

Artículos seleccionados

Representaciones de los equipos de salud sobre cuidados en la primera infancia

Teveles Daniela^a, Levisman Natacha^b, Musi Daiana^c y Ferreira Déborah^d

Fecha de recepción:	12 de marzo de 2021
Fecha de aceptación:	3 de junio de 2021
Correspondencia a:	Teveles Daniela
Correo electrónico:	danuteveles@gmail.com

- a. Lic. en trabajo social. Residencia de trabajo social CABA.
- b. Lic. en trabajo social. Residencia de trabajo social CABA.
- c. Lic. en trabajo social. Residencia de trabajo social CABA.
- d. Lic. en trabajo social. Instructora de la residencia de trabajo social CABA.

Resumen:

El trabajo de investigación que se presenta es producto del proyecto transversal anual de la Residencia de Trabajo Social del Hospital "Juan A. Fernández" (CABA), durante el período 2019-2020. El mismo buscó analizar las representaciones sociales de los equipos de salud, respecto a la organización de los cuidados de niños de 0 a 5 años que reciben atención en el Hospital Fernández y el CeSAC N° 21 de la CABA.

La perspectiva teórica-metodológica llevada adelante es de origen cualitativo, con el objetivo de arribar a un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, de corte transversal/sincrónico. Como técnica de recolección de datos, se realizaron entrevistas semi-estructurada a profesionales que trabajan en las instituciones mencionadas y las notas de campo surgidas de la observación participante de las investigadoras.

El trabajo se organizó en 4 capítulos, recuperando los objetivos de la investigación: representaciones de lxs profesionales acerca de la responsabilidad en la resolución de los cuidados de niñxs; roles de género y feminización de los cuidados; el cuidado en intersección con los conceptos de clase y nacionalidad; y por último, lectura transversal de lo desarrollado a partir del análisis del abordaje de los equipos de salud respecto a la temática.

Los principales resultados esbozan las múltiples desigualdades que atraviesan los cuidados en la primera infancia, marcando una accesibilidad diferencial a derechos de quienes son cuidadxs, como también, de quienes cuidan. La categoría de cuidados, en relación a las categorías de género-clase-etnia, permite reflexionar acerca de la dimensión social de los cuidados y de ciertos límites que se presentan en el abordaje de situaciones por parte de lxs profesionales, permitiendo visualizar la necesidad de unificar criterios de abordaje que no limiten ni perjudiquen intervenciones de atención sanitaria, ni refuerzan la idealización de la maternidad y familiarización/feminización de los cuidados desde los equipos de salud.

Palabras clave: Organización social de los cuidados - Representaciones sociales - Equipos de salud.

Summary

The research work presented here is a product of the annual transversal project of the Social Work Residency at the "Juan A. Fernández" Hospital (CABA) during the 2019-2020 period. The aim of the study was to analyze the social representations of the health teams regarding the organization of the care of children from 0 to 5 years of age who receive care at the Hospital Fernández and y el CeSAC N° 21, CABA.

The theoretical-methodological perspective is qualitative, with the aim of arriving at an exploratory and descriptive study of cross-sectional/ synchronic type. As a data collection technique, semi-structured interviews were conducted with professionals working in the aforementioned institutions and field notes were taken from the researchers' participant observation.

The work was organized in 4 chapters, recovering the objectives of the research: representations of professionals about the responsibility in the resolution of child care; gender roles and feminization of care; care in intersection with the concepts of class and nationality; and finally, a transversal reading of what was developed from the analysis of the approach of health teams to the subject.

The main results outline the multiple inequalities that cross early childhood care, marking a differential access to rights for those who are cared for, as well as for those who care for them. The category of care, in relation to the categories of gender-class-ethnicity, allows us to reflect on the social dimension of care and certain limits that arise in the approach of situations by professionals, allowing us to visualize the need to unify approach criteria that do not limit or undermine health care interventions, nor reinforce the idealization of motherhood and familiarization/feminization of care from health teams.

Key words: Social organization of care, social representations, health teams.

Introducción

El trabajo de investigación realizado es producto del proyecto transversal anual de la Residencia de Trabajo Social del Hospital “Juan A. Fernández” (CABA), durante el período 2019-2020. El mismo buscó analizar las representaciones sociales¹ de los equipos de salud, respecto a la organización de los cuidados de niños de 0 a 5 años que reciben atención en el Hospital Fernández y el CeSAC N° 21 de la CABA. Se tomaron en cuenta cuatro ejes fundamentales: la responsabilidad en la resolución de los cuidados de niños; roles de género y feminización de los cuidados; el cuidado en intersección con los conceptos de clase y nacionalidad; y por último, una lectura transversal de lo desarrollado a partir del análisis del abordaje de los equipos de salud respecto a la temática.

La elección del tema se basa en la construcción de intervenciones en el Área materno-infantil del Hospital, como también, en la atención brindada en el CeSAC N°21, en el marco de las rotaciones que realiza la residencia, y las instancias de reflexión realizadas sobre la temática como parte de la formación. Dichos espacios sirvieron como puntapié para pensar el modo en que determinados factores inciden al momento de elaborar estrategias de intervención en relación a los cuidados en la primera infancia y en las redes de apoyo que acompañan procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados de niños de 0 a 5 años.

