

Universidad de la República
Facultad de Psicología

Las versiones del cuidado
en el Centro Hospitalario Pereira Rossell



Para optar al título de Magister en Psicología Social

Psic. Beatriz Almandóz

Co-Directora de Tesis y Directora Académica Profa. Adj. Mag. Mónica LLadó

Co-Directora de Tesis Profa. Adj. Mag. Cecilia Marotta

Montevideo 2018

A Nahuel, Franco y Guido

índice



Índice

<i>resumen</i>	7
<i>abstract</i>	8
<i>1 – introducción</i>	9
<i>2 – cuidado</i>	16
<i>2.1 – estado del arte</i>	21
<i>2.2 – fundamentación</i>	28
<i>3 – referencias conceptuales</i>	31
<i>3.1 – producciones subjetivas</i>	34
<i>3.1.1 – prácticas</i>	35
<i>3.1.2 – lo discursivo</i>	41
<i>3.2 – objetivo general</i>	44
<i>3.2.1 – objetivos específicos</i>	44
<i>4 – metodología</i>	45

4.1 – ética-estética-política.....	52
4.2 – aproximación cartográfica y etnográfica.....	55
5 – <i>tránsitos y derivas</i>	61
6 – <i>un mapeo singular</i>	69
6.1 – actores.....	72
6.1.1 – organización.....	73
6.1.2 – funcionarios.....	78
6.1.3 – familias.....	83
6.1.4 – niños.....	86
6.2 – <i>composición del cuidado</i>	90
6.2.1 – prácticas.....	90
6.2.2 – género.....	95
6.3 – versiones.....	102
6.3.1 – <i>significación y sentidos</i>	102
6.3.2 – <i>vínculo</i>	111
6.3.3 – <i>espacio-tiempo</i>	115
6.4 – <i>reconocimiento e invisibilidad</i>	123
7 – <i>(in)conclusiones y líneas abiertas</i>	129

8 – referencias.....139

resumen

La presente Tesis se inscribe dentro del campo de los cuidados en la salud y pretende a través de un modo sensible de los encuentros, ser una contribución al desmontaje de sus formas identitarias. Para su realización tomó como referencia la perspectiva de una Psicología Social transdisciplinar, que centra su actividad en la creación de un campo problemático en permanente interrogación de lo establecido. Asimismo la inmersión en el campo privilegió la utilización de un conjunto de estrategias tendientes a un modo ético, estético y político de los encuentros.

De este modo se constituyó en objetivo de la investigación, la indagación de concepciones, sentidos y modalidades acerca del cuidado de niños internados en un espacio hospitalario y público. Al mismo tiempo se propuso comprender cuáles son las producciones subjetivas que sostienen y otorgan valoraciones a las prácticas de cuidado desarrolladas en ese espacio.

Se optó por una metodología de corte cualitativo con la articulación de propuestas de la *etnografía* y la *cartografía*. Se privilegió la posición de *extrañamiento* en la perspectiva de que el encuentro y las conversaciones pudieran convertirse en un acontecimiento en sí mismo. Para ello se propuso la utilización de un conjunto de estrategias en la pretensión de hacer audible las voces de quienes día a día permanecen junto a los niños.

A partir de las prácticas discursivas de trabajadores del hospital, se analizaron las diferentes líneas de sentido que componen un mapa donde surgió de modo relevante la figura de la cuidadora de niños. De los resultados destacamos el acceso a un plano de composición que permite pensar el cuidado en términos de creación, más allá de la reproducción de saberes y formaciones cristalizadas existentes, pertenecientes al plano de organización. De las versiones recogidas emergieron procesos de singularización a partir de figuras invisibilizadas, y al mismo tiempo muy efectivas, que en un laborioso ejercicio de acercamiento a los niños producen un alivio de sus padeceres.

Palabras clave: cuidado/hospital de niños–producciones subjetivas/producciones discursivas

abstract

This thesis is part of the field of health care and aims through a sensitive way of encounters, to be a contribution to the dismantling of their identity forms. For its realization, it took as a reference the perspective of a transdisciplinary Social Psycho-logy, which centers its activity on the creation of a problematic field in permanent interrogation of the established. Likewise, the immersion in the field privileged the use of a set of strategies tending to an ethical, aesthetic and political way of encounters.

In this way, the objective of the research was the investigation of conceptions, meanings and modalities about the care of children interned in a hospital and public space. At the same time, it was proposed to understand which are the subjective productions that sustain and give value to the care practices developed in that space.

We chose a methodology of qualitative cut with the articulation of et-nography and cartography proposals. The position of estrangement was privileged in the perspective that the meeting and the conversations could become an event in itself. For this, the use of a set of strategies was proposed in order to make audible the voices of those who day after day stay with the children.

From the discursive practices of hospital workers, the different lines of meaning that make up a map where the figure of the caregiver of children emerged in a relevant way were analyzed. From the results we highlight the access to a compositional plane that allows us to think about care in terms of creation, beyond the reproduction of existing crystallized knowledge and formations, belonging to the organizational plane. From the collected versions, singularization processes emerged from invisible figures, and at the same time very effective, that in a laborious exercise of approaching children produce a relief of their sufferings.

Keywords: care / children's hospital - subjective productions / discursive productions

introducción

1 – *introducción*

Lo que pasa es lo que pensamos y es, también, lo que todavía no podemos pensar sobre lo que está pasando.

Marcelo Percia. Deliberar la psicosis.

¿Cómo decir de la producción de una tesis? ¿Cuándo ubicar el comienzo? La producción de una tesis responde al objetivo de informar y difundir un conocimiento obtenido a través de una investigación. En este caso además, la investigación da cuenta de un aprendizaje logrado en el trayecto realizado a través de la Maestría en Psicología Social que la convierte en su contexto. Si hiciéramos un boceto aparecerían recorridos, travesías, trazos insistentes, junto a momentos privilegiados de sensibilidad y desenlace emocional de ciertas experiencias. Quizás en un momento un sacudón instala el interés y se produce una relación muy estrecha que nos lleva a privilegiar cierta temática. Seguramente ante la oportunidad de hacer una investigación, las interrogantes que permanecen activas en nosotros son guía en la búsqueda de lo que nos intriga.

Esta tesis se ubica en el campo de los cuidados en el ámbito de la salud, con la intención de hacer visible los sentidos que los componen. ¿Por qué el interés sobre los cuidados? Los pasos iniciados hace muchos años en torno a la comprensión de la vulnerabilidad humana, nos fueron llevando hacia esta investigación. Seguramente se actualizaron motivos personales que despertaron un interés afectivo y sensible por esta temática. Por no ser pertinente el tratamiento de esa cuestión, partiremos a mitad de camino, que converge con un trabajo desarrollado en este campo por varios años, como integrante de un equipo de docentes universitarios que lleva adelante una intervención en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Si bien con esta investigación pretendemos ampliar el conocimiento acerca de las prácticas de cuidado que allí se realizan, al mismo tiempo puede ser una oportunidad para los actores, de pensar acerca de lo que les acontece. Esto en coincidencia con el planteo de Spink (2005):

Formar parte de un tema-campo no es un fin de semana de observación participante en un lugar exótico sino, al contrario, es la convicción ético-política que como psicólogos sociales estamos en el campo-tema porque pensamos que las palabras que componen la idea dan una contribución. Que ayudan a redescubrir las cuestiones de un modo que es colectivamente útil y que pensamos tener, como psicólogos sociales, algo para contribuir (p.5).

Cierta información de la realidad que hemos obtenido contribuyó a construir variadas interrogantes acerca de los cuidados. Para producir cierta visibilidad sobre esta problemática nos propusimos investigar sobre las percepciones de diversos actores institucionales. Buscar el sentido de las acciones, los modos de expresión y las conexiones entre relatos dispersos. ¿Quiénes son los actores que ejercen el cuidado en el Hospital? ¿Qué concepciones tienen sobre los cuidados? ¿Cómo cuidan los diversos actores? Este cuidado, ¿dónde se origina? ¿Es un saber compartido, con quiénes? ¿Cuáles son las valoraciones que actúan sobre las prácticas de cuidado? La propuesta es indagar y profundizar en la visión que tienen acerca del fenómeno los funcionarios que día a día se vinculan con los niños.

La relación entre las modalidades de cuidado y las producciones subjetivas que los habilitan es estrecha, a tal punto que puede pensarse que asistimos a una composición de enunciados estereotipados, si esto es así, ¿es posible llegar a producir algún tipo de enunciación que modifique lo que aparece conformado como una realidad? En la aproximación al campo de los cuidados surge como guía del pensar la palabra *desamparo*. La condición humana nos hace vulnerables desde el inicio de la vida y nos acompaña durante todo su transcurso. Pero pensar en el desamparo de un niño se asemeja a un estar a la intemperie que produce angustia, capaz de hacer perder el sentido de la vida. ¿Cómo dotar de sentido la existencia? Si asumimos la angustia como parte de la condición humana, la angustia puede devolvernos la pregunta por el sentido. ¿Somos responsables de nuestra condición humana? ¿En qué relación nos colocamos con respecto a los otros? ¿Los otros podrán salvarnos? ¿Somos hospitalarios con esos otros? ¿Sería el cuidado un modo de *amparo*?

Desde un principio nos guiaba la existencia de un panorama de injusticias y desigualdades en torno a los cuidados, en el hospital. Esto como información recogida en el trabajo realizado como integrante de un equipo interviniente, que detallaremos en la fundamentación. Con la investigación nos propusimos abrir el camino para nuevas exploraciones y debates en torno a los cuidados como modo de identificar los espacios invisibles, los sentidos otorgados, nuevas versiones. Nos propusimos mirar más allá y el deseo de mirar más allá se transforma en mirar un horizonte que siempre se nos está alejando. Por lo que permanecemos alerta de no confundir lo visible con lo real, no fiarse de lo que se impone. Se trata de poner en juego el suelo de las certezas, el vínculo que se entabla y cómo este altera y modifica las formas instituidas.

Y al iniciar el recorrido nos situamos en la perspectiva de introducirnos en el “entre” del encuentro de dos mundos, pensados como el del investigador y el que se va a investigar,

requiere de una integración al mundo otro. Esto es, desconfiar de sus formas consagradas en búsqueda de lo otro de lo particularmente singular en un recorrido “menor” e inmanente, alejado de formas mayoritarias. Ello exige una suspensión del tiempo, una operación de intensidades productora de diversos modos de explorar lo real junto a una disposición para pensar de modo sensible. Nos introdujimos en el hospital en espera que algo aconteciera. El acontecimiento es imprevisible escapa a la explicación y se lo capta por medio de la sensibilidad, es una novedad. El lenguaje es insuficiente para dar cuenta de lo nuevo, produce una ruptura, es una línea de fuga, está compuesto por líneas de intensidades, velocidades, direcciones, que componen la realidad.

*- **pensares que acompañan***

La idea de un universo estable, homogéneo y pasible de predicción, ha dado paso a un mundo fluctuante, diverso e imprevisible. Esto nos exige pensar desde otro lugar, un lugar encarnado, histórico, desde las prácticas y los discursos; pensar en mutación, en la movilidad propia del pensar; involucrarnos y pensar en situación; en un ejercicio ético, estético y político que conlleva la creación.

Dejando de considerar al sujeto identitario, como sujeto de conciencia, permanente, idéntico, hombre esencia, universal, como plantea Foucault (s.f.) que produce “una encerrona empírico trascendental”, pasando a hacer un ejercicio crítico de los modos históricos de producción de subjetividad. Las condiciones socio-históricas crean al hombre necesario para esa sociedad, condiciones de producción del modo de ser sujeto en una época. Semejante a una tensión que se produce entre los cuerpos y produce sentido en el “entre” con la ilusión que este sentido resista a las formas de dominio. Problematizar las formas de saber y los dispositivos de poder, requiere de un modo de pensamiento que es a su vez un modo de existencia y despliega relaciones en el campo del pensar y el hacer, un pensamiento experiencia.

"Pensar es experimentar, pero la experimentación es siempre lo que se está haciendo: lo nuevo, lo destacable, lo interesante, que sustituyen a la apariencia de verdad y que son más exigentes que ella" (Deleuze y Guattari, 1991, p.112). Este pensar se aleja de las hegemonías y se transforma en la diversidad de campos afectivos y productivos con los que entramos en relación, pues el pensamiento es afirmativo, crítico, productivo y de resistencia. Es situacional, pues las situaciones engendran acontecimientos en un proceso inmanente y en devenir, el devenir no es un antes y un después, es ambos a la vez.

La experiencia del presente es la experiencia del consumo; el yo captura el presente y aparece el sufrimiento por no poseer y es posible una salida a través del pensamiento. Por medio de un desviarse que implica un fugarse para no ser capturado, al tiempo que mantenerse en tensión sosteniendo una promesa en el porvenir. Y creamos, en el intento de un espacio donde el otro no quede atrapado en la "forma" pues el sufrimiento es estar atrapado en la forma. Realizando el intento de crear un espacio donde sean posibles las transformaciones y el pasaje a otras formas posibles, es crear espacios de potencia. Somos concientes que nuestra acción tiene un límite, podemos instrumentar una serie de maniobras pero hay un punto de inflexión. No controlamos el acontecimiento, se produce o no. Si hay conectividad, jugando una distancia habilitante, si hay encuentro, si hay intensidad, se puede generar una composición. Los "decires" precedentes han surgido desde los "haceres", la implicación es constante, ¿nos hacemos cargo? Es una decisión política y no hay neutralidad posible, tan solo un recorrido de los tantos posibles.

En esta tesis hablamos en términos de nosotros porque nos proponemos dar lugar a la palabra del otro. Lo pensado, lo escuchado, fue pensado con otros y experimentado con otros y sin esos otros no hubiese sido posible este trabajo. Y allí en el "entre" se genera el sentido escapando a una relación dicotómica donde lo dialógico se convierte en una co-creación de nuevo sentido a lo particularmente singular. Como dice Deleuze (1980) acerca del sentido: "(...) irreductible a los estados de cosas individuales, y a las imágenes particulares, y a las creencias personales, y a los conceptos universales y generales" (p.20). Así se genera un pensamiento vinculante, conectivo y que piensa la encrucijada que a diferencia del conflicto, no se resuelve, se la transita y se la interroga. Propone Blanchot (1990) un pensamiento de distancia, un pensamiento desplazado hacia el afuera, que ya no nos pertenece, se trata del "no lugar" de Foucault (1966) que sería el espacio del (...) "pensamiento del afuera" (...) "ese afuera donde desaparece el sujeto que habla" (p. 5). Blanchot (1990) también refiere al pensamiento del afuera, como traspasar su límite, cuando el pensamiento rompe con la autoría, es la no relación.

