas se promovía la reproducción de los patrones estereotipantes de cuidado o la ruptura con estos modelos. Considero que se están haciendo avances en torno a esta temática y que, a pesar de que en muchos de los discursos relevados se observa la prevalencia de visiones más cercanas a los modelos nucleares y heteronormados de cuidado, hay muchxs otrxs que están esgrimiendo y construyendo prácticas-otras en torno a la temática, tales cómo empezar a dirigirse a ambxs progenitores a la hora de dar indicaciones o consultar por la ausencia paterna en las intervenciones que se realizan.

En este sentido, también me parece relevante retomar el reconocimiento que hicieron lxs profesionales hacía otras formas de cuidado que no involucraban únicamente a lxs progenitores. En algunas de las entrevistas se mencionaron a las abuelas cómo figuras de cuidado centrales en las crianzas, así como tías, amigas, hermanas. A pesar de que la figura femenina es la que con prioridad se menciona, considero que está forma de repartir los cuidados también es válida para alivianar la carga a la madre o al padre. A su vez, la mención a cuidadorxs en el ámbito de lo comunitario me permitió apreciar de qué manera las relaciones entre vecinxs pueden ser también una alternativa a la hora de cuidar que no habría podido ser apreciada en el caso de no ser mencionada durante las entrevistas.

La tercera pregunta inicial: ¿Qué efectos tienen estos discursos en las intervenciones y prácticas que realizan lxs profesionales? es quizás más compleja en sus alcances. Es importante recordar que en este estudio el discurso es entendido en su carácter performativo. No es una representación de la realidad sino un productor de sentidos y por tanto inescindible de las prácticas. Tal como plantea Foucault (1992), no hay discursos sin dispositivos que lo hagan circular, y tanto en los capítulos tres como cinco pudimos dar cuenta de las implicaciones de estos discursos en las intervenciones a partir de mecanismos de corte educativo, pedagógico, moralizante, disciplinador, promotor de autonomías, consolidador de estereotipos de género, habilitador de nuevos arreglos familiares. A su vez, pudieron ser apreciadas en lo empírico, algunas situaciones cuando se vieron intervenciones durante el trabajo de campo, desde la observación y el registro de escenas en el hospital. Se puede de este modo obtener algunas inferencias teniendo en cuenta lo que

se mencionó en algunos discursos de lxs entrevistados. Por ejemplo: cuando se menciona los avances en materia de legislación con perspectiva de género, una de las obstetras refiere que ella prefiere no realizar la práctica de ligadura de trompas en mujeres jóvenes o sin hijxs, lo que nos permite vislumbrar cómo sus ideas y concepciones en torno a esta práctica se plasman en sus intervenciones. A su vez, otra de las obstetras cuando habla del parto respetado y lo menciona cómo un protocolo que no le gusta cuando se lo proponen, nos deja entrever que está profesional no promoverá esa práctica en sus intervenciones. Desde otras perspectivas, cuando una de las trabajadoras sociales habla de intervenciones empáticas o de incluir a lxs niñxs en las consultas que refieren a sus procesos de salud-enfermedad-atención, se puede inferir que sus prácticas tendrán en cuenta consideraciones cercanas a los derechos de lxs niñxs.

La última pregunta fue ampliamente desarrollada en el capítulo tres, la misma se interroga sobre: ¿Qué influencias tienen el patriarcado, el modelo médico, el adultocentrismo, el feminismo, las perspectivas de derechos y demás corrientes teóricas en estos discursos? En este sentido, los discursos recolectados en el personal de salud, dieron cuenta de un cruce de diferentes corrientes y lógicas que son diversas e incluso contradictorias entre sí, formando un campo discursivo heterogéneo y complejo. Los mismos expresaron lineamientos adherentes al modelo médico hegemónico, tan bien desarrollado por Menéndez en más de una ocasión. Se pudo apreciar la presencia de jerarquías entre las diferentes disciplinas, prácticas hegemónicas de la salud donde el poder médico se considera “saber experto” y deja por fuera los saberes cotidianos de lxs sujetxs con lxs que trabajamos, así como referencias a las trabas que este modelo implica para lograr trabajos interdisciplinarios.