La relevancia de este estudio radica en dilucidar cómo desde el ámbito de la salud se piensa el cuidado de niños, en un escenario que actualmente posiciona al mismo como responsabilidad familiar y privada, y dentro de este recorte, como prerrogativa de las mujeres, reproduciendo así una estructura social desigual, modelos sociales estratificantes y en dirección opuesta a la legislación vigente en materia de derechos sociales. Producir conocimiento respecto a esta temática podría colaborar a reflexionar sobre los discursos, creencias y valores de los profesionales y prefigurar nuevas prácticas que reviertan la situación actual.

El abordaje metodológico llevado adelante en el trabajo de investigación fue cualitativo, con el objetivo de arribar a un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, de corte transversal/sincrónico. Como técnica de recolección de datos se realizaron 8 entrevistas semi-estructuradas a profesionales de los equipos de salud del Hospital Fernández y del CeSAC 21 que trabajan con primera infancia, pertenecientes a las especialidades de Trabajo Social, Psicología, Pediatría, Medicina General, Neonatología, Enfermería y Fonoaudiología.

Se realizaron 4 entrevistas en atención primaria de salud (Cesac) y 4 en segundo nivel de atención (Hospital), para recuperar ambas experiencias y sus variantes por las formas de organización de los equipos profesionales, como también por la población que acude a cada efector.

La población que asiste al Hospital de forma regular son personas que se atienden en el sistema público de salud y viven en las inmediaciones del mismo, fundamentalmente en la comuna 2, 14 y parte de la comuna 1. Podemos mencionar un número importante de consultas y seguimientos de personas inmigrantes. En lo que refiere a la población que se atiende en el cesac 21, la misma está enmarcada por el área programática sobre la cual se organiza el Subsistema Público de Salud, para desarrollar la estrategia de atención primaria. El Cesac 21 está ubicado en la entrada de la Villa 31 (Retiro) y su población de referencia vive en el barrio Güemes. Hay un número importante de consultas de personas inmigrantes, en su mayoría provenientes de países limítrofes. Las personas que se atienden generalmente tienen pocos recursos económicos, trabajos precarios y condiciones habitacionales de hacinamiento.

Otro insumo para el análisis fueron las notas de campo surgidas de la observación participante de las investigadoras en dichas instituciones en el período 2019-2020. El hecho de que las autoras del presente trabajo se encuentren inmersas en la práctica profesional de manera cotidiana en las instituciones analizadas las ubica en un lugar privilegiado de observación participante del cual se desprenden algunas de las conclusiones esbozadas sumando complejidad y riqueza al análisis.

1. Tomamos la categoría conceptual de representaciones sociales en tanto nos permite abordar la forma mediante la cual personas y grupos obtienen una lectura de la realidad y, además, toman una determinada posición en relación a ella (García Melchor, et al. 2010). Al ser una construcción socio-histórica, la comprensión de las representaciones sociales, como parte del universo simbólico y sus condiciones de producción, se juega en el terreno del discurso y también en la forma que adquieren las prácticas profesionales (Oberti, 2015).

La responsabilidad de cuidar, entre lo ideal y lo posible

En este primer eje se abordará la responsabilidad en la resolución de los cuidados de niños. Partimos de comprender el cuidado como aquellas "actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas" (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015, p. 105), que incluyen: el autocuidado; el cuidado directo de otras personas dependientes o no (la actividad interpersonal de cuidado); la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (limpieza de la casa, compra y preparación de alimentos); y la gestión del cuidado (coordinación de horarios, traslados, supervisión del trabajo de la cuidadora remunerada, etc.).

Estas actividades configuran relaciones entre diferentes ámbitos de la vida social a través de las cuales se producen y reproducen los sujetos y las sociedades. Por eso, hablamos de la organización social del cuidado (OSC), al referirnos a la forma interrelacionada en que las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias (Esping Andersen, 1993; Razavi, 2007), producen y distribuyen dicho cuidado que resulta de un proceso continuo donde convergen actividades, trabajos y responsabilidades. Esto conforma un diamante del bienestar, en el que el Estado cumple una doble función en tanto proveedor de cuidados y regulador del equilibrio de responsabilidades entre estas cuatro esferas (Aguirre, 2005).