Una relación neutra que yuxtapone las cosas sin relación alguna, plantea el autor (...) "ni lo uno ni lo otro" (...) "Ni ni lo otro nada más preciso lo otro de lo otro, lo no conocido de lo otro" (Blanchot, 1994, p.104-108). El silencio de lo neutro prepara la escucha de aquello que no ha sido dicho ni pensado, se trata de la suspensión del sentido para hacer lugar a lo plural. Como posibilidad de lo errante, una posición del habla que no niega ni afirma, se abre a lo ilimitado de la diferencia, al vacío de la diferencia, sin darle forma permite dar sentidos. Lo neutro es invención de un espacio que desplaza sentidos, es la posibilidad de alojar lo otro, de desarticular lo consolidado.

- instancias

Seguidamente a esta introducción continuamos con el segundo módulo “cuidados” donde en la primera sección abordamos algunas concepciones existentes, que componen esta noción. A continuación en la segunda sección exponemos una trayectoria por el “estado del arte” que nos exigió una selección debido a la profusión de materiales existentes respecto al tema. Dicha selección se centró en primer término en la búsqueda de quienes son designados naturalmente, a la tarea de cuidado. Continuamos con el estado de las concepciones actuales acerca de la niñez y su convergencia con ciertos requerimientos del cuidado infantil. Y concluyendo el estado del arte, los aspectos referidos a ciertas características de las actividades de cuidado y de quienes las realizan. En la tercera sección de este primer módulo ubicamos la “fundamentación” de esta investigación.

El tercer módulo expone las “referencias conceptuales” acerca de los aspectos teóricos que sostienen e ilustran sobre cierta modalidad de ejercicio del pensamiento. Se explicita la concepción acerca de las “producciones subjetivas” que nos alejan de la noción de sujeto. Ellas se hacen visibles a través de las “prácticas” tomando en cuenta su “materialidad e inmaterialidad, las formas y fuerzas” que en su interjuego sostienen su estereotipia o promueven la transformación. A su vez en las prácticas encontramos las “significaciones” instituidas de los modos de llevarlas a cabo y la posibilidad de producir nuevos “sentidos”. Asimismo abordamos las nociones de “tiempo y espacio” en que se realizan las prácticas, colaborando en los modos de acción. En el siguiente apartado nos referimos a los referentes que nos habilitan a investigar a través de “lo discursivo” de los actores. Finalizando este apartado exponemos el “objetivo general” de la investigación y a continuación los “objetivos específicos”.

El cuarto módulo se refiere a la explicitación de la “metodología” que nos propusimos, haciendo hincapié en el apartado “ético-estético-político” relativo al posicionamiento en los encuentros con los actores. El siguiente apartado refiere a los instrumentos utilizados que son una “aproximación cartográfica y etnográfica”.

El quinto módulo nombrado como “tránsitos y derivas” transmite aspectos relacionados al modo de acceso al campo.

El sexto módulo se refiere al análisis de los materiales obtenidos a través de un “mapeo singular” en concordancia con la metodología que nos propusimos, junto a su discusión. A través del mapa construimos diversas líneas que lo componen. Ellas son: “los actores” del hospital, la “composición del cuidado”, las “versiones del cuidado” y el “reconocimiento e invisibilidad” de los actores del cuidado.

Finalizando, el sexto módulo presenta los resultados obtenidos a través del análisis de la investigación, nominados “(in) conclusiones y líneas abiertas”. El módulo 8 contiene las “referencias” a los autores y materiales que nos acompañaron a pensar .

cuidado



2 – *cuidado*

Cuidar ¿un arte que se cultiva? ¿Arte de crear con otros? Solo un estudio local puede dar consistencia al sentido que define el modo de llevar a cabo una práctica, pues los universales responden a categorías estancas que niegan lo heterogéneo y están basados en la idea de esencias permanentes. El Diccionario de la Real Academia dice:

(Del lat. *cogitātus*, pensamiento).

1. m. Solicitud y atención para hacer bien algo.
2. m. Acción de **cuidar** (ll asistir, guardar, conservar). *El cuidado de los enfermos, de la ropa, de la casa.*
3. m. Recelo, preocupación, temor.

¿Qué significa *hacer bien algo*? Existen conceptos universales y generales acerca de los significados que imprimen en las prácticas un modo verdadero de realizarlas. La palabra y el concepto se diseminan por el cuerpo social a través del lenguaje, el sentido común, las costumbres y otros saberes -la ciencia entre ellos- naturalizando lo que está bien y lo que no. De ese modo un aspecto moral conforma las prácticas estableciendo una serie de saberes acerca de ellas. Es así como utilizamos verdades que como dijera Nietzsche (1990): "(...) las verdades son ilusiones de las que se ha olvidado que lo son" (p.25). Por otra parte, en referencia al recelo, la preocupación y el temor los podemos pensar como afecciones resultantes de la actividad de cuidar a un otro. En el proceso de investigación nos abocamos a interrogar los significados del cuidado abordando su complejidad.

Nos propusimos indagar a qué mandatos sociales responde el cuidado que se realiza en CHPR, el único Hospital de niños de nuestro país situado en la capital de la república. ¿Cómo se lo piensa y qué impensados están presentes en dicho saber? Con la intención de poner en cuestión y localizar los supuestos que lo sostienen, abrimos varias líneas que hacen a su complejidad. Pretendimos abordar el modo en que se producen y significan los cuidados en dicho ámbito, buscando los sentidos locales de un saber aparente, susceptible de revisión. En primer término el abordaje lo hicimos en torno a una mirada global de los mismos, para luego y por intermedio del análisis acceder a lo local.

Podemos afirmar que debido al estado de indefensión en que nacemos los seres humanos, se requiere desde el nacimiento la presencia de un otro que brinde las funciones de sostén y soporte para el mantenimiento de la vida. En el período socio-histórico en que nos encontramos las tareas de cuidado y sostén se le atribuyen a la mujer y en primer término a la madre. Badinter (1981) casi a fines del siglo pasado ya dejaba planteada la interrogante acerca de la existencia del instinto maternal. La autora plantea que el fenómeno biológico y

fisiológico del embarazo funda la actitud materna extendida a largo plazo -o sea hasta la adultez- en la crianza y la educación. Y desde esta óptica se torna dificultoso explicar los fallos de la maternidad en los casos de abandono. Y continúa con que esto lleva a cuestionar esa creencia que mayoritariamente considera que el instinto maternal es una condición del ser mujer. También se refiere a la transformación de las concepciones tanto de la maternidad como de la paternidad a lo largo del tiempo. Los estudios realizados acerca de las sociedades primitivas, observan que en algunas de ellas el padre era más maternal que la madre, pero esto no ha podido poner en tela de juicio nuestras propias normas al respecto.

En el intento de continuar problematizando este tema planteamos que la mirada que ejercemos sobre una porción de la realidad, la construye. Los aportes de Calquín (2013), son por demás elocuentes en relación a mostrar cómo ha sido construido un *disciplinamiento* en torno al *cuidado materno*: “Ninguna mujer se siente con el derecho de pensar el cuidado como fuente de insatisfacción o de cansancio físico y emocional; el significado del cuidado no admite otras interpretaciones más que las hegemónicas” (p. 128).

Otro aporte en esta línea es el de Carol Gilligan (citada por Molinier, 2012, p.18) a quien se le debe la primera teorización acerca de la ética del cuidado. Ella plantea como inherente a la naturaleza humana la capacidad de preocuparse por el otro. Pero dice que dentro de la visión patriarcal se concibe una ética femenina del cuidado, considerándola una actividad desinteresada y altruista de mujeres *buenas y dedicadas*. De ese modo el cuidado se convierte en actividades de *ángeles o santas* por lo que no es necesario pagarles.

En cuanto a estos significados hegemónicos del cuidado, en la atribución de los mismos a la mujer y considerando que el sistema sexo-género guía ciertas prácticas, resaltamos otro aspecto. Actualmente asistimos a una diferenciación con otras actividades consideradas femeninas, como es el ámbito de lo doméstico, existiendo diferencias de planos según la posición ocupada por las mujeres. No todas las mujeres pueden cuestionar el lugar que ocupan pues el campo de posibles acciones de transformación se ve controvertido debido a que no está democráticamente repartido, involucra a algunos grupos de mujeres y no a otras. En ciertos sectores de la sociedad como son las poblaciones más pobres y los sectores de trabajadores, las actividades de la mujer continúan siendo incluidas dentro del ámbito de lo doméstico. En cambio en los sectores socio-económicamente más privilegiados, la mujer accede más fácilmente a un cierto estado de autonomía. Debido a que el trabajo es relegado a otras mujeres que realizan el cuidado de los niños y del hogar de modo remunerado. De todos modos este sector coadyuva en el mantenimiento de la

naturalización del género como central en el ámbito de lo doméstico donde se incluye el cuidado.

Lo anteriormente planteado lo podemos conectar con el Sistema Nacional de Cuidados que en su propuesta de brindar cuidados a cierta población de sectores económicos desfavorecidos podría realizar un reacomodo de esta desigual situación. Sin embargo esto parece ser insuficiente si los actores continúan siendo mujeres. Allí aparece una controversia entre lo que se considera trabajo, a qué aspectos responde el cuidado y en quién queda colocado.

Butler (2006) se interroga acerca de si la existencia del género es anterior a su *regulación* o es la regulación que hace emerger el *sujeto del género*. Asimismo Preciado (2011) hace referencia a una tecnología social heteronormativa que a través de las instituciones lingüísticas, médicas y domésticas, se producen *cuerpos-hombre* y *cuerpos-mujer*. Pareciera una disgresión pensar en el sistema sexo-género pero no lo es. Como decíamos anteriormente y aquí lo reafirmamos, en la conjunción con otros elementos compone un modo de producción subjetiva en relación al tema de los cuidados que nos ocupa. Lo que nos llega a través de la subjetividad capitalística como plantean Guattari y Rolnik (2006) son:

(...) sistemas de conexión directa entre, por un lado, las grandes máquinas productoras y de control social y, por otro, las instancias psíquicas, la manera de percibir el mundo (...) la identidad es aquello que hace pasar la singularidad de las diferentes maneras de existir por un solo y mismo cuadro de referencia identificable (p.84-86).

Lo anteriormente mencionado produce un modelo que se configura en la repartición de lo masculino y lo femenino. A través del modelo se naturaliza la concepción de quién está apto para realizar ciertas acciones, otorgando al sujeto de la acción una cualidad históricamente innata para ejercerlo. El planteo de Irene Comins (2003) complementa el nuestro: “Como hemos señalado anteriormente, ya desde la primera infancia se transmiten los roles de género y se construyen las identidades de niños y niñas con base en ellos” (p. 100).

Continuamos con las perspectivas conceptuales de dos autoras reconocidas, a modo de saber de qué hablamos cuando hablamos de cuidado. Wlosko (2010), alude a dos versiones del cuidado. Con el término de “care” se refiere al cuidado que se hace extensivo desde el nacimiento hasta el fin de la vida y que porta una dimensión *propriadamente afectiva*. En cambio, “cure”, *designa la vertiente curativa*. El “care” comporta una serie de actividades que implican tanto lo doméstico como todos los trabajos de asistencia, entre ellos el cuidado de los enfermos. A su vez problematiza la permeabilidad existente entre amor y trabajo que lleva a una confusión en los servicios de asistencia. El amor colocado en este nivel puede enmascarar el “care” haciéndolo soportable, además de contribuir a su naturalización como actividad femenina resultante en su invisibilidad. “La angustia engendrada por el sufrimiento

del otro desencadena un proceso psíquico de *identificación compasiva* (compasión: *sufrir - con*) que se pone en marcha a fin de poder trabajar” (Molinier, 2004, citada por Wlosko, 2010, p.7).

Un estudio de Molinier (2015) hace foco en los trabajadores hospitalarios y en las afectaciones que se producen, ubicando el tema en el ámbito de los cuidadores hospitalarios. Ella también se refiere a este aspecto del amor y distingue el cuidado del don o del amor pues el cuidado implica un esfuerzo y lo plantea como un trabajo, como un saber hacer. Además sus características hacen a su devaluación: “El cuidado genera sufrimiento, malestar, asco, miedo, emoción, excitación, tristeza, y a veces odio” (Molinier, 2015, p.137). La autora se refiere a la necesidad de elaboración de forma colectiva de esos sentimientos contradictorios, dolorosos y ambivalentes. Dicha elaboración evitaría recurrir a acciones defensivas que los distancian de las personas “que (mal) tratan o (mal) atienden”. Estas afecciones relacionadas al cuidado demarcan la división del trabajo, por ejemplo, los médicos y los administradores, para llevar adelante su trabajo no deben ser conmovidos por las personas. Esa conmoción es asunto de quienes están más cercanos al paciente, o sea, quienes los cuidan. En referencia al “care” plantea que esta actividad la realizan funcionarios que no son médicos. A estos les corresponde la atención y la sanación, que componen otra dimensión del cuidado. Otro aspecto trabajado por la autora, pertinente para nuestro estudio, es en cuanto a la existencia de idiomas irreconciliables en el ámbito hospitalario como son la gestión y el cuidado. Debido a que el sistema neoliberal se ha extendido al ámbito de la salud entre otros, las formas de gestión y evaluación que ello conlleva hace que los administradores no estén en condiciones de entender los efectos de sus decisiones. Según Molinier (2014) el neoliberalismo promueve un valor en torno a la autonomía del ser humano pero no existe dicotomía entre quien cuida y quien es cuidado. La autonomía personal es una mentira pues: “(...) siempre hay alguien apoyando de manera discreta” (p.134), esto debido a que los seres humanos somos dependientes de los demás debido a nuestra vulnerabilidad .

Para finalizar con esta aproximación al campo de los cuidados, coincidimos con Molinier (2015) en jerarquizar la importancia de ubicar la ética en el centro de la actividad de los cuidados y la ética no se mide. Lo que está en juego en esta afirmación refiere a que las necesidades de cuidado no se pueden medir en las tablas y estadísticas de la gestión. Y actualmente, el modelo neoliberal de gestión es un modelo económico pero también político y se consolida a través de las prácticas de investigación, entre otras. Y finaliza la autora diciendo que mientras los investigadores pierden su tiempo en proyectos financiados, no piensan y no despiertan políticamente.

Un trozo de literatura nos ilustra acerca de aspectos que nos permiten pensar la importancia de lo importante que a veces queda de lado en asuntos del cuidado. Según Blanchot (1981), la ficción vive en las palabras a través de las cuales se realiza y es más real que muchos acontecimientos reales.

Una clase de Medicina

Rubén Omar Sosa escuchó la lección de Maximiliana en un curso de terapia intensiva, en Buenos Aires. Fue lo más importante de todo lo que aprendió en sus años de estudiante.

Un profesor contó el caso. Doña Maximiliana, muy cascada por los trajines de una larga vida sin domingos, llevaba unos cuantos días internada en el hospital, y cada día pedía lo mismo:

–Por favor, doctor, ¿podría tomarme el pulso?