Sin embargo, también se hizo alusión a otras formas de intervenir que estaban modeladas por la perspectiva de género y diversidad, así como por el enfoque de derechos, y prácticas asociadas con la medicina social/comunitaria. Estos hallazgos, por lo tanto, permiten validar la primera de mis hipótesis de trabajo donde se afirmaba: Los discursos del equipo de salud del HIEMI en torno a las formas de cuidado y crianza se encuentran atravesados por tradiciones diferenciadas, tales como: las propias del sistema

capitalista colonial patriarcal y adultocéntrico, así como las de la perspectiva de género en salud, el enfoque de derechos y salud colectiva, entre otras.

En este sentido, también es válido afirmar que son estas disputas entre diferentes corrientes y modelos de pensar la atención las que dotan de dinamismo al campo de la salud y lo muestran en los términos que lo plantea Bourdieu (1988) cómo un espacio en constante juego de poder donde lxs diferentes actores acumulan peso dentro del mismo y las relaciones entre ellxs mutan constantemente. Esta forma de analizar la problemática nos permite pensar que, a pesar de que el Modelo Médico Hegemónico tenga la prevalencia dentro del sistema de salud, se pueden apreciar otras formas de trabajar que irán disputando sentidos y espacios de poder a este modelo, generando prácticas-otras que sean promotoras de los derechos humanos, respetuosas de la perspectiva de género y diversidad, enfocadas en lxs sujetxs, alejadas del paternalismo o el adultocentrismo, etc.

A su vez, otra de las cuestiones que es preciso mencionar cómo conclusión, es la necesidad de trabajar desde la inter y transdisciplina. Las problemáticas actuales escapan de la simplicidad, y es reconocido por gran cantidad de lxs entrevistadxs que la interdisciplina permite abordar estas problemáticas complejas de manera de encontrar soluciones en conjunto desde las diferentes disciplinas, traspasando los conocimientos que poseen cada una en lo particular.

En relación con los objetivos específicos planteados en esta investigación, se puede concluir que los mismos se cumplieron en gran medida, pudiendo en primer lugar reconocer los sentidos que se le atribuyeron a las formas de maternar y paternar de las familias usuarias del Hospital en los discursos de lxs profesionales. En segundo lugar, se lograron apreciar las potenciales diferencias entre los discursos de lxs profesionales ya que, tal cómo se planteó en apartados anteriores, las lógicas que conviven son múltiples y disímiles. El tercer objetivo responde a las mismas conclusiones que ameritaron para la tercera pregunta que guio esta investigación, dado que se enfoca en la construcción de las intervenciones y su relación con los discursos de lxs profesionales. El último de los objetivos nos mostró que las influencias de los diferentes y concepciones en torno a las formas de constituirse en familia, la organización social de los cuidados, los modelos de

salud, y demás categorías analizadas; son muy diversas y se entrecruzan incluso dentro de la misma disciplina.

Por último, entiendo que es pertinente señalar que esta tesis recoge procesos investigativos desplegados en el marco de dos becas de investigación (Beca estímulo a la vocación científica, otorgada por el CIN en el año 2020 y beca de investigación categoría estudiante avanzada de la UNMDP para el periodo abril 2021- marzo 2022) que representaron un soporte y un encuadre significativo en este proceso. Las mismas fueron radicadas en el Grupo de Investigación Problemáticas Socioculturales, espacio que cobijó los debates que atraviesan esta tesis. Este camino de investigación continúa, esta vez a partir de la Beca tipo A de la UNMDP donde seguiré mis indagaciones en torno a la temática de los cuidados en el campo de salud, retomando interrogantes y caminos que este estudio fue sembrando.