Las profesionales entrevistadas para esta investigación consideran en su mayoría que el cuidado ideal para la primera infancia se desarrolla en el ámbito familiar, seguidos por los jardines públicos pertenecientes a la esfera del Estado. El mercado expresado en jardines privados o servicios de cuidado en el hogar aparece como opción económicamente inaccesible para la población con la que las profesionales entrevistadas trabajan, y lo comunitario o voluntario, desde un lugar algo más invisibilizado, como algunas ayudas de vecinas que las mujeres puedan recibir. A su vez, reconocen que el cuidado no se desarrolla en un sólo lugar, sino que se debe articular entre varios actores:

Y el cuidado ideal, no sé si sería en un solo lugar, porque ya me parece que si el niño está en un solo lugar ya no sería ideal. Estaría bueno que pueda estar en distintos ámbitos y expuesto a distintas personas que puedan ir enseñándole distintas cosas. Por ahí en la comunidad

sería el ideal ¿A cargo de quién? De un conjunto de personas, tanto de la familia, o de las personas que mantienen un vínculo afectivo, de las que personas que fueron criando a lo largo de la vida, pero también de integrantes del servicio de salud, del sistema educativo, de otras organizaciones de la comunidad que también le puedan ir brindando distintos conocimientos, apoyos, sostenes (Entrevistada N° 3).

Sin embargo, y a pesar de reconocer ese entramado, a lo largo de las entrevistas los discursos terminan legitimando la familiarización de los cuidados, y confirmando el lugar de responsable principal de la mujer en los mismos, el cual se reconoce y problematiza pero aparece como inmodificable en tanto se prioriza el lugar de los cuidados poniendo en primer lugar a la familia, una familia patriarcal cisheteronormativa, y dentro de ella a la madre.

Se trata de que el cuidado sea en domicilio pero muchas tienen que recurrir a guarderías, si el cuidado es dentro de la familia o afuera según la situación de la madre, de los padres. Guarderías públicas, privadas... en general por el medio social que tenemos nosotras son todos públicos, no van a guardería paga (Entrevistada N° 7). Desde los equipos profesionales se intenta acompañar la sobrecarga que se reconoce sobre las familias y que recae particularmente en las mujeres, dando lugar a la complejidad que se presenta entre "lo ideal y lo posible", que se expresa en cada situación de manera particular, y pensar estrategias junto con las familias sobre cómo llevar adelante ese cuidado de la mejor manera posible, a la vez que desarmar los roles y estereotipos del modelo familiar patriarcal cisheteronormativo.

Al indagar respecto al rol del Estado en su doble función de proveedor y regulador de los cuidados, aparece la cuestión de la escasez de vacantes en Centros de Primera Infancia. A esta ausencia del Estado la suplen las madres: "En buena medida, es a través del trabajo no remunerado realizado en el ámbito familiar –y por parte de las mujeres– que se compensa y equilibra el déficit que se produce en términos de provisión de servicios por parte del Estado y de la oferta de empleos de calidad por parte de los mercados" (Esquivel, Faur y Jelin, 2012, p. 32). Esto es lo que profundiza la familiarización y feminización de los cuidados en las situaciones analizadas.

La noción de desfamiliarización, combinada a la de des-mercantilización, permite observar de forma más

profunda el grado en el cual las políticas públicas facilitan la provisión y el acceso a servicios de cuidado, redistribuyendo la función social del cuidado entre distintas instituciones públicas y privadas, y por tanto, logrando mayores niveles de equidad entre los géneros, sin que ello suponga necesariamente un costo económico para las familias (Esquivel, Faur y Jelin, 2012, p. 33).

Gran parte de la población atendida por las profesionales entrevistadas se encuentra en empleos informales, por lo que carecen de licencias por maternidad y paternidad tal como la ley de contrato de trabajo indica. Esto implica que, en la esfera del mercado, los servicios privados de provisión de cuidados resultan inalcanzables por lo que es más efectivo renunciar al trabajo para cubrir las necesidades de cuidado recayendo en procesos de feminización de la pobreza en tanto son las mujeres las que renuncian al mercado laboral para asumir las tareas de cuidado. Así lo expresaba la entrevistada N°3: “Ellas necesitan salir a trabajar pero no pueden porque no tienen con quien dejarlos”. Entonces, no sólo desde el sistema de salud se naturaliza la familiarización del cuidado, sino que desde el Estado y el mercado no se brindan otras opciones posibles.

La complejidad del tema está anclada en la multiplicidad de actores, instituciones y sectores que participan en el proceso de cuidado: se trata de diversos sectores de las políticas públicas (políticas de bienestar, educación, salud, etc.), de los servicios ofrecidos en el mercado, de todas las tareas domésticas visibles e invisibles, de la contribución de tareas realizadas a través de organizaciones sociales diversas, entre las cuales se cuentan -aunque no exclusivamente- las familias (Esquivel, Faur y Jelin, 2012, p. 12).

La dificultad aparece en lo que más adelante las autoras nombran como una idealización de la maternidad y el familismo, que es funcional a la reducción de costos y cumple un lugar instrumental pero también ideológico (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). Entonces si desde el trabajo con niñas y familias en la primera infancia no se problematiza el lugar que ocupa el cuidado en contexto, se corre el riesgo de ser funcionales y cómplices con esta lógica de la política pública, de reducción de la oferta estatal de cuidados, de responsabilización de las familias y de refuerzo de múltiples desigualdades.