Una suave presión de los dedos en la muñeca, y él decía:

–Muy bien. Setenta y ocho. Perfecto.

–Sí. doctor, gracias. Ahora, por favor, ¿me toma el pulso?

Y él volvía a tomarlo, y volvía a explicarle que estaba todo bien, que mejor imposible.

Día tras día, se repetía la escena. Cada vez que él pasaba por la cama de doña Maximiliana, esa voz, ese ronquido, lo llamaba, y le ofrecía ese brazo, esa ramita, una vez, y otra vez, y otra.

Él obedecía, porque un buen médico debe ser paciente con sus pacientes, pero pensaba: Esta vieja es un plomo. Y pensaba: Le falta un tornillo.

Años demoró en darse cuenta de que ella estaba pidiendo que alguien la tocara.

Eduardo Galeano, Bocas del Tiempo.

2.1 – estado del arte

En el apartado anterior, nos centramos en ciertas perspectivas relacionadas a la comprensión general de los cuidados. Continuando con el recorrido ya iniciado, nos aproximamos a investigaciones e intervenciones relativas al problema de investigación que nos atañe. Advertimos que se trata de una selección de la profusa literatura existente en nuestro país.

En el período 2010-2015 el gobierno de nuestro país sentó las bases para la construcción de un Sistema de Cuidados en Uruguay. Se implementó una etapa de debate en la que participaron 3000 personas y más de 1800 organizaciones. En 2015 la Junta Nacional de Cuidados elaboró un documento a través de comisiones interinstitucionales y finalmente en 2016 se aprobó y promulgó la Ley de Cuidados N° 19.353. Esta ley establece que tienen derecho a ser cuidados las niñas y niños, personas con discapacidad y personas mayores en situación de dependencia. El Estado con la aprobación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) se ha involucrado en la temática del cuidado en base a principios conceptuales consensuados durante el debate, considerándolos como un derecho de la población.

En las indagaciones realizadas sobre sus documentos, encontramos en uno de ellos, el planteo de que el SNIC (2012) se refiere exclusivamente al cuidado de la población dependiente, excluyendo explícitamente el cuidado del hogar y el cuidado de la enfermedad, dado que esto último es responsabilidad del Sistema Nacional Integrado de Salud (en adelante SNIS). Demarca la población objetivo: niños/as de 0 a 12 años con énfasis en el grupo de 0 a 3 años; las personas con discapacidad y los adultos mayores dependientes. Se expresa además que se verían involucrados en el sistema otro grupo de personas como son cuidadoras/es, remunerados/as o no remunerados/os.

Debido al interés de esta investigación situada en el ámbito de salud, incursionamos en los documentos que implementaron desde el Estado el SNIS (2005-2009). El pleno del Poder Ejecutivo -luego de su aprobación por el Poder Legislativo- promulga en diciembre de 2007 la creación del nuevo SNIS. Accedimos a la ley N° 18.211 (2007) por la que se estableció la puesta en marcha de dicho sistema. En el cap. I, art. 3° F, en referencia a los principios rectores del sistema se propone: “La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios”. En el mismo cap. art. 3° E: “La orientación preventiva, integral y de contenido humanista”. Y en el cap. V, art. 45 C, relativo a la cobertura de la atención médica, entre otras disposiciones se refiere a sus cometidos, entre los que se encuentran los cuidados paliativos, sin referencia al resto de los cuidados.

Por otra parte el SNIS se propone alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población, con un modelo de atención integral y promover el desarrollo profesional de los funcionarios de la salud, entre otros. Luego de muchas lecturas y relecturas de este material, finalmente encontramos que dentro de sus objetivos, existe un apartado referido a la fijación de metas sanitarias claras. En dicho apartado se establece que se avanzará en el diseño e implementación de políticas poblacionales que -entre otros- incluyan el sistema de cuidados.

De todos modos pudimos advertir la inexistencia de referencias a la especificidad del cuidado hospitalario infantil, lo que nos induce a pensar que quizás esté integrado a la atención asistencial que llevan a cabo los actores de la salud. Nos parece significativo que no se lo mencione, tal vez esté naturalizado o invisibilizado. Otro aspecto que consideramos es que la exclusión que hace el SNIC, quizás haga referencia al “care” en su dimensión afectiva, como vimos anteriormente. En cambio el “cure” le correspondería a la salud, debido a su designación relativa a una vertiente curativa. Nos surgieron algunas interrogantes al respecto, ¿es posible separar estas dimensiones que componen el cuidado? ¿se trata de un reparto de funciones acerca de qué corresponde a quién? Luego de la creación del SNIC pareciera que aún queda por hacer en torno a la temática del cuidado, al menos en lo que refiere al ámbito de la salud.

A continuación abordamos los materiales a los que accedimos -de nuestro país- que aportan a nuestra investigación, organizados en tres apartados. Uno haciendo referencia a quién/quienes está asignado el cuidado, otro referidos a la infancia y en tercer lugar los alusivos a la situación de los cuidadores/as.

- ¿quién cuida?

Durante los años de lanzamiento de la propuesta de crear un sistema de cuidados, surgieron diversas voces desde el ámbito académico en nuestro país. Fue así que se instaló un discurso de equidad de género y derechos en torno a colocar el tema de los cuidados en la agenda pública. Los materiales consultados aportan datos en relación a la prevalencia de un modelo de atención a las personas dependientes, familiar y específicamente de alta feminización, que se lleva a cabo sobre todo en el hogar y por lo consiguiente no es remunerado. A su vez se definen otros sectores de cuidados, como los enfermeros, el trabajo doméstico, los servicios de acompañantes, etc. en su mayoría acrecentados en número en los últimos años, debido a la incorporación de la mujer al mundo del trabajo remunerado. Son elocuentes los trabajos realizados por Aguirre, Batthyány, Genta y Perrota, entre tantos otros. Aguirre et.al. (2014) plantean que la importancia que adquirió la temática de cuidados se debió a su articulación con las desigualdades de género, al estar dicha actividad asignada culturalmente a las mujeres. En la consideración del cuidado como un derecho se requiere que el Estado lo garantice lo que implica la co-responsabilidad compartida entre varones y mujeres, entre estado, mercado, familia y comunidad.

En una investigación realizada por Batthyány et.al (2014) referida a cuidados en salud no remunerados, entre otras conclusiones muestran que en una alta proporción los proveen los hogares y las mujeres. Por lo que plantean la interrogante acerca del rol del Estado en la

provisión de dichos cuidados al tiempo que visibilizan una problemática. Debido a su poca o nula institucionalización, tiene costos para quienes se hacen cargo de dichas tareas, las mujeres. Otra investigación de Batthyány et.al. (2014) encuentra junto a las características y normas que orientan los comportamientos de cuidado provenientes de saberes expertos, la importancia del aspecto afectivo asociado a la naturaleza femenina. Si bien se contempla la posibilidad del cuidado compartido, en el material recogido aparece la contradicción con ciertas expresiones que lo vinculan con una cualidad innata. En ese mismo trabajo la autora destaca la existencia de una visión tradicional que se hace presente entre los expertos entrevistados. Se refiere a la visión más rígida del rol materno, insustituible en la primera infancia. Por otra parte se hace presente una contraposición entre los derechos de la mujer y los de la infancia, desconociendo su dimensión vincular.

Podemos concretar ciertas ideas que nos surgen a partir de los materiales leídos. Por medio de la naturalización se valora socialmente que la mujer se haga cargo de los cuidados al tiempo que existe una desvalorización ante su no cumplimiento. El hombre -en menor proporción- también cuida y sin embargo está exento de desvalorización en caso que no la realice. Para el hombre existen disculpas y para la mujer culpabilización. Por otra parte a pesar de la declinación del modelo médico hegemónico occidental, este continúa actuando con una organización burocrática y tecnocrática de los sistemas de salud. Con un enfoque centrado en regularidades y no en singularidades, apuntando a un modelo familístico caracterizado por una centralidad en la modalidad vincular. Estas ideas al parecer disímiles, nos generan la sospecha de encontrarse en un mismo plano. La designación de quién debe cuidar regido por aspectos morales trascendentes y el modelo organizativo de los sistemas de salud, por una lógica de control sobre la vida.

- cuidado infantil

La pertinencia de esta búsqueda se basa en la especificidad de esta investigación acerca del cuidado de niñas y niños. Destacamos la importancia de visibilizar el proceso mediante el cual se arribó a las concepciones actuales sobre la niñez. Para ello seleccionamos autores que colaboran en dicha propuesta. Leopold Costábile (2002) tomando referencias de varios autores que trabajan el tema, sitúa la aparición de la infancia en el pasaje del siglo XVI al siglo XVIII en Europa. A través de diversas transformaciones socio-históricas enmarcadas en la consolidación de la sociedad moderna, se comienza a pensar que los niños portan particularidades que lo distinguen del adulto.

Otros trabajos de interés, se relacionan con la creación de los conceptos de niñez o de infancia en nuestro país. Consideramos como un aporte relevante el libro de Palumbo et.al.

(2012), que en base a una pormenorizada investigación documental, trata de la gestación y fundación del CHPR. Las autoras plantean el surgimiento del niño como sujeto diferente, a mediados del siglo XIX. Los cambios en la conceptualización de la infancia se dieron en sus comienzos en la Medicina y la Educación. No fue sino hasta principios del siglo XX que se lo diferenció como sujeto de derecho jurídico. La sociedad y el Estado asistieron a un cambio de su sensibilidad en el que dos sectores vulnerables de la sociedad -la mujer y el niño- comenzaron a configurarse como sujetos de derecho. Esto implicó el nacimiento de especializaciones que atendieron a estos sectores como fueron la pediatría y la ginecología respectivamente.

En relación a ello Leopold Costábile (2014) considera otro aspecto y visibiliza los atributos con que la modernidad definió la infancia. El discurso político-legislativo planteó al niño en un estado de debilidad requiriendo cuidado, protección adulta, vigilancia y disciplina. Concebido como *figura dependiente y objeto de cuidado*, en consideración de su aspecto *moldeable*, en pos de que a futuro se convirtiera en un adulto saludable. La concepción de dependientes y subordinados a quienes hay que encauzar y corregir, los colocó en una dicotomía de ángeles y demonios, de este modo se diferenció entre niños y menores. Considerando las mutaciones actuales, entre ellas la relación adulto-niño la autora plantea la existencia de un proceso de redefinición de la infancia, al tiempo que una imposibilidad de emitir conclusiones al respecto. La autora indica cierta producción subjetiva que problematiza un aspecto de la sociedad en que vivimos: “Diluído el lugar del adulto, en lo que refiere a la autoridad y a la responsabilidad con respecto al niño, la infancia, de manera paradójica, deviene superpoderosa, pero al mismo tiempo resulta olvidada” (Ribes, citado por Leopold Costábile, 2002).

Esto último pone en cuestión los discursos relacionados al cuidado de los niños. Nos surge la interrogación acerca de la situación en la que nos encontramos hoy en torno a la consideración de la niñez y su cuidado. Pensando el cuidado como una actividad socialmente construida y compartida que genera un espacio de saber-hacer instituido, nos preguntamos: ¿Cuáles son los instituidos que circulan actualmente? ¿Cuáles las modalidades capaces de revertir la situación actual? ¿Cuáles aspectos de los materiales recogidos se han puesto en práctica o han quedado en el plano de las ideas? En el Documento Base para la Infancia del Sistema de Cuidados (2011) se plantea el desarrollo integral de la primera infancia como asunto de Estado. Siendo este quien tiene la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas. En el caso de la infancia se pretende ampliar la oferta de servicios existentes para su cuidado y atención, por tener el Estado un rol de protección mayor.

Otro aspecto es el aportado por Batthyány (2010) quien integra en el cuidado infantil un aspecto material, pues lo considera un trabajo; otro económico que implica un costo y uno psicológico en el establecimiento de un vínculo afectivo. También encuentra una frontera difusa entre el cuidado y la educación inicial. En otra investigación de Batthyány, et al. (2014), refieren lo siguiente: “(...) uno de los aspectos destacados es la centralidad de la dimensión vincular de los cuidados infantiles (...) quedan incluidos las dimensiones de afectividad, sostén emocional y la habilitación de la construcción del niño/a como sujeto” (p. 56). Consideramos que el tratamiento que se realiza del tema resulta de una composición donde se integran diversas dimensiones resultantes de la complejidad del mismo. Aguirre (2012), en el marco de un Seminario Internacional sobre Cuidados, plantea la coexistencia de discursos en torno al cuidado infantil, son ellos el educativo, psicológico, médico y político. También accedimos al Documento Base de Infancia (2011) elaborado por un equipo en la etapa de debates acerca de la construcción del SNIC, cuya consultora responsable es Gabriela Etchebehere. En él se define que el desarrollo integral del niño supone: “(...) una adecuada alimentación, cuidados sanitarios, estimulación temprana y una educación inicial de calidad” (Etchebehere et. al. 2011, p.21). Con este recorrido fuimos visibilizando algunos de los fenómenos que componen un campo específico que aspira y se plantea el cuidado de los niños.

- *cuidador/a*

De acuerdo a una mirada que jerarquiza la dimensión vincular entre quien cuida y quien es cuidado, abordamos los trabajos que hacen hincapié en ese aspecto. Aguirre (2011) en un avance para ser presentado en las jornadas de primera infancia, plantea que quienes cuidan a dependientes se encuentran dispersas en distintos sectores y ramas de actividad. Sitúa la profesionalización como garantía de los cuidados de calidad junto a la necesidad de un marco conceptual que defina las competencias del trabajo de cuidado en primera infancia. Propone elaborar un marco nacional de cualificaciones, estableciendo niveles de formación y niveles de currículum, junto a un sistema de certificación. Batthyány (2010) también alude a la necesidad de las buenas condiciones emocionales, económicas, sanitarias, etc. de quienes cuidan, para brindar un cuidado de calidad. Otro aspecto que destaca es que el cuidado se centra en la persona a cuidar dejando en segundo plano a quien cuida. La autora también señala la dificultad de articular los servicios públicos -entre ellos la salud- que funcionan de forma separada, este aspecto es coincidente con otros trabajos.

Destacamos otro planteamiento de Aguirre (2013): “El bienestar de los que reciben cuidados depende en gran medida de la calidad del empleo de quienes los prestan” (p.40). Esta afirmación se puede complementar con lo planteado por Etchebehere et.al. (2011), extraigo

uno de los ejes del estudio donde se afirma la existencia de un círculo vicioso: “La falta de formación y la baja valoración del servicio lleva a que los salarios del sector sean bajos. Estos bajos salarios y nuevamente, la falta de formación repercuten negativamente en la calidad de los servicios, lo que refuerza su baja valoración social” (Etchebehere et. al. 2011, p.50). También coincidente con este aspecto, el estudio de Banchemo y Mihoff (2013), en el que investigaron el síndrome de sobrecarga del cuidador en las personas adultas mayores que ejercen cuidado. Entre las propuestas que plantean, resultó de interés la necesidad de reconocer por parte de la sociedad y de los cuidadores que la función de cuidado no es inocua, pues supone un riesgo de salud para quien la realiza.