En torno a estas formas de investigar, me parece importante hacer una conclusión aparte sobre la importancia que tuvo en lo personal aprender a investigar desde una postura feminista y localizada. La investigación vista de esta forma me permitió compartir, algo que dentro de las formas investigativas que plantea el positivismo no está permitido, allí la individualidad pasa por encima de los procesos colectivos. En cambio, la investigación feminista me dejó conocer una investigación que era un hacer-con-otrxs, recorriendo el camino de mi tesis acompañada constantemente no sólo por mis directoras sino también por compañerxs de mis equipos de investigación quienes han sido parte fundamental de este proceso por enseñarme que lo colectivo permite ver aquello que desde unx mismx es difícil de apreciar.

A su vez, la investigación feminista me permitió reconocermé a mí misma cómo parte de esta investigación, cuestionando mis propias formas de pensar y los privilegios con los que convivo en la interseccionalidad de mis características. Especialmente, me permitió investigar sobre cuidados y materpaternidades sin tener hijxs por mi cuenta. Esto lo pude hacer gracias a los posicionamientos de la epistemología feminista sobre el locus de enunciación y el pensar situado, encontrándome en más de una ocasión analizando desde que lugar pensaba o decía lo que decía. Por último, el sentipensar me habilitó conocer formas de investigar más cercanas a la

emocionalidad y alejadas de la “objetividad científica”, permitiéndome (con)moverme con los procesos de investigación que estaba realizando.

Devenir Licenciada en Trabajo Social a partir de un proceso de construcción de conocimientos centrado en el campo de la salud, desde una perspectiva feminista y situada, me interpela a continuar formándome e interrogándome, para investigar e intervenir desde un enfoque de derechos que aporte a la construcción de sociedades más justas. Entendiendo que la lucha por la igualdad de género no se dará de la noche a la mañana, pero que el presente es mucho más alentador que antes y que el futuro se augura feminista y propiciador de grandes cambios en torno a las cuestiones que atañen al género. Esto, sin duda, me motiva a continuar mis investigaciones y prácticas en torno a esta temática, con la creencia de que es desde este lugar que ocupo desde el cual se pueden producir los cambios que espero.

En este marco pudimos ver que la equidad en la distribución de los cuidados sigue siendo una deuda pendiente. Es indispensable, como profesionales, trabajar desde nuestros espacios en la intervención en lo social para apuntar a horizontes de mayor igualdad donde todxs lxs actores involucradxs en los procesos de cuidado tomen sus tareas de manera más equitativa. Espero desde esta investigación haber aportado a esta agenda y a esta lucha, que es social y disciplinar, desde este estudio.

Referencias Bibliográficas

- Alcalá García, I. (2015) “Feminismos y maternidades en el siglo XXI”. Revista Dilemata N° 18. Madrid, España.
- Alvarado, M. (2017) “Interrupciones en Nuestra América, con voz de mujeres” en Alvarado, M. y De Oto, A. (2017) “Metodologías en contexto. Intervenciones en perspectiva feminista/poscolonial/latinoamericana”. Ed. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.
- Araiza Díaz, A. y González García, R. (2017) “La Investigación Activista Feminista. Un diálogo metodológico con los movimientos sociales”. Revista EMPIRIA, Revista de Metodología de las Ciencias Sociales, núm. 38. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid, España.
- Ariza, M. y de Oliveira, O. (2003). Acerca de las familias y los hogares: estructura y dinámica. En. Wainerman, Catalina (compiladora). Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones. UNICEF-Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Arpini, P., Castrogiovanni, N. y Epstein, M. (2012) “La Triple Jornada: ser pobre y ser mujer”. Revista Margen N° 66. Buenos Aires, Argentina.
- Austin, J. (1992) “Cómo hacer cosas con palabras”. Ed. Paidós. Madrid, España.
- Azcurra, M., Dorfman, A., Imhoff, D. y Merlo, S. “Paternidades Interpeladas. Preguntas y recorridos de la función paterna bajo una mirada disidente y feminista.” Oficina de Conocimiento Abierto. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.
- Badinter, E. (1981) “¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX.” Ed. Paidos. Madrid, España.
- Barrancos, D. (2011) “Género y ciudadanía en la Argentina”. Revista Iberoamericana Vol. XLI. Buenos Aires, Argentina.
- Bartra, E. (2010) “Acerca de la investigación y la metodología feminista.” En Blazquez Graf, N., Flores Palacios, F. y Rios Everardo, M. (coords.)