Sobre los roles de género y la feminización en los cuidados

En el presente apartado se abordarán los roles de género y feminización de los cuidados. Al referirse a los roles de género, se parte de entender a este como una construcción humana y social, y por lo tanto la asignación de roles según esta forma parte de dicha construcción y refuerza una forma de pensar y actuar que cumple funciones de normalización y naturalización en la vida cotidiana de los sujetos.

Al analizar las entrevistas se puede dar cuenta de que la totalidad de las mismas, tanto del Cesac como del Hospital, refieren como cuidadora principal a la madre (una mujer) y en una de las entrevistas se especifica a la madre u otras mujeres de la familia. Por ejemplo, y en línea con lo desarrollado anteriormente, se observa que al preguntar por cómo se resuelve la distribución de los cuidados dentro de la familia, responden: “Alto porcentaje madre... madre o mujer de la familia, abuela, tía, la hermana” (Entrevistada N°5); “Acá la realidad es que lo que más veo son las madres en el rol principal del cuidado” (Entrevista N°2); “Bueno, en general el cuidado está a cargo de la madre” (Entrevistada N°7). En este sentido, las respuestas reafirman el rol de las mujeres como cuidadoras, vinculado a la asignación de roles por género que históricamente ha asignado a las mujeres las tareas de cuidados y reproducción.

Recuperando los aportes de R. Enríquez y Marzonetto (2015), se puede observar que aparecen dos grandes factores que operan en la feminización de los cuidados. Por un lado respuestas vinculadas a la división sexual del trabajo, la cual asignó que el trabajo de cuidado es distribuido de forma desigual entre varones y mujeres, dando cuenta de la subordinación de las mujeres como responsables de estas tareas de producción y reproducción, lo que impacta en una menor y peor participación en el mercado laboral. Y por otro lado respuestas vinculadas a “virtudes” o “capacidades” en relación a lo afectivo o biológico, que fueron instaladas y naturalizadas históricamente.

En algunos de los relatos de las entrevistadas, se visualiza la relación entre la asignación de rol de cuidadora con la distribución del lugar que ocupan hombres y mujeres en el mundo del trabajo:

Los roles creo que casi naturalmente son bastantes diferentes. La mujer en realidad amamanta, la mujer nutre, la mujer aporta una parte mucho más amorosa y el papa a veces tiene la función del sostén de ese dúo (...) puede ser un hombre o una mujer, es independiente, pero lo importante es que sea un sostén económico (...). La mamá y el bebé forman una díada, y el padre es como la ley simbólicamente hablando, de hacer en algún momento el corte y de sostener a la madre (Entrevistada N°6).

En la entrevista 6, la profesional manifiesta que el rol del padre puede ser ocupado de forma indistinta tanto por un hombre o por una mujer, pero sigue haciendo referencia a un rol diferencial de la madre (mujer), recuperando la paternidad históricamente masculinizada y en la cual se deposita un poder del padre sobre esa madre y ese niñx.

Otro punto que emerge de las entrevistas, es la hetero-cisnormatividad y en este sentido cómo la orientación sexual sigue siendo considerada bajo esquemas funcionales y binarios. Por ejemplo en una de las entrevistas se comenta:

En privado es más fácil ver parejas homosexuales de dos mamás o de dos papas pero en realidad ya tienen establecidos los roles, incluso yo lo veo en privado que he tenido varias parejas de dos mamás, donde los roles están también bastante marcados (Entrevistada N° 7).

A lo largo de las entrevistas, como se visualiza en los fragmentos antes citados, se pueden señalar distintos elementos que dan cuenta de una naturalización histórica de las funciones y/o tareas asignadas a los géneros, que persisten frente a los distintos procesos de visibilización y lucha por parte de las mujeres y disidencias. En las entrevistas se buscó indagar a las profesionales respecto de si notan cambios en relación a la participación de los padres (varones) en los cuidados de lxs niñxs y si estos cambios están vinculados a la lucha feminista. En este sentido la mayoría de las entrevistadas marca una diferencia de estos cambios en relación a la clase y no visualizan cambios concretos en la OSC.

Asimismo, al pensar estos avances, las profesionales lo relacionan principalmente a cambios vinculados con tres temáticas: violencia de género, posibilidad de decisión en sus derechos (no) reproductivos y conformaciones disidentes en las familias. El siguiente fragmento visualiza uno de estos puntos: "Las denuncias por vio-

lencia de género y la famosa perimetral y todo eso está como más en auge digamos. La denuncia está más a la luz, no es tan raro, no da tanta vergüenza decirlo" (Entrevistada N° 1).

A partir de lo expuesto, podemos concluir que históricamente se han asignado distintas funciones a las personas acorde a su identidad de género y en esta distribución las mujeres serían las cuidadoras fundamentales de lxs niñxs. Esto es fundamentado por múltiples argumentos, que van desde los biológicos hasta la incorporación en el mercado de trabajo. Si bien en muchas entrevistas comienzan a visualizar y desnaturalizar este rol, en muchas respuestas se sigue fortaleciendo la necesidad de que existan dos roles bien diferenciados en la crianza, los cuales siguen reproduciendo la feminización de los cuidados otorgando el lugar de trabajador y proveedor al varón y de cuidadora de la casa y niñxs a las mujeres.