Para finalizar, la búsqueda realizada en el resto de los países latinoamericanos mostró la mayor profusión de investigaciones sobre el tema en Chile, Colombia y Brasil, si bien también existen en los demás países de Latinoamérica. Tan solo a modo de ejemplo se presentan las que tienen más afinidad con el interés investigativo del presente estudio: Magaña, I. Et al. (2011) sobre familia, género y cuidados en la hospitalización del niño; Vesga, L. (2012) sobre la evolución del cuidado; Martínez, A y Vilte, C. (2012) y Muñoz, L. y Vasquez, M. (2007), ambos trabajos referentes a la cultura del paciente y en el segundo caso según la mirada de Leininger; Wegner, W. y Rubim, E. (2009) acerca de la salud en mujeres cuidadoras acompañantes de niños hospitalizados; Waldow, V y Figueiró, R. en relación al proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad; Riaño-Casallas, M.I. (s.f.) hace hincapié en las complejas condiciones de trabajo en la salud. En Europa son innumerables las investigaciones en su gran mayoría relativas al cuidado enfermero, cito algunas de ellas: Valderrama, M.J. (2005), De la Rosa, R. y Zamora, G. (2012), Huércanos, I. (2010) y Callen, M. (2012), relativas todas ellas a los cuidados enfermeros, su invisibilidad y el problema de género. Además se destacan las contribuciones de la Dra. Marie Françoise Collière en Francia, con una vasta producción sobre cuidados enfermeros en la salud pública.

El recorrido realizado a través de los materiales anteriormente citados permitió ahondar en ciertas características que se toman en cuenta al momento de pensar el cuidado. Entre ellas, el cuidado naturalizado como familístico, recayendo esta actividad en el sexo femenino, lo que lleva mayoritariamente a ejercer una práctica no remunerada del mismo. Esto a su vez también produce en el cuidado remunerado la existencia de bajos salarios unido a la desvalorización de la tarea porque quien cuida carece de formación. Por otra parte se propone la gestión y administración de los cuidados por parte del estado, donde la biopolítica se hace presente, generándose un campo de problemas donde se puede pensar en la existencia de una tensión entre lo privado y lo público.

2.2 – fundamentación

Ubicamos la problematización del tema de los cuidados a través de los materiales abordados, considerando al menos tres fenómenos presentes en la actualidad. Por un lado, se asiste a la implementación por parte del Estado de políticas de cuidado en el intento de cubrir las demandas actuales referidas a dicha práctica. Por otro, la propuesta que se está implementando de propender a la calificación de los actores encargados de dicha actividad al tiempo que su consideración dentro del ámbito del trabajo. En tercer lugar, los cuidados traen aparejada una problemática de género desde su designación como una tarea femenina relacionada al ámbito de lo doméstico, resultante en su desvalorización. Si bien estas informaciones convergen en el campo de interés, consideramos en esta investigación abordar la especificidad de los cuidados en el entorno de la hospitalización infantil.

Nuestra curiosidad por investigar acerca de lo anteriormente señalado, tiene sus raíces en una experiencia de intervención realizada desde el año 2011 en dicho Hospital. Se trata de un equipo nominado: “Grupo de Investigación y extensión del CHPR” conformado actualmente por su coordinadora Prof. Adj. Mag. Gabriela Etcheverry, el Asist. Mag. Fernando Texeira y quien escribe, docentes pertenecientes al Instituto de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la UdelaR. Cabe aclarar que esta actividad además se plantea como articuladora de los fines universitarios de investigación, extensión y docencia, incluyendo estudiantes avanzados de la Facultad.

El origen de esta intervención fue una solicitud realizada en el año 2005 a la Prof. Adj. Etcheverry, por la Comisión Interna del CHPR (Filial de funcionarios de Salud Pública, PIT-CNT), con el apoyo de la Dirección del CHPR (Dir. DR. F. Tomasina). Dicha solicitud se basó en la inquietud de dichos actores por los efectos de la tarea asistencial en los trabajadores de dicho centro. En una primera etapa el equipo anterior a mi ingreso, trabajó con el sector de Enfermería, elaborando proyectos de investigación, extensión y uno de sistematización del trabajo realizado.

En el año 2011 y finalizado el trabajo anterior, la Unidad de Salud Ocupacional del hospital recibe y transmite un pedido realizado por el sector de las Cuidadoras Hospitalarias (CH) a los efectos de abordar las dificultades que aparecen en dicho colectivo. Las CH tienen su origen en AFADE (Asistencia Familiar al Desnutrido) que surge con la idea de proporcionar cuidado a lactantes desnutridos en el domicilio de las cuidadoras. En 1992 se convierte en la Unidad de las CH y pasan a trabajar en la órbita del hospital bajo la Dirección de Trabajo Social del centro. En el año 2014 se efectivizó una Instalación Fotográfica con las CH relativas a sus actividades de cuidado, en el marco de un llamado aprobado por CSIC de

Actividades en el Medio. En la inauguración de la instalación participaron autoridades del Hospital Pediátrico y fue expuesta en el hall central del CHPR durante un mes. En esta segunda etapa también se han elaborado proyectos de investigación y actualmente en curso una investigación sobre “Producción de Narrativas acerca del cuidar” con participación de las CH. Continuamos sosteniendo los ejes de docencia y extensión, con la inclusión de estudiantes que realizan su práctica de observación y de co-coordinación con los docentes, en las reuniones de trabajo con las CH, además de participar en la investigación en curso.

Participé desde el inicio en la intervención con las CH y la experiencia obtenida en ella se transforma en antecedente y fundamentación de esta investigación, por estar inspirada en dicha actividad. Se ha convertido en promotora de interrogantes acerca de ciertos aspectos relacionados con los niños y quienes se encargan de su cuidado. Relatos, sufrimientos e insatisfacciones de los que el equipo ha sido testigo, en determinado momento produjeron una resonancia promotora de un interés que se materializa en este estudio. Es allí donde las distancias se acortan y la investigadora se convierte en vehículo de su propia implicación.

Si la hospitalización de por sí es un quiebre en la vida cotidiana podemos deducir la magnificencia que puede llegar a adquirir en la vida de un niño. Entonces, cómo se sostiene el cuidado de ese niño en esas circunstancias se transforma en un objetivo primordial a dilucidar. Por ese motivo nos surgió la idea de integrar otras voces al trabajo que se viene realizando. Esto permitirá ampliar el campo de análisis en el sentido de incorporar otras miradas que coexisten en el espacio y pueden ser de utilidad a la intervención. La producción de análisis convergentes a través de prácticas de diversos dominios permite articular lo que puede estar disperso, siempre tomando en cuenta que los fenómenos son locales y heterogéneos. Consideramos que la diseminación de múltiples voces existentes resiste a la totalización de un sentido único y habilitan a la creación de “decires” como líneas de devenir.

Por lo que consideramos la importancia de los resultados de esta investigación para generar reflexividad en torno a los sentidos que circulan y definen el cuidado en el principal Centro Hospitalario infantil de nuestro país. Esto favorecería la posibilidad de analizar las producciones subjetivas que sostienen dicho cuidado. Entendimos necesario abordar el tema desde una perspectiva que sitúe el protagonismo en las percepciones de quienes día a día en el contexto del Hospital, están inmersos en los acontecimientos. No encuentro mejor modo de decir la importancia de lo que piensan estos protagonistas y no lo podría expresar con mayor claridad que Molinier (2015): “No hay ética del cuidado sin una política que le dé valor. Y no hay una politización del cuidado sin tener en cuenta las voces de quienes, y en su mayoría mujeres, lo hacen” (Molinier, 2015, p.137).

Consideramos que la presente investigación puede ser un aporte significativo en el plano académico, en la pretensión de generar conocimiento sobre ciertos aspectos invisibilizados del cuidado hospitalario. Articular y potenciar los diversos saberes que se juegan en un campo evita caer en certezas que generan ceguera. Para evitar que esto acontezca adquiere suma importancia hacer audibles las voces ignoradas, poder escuchar su decir y simultáneamente que esas voces puedan escucharse diciendo.

referencias conceptuales



3 – referencias conceptuales

El presente estudio se sustentó en ciertos conceptos que nos habilitaron al trazado de un mapa de ciertos planos por donde delinear un trayecto -de los tantos posibles- al momento de abordar algunos de los fenómenos que conforman el campo. Hemos heredado la idea de un sujeto universal y autónomo, estable y totalizado en la pretensión de mantener la aparente seguridad que ello proporciona. Este sujeto con el que aún pensamos dirigió su apelación a formas lingüísticas heredadas del romanticismo y el modernismo. Esta pretensión sostiene que el lenguaje posee la capacidad de dar cuenta del mundo y el pensamiento, o sea de representar. Pensar de este modo indujo a la creencia de que la realidad es tal como se presenta y al mismo tiempo sostuvo la afirmación de lo verdadero y universal en la representación. Las representaciones existen a pesar del rechazo hacia ellas y hay políticas de representación que aún actúan en nosotros. Se tornó necesario esta consideración cuando nos planteamos otras formas de abordaje alejadas de categorías fijas y esencializadas, como fue una de las elegidas para este estudio. La referencia a la incorporación de la política de la invención se acerca a la idea de creatividad que circula en el arte y la literatura. No tenemos incorporada la política de la invención y la dificultad de salir del punto de vista tradicional la hemos experimentado. Deleuze y Guattari (1980) se refieren a la creación en el plano del pensamiento, ya no existe un centro jerarquizado sino un descentramiento donde hay presencia de multiplicidades que habilitan nuevas conexiones.

Esto exige un ejercicio permanente de desubjetivación que debe ser accionado para reconocer que no sabemos y así poder acompañar procesos y no representar sujetos y una realidad preexistente. La invención promueve la posibilidad de que se dispare el proceso de desubjetivación que posibilite la emergencia de una nueva producción subjetiva. Una subjetividad de vecindad y resonancia, de distancias y encuentros que decline toda pertenencia a una mayoría, develando comportamientos minoritarios, la fuga de líneas de creación. En el plano de lo molar está la forma de la mayoría, es el consumo ilusional. El plano de lo molecular sería una forma sin reconocimiento, incómoda, en tensión, en minoría. Plantea Marcelo Percia (2011):

"(...) devenir minoría significa inconformidad con los modelos de la mayoría. El devenir minoritario desea escurrirse fuera de los patrones establecidos, acontece como movimiento que lleva, si nos dejáramos llevar, hacia algo no conocido y por lo tanto sin una forma reconocible o esperada de antemano" (p.11).

Hubo un tiempo en que la magia, la religión, la poesía, los mitos, fueron formas privilegiadas de acceso al conocimiento; un tiempo en que la ciencia no existía como forma de organización y validación de los conocimientos, como respuesta a la innumerable serie de cuestiones relativas al ser humano y su estar en el mundo. La pretensión de universalidad y veracidad de la ciencia moderna tiene un origen histórico y responde a determinantes y condicionamientos que no sólo son científicos, sino que también tienen que ver con aspectos económicos, políticos, culturales, etc.

Foucault (1996) nos advierte acerca de la existencia de un ejercicio del poder y configuración de un saber que hacen posibles determinados efectos de verdad y realidad. Saber y poder, de este modo, pasan a ser elementos constitutivos de las prácticas sociales y los regímenes de enunciación, pues las formaciones discursivas producen los objetos de los que hablan. No se trata de saber cuál es el poder que pesa desde el exterior a la ciencia, sino qué efectos de poder circulan a lo interno, entre los enunciados científicos. Los planteos de este autor nos habilitan a un modo diferente de entender el mundo, donde nada está dado de una vez y para siempre, no buscamos verdades universales ni esencias inmutables, sino comprender cómo un discurso o una práctica ha podido convertirse en un régimen de verdad.

Las condiciones históricas hacen posible la emergencia de los enunciados, en un acotado espacio-tiempo. Los enunciados científicos, al ser separados de su condición social, ocultan de este modo que la ciencia además de ser un dominio discursivo de saber, es una práctica política en la que determinados grupos se hacen cargo de cierta clase de enunciados, provocando a su vez que las formaciones discursivas circulen en las relaciones de poder (Deleuze, 1986).

A su vez la pregunta por la verdad, por la esencia, por el fundamento de las cosas, se convierte en una falsa cuestión, pues el mundo sensible está repleto de variaciones y extrañeza. Por lo tanto sostenemos que la importancia de las preguntas que nos hacemos, pertenecen a un social-histórico y se modifican a través del tiempo y aparecen nuevas interrogantes y otras se desvanecen y también el modo de abordarlas. Nuestra concepción del conocimiento no es independiente del momento en que nos tocó vivir, de lo que pensamos sobre el mundo y del lugar que ocupamos en él. Un posicionamiento epistémico-político trabaja en los límites de las disciplinas donde convergen diversos campos de conocimiento que promueven la multiplicidad. En ese límite se difuminan las fronteras conectando los distintos saberes que discurren por el campo social, campo problemático en constante tensión.

Al proponernos la creación de un campo problemático, señalamos que lo consideramos a la manera que lo trabaja Deleuze (1994): no se trata de encontrar soluciones, sino de ir en búsqueda de lo que sucede en lo que sucede, con una apertura a lo indeterminado, lo imprevisible. Se trata de un proceso de búsqueda de las formas que se crean o se deshacen en la producción de diferencias, delineando sus contornos, sus diseños y movimientos, explorando sus trayectos. Apostamos a conocimientos locales descubriendo la posibilidad de crear visiones alternativas a lo ya establecido. Como dice De Brasi (2003):

No hay duda que *lo nuevo* opera, y que lo hace de una manera especial. No estaba ni estuvo jamás ahí, pero *pertenece* al deslizarse de ese ahí. De modo que *lo nuevo* sólo lo es respecto a una pertenencia que nos sale al encuentro insistentemente en las modificaciones, en el devenir de las modalidades, e invenciones que un camino nos propone. Solo en esa medida podemos decir que andamos y soportar que *erramos*. Solo así podríamos sugerir que una *alternativa* nunca está dada, sino que se encuentra en camino (p.7).

Resumiendo, nos situamos en una perspectiva de pensamiento vinculante, conectivo y sin pretensión de universalidad y veracidad. Esto nos guió por un camino que implicó y nos exigió no solo pensar de otro modo, sino pensar en mutación, pensar en situación, en la movilidad propia del pensar y jugar a vivir otras vidas por un tiempo. Utilizamos las referencias conceptuales como instrumentos de los que nos apropiamos para delinear los sentidos del cuidado en las situaciones que abordamos. Teniendo en cuenta como advirtiera Deleuze (1980) que es la situación la que da sentido a los conceptos y no a la inversa.