- (2010) "Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales." Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Universidad Nacional Autónoma de México. México D. F., México
- Batthyány, K. (2010) "El cuidado infantil en Uruguay y sus implicancias de género Análisis a partir del uso del tiempo". Revista de Ciencias Sociales, N° 27. Montevideo, Uruguay.
 - Batthyány, K. (2020) "La pandemia evidencia potencia la crisis de los cuidados" Blog Online de Karina Batthyány en la página de CLACSO. Disponible en: <https://www.clacso.org/la-pandemia-evidencia-y-potencia-la-tesis-de-los-cuidados/>
 - Batthyány, K. (2021) "Políticas de cuidado". Ed. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.
 - Batthyány, K. y Cabrera, M. (2011) "Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial." Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
 - Bayón, M. C. (2014) "La construcción del otro y el discurso de la pobreza Narrativas y experiencias desde la periferia de la ciudad de México." Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales N° 223. Universidad Nacional Autónoma de México. México D. F., México
 - Bell Hooks (2017) "El feminismo es para todo el mundo". Ed. Traficantes de Sueños. Buenos Aires, Argentina.
 - Bidaseca, K. (2017) "Lenguas insurgentes y justicia cognitiva. ¿Es posible liberarse de la violencia epistémica del discurso etnográfico y etnológico?" en De Oto, A. y Alvarado, M. (edits.) (2017) "Metodologías en contexto. Intervenciones en perspectiva feminista/poscolonial/latinoamericana". Ed. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.
 - Boletín de la Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género "Los cuidados, un sector económico estratégico Medición del aporte del Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto." Disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico_0.pdf

- Bottaro, L. (2010). “Organizaciones sociales, representaciones del trabajo y universo femenino en el espacio comunitario” en Kessler, G., Svampa, M. y González Bombal, I. (2010) “Reconfiguraciones del mundo popular. El conurbano bonaerense en la postconvertibilidad”. Ed. Prometeo. Buenos Aires, Argentina.
- Butler, J. (2005) “Dar cuenta de sí mismo. Violencia, ética y responsabilidad”. Ed. Amorrortu. Madrid, España.
- Carballada, A. J. M. (2008) “La intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social.” Revista Margen N° 48. Buenos Aires, Argentina.
- Carballada, A. J. M. (2014) “Escenarios sociales, intervención y acontecimiento.”. Ediciones digitales Margen. Buenos Aires, Argentina.
- Carballada, A. J. M. (2016) “El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social”. Revista MARGEN N° 82. Buenos Aires, Argentina.
- Carrasquer, P., Torns, T., Tejero E. y Romero, A. (1998) “El trabajo reproductivo”. Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Sociología. Barcelona, España.
- Casas, F (2008). “Infancia perspectivas psicosociales”. Ed. Paidós. Barcelona, España.
- Catteberg, G. (2018) “Género en el sector salud: feminización y brechas laborales”. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Buenos Aires, Argentina
- CEPAL (2009) “Género, trabajo remunerado y no remunerado: eslabones en la discriminación y la desigualdad” y “Políticas Públicas y crisis de cuidado en América Latina: alternativas e iniciativas” en CEPAL (2009) “Panorama Social en América Latina”. Santiago de Chile, Chile.
- Coronado, J. P. (2018) “Sobre el sentipensar macondiano universal” en Sandoval Forero, E. A., Proto Gutierrez, F. y Capera Figueroa, J. J. (2018) “Discusiones, problemáticas y sentipensar latinoamericano. Tomo