Análisis interseccional de las relaciones que atraviesan el cuidado

En este subtítulo se realizará un análisis del cuidado en intersección con la clase y nacionalidad. Para esto un concepto que surge de las entrevistas es el de cultura, la cual entendemos como "conjunto de procesos sociales de producción, circulación y consumo de la significación en la vida social" (García Canclini, 2004, p. 34).

Así lo deja entrever una de las entrevistadas del Cesac:

"Hay cuestiones que exceden porque es muy cultural. Esto se hace así porque así lo hizo mi mamá y ellos vienen con esa impronta y es como difícil romper eso" (Entrevistada N°1). Esta cita permite realizar un acercamiento a una idea en tensión acerca de una supuesta cultura que se trae como identidad, propiedad, esencia del país del cual se proviene -o del cual la familia emigró- y una cultura nacional local que debe ser transmitida, insistida, enseñada. La noción de "es difícil romper con eso", habla de una ruptura entre lo aparentemente constitutivo del sujetx y lo que se quiere "introducir".

Se describe como una idea en tensión ya que no todos lxs profesionales entrevistadxs lo proponen así. En las palabras de algunxs puede interpretarse esta visión y en otros una noción más flexible, haciendo una valoración en términos más paritarios de las "culturas" que se portan y las que se transitan en un país y en otro.

Existen múltiples elementos que se van desglosando de este análisis. Uno de ellos es el problema que se genera en torno a la comunicación. En varias entrevistas se manifiesta el uso de múltiples lenguas o de lenguas originarias como un conflicto a la hora de poder entablar diálogos entre profesionales y usuarixs pero también en la crianza de lxs niñxs. En palabras de una de las trabajadoras del Cesac: “Me pasa con el lenguaje lo del bilingüismo, que hablan quechua, aymará, guaraní. Y cuando un chico tiene problemas de lenguaje, si encima le hablan otra lengua, se pueden confundir” (Entrevistada N°1). Si bien el lenguaje es fundamental para la comunicación cotidiana de forma eficaz, la pregunta sería cómo se construye una comunicación productiva que no elimine la historia y la identidad que lxs migrantes eligen o portan.

El encuentro de diferentes lenguas se presenta como un problema básico de comunicación para entenderse entre profesionales y usuarixs. La barrera comunicacional, aparece muchas veces entonces, como barrera de accesibilidad, en tanto posibilidad de entender, preguntar, aceptar, consentir, explicar. En cierta forma, cuando este problema no es abordado con intención de resolverlo en la medida de lo posible humanizando la práctica, abona por un lado a objetualizar al sujeto, y por otro, a volver ineficiente el vínculo profesional- usuarix.

La idea de un tipo de cultura válida sobre otra, o una cultura a la cual hay que adaptarse, habla asimismo de un tipo de cuidado y tipo de forma de relacionarse válidas y unívocas. Frases como “cumplir con las pautas” (Entrevistada N°5), o “hay mucha cuestión cultural difícil de sacar” (Entrevistada N°1), dan cuenta de esto.

Pensar en lógicas de cuidado también implica plantear el respeto por la elección acerca de cómo esos cuidados se llevan adelante, sobre todo porque hay comunidades que independientemente de su localía, experimentan formas de cuidado que permiten democratizarlos, socializarlos, delinear otras maneras que depositar toda la responsabilidad en la familia nuclear. Así lo expresa una de las médicas del Cesac: “hay algo también del grupo de mujeres que se juntan entre las madres, las abuelas, las tías, todas juntas, entre todas crían a los hijos de todas” (Entrevistada N°3).

Aparece también en algunos enunciados una suerte de confusión o mixtura de algunas nociones como cultura, educación y división sexual del trabajo. Si bien esta última se podría asociar más a la pregunta referida a la

situación socioeconómica de las familias y cómo influye en la distribución de cuidados, resulta repetida en las consideraciones sobre “lo cultural”. Esto nos permite pensar desde una perspectiva interseccional, dando cuenta que los análisis que podamos realizar sobre los cuidados no pueden escindir la clase, el género y la etnia/raza.

La apuesta interseccional, al disputar la noción de una posición política atada a una forma singular de identidad (por ejemplo, género, etnicidad, raza, clase social, etc.), se asienta en la necesidad de recuperar las experiencias de los grupos subordinados y las relaciones de poder que enfrentan en diversos contextos socio-históricos. Pero, además, la interseccionalidad viene a complejizar la concepción de género al concebirla una dimensión entre otras dentro del complejo tejido de las relaciones sociales y políticas (Magliano, 2015, p. 694).

Esto se despliega en algunos fragmentos de entrevistas:

“Pero creo que aparte de lo económico es lo cultural... la educación, no la cultura” (Entrevistada N°6).