3.1 – *producciones subjetivas*

Rolnik y Guattari (2006) plantean que el Capitalismo Mundial Integrado (CMI) es una máquina de producción de subjetividad, que funciona ejerciendo control sobre las fuerzas productivas y de consumo o sea que esta maquinaria trabaja antes que nada en los procesos de subjetivación. Estos procesos funcionan en nuestro modo de percibir el mundo, por medio de la *subjetividad capitalística* que produce conexión entre *las grandes máquinas productivas*, las de *control social* y las *instancias psíquicas* modelizando *los comportamientos, la sensibilidad, la percepción, la memoria, las relaciones sociales*. Se producen de este modo *“agenciamientos colectivos de enunciación”* que territorializan la relación del hombre con el mundo y consigo mismo (p. 27-141). Esto incita a pensar en la existencia de una composición de enunciados estereotipados acerca del cuidado, por lo que se tornó necesario desentrañar este registro *molar* que produce el significado del cuidado moldeando la identidad del cuidador.

En cuanto a la categoría de sujeto, que portaba consigo la concepción de la existencia de modos universales de su estructuración, se da paso junto con Foucault (1983) a la

concepción de las formaciones subjetivas, a la diversidad de los modos de subjetivación, como formas históricas a través de las cuales este se constituye. Aclara el autor que siempre le interesó el sujeto y no el poder, cómo los sujetos se constituyen en tanto tales, a través de procesos de subjetivación que son efectos de las relaciones de poder.

Para pensar en la posibilidad de movilidad de este sujeto, Rolnik y Guattari (2006) dicen que existe una vinculación entre la “máquina de producción de subjetividad” y “los procesos de singularización”. La primera corresponde a la producción de un orden común de poblaciones consumidoras y la segunda es la dislocación de ese orden establecido. Los procesos que enfrentan ese orden son lo político y proponen una ruptura y una alternativa a los modos preestablecidos. Lo político es capaz de hacer emerger un orden inédito, una imagen de sí y de los otros de acuerdo a los deseos contruidos colectivamente. Lazzarato (2006), plantea que nos encontramos ante la presencia de una subjetivación mayoritaria y una minoritaria que:

(...) no deja de desbordar, por exceso o por defecto, el umbral representativo del patrón mayoritario” (...) “la reivindicación de derechos para todos no parte de la definición de una identidad, sino de la disolución de identidades en los agenciamientos moleculares de la multiplicidad (p. 196-197).

Al mismo tiempo cabe interrogarse acerca de ese *quién* que habla ¿de dónde procede? ¿Son voces hablantes en cuerpos, que transportan palabras para que se haga audible un discurso? ¿Son formas que habitan un estar en la vida? ¿Forma que clasifica -al tiempo que excluye- anulando todo rasgo individual? ¿Cómo tener en cuenta los aspectos no visibles, lo que permanece vedado de ser visto? No podemos ignorar la diversidad de modos minoritarios que conviven y resisten -la presión ejercida por las formas dominantes- desterritorializando el discurso hegemónico que silencia los procesos.

Luego de esta aproximación a las producciones subjetivas, incluyendo la referencia al aquí y ahora de sus actores, sostenemos que ellas hacen alusión a modos de hacer, pensar y sentir en una época dada. En ello está implícito el reparto de lugares a los que somos asignados.

3.1.1 – prácticas

A modo de organizar el tratamiento de las producciones subjetivas y tomando los relatos recogidos y sus concepciones, elegimos ciertos conceptos como referentes que nos habilitan al posterior análisis de los mismos. En la consideración de las prácticas de cuidado desplegamos ciertas líneas que atraviesan el fenómeno: lo material y lo inmaterial, formas y fuerzas, significación y sentido y espacio-tiempo. Como toda práctica social, la tarea de

cuidado es permeable a las transformaciones que se dan socio-históricamente, produciéndose una redefinición de sus contenidos. En los últimos años hemos asistido a innumerables descubrimientos científicos que posibilitan la manipulación de los organismos y hasta la creación de vida. Cuando el cuidado pasa a ser localizado en el cuerpo biológico permite su control y manipulación. El riesgo de poner el acento en la utilización de los últimos avances tecnológicos en una subordinación a la gestión de la vida y la muerte, exige no dejar de lado la consideración que no solamente somos seres biológicos.

Esa ambición de reprogramar el genoma de la especie o el código genético de cada individuo en particular (como si fueran programas de computación), con el fin de corregir sus “fallas” o “errores” es un componente fundamental del sueño de trascender nuestra condición biológica “demasiado humana” con la ayuda de las herramientas tecnocientíficas (Sibilia, 2005, p.263-264).

La autora citada instala más adelante un debate entre los riesgos y la potencia de estos fenómenos. La tecno-ciencia se encuentra en su máxima expresión ejerciendo la regulación y administración o sea una gestión de la vida de la que nos es difícil escapar. Una vida que se encuentra forzada a vivir de cierta manera, designa lo que debe vivir, cómo debe vivir y cómo debe morir, una vida-objeto normativizada. Un efecto posible de lo anteriormente planteado nos permite pensar en una tensión existente entre lo político que propone una crítica que interpele la forma mercancía de la actualidad y una conflictiva con los aspectos simbólicos que están en juego. Asistimos en la actualidad a una primacía de la mercancía junto a su extrema valoración. Virno (2003) advierte acerca de la obsesión actual por el productivismo donde el cuerpo y la vida humana llegan a considerarse como un elemento más del predominio de la producción y el aumento del consumo. El autor deja planteada una pregunta: “¿Por qué la vida como tal es tomada bajo custodia y controlada?” (Virno, 2003, p.86). El cuidado desde un planteo ético requeriría -además de la utilización de procedimientos tecnológicos- de una sensibilidad y proximidad en un laborioso ejercicio de encuentro con el otro.

¿Qué concepciones circulan en el Hospital relativas a las prácticas de cuidados? ¿De dónde provienen dichas concepciones? Los cuidados que se llevan a cabo en un espacio están irremediabilmente inscriptos en ese espacio. ¿Cuáles son las formas de inscripción de los cuidados en un espacio sanitario? ¿Cuidado biológico? ¿Cómo se cuida a un niño? ¿Cómo cuidar cuando el niño no tiene ninguna dolencia física? ¿Qué es lo que en el Hospital no tiene lugar? ¿Aparece allí una incompetencia para acercarse a la realidad? ¿Cómo integrar una transformación de la sociedad a un territorio diagramado por un saber sobre el cuerpo biológico? ¿Cómo generar prácticas de cuidado ante la irrupción de niños violentados? ¿Indica esto la necesidad de tomar en cuenta lo real que nos confronta con lo existente? ¿De qué hablamos cuando decimos cuidado?

Por un lado pensamos el plano macropolítico de lo visible, lo real, el SNC, los especialistas, las estratificaciones. Dicho plano delimita los modos de llevar adelante las prácticas de acuerdo a un plan de conservación, regido por las formas conocidas que generan estabilidad y seguridad. Por otra parte, está el plano micropolítico, lo sensible, lo invisible, donde se ubica un campo de fuerzas en tensión que afecta el campo forzando la aparición de actos de creación.

– *lo material y lo inmaterial*

¿Cómo crear modos de actuar favorables a los procesos vitales? Si pensamos las prácticas de cuidado como una construcción social, su inmaterialidad estaría dada por un conjunto de relaciones afectivas, simbólicas y semánticas producto de formaciones subjetivas. Dichas formaciones subjetivas al ser emergentes de un social-histórico -del que se nutren-promueven, transmiten y entretajan la reproducción entre los integrantes de una sociedad. A su vez generan un espacio de saber-hacer instituido, asociado a la forma de lo verdadero y lo universal. Esto, al servicio de una lógica que resulta de un modo de *pensar-hacer-sentir* que hace al modo de concebir los elementos materiales e inmateriales de dicha sociedad.

Wlosko (2013) trabaja la psicodinámica del trabajo donde se refiere al desfasaje existente entre el trabajo prescripto y el trabajo real lo que implica una movilización de pensamiento y elaboración cuya afección llega hasta el espacio privado del trabajador. Esto se complica por estar la actividad inmersa en relaciones sociales de dominación. Cuidar de otro no es solo una práctica sino también un movimiento afectivo. En el trabajo de “care” se intensifica el sufrimiento pues además de cumplir con las tareas materiales o técnicas se hace un trabajo de preservación de la vida del otro, enfrentándose a su vulnerabilidad, su dolor y hasta su muerte.

Molinier (2012), destaca la necesidad de politizar el cuidado atacando de frente los aspectos materiales del cuidado como son la división social y sexuada del cuidado. Y por otro la naturalización del lugar de la mujer en este trabajo y por consiguiente, su devaluación. Tomando definiciones hoy circulantes acerca del cuidado, se destaca que en el cuidado se incluye la ecología y hasta el cuidado del planeta por lo que se convierte en una cuestión política y de justicia social. Apelando a una ética del cuidado incluyendo una concepción política donde la justicia y los derechos no se opongan al cuidado.

– formas y fuerzas

Intentando comprender cómo se conforma la figura del cuidador presente en este espacio, Percia (2009) acompaña a pensar. ¿Cómo sustraerse a la captura de las formas contribuyendo a las fuerzas de la creación? El ejemplo expresado por el autor refiere a cómo se configura la maternidad: algo adviene antes del decir, hay un enunciado y se comienza a elaborar una enunciación. Hay un “quién” que encarna esa figura, un quien que adviene y acontece en el acto de nacer, nace esa existencia y hace nacer una mujer que encarna esa figura, *la madre*. Esto es, primero aparece el sujeto del enunciado y habilita al sujeto de la enunciación o sea que una vez que se conformó un enunciado hay espacio para la enunciación. Dice Bajtín (1999): “La forma es una visión del mundo conocida, comprendida por todo el mundo e inmóvil” (...) “La forma es una especie de contenido implícito” (p. 388).

La forma por su inmovilidad no deja lugar a la creación que permita otros modos de habitar el mundo y la vida. No plantea estrategias que expandan la convivencia sino que prima la exclusión y la exaltación de lo individual. Las formas en el estado actual del capitalismo se mantienen y se refuerzan movilizándolo la vida en un marco de aislamiento y reproduciendo los diagramas de poder a través de la propiedad, como el lugar de lo *no común*. Esto, reforzado a su vez por el establecimiento de políticas públicas orientadas hacia los sectores más vulnerables, presionándolos a hacerse responsables y alcanzar los modelos de vida propuestos como universales, ejerciendo control sobre las poblaciones.

“Las formas se apropian de nuestra vida y succionan la potencia” Percia (2009). Al tiempo que ejercen violencia cristalizando en categorías que habitan un estar en la vida: el loco, el género, el inmigrante, el pobre, el enfermo, el discapacitado. Desde su materialidad podemos intentar acceder a su inmaterialidad visibilizando tensiones y contradicciones en los discursos. Tal vez sea posible descubrir que existen fuerzas creadoras e innovadoras que tienen la oportunidad de configurarse. Para afirmar esto necesitaríamos confirmar que la potencia se ha convertido en acción, superando el carácter de mercancía prevaleciente en la actualidad.

– significación y sentido

Buscamos sentidos que permitan pensar en las diversas *versiones* que componen las prácticas de cuidado al tiempo que ampliar el sistema de referencia de hacer investigación. Utilizamos este término –versiones- al que se refiere Vinciane Despret (2004) psicóloga belga, por considerarlo pertinente al momento de pensar en la diversas modalidades del cuidado.

De cara a dotarme de un acceso a esto (el cultivo de las emociones en nuestra tradición), he elegido cartografiar nuestras prácticas definiendo lo que produjeron en términos de versiones. Cuando empecé, escogí este término por dos razones: primero porque parecía que, mejor que ningún otro, podía dar cuenta de la múltiple coexistencia de formas de conocimiento, definiciones contradictorias y controversias. (...) el término “versión” (...) presenta las mismas características que el término “alternativa” (Despret, V. citada por Sánchez-Criado 2005, p.3).

Por otra parte Deleuze (1994) nos auxilia en el intento de comprender las cuestiones referidas al significado y al sentido. El significado pertenece a lo instituido y hace referencia a una representación, a una idea, que responde a la necesidad de seguridad. Nombrar es designar y el significado designa y codifica. Esta codificación del mundo nos permite estar protegidos acerca de lo incierto de la vida. En cambio el sentido rompe con la representación, con lo que está instituido, surge del acontecimiento. El sentido no preexiste ni hay que descubrirlo, se lo crea. El sentido incluye lo disperso y lo organiza y deriva del afecto, es lo expresado, lo que se dice y el atributo del estado de cosas. “Lo expresado no se parece en nada a la expresión. El sentido se atribuye pero no es en modo alguno atributo de la proposición, es atributo de la cosa o del estado de cosas” (Deleuze, 1994, p.15-22). El sentido según Deleuze (1980), es algo a crear, el sentido es el acontecimiento y hay acontecimiento porque se crea algo con aquello que sucede, el acontecimiento está en lo que sucede.

Significado y sentido son dos dimensiones que permiten pensar acerca de lo real. ¿El cuidado, tiene un significado o el significado dice cómo se debe cuidar? A través de la naturalización, se tornan invisibles los sentidos de las prácticas destacándose las significaciones que las definen. Estas significaciones actuarían como organizador de lo que se muestra y lo que no, tras la práctica de cuidado. Privilegiando una *versión* posible del asunto, legitimando una manera a partir de la cual se actúa sin tomar en cuenta su *pluriversidad*. El sentido en tanto proceso puede convertirse en significado, produciendo transformación, pero de todos modos los significados históricos operan como huellas que permanecen en las experiencias y prácticas. Por medio del control, en las sociedades actuales se imponen definiciones en las creencias y las acciones, pero los sujetos comprenden y significan sus experiencias cotidianas construyendo sentidos emergentes que pueden producir cambios.

Spink y Medrado (2013), consideran que la producción de sentido no es una actividad intraindividual sino que es social y dialógica. Las prácticas discursivas tienen una dinámica o sea que sus enunciaciones surgen en un proceso de una interacción dialógica. Afirman que los repertorios interpretativos tienen una historia y surgen de una construcción social que permite dar sentido al mundo. Nos preguntamos ¿cómo operan los significados del cuidado en una práctica considerada femenina y construida con aspectos provenientes de la

maternidad? ¿Es posible que haya lugar para la transformación? Asimismo, estos autores plantean que la ciencia, por su pertenencia al campo de *dominios de saber* es generadora de sentidos. Al hablar de dominios de saber refieren a un conjunto de conocimientos que orientan el modo de comprender un fenómeno. Además de ser una práctica social y dialógica, es una actividad que busca entender las narrativas, argumentaciones y conversaciones, así como los repertorios utilizados.