- II: Estudios Descoloniales y Epistemologías del Sur Global”. Revista CoPaLa & RPDecolonial. Buenos Aires, Argentina.
- Crenshaw, K. W. (1991) “Mapping the Margins: Intersectionality, Politics and Violence against Women of Color.” Traducción disponible en Platero, R. (2012) “Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada”. Ed. Bellaterra. Madrid, España.
 - Dalle, P.; Boniolo, P.; Sautu, R. y Elbert, R. (2005) “Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología”: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina.
 - De Jong, E.; Basso, R.; Paira, M. (comp.) (2001). La familia en los albores del nuevo milenio. Espacio Editorial. Buenos Aires.
 - De Oto, A. y Alvarado, M. (edits.) (2017) “Metodologías en contexto. Intervenciones en perspectiva feminista/poscolonial/latinoamericana”. Ed. CLACSO. Buenos Aires, Argentina
 - De Paula Faleiros, V. (2011) “Desafíos del trabajo social frente a las desigualdades”. Revista Emancipação Nº 11. Ponta Grossa, Brasil.
 - Di Marco, G., Faur, E. y Méndez S. (2005) “Democratización de las familias”. Ed. UNICEF. Buenos Aires, Argentina.
 - Dornell, T. y otrxs (2014) “El desafío del cuidado humano: ¿Cómo cuidamos a nuestros viejos en Uruguay? Políticas de Protección Social, Derechos Sociales, Debates y dilemas para el Trabajo Social”. En Arias, A., García Godoy, B. y Manes, R. (2014) “Trabajos seleccionados: V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad”. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
 - Duque, C. (2010) “Judith Butler y la teoría de la performatividad de género”. Revista Educación y pensamiento. Colegio Hispanoamericano. Cali, Colombia.
 - Elías, M. F. (S/A) “Familias y ciudadanía”. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000069.pdf>

- Elías, N. (1998), "La civilización de los padres y otros ensayos". Ed. Norma. Bogotá, Colombia.
- Fernández, A. M. (1993) "La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres." Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Foucault, M. (1992) "El orden del discurso". Ed. La Piqueta. Madrid, España.
- Foucault M. (2004) "El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica." Ed. Siglo Veintiuno. México D.F., México.
- Foucault, M. (2018) "Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones." Ed. Alianza. Madrid, España.
- Fraser, N. (2015) "Fortunas del feminismo." Ed. Traficantes de Sueños. Buenos Aires, Argentina.
- Fraser, N. (2016) "El capital y los cuidados". Ed. Traficantes de Sueños. Buenos Aires, Argentina.
- Fundación Neonatológica "A. Miguel Larguía" (2010) "Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo." Disponible en https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Enfermeria/enfermeria_maternidad_segura_MSCF_1_0.pdf
- Gamba, S. (1989) "Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas.". Emecé Editores. Buenos Aires, Argentina.
- García Calvente, M. M. y otros (2010) "Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal". Ed. Elsevier. Madrid, España.
- García Linera, A. (2010) Conferencia: "La construcción del Estado". Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. 8 de abril de 2010. Disponible en: <http://www.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/Clase-MagistralGarc%C3%ADa-Linera-en-Sociales.pdf>
- Gherardi, N.; Pautassi, L.; Zibecchi, C. (2012) "De eso no se habla: el cuidado en la agenda pública. Estudio de opinión sobre la organización del cuidado" Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. Buenos Aires, Argentina.