Tener desventajas sociales hace que tengan peor evolución los pacientes porque no tienen acceso a la salud tan rápido, el nivel educativo de los padres es fundamental, esta netamente relacionado con la evolución posterior, los pacientes que tienen mayor nivel cultural, desde el punto de vista del acceso a la escuela, no es lo mismo tener un nivel de primario de educación a tener un nivel de secundario (Entrevistada N°7). Esto muestra una conexión que enlaza lo que llama “económico” (situación material, posición en las relaciones sociales de producción y reproducción), lo “cultural” (lo subjetivo, el sentido común hegemónico construido para sostener esa materialidad) y lo “educativo” (aquello que se enseña desde la familia y desde las instituciones).

En ese sentido, cuando se indaga en la influencia que lxs profesionales consideran que tiene la situación socioeconómica de las familias de lxs niñxs, todas afirman que impacta en la resolución de sus cuidados y en las formas en que puede llevarse adelante, y lo relacionan también al estado físico de salud, es decir a la capacidad de prevención de ciertas enfermedades. Así lo describe una de ellas:

A veces vienen con ojotas en pleno invierno porque no tienen otra cosa, y si terminan resfriados no vienen a la consulta. O que tengan hambre, me ha pasado, o con

muchísimo frío, que vienen con muchas mantas y acá se sacan todo, porque en la casa se corta la luz. Lamentablemente sí, a todos nos influye, no es lo mismo (Entrevistada N°1).

Existe otra variable, que se relaciona con lo anterior, que es la noción de que la mujer trabajadora debe hacer malabares entre poder cumplir con su jornada laboral fuera del hogar y la que parecería corresponder sin cuestionamientos, dentro del mismo. Es decir, como portadora intrínseca de la responsabilidad del cuidado de lxs niñxs, la mujer madre y trabajadora debe lidiar con sus -por lo menos- dos jornadas laborales extra e intradomésticas.

Para el cuidado sí, porque vos imagínate que si la mamá tiene al bebé chiquitito, no puede trabajar y ella con su trabajo podía mantener una economía para dar de comer a su bebé, va a influir, porque ella no puede trabajar, tiene que cuidar al bebé, y pienso que si para el cuidado sí influye (Entrevistada N°8).

Podría concluirse que tanto aquello que es identificado como "cultura", como la situación socioeconómica que atraviesan las familias, resultan en las entrevistas a los profesionales factores condicionantes a la hora de resolver los cuidados de niñxs en la primera infancia. La educación, como parte de esa "cultura" pero también como medio de acceso a mejores condiciones de vida, de entendimiento y de aprehensión de maneras de cuidar, entrecruzan todos los relatos.

Abordaje del equipo de Salud

En este apartado se analiza el abordaje que realizan los equipos de salud como categoría transversal a los distintos ejes anteriormente desarrollados, intentando visualizar la estrecha relación que existe entre las representaciones sociales relativas a los cuidados en la primera infancia y las estrategias de intervención que elaboran lxs profesionales de la salud. Entendiendo que las prácticas socio-sanitarias, en contexto de internación, episodios agudos o tratamientos ambulatorios relacionados con el proceso salud- enfermedad- atención- cuidado (PSEAC) de la primera infancia, pueden poner de manifiesto una trama compleja en la configuración de aspectos subjetivos relativos a la atención y cuidados de la salud de sujetos-pacientes, sus familias o redes de apoyo, consideramos no solo lo que las profesionales entrevistadas entienden por cuidados en la primera infancia,

sino también, cuáles son las cuestiones que tienen en cuenta al momento de la atención, modalidades de trabajo y tensiones o contradicciones que se presentan al interior de los equipos.

De las entrevistas realizadas se desprende que, en su mayoría, las profesionales entienden al cuidado en la primera infancia de forma integral, es decir que lo vinculan no sólo con cuestiones de índole físicas, relativas a los cuidados de situaciones de salud/enfermedad, sino que incorporan en sus discursos la importancia de cuestiones socio-culturales, económicas, habitacionales, vinculares y de concreción de derechos.

Cubrir las necesidades básicas de los chicos (...) no solo tiene que ver con la alimentación, la vestimenta, y todo eso, sino también con la estimulación, con lo emocional, con sostener, con el vínculo, con que el padre, la madre que se haga cargo del bebé. Y bueno (...) también si uno respeta al niño en su totalidad, los derechos del niño: llamarlo por un nombre, tener una identidad, todas estas cuestiones que están implícitas (Entrevistada N°1). Esas "cuestiones implícitas" que menciona la entrevistada, se podrían relacionar con aspectos subjetivos que se ponen de manifiesto y que configuran la relación profesional-usuarix, al tenerse en cuenta al momento de la atención y de evaluar estrategias de intervención. La mayoría de las entrevistadas refiere brindar recomendaciones, consejos, contención, manifestar fomentar buenos vínculos y prácticas, reforzar ideas de que el cuidado no solo depende de la madre, vinculando su labor también a cuestiones de índole "educativa". Algunas mencionan que no son madres, entonces fomentan el encuentro entre madres, entre cuidadoras que atraviesan situaciones similares o bien pueden compartir sus experiencias y reconocerse, permitiendo instancias de reflexión en las cuales también participan, porque se interpelan ciertas prácticas, imaginarios, conocimientos y el "no saber".