– *espacio-tiempo*

Varios autores -con ciertas coincidencias en sus conceptualizaciones- fueron de utilidad al momento de pensar acerca del espacio-tiempo. Según Campillo (1991), el relato coloca a quien relata en una cierta perspectiva y lo sitúa en: “(...) una determinada distribución espacial y en una determinada secuencia temporal” (p.1). Con esta noción se toman en cuenta las relaciones de los seres humanos en el espacio, en él se sitúan las propias necesidades y en él actúa el estado para ejercer el control social (Tamayo, 2006, p 23). Lo diferenciamos de la noción de lugar que mejor se relaciona con una identificación simbólica que define una posición, la de niño, padre, madre, cuidadora, etc.

Las nuevas perspectivas de los actuales geógrafos contribuyen a nuestras reflexiones con ciertos planteos. Ellos dicen que el espacio adquiere significado cuando se percibe, se usa, se practica, se posicionan los actores unos con respecto a otros, pues allí se desarrollan las relaciones sociales. Insisten en localizar cartográficamente lo continuo y lo discontinuo para comprender tanto la homogeneidad como la diversidad de los elementos situados. Santos (1990) lo relaciona con la dimensión temporal pues el espacio da cuenta de relaciones pasadas, presentes y futuras que lo configuran (p.167). A modo de clarificar en qué consiste el espacio para este autor: “(...) es al mismo tiempo el paisaje y la vida que existe en él” (Santos, 1996, p.70). Giddens (1995) toma el aporte de la geografía en el estudio del espacio cultural y de las interacciones y plantea que dicho espacio tiene un carácter relacional cargado de afectividad pues habilita la conexión de unos con otros (p.148). Massey (2003) piensa el espacio como *producto de relaciones, vínculos y prácticas* (p.10) que se llevan a cabo en un determinado lugar y *los lugares adquieren sus identidades en el proceso de las relaciones con otros* (Massey, 2012, p. 79). Se sostiene la idea de una dependencia contextual donde el contexto es texto, como también rompe con la idea de espacio como recipiente.

En cuanto al modo en que se ocupa el espacio y tomando la propuesta de Deleuze y Guattari (2002) tenemos por un lado, una forma nómada y una forma sedentaria. La primera corresponde al espacio liso como espacio abierto ocupado por acontecimientos, es un

espacio de afectos, un espacio intensivo. La segunda pertenece al espacio estriado como cerrado, es el espacio de la organización, de medidas y propiedades, de las cosas formadas y percibidas. Estos espacios no existen en estado puro sino que los encontramos combinados. Vale aclarar como plantean los autores, que el espacio liso no basta para liberarnos, pero sí permite la invención y en ellos *la vida reconstruye sus desafíos* (Deleuze y Guattari, 2002, p.483-506).

Con la industrialización se excluyó a las mujeres del ámbito extra doméstico y se consolidó una organización social que asocia a los hombres con el poder, la autoridad y lo público-laboral, y a las mujeres con la dependencia, la sumisión, lo doméstico, lo familiar. El origen de la separación de los espacios, sus usos, así como el valor que se atribuye a los mismos, está en la dicotomía público/privado, por la que los cuidados son inscriptos en las familias y vinculados a la feminidad, a lo doméstico o sea a la esfera privada. Esta permanencia en la esfera privada generó un nivel de invisibilidad que muestra una tarea naturalizada y carente de valor.

Por otra parte asistimos a la aparición de diversas dimensiones relativas a la temporalidad en función de acontecimientos generadores de situaciones relacionadas con lo procesual. Es decir, tiempos heterogéneos que muestran diversas composiciones más allá del tiempo lineal y cronológico. Esto en concordancia con el planteamiento de Teles (2006) acerca de un modo del tiempo multidimensional que supone “una experiencia del tiempo diferente a la habitual” un tiempo que no esté subordinado a la uniformidad sino “como material/ser/devenir en constante configurabilidad, composición y descomposición” (Teles, 2006, p. 4-5).

3.1.2 – *lo discursivo*

¿Cómo aproximarnos a la política discursiva del cuidado en ese espacio? El propósito fue recoger los discursos, las narrativas singulares, las palabras silenciadas, voces que en su silencio quizás estén callando aquello que no tiene lugar para albergar lo que esté aconteciendo. A través de una dialogía o sea una conversación entre iguales y diferentes, accedimos a lo dicho. Se presenta como un desafío la modificación del lenguaje que utilizamos. Este no sólo designa lo real sino que al mismo tiempo produce y reproduce ciertas formas legitimadas de llevar a cabo las prácticas y relaciones humanas, lo que llamamos producciones subjetivas que modelan nuestros pensamientos y acciones. Spink y Medrado (2013), diferencian dos niveles en el lenguaje entre discurso y prácticas discursivas. Con discurso hacen referencia al uso institucionalizado del lenguaje que sería el oficial, con una tendencia de permanencia en el tiempo. Las prácticas discursivas serían las

que producen una ruptura de sentido, según la situación y el contexto en que se realicen. Fue posible encontrar durante las conversaciones mantenidas que ambas perspectivas no están desligadas. Por lo pronto existe una tensión entre concepciones conservadoras acerca de una condición innata para el cuidado y otras innovadoras que sostienen la necesidad de capacitación.

Tomando otros referentes teóricos para pensar la comunicación en el encuentro con el campo a investigar, es de utilidad la analítica de los géneros discursivos planteada por Bajtín (1999). El autor plantea: “El encuentro de los dos textos, del que ya está dado y del que se está creando como una reacción primero, es, por consiguiente un encuentro de dos sujetos, dos autores” (Bajtín, 1999, p.298). En este encuentro se manifiestan las diferencias: “Por una parte, el hablante, con su visión del mundo, sus valores y emociones y, por otra parte el objeto de su discurso y el sistema de la lengua”. Y continúa más adelante: “Las fronteras mismas del enunciado se fijan por el cambio de los sujetos discursivos” (Bajtín, 1999, p.19). Afirmando que en un enunciado hay una pluralidad de voces, una dialogía de puntos de mira que habitan en él, lo que implica una simultaneidad en el encuentro que cancela la antinomia sujeto-objeto, situando a ambos en un punto *diferencial e irreductible*. Esto modifica las concepciones referidas a la comunicación en tanto unidireccional y unívoca, por el planteo de un protagonismo conjunto en un *vaivén dialógico*. De acuerdo con este planteo se hizo necesaria la consideración del sentido del cuidado según la posición que ocupábamos los hablantes y en cuanto al ámbito del que proveníamos. Existen una diversidad de discursos sobre el cuidado infantil: psicológico, médico, educativo, político, etc. Seguramente si los hablantes hubiesen sido otros, también hubiesen surgido otras consideraciones acerca del cuidado.

A su vez Deleuze y Guattari (2002) manifiestan que no se puede precisar la autoría de la enunciación pues esta se establece por intermedio de articulaciones, de multiplicidades, de *agenciamientos colectivos de enunciación y la subjetivación* es uno de ellos. Las prácticas discursivas del habla y del cuerpo nos muestran los modos en que las personas producen sentidos y se posicionan por lo que se hace imposible reducir la complejidad a una realidad, que podemos pensar desde diversos puntos de vista, sino que la realidad implica multiplicidad. La idea de multiplicidad contempla la concepción de *la subjetividad como plural y polifónica*.

Para Bajtín (1999), el lenguaje es social y produce relaciones dialógicas y la polifonía resulta del encuentro de *múltiples voces* lo que resiste a la totalización de un sentido único. Por lo tanto el habla crea “decires” como líneas de un devenir, un tejido que pone en juego distintas intensidades y pliegues de lo real. La multiplicidad requiere del ir más allá de las

fronteras rompiendo con el sentido común, una apertura a la multiplicidad de sentidos escapando de lo fijo, lo establecido. Construyendo territorios promotores de encuentros entre cuerpos, donde sea posible adquirir otras posiciones de enunciación con potencial de conexión. Es preciso desterritorializar lo dominante corriéndose de lo estratificado, de lo organizado, produciendo un devenir en el sentido de diversificar. Es el acto el que habla de un hacer y un pensar de la diferencia, lo diferente existe, pero la diferencia se produce más allá del límite, como sitio de emergencia de una verdad posible.

Ducrot (1984) trabaja en la misma línea de Bajtín, plantea: "(...) la lengua, independientemente de las utilidades que podamos hacer de ella, se presenta fundamentalmente como el lugar del debate y de la confrontación de las subjetividades" (Ducrot, 1984, p. 43). Otro aporte es el de Lazzarato (2006), quien pensando en la *potencia política de actuar del lenguaje en el proceso de subjetivación* toma la definición de Austin, que plantea que *los enunciados no describen una acción sino que la realizan*.

Por otra parte, Foucault (1970), trabaja el aporte de Nietzsche -ante la sospecha de que el lenguaje no dice exactamente lo que dice- y continúa la línea trazada por Wittgenstein (1999) en relación a la interacción entre *los juegos del lenguaje y las formas de vida*, en las que el lenguaje es considerado una práctica social. Con Foucault (1992) continuamos pensando: "¿Quién habla y quién actúa? Es siempre una multiplicidad, incluso en la persona de quien habla y quien actúa. No existe ya la representación, no hay más que acción, acción de teoría, acción de práctica en relaciones de conexiones o de redes" (p. 85). Propone realizar un análisis de las formaciones discursivas para desentrañar los regímenes de verdad que portan las prácticas sociales -desde la búsqueda de su procedencia y condiciones de emergencia- así como para desocultar los efectos de poder que en ellas circulan. En relación a esto se interroga acerca de: "(...) cómo funcionan las cosas al nivel del proceso de sometimiento, o en aquellos procesos continuos e ininterrumpidos que someten los cuerpos, guían los gestos, rigen los comportamientos, etc." (p. 143).

Foucault (1994) identifica estos estados de dominación como aquellos en los que: "(...) las relaciones de poder en lugar de ser inestables y permitir a los diferentes participantes una estrategia que las modifique, se encuentran bloqueadas y fijadas" (p. 109). Alerta también sobre la necesidad de evitar el dominio de una instrumentalización técnico-político de la vida humana, refiriéndose a las funciones normalizadoras de la biopolítica que portando una concepción biologicista del ser humano, centra los cuidados en una atención relativa al cuerpo biológico. Ante la mercantilización del campo social, psicológico y de las relaciones humanas, existe la posibilidad de elaborar claves de sentido antagónicas a las establecidas,

tomando en cuenta que donde no hay decisión, es posible que haya un estado de dominación.

Esto incluye una mirada crítica sobre las prácticas, para conocer cómo han sido construidos los discursos que se toman por verdaderos y la procedencia de determinadas prácticas de subjetivación. Se vuelve necesario buscar evidencias, universalismos y detectar inercias, para desarmarlas, considerando que en cada singularidad está presente lo múltiple.

Con esta pluralidad de voces constituyendo una dimensión polifónica fue posible el acceso a un trabajo de la diferencia junto a la posibilidad de abordaje de ciertos discursos desde una escucha co-construida. También pudimos detectar lo que quedó en evidencia y lo que no, lo tal vez imposible de ser dicho. En cuanto al pensamiento, si bien hay un distanciamiento témporo-espacial entre los autores y quien está pensando, fue posible experimentar una dialogía, que me fue orientando hacia una producción de sentidos y enunciados, no previstos de antemano. Las interrogantes que fuimos planteando a nuestros interlocutores fueron por momentos enfocadas a ciertos aspectos, y a través de la conversación se fue deslizando el interés hacia otros que no se habían tomado en cuenta. A modo de organizar y de concretar lo que nos planteamos investigar, transcribimos los objetivos que nos guiaron.

3.2 – objetivo general

- Conocer las concepciones, sentidos y modalidades acerca del cuidado de niños internados en el Hospital, por parte de los actores institucionales.

3.2.1 – objetivos específicos

- Indagar y comprender cuáles son las producciones subjetivas que se ponen en juego al momento de pensar al niño como sujeto destinatario de cuidados.
- Detectar las valoraciones existentes acerca de estas prácticas de cuidado.
- Identificar los modos en que organizan los cuidados en el Hospital.
- Explorar las concepciones que sostienen la modalidad de cuidado intrahospitalario de niños.

metodología



4 – metodología

En el inicio aclarar que consideramos conveniente realizar un planteo epistémico acerca de la producción de conocimiento y la metodología a utilizar es coherente con la forma de entender dicha producción. De acuerdo a las situaciones por las que transitamos fuimos construyendo diversos enlaces donde ciertos conceptos trabajados por Deleuze y Guattari (2002) colaboraron en nuestro entendimiento. Esta referencia se ubica en la concepción de *rizoma* planteada por los autores, siendo la cartografía uno de los caracteres que soportan dicha imagen de pensamiento. La construcción de Occidente acerca de una imagen del mundo y de la verdad como representación, que nos lleva a pensar que eso que vemos es la realidad, es la imagen del árbol. El *rizoma* se ilustra a través de los bulbos, los tubérculos, las matas, y soportan una imagen de pensamiento con diversas entradas y salidas, sin centro. Según Deleuze y Guattari (1997):

“El rizoma sólo está hecho de líneas: líneas de segmentaridad, de estratificación, como dimensiones, pero también líneas de fuga o de desterritorialización como dimensión máxima según la cual, siguiéndola, la multiplicidad se metamorfosea al cambiar de naturaleza. Pero no hay que confundir tales líneas, o lineamientos, con las filiaciones de tipo arborescente, que tan sólo son uniones localizables entre puntos y posiciones” (p. 25).

En la imagen del árbol las posiciones dependen de un centro o jerarquía. En el rizoma no hay jerarquía por lo que al existir un descentramiento, permite la presencia de multiplicidad. Las líneas son lo múltiple, lo disperso, lo marginal, lo otro, se oponen a una identidad superior. De este modo se pueden producir modos de expresión que permiten composiciones impensables y flexibles.

Utilizando esta imagen nos propusimos cartografiar, esto es, construir mapas y mapear es distinguir con precisión las diversas líneas que componen un territorio. Los mapas están incluidos en ese modo de pensamiento rizomático que recorre diferentes direcciones contemplando la heterogeneidad de la realidad. Son un modo de producir realidad, donde no tenemos nada que interpretar sino contornos para delinear.

El mapa es abierto, conectable en todas sus dimensiones, desmontable, alterable, susceptible de recibir constantemente alteraciones. Puede ser roto, alterado, adaptarse a distintos montajes, iniciado por un individuo, un grupo, una formación social. Puede dibujarse en una pared, concebirse como una obra de arte, construirse como una acción política o como una meditación (Deleuze y Guattari, 2002, p.18).