- Giberti, E. (2005) "La familia, a pesar de todo." Ed. Noveduc. Buenos Aires, Argentina.
- Giraldo Prato, M. (2011) "Abordaje de la Investigación Cualitativa a través de la Teoría Fundamentada en los Datos." Revista Ingeniería Industrial, Actualidad y Nuevas Tendencias. Año 4, Vol. II, N° 6. Universidad de Carabobo, Venezuela.
- Glasser, B. y Strauss, A. (1967). "The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research". Ed. Aldine de Gruyter. Nueva York, EE.UU.
- Guida, C. (2000) "El papel de los servicios de salud reproductiva en la consolidación de las masculinidades hegemónicas". Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Interdisciplinarias sobre Masculinidad, organizadas por AUDEPP. Panel: Varones: ¿Nacen o se hacen? Montevideo, Uruguay.
- Guida, C. y otrxs (2007) "De paternidades y exclusiones. El lugar de los varones en sectores de pobreza extrema." Ed. Trilce. Montevideo, Uruguay.
- Gutiérrez, A. (1995) "Pierre Bourdieu. Las prácticas sociales." Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones. Posadas, Argentina.
- Guzzetti, L. (2012) "La perspectiva de género. Aportes para el ejercicio profesional." Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social" N° 4. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Guzzetti, L. (2014) "La incorporación de la perspectiva de género en los procesos de intervención social" " En Arias, A., García Godoy, B. y Manes, R. (2014) "Trabajos seleccionados: V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad". Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Haraway, D. (1991) "Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y la perspectiva parcial", en Ciencia, cyborgs y mujeres. La

- reinención de la naturaleza, pp. 313-346, Madrid, Cátedra/Universitat de València, 1995
- Haraway, D. (1995) "Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza". Versión en español. Ed. Cátedra. Madrid, España
 - Hermida, M. E. (2018) "Derechos, neoliberalismo y Trabajo Social. Por una reconceptualización descolonial del enfoque de derechos en la intervención profesional." Presentado en XXIX Congreso Nacional de Trabajo Social: La dimensión ético-política en el ejercicio profesional: la revisión de las prácticas en la actual coyuntura. FAAPSS- CPAS. Santa Fe, Argentina.
 - Hermida, M. E. y Meschini, P. (2016) "Notas sobre la nueva institucionalidad del ciclo de gobierno kirchnerista: demandas populares, conquistas legales, resistencias institucionales." Revista Catedra Paralela N° 13. Mar del Plata, Argentina.
 - Herrera, F., Aguayo, F. y Weil, J. G. (2018) "Proveer, cuidar y criar: evidencias, discursos y experiencias sobre paternidad en América Latina." Revista Latinoamericana N° 50. Valparaíso, Chile.
 - Jelin, E. (2020) "Las tramas del tiempo: Familia, género, memorias, derechos y movimientos sociales." Ed. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.
 - Krauskopf, D. (2000) "Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes". En UNICEF (2000) "Participación y Desarrollo Social en la Adolescencia." Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. San José, Costa Rica.
 - Lagarde, M. (1996). "Género y feminismo: desarrollo humano y democracia". Ed. Horas y Horas. Madrid, España.
 - Langou, G.; D'Alessandre, V. y Florito, J. (2019) "Hacia un sistema integral y federal de cuidado en Argentina. Principios para repensar el pacto social de género". CIPPEC. Buenos Aires, Argentina.
 - Laurell A. C. (1982) "Salud - Enfermedad como proceso social." Revista latinoamericana de Salud Pública, Num. 2. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

- Laurell, A. C. (1986) "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina" Revista Cuadernos Médico Sociales N° 37. Rosario, Argentina.
- Ley Nacional 26.130 de Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica.
- Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado.
- Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.
- Ley Nacional N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).
- López Arellano, O. y Peña Saint Martin, F. (2006) "Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano." Revista Medicina Social, Vol. 1, Num. 3. México D. F., México.
- Maceira, D. (2020) "Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano." Revista Estado y Políticas Públicas N° 14. Buenos Aires, Argentina.
- Mantilla, M. J. (2019) "Cuerpos, niñez y crianza: cartografías corporales de la infancia en el modelo de crianza respetuosa en Argentina". Revista Uruguay de Antropología y Etnografía. Año IV, N° 1. Montevideo, Uruguay.
- Martínez Pozo, L. (2020) "Problematizar la autoría: articulación de conocimientos situados desde trayectorias de disidencia." en Álvarez Veinguer, A., Arribas Lozano, A. y Dietz, G. (2020) "Investigaciones en movimiento. Etnografías colaborativas, feministas y decoloniales". Ed. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, E. L. (1978) ""El modelo médico y la salud de los trabajadores", en Basaglia, F. (1978) "La salud de los trabajadores". Edit. Nueva Imagen. México DF, México.
- Menéndez, E. L. (1985) "Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud". Cuadernos Médicos Sociales N° 33. Rosario, Argentina.
- Menendez, E. L. (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". Revista Ciencia & Saude Colectiva N° 8. México D.F., México.