El rol de nosotras como médicas no es el mismo, más que nada porque la mayoría no tenemos hijos, no tenemos experiencia, hablamos como desde lo académico y entre ellas por ahí se dicen otros conocimientos (...) están acostumbradas a tener la voz de otra mujer que sabe, que crió a otros hijos (...) a nosotras también nos hacen pensar como profesionales y en general como personas, cosas que no se te ocurrían (...) ella viene y te dice mira en Perú le damos pescado, apenas nace le damos ceviche, bueno buenísimo, no sé (Entrevistada N° 3).

En líneas generales, las entrevistadas refieren trabajar con “lo que se puede”, con lo “posible”, siendo conscientes de que existen ciertos límites en la intervención, en tanto hay cosas que “no podemos dar” o “no podemos cambiar”, relativas a cuestiones socio-culturales, económicas, habitacionales, entre otras.

Las sociedades van cambiando y vos tenes que ir acompañando (...) nos frustramos todo el tiempo, pero hacemos todo para hacer lo mejor para esa persona (...) no lo que yo desearía. Yo te puedo decir lo que desearía pero sería un mundo que no es real (Entrevistada N° 6).

En estas instancias de reflexión o de interpelación de ciertas prácticas surgen también tensiones o contradicciones, tanto personales como con el equipo de salud. Por un lado, se problematiza la diferencia de criterios entre disciplinas al momento de evaluar situaciones, sobretudo, ante cuestiones socio-culturales o relativas al rol materno y la jerarquización del mismo por sobre el rol del padre, al pensar en cuidados de la primera infancia. Por otro lado, se percibe la influencia de ciertas representaciones sociales y prejuicios, miradas sesgadas o parciales frente a alguna situación que limitan o perjudican el abordaje integral de situaciones, como así también complejidades o limitaciones al momento de intervenir en situaciones de violencia o de consumo de sustancias, evidenciando dificultades en la materialización de políticas públicas en el marco de la normativa legal vigente en materia de niñez y adolescencia.

Se problematiza cuando no está la mamá... O sea muchas veces es el papá el que viene, y lo que preguntan es dónde está la mamá (...) muchas veces pasa que el papá es el que en ese momento no está trabajando o perdió el trabajo, y es la mamá la que sostiene económicamente, pero como que acá se problematiza al revés (Entrevistada N°5).

Esto deja entrever la influencia de ciertas representaciones sociales y prejuicios que, según la entrevistada, despliegan un “doble trabajo”, en una primera instancia con la familia, por la situación socio-sanitaria que presenta, pero también con el equipo médico, al tener dificultades para unificar criterios de intervención, ya sea por seguimiento de la situación, medidas de protección o determinar un egreso hospitalario, entre otras.

Al diferenciar el abordaje profesional entre el primer y tercer nivel de atención, se observa que, en su mayoría, las intervenciones que se realizan desde el ámbito

hospitalario son más instrumentales o focalizadas en los cuidados de enfermedades crónicas, en salas de internación y su posterior egreso, brindando una atención más individualizada, direccionada a incumbencias de índole “curativas”, y con cierta dificultad para entablar espacios grupales donde abordar cuestiones de cuidado, para las personas cuidadoras. En este sentido, la influencia de los imaginarios, creencias, subjetividades, posiciones de poder e intereses de profesionales de la salud, puede entrar en tensión con la OSC en el tránsito de una situación socio-sanitaria, en tanto “si la institución hospital define sus incumbencias como estrictamente curativas, la cuestión del cuidado tensiona las prácticas y los sentidos instituidos” (Moran y Pratto, 2014, p.323).

En comparación, desde el primer nivel de atención, se destacan los beneficios de las intervenciones grupales que realizan, fomentando el encuentro entre personas e instancias donde comparten experiencias, con la intención de generar vínculos comunitarios. La participación de las profesionales en estos espacios da lugar a la interpelación de ciertas prácticas profesionales, imaginarios y representaciones, que ponen en tensión la posición del “conocimiento” y de “saber” que socialmente se otorga al profesional de salud. Se percibe entonces la posibilidad de revertir ciertas lógicas socio-institucionales, buscando construir redes sociales de apoyo y sostén que impliquen lo comunitario y lo institucional, tendiendo a generar vínculos y estrategias de afrontamiento de la gestión de proceso salud-enfermedad y de las prácticas de cuidado (Garibaldi, et al., 2014)

Para concluir, del análisis se desprende que las mayores tensiones se producen entre “el ideal” y la “realidad”, entre el imaginario o lo que se espera de algunas situaciones y lo que realmente atraviesan algunas familias, vinculado a su vez al contexto, a las políticas públicas y la coyuntura socio-económica del país. De esta manera, se destaca la importancia de pensar el cuidado como algo intrínseco de las intervenciones en salud y del accionar institucional, afirmando que debe ser entendido como una acción integral que tiene significados y sentidos volcados hacia la comprensión de la salud como derecho, traducida en actitudes como tratamiento digno, respetuoso, de calidad, protección y vincular (Moran y Pratto, 2014).