¿Por qué utilizar la idea de mapa para analizar las aproximaciones a los sentidos que otorgan los entrevistados a los cuidados? ¿Cómo mapear los sentidos del cuidado? El mapa es provisorio y se diferencia del calco pues este representa algo preexistente, mientras que el primero se propone pensar los procesos reales desde una potencia creativa. Para

Guattari hacer mapa es acción y no representación de un mundo ya dado. Utilizamos un *mapeo singular* como herramienta que nos permitiera generar un conocimiento a partir de diversos enlaces extraídos de elementos del campo y vehiculizados a través de los encuentros producidos. Esto nos permitió recorrer el territorio en varios sentidos posibles. En cuanto a lo *singular* del mapeo, plantea Deleuze (1980) que no se opone a lo universal y tampoco se trata de lo individual, es un elemento cualquiera que puede ser prolongado a otro lográndose una conexión. No vale para todo sino que su valor se da en determinado momento y trata de *problematizar los acontecimientos humanos*. Al mapear ubicamos las relaciones de fuerza que hace que los significados funcionen y se encarnen en situaciones concretas. Esas relaciones de fuerza están presentes en los enunciados, que los tornan relevantes o sin importancia. ¿Qué modos del cuidado proponen los enunciados? ¿Qué modos encarnan en quienes cuidan? ¿Qué problemáticas conectan y cuáles son las reivindicaciones de los encargados del cuidar?

Sostenemos la idea de hacer énfasis en la producción procesual del conocimiento donde se torna fundamental el camino recorrido. En el tránsito realizado fuimos construyendo encuentros con los actores de un modo dialógico desde un posicionamiento ético, estético y político, que también supone el análisis de las implicaciones. Nos acercamos a la concepción que Spink, P. (2003) sostiene acerca del sentido que propone respecto al quehacer de la investigación:

Investigar é uma forma de relatar o mundo e a pesquisa social é tanto um produto social para relatar quanto um produtor de relatos; uma maneira de contar -e produzir- o mundo. A pesquisa nasce da curiosidade e da experiência tomados como processos sociais e intersubjetivos de fazer uma experiência ou refletir sobre uma experiência (p.26).

También Spink, P. (2005) plantea la argumentación que la ciencia es una actividad más entre otras y en ella se negocia y se construyen socialmente los sentidos.

La metodología a implementar se basó en establecer una estrategia adecuada a la situación a investigar, por lo que se propuso una opción metodológica de corte cualitativo habilitante para la comprensión de los sentidos que componen el cuidado en el Hospital. La cartografía es una metodología cualitativa de investigación que se apoya en los postulados de Deleuze y Guattari. Asimismo sostuvimos la propuesta de realizar un ejercicio crítico que en primer término hace necesaria la aclaración de algunos elementos que plantea De Brasi (1988). Dice el autor que implica un “análisis exhaustivo” de los fenómenos; carece de neutralidad por lo que se hace necesario pensar la intencionalidad de quien la realiza; posee un carácter “ramificado” con diferentes tiempos y ritmos y una modalidad deconstructiva; posibilita la “invención de métodos, técnicas y procedimientos”, diferentes cada vez; se ejerce sobre una

historia pensada como proceso, no como un antes o un después, sino como una discontinuidad donde la historia se juega en el presente.

Por otra parte, en el escenario actual de creciente complejidad de las dinámicas sociales, los referentes conceptuales y las opciones metodológicas flexibles y locales, se tornan imprescindibles como insumos para efectuar el tránsito a través de un espacio. Junto a esto se hace necesaria la utilización de métodos propicios a un pensamiento vinculante que pueda pensar la paradoja que a diferencia del conflicto, no se resuelve, se la transita y se la interroga.

Con respecto a la legitimidad y eficacia del conocimiento, plantean Apud y Martínez (2010):

Aunque se incluyen dimensiones relativas <al contexto de descubrimiento>, no por ello se termina ni en una postura relativista, ni en una de corte positivista; se incluyen e integran cuestiones contextuales, procedimentales y epistemológicas, buscando su interdependencia e integración (p. 13).

Nos propusimos como estrategia la producción de conocimiento basado en la aproximación a una realidad y centrados en la comprensión de la subjetividad humana. Proponerse hacer énfasis en las producciones subjetivas requiere entender cómo las actividades son interpretadas por sus actores y a su vez, centrar el análisis sobre aspectos de su interés, lo que lleva a realizar un tránsito que no está predeterminado. Según el planteo de Vasilachis (2006):

(...) no solo la capacidad de ver el mundo a través de los ojos del otro sino, además, de comprender a ese otro en los términos de su propio mundo de la vida, reconociendo su derecho a resistir las objetivaciones de las que es habitualmente sujeto y a definir su mundo en sus propios términos (p. 21).

Por otra parte, el posicionamiento hizo una apuesta a encontrar visiones alternativas que habilitaran la posibilidad de trabajar en la incertidumbre contribuyendo a generar prácticas de autonomía, manteniendo una *atención fluctuante* (Kastrup, 2012), concentrada y abierta a lo que el campo traía. Esto permitió explorar nuevos senderos relacionados con la ambigüedad y opacidad de lo real y lo imprevisible de las acciones humanas. Junto a la necesidad de cultivar cierta disposición y receptividad fue imprescindible tender a un estado de sensibilidad que permitiera comprender las semióticas multisensoriales del campo de investigación.

Accedimos al predio hospitalario entablando conversaciones que para nuestra sorpresa se fueron dando al azar, o sea sin planeamiento previo. Realizamos en todo momento una apertura a la potencia de las relaciones. Hicimos énfasis en abrirnos a toda oportunidad que se presentara, escuchando y observando con atención, tomando como central la expresión por sobre la comunicación. Las prácticas discursivas del habla y del cuerpo nos muestran

los modos en que las personas producen sentidos y se posicionan. Con ese propósito se mantuvieron dichas conversaciones y a través de las diversas voces que contactamos, fuimos esbozando ciertas líneas de sentido que atraviesan a quien cuida y a sus prácticas.

Nuestro accionar se realizó de un modo singular e inmanente a partir del acompañamiento de los procesos desplegados, que habilitó a la creación de dispositivos en función de los problemas planteados. Esto en concordancia con los aportes de Taylor y Bogdan (1987) quienes además consideran las metodologías cualitativas como un arte: “Se siguen elementos orientadores, pero no reglas. Los métodos sirven al investigador; nunca es el investigador un esclavo de un procedimiento o técnica” (p.23).

Promover la posibilidad de que se dispare el proceso de desobjetivación, posibilita la emergencia de una subjetividad de vecindad y resonancia, de distancias y encuentros declinando toda pertenencia a una mayoría, develando comportamientos minoritarios, detectando la fuga de líneas de creación. En cuanto a nosotros, al ser accionado el proceso de desobjetivación, nos permitió correr del lugar del saber, evitando representar sujetos y una realidad pre-existente. Es de destacar que el investigador es condición de existencia del proceso de investigación, que co-contextualiza y co-circunscribe el proceso que se da en el encuentro con el campo.

Se trata de elaborar estrategias que producen conocimiento desde un punto de vista particular, el del investigador (Álvarez Pedrosian, 2011). Esto exigió pensar la politización de la experiencia construyendo un plano de análisis, por intermedio del cual producir una operación menor de intensidades. Para lograr esto se recogieron narrativas singulares, palabras silenciadas, voces que en su silencio quizás estuviesen callando aquello que no tiene lugar para albergar lo que acontece. El texto construido a partir del material de los encuentros, fue una traducción singular y subjetiva, de un modo de la autenticidad pero que no está asociada a la forma de lo verdadero (Blanchot, 2002). La intención fue producir una estética del acontecimiento como salida de la inercia, como perspectiva de introducirse en lo difuso, tomando el acontecimiento como oportunidad de hospedar lo extraño y hacer la experiencia de lo extraño (Percia, 2012).

En cuanto al muestreo utilizado, estuvo basado en criterios de recursos, interés de los actores, oportunidades y decisiones a tomar según los avances logrados. Apud (2013) plantea: “El muestreo es entonces abierto, y depende del desempeño en la aplicación del campo” (p. 230). Fue una muestra no probabilística llamada por Guber (2004) *muestra de oportunidad* debido a que depende de la situación de encuentro y carece de un criterio preestablecido. Y como continúa la autora, no se define antes del contacto con el campo.

Las categorías relevantes se van definiendo a medida que se lleva adelante el trabajo y el conocimiento de sus actores. Advierte que no pelagra su validación pues no tiende a una generalización, ni a una réplica, por lo contrario, contiene una ventaja por el tipo de vínculo que se genera.

La propuesta original en el proyecto de investigación incluía mantener conversaciones con funcionarios y usuarios del hospital, exceptuando a los médicos. El diseño flexible que nos propusimos permitió en el ingreso al campo ir haciendo las apreciaciones y tomar decisiones metodológicas en relación a la muestra. A medida que se fue realizando el trabajo de campo fue posible advertir lo inabarcable que resultaba el acceso a la población de interés y esto implicaba hacer dos investigaciones, lo que hizo acotar el campo de estudio. Durante las observaciones realizadas se percibió la dificultad de mantener conversaciones con familiares que concurrían en búsqueda de asistencia para sus niños y se encontraban en una situación poco propicia para ser entrevistados. Por lo anteriormente expuesto fue necesaria una selección de la población. A partir del tránsito realizado por el hospital se detectó cierta disponibilidad de los funcionarios (que no resultó tal en muchos casos) por lo que -teniendo en cuenta el criterio de accesibilidad de la muestra- la decisión recayó sobre estos actores. La unidad de estudio por lo antedicho se conformó con los discursos y las narrativas singulares, portadores de prácticas, ideas y creencias de funcionarios del Hospital.

Los procedimientos específicos de recogida de información fueron en un principio habitar el espacio de modo errante y a la deriva, observando todo lo que acontecía a nuestro alrededor. En esas recorridas mantuvimos conversaciones con diversos actores al mismo tiempo que realizábamos notas escritas para luego escribir en el diario de campo. Este fue realizado desde nuestra entrada al hospital para solicitar la autorización de la investigación. Los registros de las entrevistas fueron en base a notas escritas y grabación de sonido de las mismas. La aceptación por parte de los entrevistados fue formulada en términos de consentimiento informado, con la participación voluntaria a la investigación. Asimismo dejamos a cada entrevistado una hoja de información acerca de lo que investigábamos, en la que constaban además nuestros datos. También accedimos a información buscada en la web y en la página de ASSE acerca del hospital. Fue de gran utilidad un libro acerca de la gestación y nacimiento del CHPR cuya lectura nos ilustró sobre muchos aspectos vigentes aún en el hospital. Ambas informaciones fueron consideradas como materiales relevantes y pertinentes a modo de otros aportes acerca del campo.

En concordancia con Guber (2004) de acuerdo al criterio de flexibilidad del diseño, no nos propusimos la cantidad de entrevistas a realizar sino que establecimos la muestra de acuerdo a la oportunidad. Cabe la aclaración que las entrevistas fueron orientadas por una

guía de preguntas elaboradas a priori, oficiando solo a modo de tener presentes nuestros objetivos, ya que las conversaciones mantenidas fueron mucho más allá de lo preguntado. De todos modos no buscábamos respuestas sino incursionar en determinados aspectos, en concordancia con el siguiente planteo de Deleuze (1989):

La pregunta se desarrolla en problemas y los problemas se envuelven en una pregunta fundamental. Y así como las soluciones no suprimen los problemas, sino que, por el contrario, encuentran allí las condiciones subsistentes sin las que no tendrían ningún sentido, las respuestas no suprimen en ningún modo la pregunta ni la colman, y ésta persiste a través de todas las respuestas. Hay pues un aspecto por el cual los problemas quedan sin solución y la pregunta sin respuesta... (p.76).

Valles (2007) realiza ciertas consideraciones en cuanto al muestreo cualitativo y nos encontramos con dos aspectos resultantes de la muestra planteados por el autor. Por un lado la *heterogeneidad* pues participó un hombre además de mujeres y sus edades estaban comprendidas entre los 24 y 71 años. En cuanto a la antigüedad de trabajo en el hospital su variación estuvo entre 1 a 23 años. La procedencia de su contratación fue heterogénea. Algunos de ellos contratados por la Comisión de Apoyo, también un miembro de una de las Fundaciones y el resto, funcionarios pertenecientes a ASSE. El otro aspecto fue la *accesibilidad*, algunos actores fueron francamente colaborativos y otros, debido a su posicionamiento consultaron a sus superiores y se les impidió participar.

El comienzo de las entrevistas, se inició con un portero que nos conectó con dos informantes calificados, los cuales fueron entrevistados de modo grupal y también individual. En cuanto al modo de contactar con los entrevistados, en algún caso un entrevistado nos puso en contacto con otro y el resto los obtuvimos en la deriva de las conversaciones, pudiendo considerarlos como casuales. Concluimos luego de la realización de 10 entrevistas, dos de ellas fueron grupales y el resto individuales. El cierre tomó en consideración haber llegado a un estado de saturación en varios aspectos. Según Valles (1999) este criterio define la cantidad de entrevistas a realizar. La saturación se dio a nivel del material obtenido con la aparición de determinadas insistencias que dejaron de aportar elementos novedosos en cuanto a los objetivos perseguidos.

Los distintos datos obtenidos fueron clasificados en categorías iniciales y la codificación se realizó con la ayuda del software de análisis de texto MAXQDA 2007. A través de un proceso de selección y transformación se fueron reduciendo estas categorías hasta concentrarse de manera significativa, en consideración de su relevancia y pertinencia. Esto permitió acceder finalmente a la creación de categorías que consideramos relevantes en base a los textos recogidos y de acuerdo a los objetivos de la investigación. Con ellas hemos organizado el material obtenido a modo de poder realizar su análisis. A continuación,

un cuadro que indica algunos aspectos relativos a los participantes, realizado con un especial cuidado en mantener el anonimato de los mismos.