- Menéndez, E. L. (2020) “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias.” Revista Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Lanús, Argentina.
- Nucci, N., Crosetto, R.; Bilavcik, C. y Miani, A. (2018). “La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública” Revista Conciencia Social, Vol. 1, Nro. 2. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.
- Ovejero Bernal, A. y Pastor Martin, J. (2001) “La dialéctica saber/poder en Michael Foucault: un instrumento de reflexión crítica sobre la escuela.” Revista Aula Abierta N° 77. Oviedo, España.
- Parola, R. N. (1997) “Aportes al saber específico del Trabajo Social.” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina.
- Parola, R. N. (2001) “Algunas consideraciones teóricas acerca de un perfil de prácticas pre-profesionales”. Ponencia presentada al XVII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. Lima, Perú.
- Pombo, M. G. (2012) “La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género”. Revista Margen N° 66. Buenos Aires, Argentina.
- Quiroga Díaz, N. (2020) “Coronavirus y economía: cuando el cuidado está en crisis” Revista Online “La Vaca”. Disponible en: <https://www.lavaca.org/notas/coronavirus-y-economia-cuando-el-cuidado-esta-en-crisis/?fbclid=IwAR3ZTIGWF-woB4iH43qBjymelw3NIjIWhVoKvBV5YWB28dEI7xIRhpgTMTs>
- Razavi, S. (2007). “The Political and Social Economy of Care in a Development Context, Gender and Development Programme” citado en Zibecchi, C. (2014) “¿Cómo se cuida en Argentina?: definiciones y experiencias sobre el cuidado de niños y niñas.” Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. Buenos Aires, Argentina.
- Rich, A. (2019) “Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución”. Versión en castellano. Ed. Traficantes de Sueños. Buenos Aires, Argentina.
- Robles, C. y Di Ieso, L. (2012) “El concepto de familia y la formación académica en Trabajo Social”. Revista Debate Público. Reflexión de

Trabajo Social. Nº 3, Año 2. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

- Rodríguez, R. (2004) “La medicalización del cuerpo femenino. Debates éticos y políticos. El caso de la ligadura de trompas de Falopio en la provincia de Mendoza.” Tesis de grado para obtener el título en la Lic. en Sociología. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina.
- Sacchi, M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007) “Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta”. Revista Salud Colectiva Nº 3. Buenos Aires, Argentina.
- Sánchez Rivera, M. (2016) “Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad”. Revista Opción, vol. 32, núm. 13. Maracaibo, Venezuela.
- Sautu, R. (2007) “Práctica de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. Articulación entre la Teoría, los Métodos y las Técnicas”. Ed. Lumiere, Buenos Aires, Argentina.
- Segato, R. L. (2016) “La guerra contra las mujeres”. Ed. Traficantes de Sueños. Madrid, España.
- Soneira, A. J. (2006) “La Teoría fundamentada de los datos (grounded theory) de Glasser y Strauss” en Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) “Estrategias de Investigación Cualitativa”. Ed. Gedisa. Barcelona, España.
- Sosa, R. (2015) “Políticas de conciliación entre familia y trabajo en Argentina. A propósito de las representaciones sociales de la(s) masculinidad(es)”. Revista Perspectivas de Políticas Públicas, Año 4, Nº 8. Universidad Nacional de Lanús. Lanús, Argentina.
- Stolkner, A. (2003) “El concepto de salud de la OMS”. Clase teórica Nº 4 cátedra II de Salud Pública/Salud Mental. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Stolkner A. (2010) “Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente”. Revista Bilingüe Social Medicine/Medicina Social, Vol. 4 No 1. Nueva York, EE.UU.