Reflexiones finales

Los principales resultados esbozan las múltiples desigualdades que atraviesan los cuidados en la primera

infancia, marcando una accesibilidad diferencial a derechos de quienes son cuidadxs, como también, de quienes cuidan. La categoría de cuidados, en relación a las categorías de género-clase-etnia, permite reflexionar acerca de la dimensión social de los cuidados y de ciertos límites que se presentan en el abordaje de situaciones por parte de lxs profesionales del campo de la salud, permitiendo visualizar la necesidad de unificar criterios de abordaje que no limiten ni perjudiquen intervenciones de atención sanitaria, ni refuercen la idealización de la maternidad y familiarización/feminización de los cuidados desde los equipos de salud. En este sentido, ¿Cómo se elaboran estrategias de acompañamiento que no refuercen estereotipos funcionales a la política de reducción de costos en cuidados, que redundan en círculos de feminización de la pobreza?

En algunas entrevistas puede observarse que si bien se tiene en cuenta la conformación de familias que no responden a la heteronorma, se siguen reproduciendo en la atención de parejas disidentes, asignaciones de roles sociales propios de esquemas que pertenece al patrón cis heterosexual.

En muchos relatos se presentan dificultades para identificar la dimensión social de los cuidados, aquello que hace que los cuidados sean la condición de posibilidad

de reproducción de las personas y por lo tanto, de lxs trabajadores. Atento a ello, ¿Cómo se visibiliza y reconoce que si los cuidados son tareas sociales, deben también resolverse socialmente y no de forma individual o privada?

El movimiento feminista hace ya varios años viene señalando y luchando contra las distintas opresiones hacia las mujeres e identidades disidentes. En la actualidad este movimiento logró masivizarse y ha instalado en la sociedad y en la agenda pública debates históricos como la interrupción del embarazo, los femicidios y las violencias machistas que se suceden en lo cotidiano. También avanzó en la conquista de derechos y el reconocimiento de otras identidades, más allá del binarismo varón-mujer.

La feminización de los cuidados, históricamente señalada por este movimiento, actualmente está siendo cuestionada por parte de muchxs intelectuales, profesionales y funcionarixs públicxs, siendo la organización social de los cuidados el punto clave que se pretende instalar en la agenda pública. Como profesionales entendemos fundamental la construcción de políticas públicas que puedan generar cambios reales en la estructura hegemónica e histórica de la OSC. Este trabajo y sus reflexiones pretenden ser un aporte para eso.

Bibliografía

- Aguirre, R. (2005). "Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas". Montevideo: CEPAL.
- Esping-Andersen, G. (1993). "Los tres mundos del Estado del bienestar". Valencia: Alfons el Magnanim.
- Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (2012). "Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado". Buenos Aires: IDES – UNFPA- UNICEF.
- García Canclini, Néstor (2004): *Diferentes, desiguales y desconectados: Mapas de la interculturalidad*, Barcelona, Editorial Gedisa.
- García Melchor, N., Rosas Vargas, R., Leco Tomas, C. (2010). "Imaginario, Percepciones y Representaciones Sociales de la Migración Internacional: Un acercamiento teórico-metodológico para su estudio en el ámbito comunitario". En *Revista CIMEXUS*, Vol. 5, núm. 1. Páginas 59-69. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México.
- Garibaldi V., Incocciati M.L., Schultheis, L. (2014) "Reflexiones en torno a la intervención del trabajo social en las instituciones de salud: El cuidado a los que cuidan y el atravesamiento de las concepciones hegemónicas de familia y cuidado". *Revista Debate Público, Reflexiones de Trabajo Social*. Año 4. Número 8. CABA.
- Laurell, A. (1982). "La Salud-enfermedad como proceso social". México: Cuadernos Médicos Sociales N°19. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/mat-biblio/laurell.pdf>
- Magliano, M. J. (2015). "Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos". *Rev. Estudios Feministas*. Vol.23, n.3, pp.691-712.
- Moran, N., Pratto L. (2014) "La dimensión de cuidado en las instituciones de salud Una mirada desde el Trabajo Social". En: *Trabajos seleccionados: V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad / Marcela Benegas...* [et. al.] Capítulo 19 - 1a ed. - CABA: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Oberti, P. (2015). "El estudio de las representaciones sociales como aporte para las intervenciones profesionales". En *Revista Fronteras* N°8, Páginas 157-162. Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Uruguay.
- Razavi, S. (2007). "The Political and Social Economy of Care in a Development Context". En: *Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Recuperado de [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/2D-BE6A93350A7783C12573240036D5A0/\\$file/Razavi-paper.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2D-BE6A93350A7783C12573240036D5A0/$file/Razavi-paper.pdf)
- Rodríguez Enríquez, C. y Marzonetto, G. (2015). "Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina". En: *Revista Perspectivas de Políticas Públicas* Año 4 N° 8 (Enero-Junio 2015).