- Strauss, A. y Corbin, J. (1994) "Grounded Theory methodology: an overview" , en Denzin, N. K. y Lincoln, Y. (eds.), "Handbook of Qualitative Research". Ed. Thousands Oaks. California, EE. UU.
- Szymanski, H. (1992). "Trabajando con familias". Estatuto del niño y del adolescente. Cuadernos de acción. Instituto de estudios especiales. Pontificia Universidad Católica de São Paulo. Centro Brasileiro para la Infancia y la Adolescencia Ministerio de Acción Social. Traducción: Claudio Robles.
- Therborn, G. (2007) Familias en el mundo. Historia y futuro en el umbral del siglo XXI. En Arriagada, I. (coord). Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile.
- Torns Martin, T. (1995) "Mercado de trabajo y desigualdades de género." Cuadernos de Relaciones Laborales N° 6. Universidad Complutense. Madrid, España.
- Triadó, C.; Villar, F.; Solé, C.; Celdrán, M.; Pinazo, S.; Conde, L. y Montoro Rodríguez, J. (2008) "Las abuelas-os cuidadores de sus nietos-as: tareas de cuidado, beneficios y dificultades del rol." International Journal of Developmental and Educational Psychology, Vol. 4, N 1. Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores. Badajoz, España.
- UNICEF (2013) "Superando el Adultocentrismo" N° 4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Santiago de Chile, Chile.
- Vasilachis, I. (coord.) (2006) "Estrategias de intervención cualitativa". Ed. Gedisa. Barcelona, España. Buenos Aires, Argentina.
- Velázquez, M. (2012) "¿Cómo entender el territorio?" citado en Kaen, C. I.; Páez, C. R. y Medina, C. R. (2014) "Miradas desde el sur... familias y construcción de identidades, diálogos sobre el territorio". Revista Margen N 75. Buenos Aires, Argentina.
- Vivas, E. (2019) "Mama desobediente. Una mirada feminista de la maternidad". Ed. Capitán Swing Libros. Madrid, España.

- Walsh, C. (2013) “Pedagogías decoloniales. Prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir.” Tomo I de la Serie Pensamiento decolonial. Ediciones Abya Yala. Quito, Ecuador.
- Zibecchi, C. (2007) “Cuidando en el territorio: El espacio comunitario como proveedor de cuidado.” Documentos de Trabajo “Políticas públicas y derecho al cuidado”. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. Buenos Aires, Argentina.
- Zibecchi, C. (2014) “¿Cómo se cuida en Argentina? Definiciones y experiencias sobre el cuidado de niños y niñas”. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. Buenos Aires, Argentina.

Anexos

Guión de la entrevista semi-estructurada

1. En tus propios términos, ¿Qué crees que es familia?
2. ¿Qué importancia tiene la familia en los procesos de atención e intervención en la salud para usted?
3. ¿Suele involucrarse la familia en la atención/tratamiento?
4. ¿Qué cuestiones de la vida cotidiana piensa que se deben cambiar en las familias para mejorar las cuestiones relativas a la salud de lxs niñxs?
5. ¿De qué manera se acerca la familia a la institución? ¿Mediante qué mecanismos llegan las demandas de atención?
6. En las consultas, ¿Acompañan ambxs progenitorxs? ¿Algunx de lxs dos?
7. ¿Qué problemáticas son las más prevalentes en la atención de los consultorios externos?
8. ¿Con que otras disciplinas suele trabajar?
9. En caso de internación del niñx, ¿Quién puede internarse con él/ella?
¿Hay algún programa desde la institución para facilitar esta tarea?
10. ¿Qué cambios viste en las formas de criar en los últimos años?

Constancia de aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética (PTIB)

Se adjunta en la siguiente página.