Sexo	Edad	Puesto	Antigüedad	Entrevista individual	Entrevista grupal
Femenino	71	Nurse	10 años	E 1 a	E 1b
Masculino	52	Auxiliar de Enfermería	21 años	E 3	E 1b
Femenino	40	Nurse	11 años	E 4	
Femenino	54	Auxiliar de Enfermería	18 años	E 5	
Femenino	30	Auxiliar de Enfermería	3 años	E 8	
Femenino	70	Secretaria	20 años	E 7	
Femenino	24	Auxiliar de Servicio	1 año		E 6 b
Femenino	39	Auxiliar de Servicio	2 años	E 6 a	E 6 b
Femenino	41	Auxiliar de Servicio	8 años		E 6 b
Femenino	44	Auxiliar de Servicio	20 años	E 9	

4.1 – ética-estética-política

Dentro de la metodología consideramos pertinente ubicar el posicionamiento del investigador, más, cuando como en esta situación hablamos de cuidado, pues este también

se jugó en la relación entre el investigado y el investigador. Se vislumbraron en el “entre” del encuentro las fortalezas y debilidades pertenecientes a los saberes y las instituciones legitimantes de los lugares de pertenencia de ambos. Es en ese “entre” que se juega la *implicación*, en referencia al lugar que ocupamos en el mundo. El proceso de conocer altera a quien es conocido y a nosotros mismos. No se trata del grado de participación sino de nuestro posicionamiento en los juegos de poder pues no somos indiferentes, tenemos una posición. Teniendo en cuenta que un ejercicio de poder se jugaba en ese campo relacional, se intentó un encuentro promotor de un desbloqueo que convocara a hablar de la experiencia, dentro de la experiencia. Fue como un dejarse tomar por el otro y guiarlo al campo de su experiencia para que pudiera pensar y decir lo que nunca pensó. Esto fue posible desde la construcción de un plano común creando un cuerpo afectable, encontrando conexiones y creando condiciones para que eso precario e inestable que nos acercaba, se transformara en un pensar juntos “algo”. Deconstruyendo lo que allí acontecía para construir algo entre cuerpo y cuerpo. Experimentamos afecciones y vivimos emocionalmente ciertas narraciones al advertir cómo las construcciones sociales y culturales a menudo producen sufrimiento. La primera de esas afecciones y quizás la que mayormente nos interrogó, fue lograr la autorización para realizar la investigación. Esto implicó un año de idas y venidas continuas hasta que finalmente el Comité de Ética del CHPR dio su autorización.

Al comienzo de nuestro trabajo planteamos que la inmersión en el campo privilegiaría la utilización de un conjunto de estrategias tendientes a un modo ético, estético y político de los encuentros. La decisión de utilizar estos conceptos se debió fundamentalmente a propiciar una apertura de reflexión sobre nuestra implicación en la investigación. Fue de ese modo que nos involucramos con modos de acción como propuesta ética, con un ejercicio productivo en relación a la estética y un planteamiento político inaugurando modos de convivencia en cada encuentro.

La estética según Rancière (2009), se redefine desde un punto de vista político y ético como régimen de lo sensible perteneciente no solo al arte, sino también al orden social y político y está estrechamente vinculada con la realidad. La ética es entonces el pensamiento que establece la identidad entre un entorno, una manera de ser y un principio de acción. Por su intermediación se ponen en comunicación unos regímenes de distribución de lo sensible. Merleau Ponty (1945) se refiere al campo sensorial contemplando el cuerpo y el mundo en *el ser-para-sí* y en *el estar-en-el-mundo*. Volviendo a Rancière (2009) el autor afirma que la distribución de lo sensible ordena objetos y cuerpos, lugares y funciones, tocando de cerca lo social, lo cultural y lo político. Cuando en el escenario de la comunidad aparece una relación entre un *ellos* y un *nosotros* dice que nos encontramos ante una *no relación*. “La política se refiere a lo que se ve y a lo que se puede decir, a quién tiene competencia para

ver y calidad para decir, a las propiedades de los espacios y los posibles del tiempo” (Rancière, 2009, p.2).

Entonces poner en primer lugar el relato del entrevistado nos implicó hacer modificaciones en el modo de posicionarnos ante un saber ajeno al nuestro. Los pronunciamientos aprendidos iban quedando puestos en evidencia. Experimentando que nuestra formación nos guiaba al momento de considerar algún aspecto de lo relatado, nos permitía poner en juego el suelo de las certezas desconfiando de nuestras formas adquiridas. Esto exigió un movimiento continuo para ubicarnos en un estado de tensión, indispensable en la escucha. De Brasi (1990) planteaba: “(...) *saber escuchar* (con la oreja del cuerpo y el cuerpo como oreja) y *mirar* (...)” (p. 101). Cuanto más nos acercábamos a las experiencias de nuestros interlocutores era mayor la comprensión acerca de los sentidos que ellos otorgaban a sus prácticas. Ahora tienen un sentido para nosotros las palabras de Deleuze (1980): “Es grato que resuene hoy la buena nueva: el sentido no es jamás principio ni origen, sino producto. No hace falta descubrirlo, restaurarlo ni reutilizarlo, sino producirlo, mediante una nueva maquinaria” (p.89-90).

La actividad se centró en una permanente interrogación de lo establecido, inaugurando a cada paso un pensamiento, sostén de las acciones. Me refiero a una posición política del modo de ubicarnos ante el fenómeno que nos convocaba, desde donde lograr una cierta autonomía de pensamiento. Aunque al mismo tiempo reconocemos que estas palabras están pobladas por una infinidad de “decires” de esos otros que piensan en nosotros.

La ética resulta de la creación de modos de existencia específicos en la inmanencia misma del hacer. Los modos, las relaciones, las conexiones, las composiciones, logran aumentar las fuerzas de transformación al mismo tiempo que aumentan la potencia. Se aleja de la moral en cuanto a que ella enjuicia de acuerdo a valores trascendentes, calificando en términos del bien y el mal e indicando el modo de comportarse. La ética plantea modos de existencia buenos y malos, lo bueno es lo que aumenta la potencia y lo malo, lo que la disminuye. Se trata de producir nuevas configuraciones capaces de oponerse a los poderes establecidos.

La ética como ejercicio afectivo se realiza en conexión con el tiempo, con los acontecimientos que lo pueblan; convoca una dignidad peculiar, una responsabilidad vital: ser dignos del acontecimiento, de lo que sucede en lo que sucede. Brinda nuevos sentidos a la existencia. No un sentido último y cristalizado acorde a un plan trascendente, sino un sentido múltiple y mutante que se realiza en el ejercicio de un pensamiento activo y afirmativo (Teles, 2008, p.9).

Tenemos pues que la producción de sentido se realiza a través de la ruptura de los ya existentes y la creación de otras enunciaciones. De allí que se pueda afirmar que al

interrumpir la cadena lineal de lo habitual, se abre la posibilidad creativa de multiplicidad de sentidos, promoviendo su reconfiguración. Se mostró una política discursiva en torno al cuidado donde lo femenino permanecía ausente como estrategia discursiva y permitiendo identificar los espacios invisibles de los sentidos otorgados. Por medio de un trabajo de develamiento hicieron su aparición figuras imprevisibles junto a una figura hegemónica actual.

Mirar más allá, no confundir lo visible con lo real no fiarse de lo que se impone para acceder a nuevas versiones y habilitar la proliferación de lo inesperado. Rancière (2010) sitúa el proceso de emancipación en la articulación entre estética y política.

La emancipación por su parte comienza cuando se vuelve a cuestionar la oposición entre mirar y actuar, cuando se comprende que las evidencias que estructuran las relaciones del decir, del ver y del hacer pertenecen, ellas mismas, a la estructura de la dominación y de la sujeción (p.19).

El espacio político como centro que está en todas partes tiene que ver con relaciones de fuerza capaces de crear, de detectar gestos adversos a lo instituido, diversas maneras de percibir, evaluar y también comunicarnos. Como modo de plantear alternativas al orden imperante mediante otras formas de entender lo que acontece y al mismo tiempo dar la oportunidad de reflexionar lo que se piensa. Fue así que intentamos identificar nuevos puntos de reflexión al tiempo que ampliar las perspectivas de análisis de aspectos de lo real que consideramos relevantes. Requirió de un involucramiento sin imponer la visión propia para luego en el análisis interpelar la conflictiva a través de los relatos.

4.2 – aproximación cartográfica y etnográfica

¿Cómo se sustenta la elección de estos instrumentos? Incorporamos una propuesta relativa a la utilización de múltiples técnicas en colaboración con la validez de la investigación, a modo de lograr mayor consistencia en los argumentos y mayor reflexividad sobre los instrumentos a utilizar. Partiendo de determinados abordajes conceptuales nuestra elección se dirigió sin duda hacia metodologías que auxiliaran al momento de considerar la complejidad de lo real. Transformaciones contemporáneas en las formaciones de saber se alejan de modalidades legitimadas en el acceso a una supuesta verdad a descubrir. Modificar este presupuesto también requiere de una modificación en los modos de abordar la producción de conocimiento. Nos guió y nos guía una pretensión de transformación del mundo en que vivimos y para ello nos ubicamos en un modo de sensibilidad instaurada y compartida desde una gran diversidad de sectores del campo del conocimiento. Fuimos entonces realizando una articulación entre herramientas de la cartografía y otras de la

etnografía, resultando las estrategias más adecuadas para realizar un mapeo acerca de las producciones subjetivas que componen los sentidos del cuidado.

En cuanto a la utilidad de la etnografía en nuestra investigación destacamos en primer término, sus elaboraciones y recomendaciones en lo relativo a la inmersión en el campo. Este método plantea dicha inmersión con una permanencia persistente, que habilita a captar las producciones subjetivas que allí circulan. Es central entonces lo que plantea Vasilachis (2006) acerca del trabajo de campo que implica además de *un ir, un estar y una forma de posicionarse*. Agregando la importancia de: “La presencia prolongada en el lugar y el desarrollo de la llamada observación participante, con todo lo que implica, no solo en cuanto a capacidad de <ver> sino también de <interactuar>” (Vasilachis, 2006, p.113). La observación participante intensiva y prolongada en el campo, es la herramienta por excelencia de la etnografía, que permite desentrañar las problemáticas sociales a través de las prácticas que los sujetos llevan a cabo en las instituciones. La inmersión en el campo ayuda a visibilizar las tensiones y contradicciones, es un instrumento que permite el análisis de situaciones microsociales. Guber (2005) dice que no es un espacio geográfico sino una decisión del investigador que abarca además del espacio, a los actores.

Por otra parte la exploración de los espacios, pensado este como el elemento que conduce a la posibilidad de acceder a la configuración de prácticas incluidas en un contexto, permite delinear sus contornos y esto exige un movimiento continuo del investigador, como bien lo expresa Serrés (1995):

Marchar, visitar: el desplazamiento modifica el espacio percibido. No podemos sondear lo invisible con nuestros ojos, que no ven ni lo demasiado pequeño ni lo demasiado grande, ni lo que está demasiado cerca ni lo que está demasiado lejos (...) Ver supone un observador inmóvil, visitar exige que percibamos mientras nos movemos (p. 64).

Es en la inmersión en el campo donde aparecen las diferencias y a partir de ellas se establecen las distancias lo que requiere del trabajo de la *implicación* en psicología, y en antropología se lo denomina *reflexividad*. Ameigeiras (en Vasilachis, 2006) plantea: “La reflexividad se constituye, así, en la piedra angular que sustenta tanto la posibilidad de conocer de los sujetos en general, como de los investigadores en particular” (p. 116). Esto constituye un posicionamiento, que refiere a mantenerse en permanente actitud reflexiva, desplegando además cierta habilidad para elegir entre posibles alternativas, en referencia a los instrumentos técnicos a utilizar, a la vez que aprender a lidiar con lo imprevisto a medida que avanza la investigación. Requiere también, de acuerdo a las lecturas realizadas, mantener una alerta constante entre lo que puede considerarse una mistificación de la experiencia, *para otorgar validez a la autoridad etnográfica* (Clifford James, 2001, p. 54).

Otro aspecto a tener en cuenta es la posición de *extrañamiento* que se da en el encuentro etnográfico con el otro. El *extrañamiento* es relativo a la distancia en la que se sitúa el antropólogo, desde el momento en que ingresa al campo, en un interjuego adentro-fuera que legitima su accionar y lo coloca en las mejores condiciones para acceder a las narraciones portadoras de significación. Acercamiento que permita adentrarse en las lógicas de los actores y distancia que habilite a la comprensión de sentidos presentes en sus discursos. Intercambiando conocimientos que van modificando tanto al investigador como al investigado.

Asimismo la etnografía privilegia el trabajo de campo con una dinámica de acercamiento-distancia. Cercanía y proximidad que habiliten a un *entre-nosotros* para comprender el fenómeno en detalle y de manera profunda, tratándose en este caso de captar los sentidos que las personas dan a sus actos. En nuestro caso acentuamos la importancia del diario de campo pues tiene una extensión semejante al transcurso realizado. A través de notas realizadas en situación y las reflexiones posteriores, fuimos construyendo un texto que se transformó en testigo de la experiencia. Descripción, interpretación y reflexión de lo experimentado conformaron una narrativa auxiliar expresando la incursión por el campo y los efectos que el mismo nos produjo.

El registro fue otra de las estrategias utilizadas donde se intentó respetar la textualidad y la situacionalidad de lo transmitido, por un lado, y en otra escritura registramos lo percibido, las ideas e interpretaciones propias. Registros textuales y a su vez grabados, notas de campo a posteriori y análisis reflexivo y teórico de los registros que habilitaron a un proceso de análisis simultáneo, permitió volver al campo con una ampliación de la información. A través de la entrada y salida del campo se fueron construyendo los conceptos a analizar, a través de las significaciones emergentes que derivaban de los discursos, de las conversaciones. Un trabajo sobre los datos obtenidos que modificó la vuelta al campo logrando mayor precisión. Tomamos la advertencia de Hammersley y Atkinson (1994): “En la medida en que sea posible, debe hacerse la redacción de forma que nos informe del relato oral y del comportamiento no verbal en términos relativamente concretos”. Según los autores, resumir y reducir pueden resultar modos inadecuados en referencia a la pérdida de detalles o de información vital.

Como ya hemos planteado la metodología se basó por tanto, en establecer diversas estrategias que se adecuaran a la situación a investigar. La cartografía y la etnografía tienen muchos puntos en común. El acto de cartografiar va diseñando el mapa. La situación no precede a la inmersión en el campo, su creación en una dinámica nómada y rizomática habilita un trayecto desplegando su singularidad. Se sostiene en un vínculo entre los integrantes del encuentro con un carácter subjetivo y singular. “Como cartógrafos, nos

aproximamos do campo como estrangeiros visitantes de um território que não habitamos” (Passos, 2012, p. 61).

El método cartográfico hace especial hincapié en los procesos a través de los cuales se van diseñando líneas, abiertas, que no se cierran y a su vez no comprendemos pues a nuestra llegada los procesos ya estaban en curso. Plantea Kastrup (2012):

A ativação de uma atenção à espreita -flutuante, concentrada e aberta- é um aspecto que se destaca na formação do cartógrafo (...) Informações, saberes e expectativas precisam ser deixados na porta de entrada, e o cartógrafo deve pautar-se sobretudo numa atenção sensível, para que possa, enfim, encontrar o que não conhecia (p. 48-49).

La autora también plantea que no es un conjunto de reglas ni un método a ser aplicado, enfatizando que se trata de una práctica con un carácter local.

Producir nuevas relaciones y poner en marcha nuevos procesos nos exigió ir desmontando cada vez lo anteriormente percibido. Asimismo requirió de una cierta flexibilidad, de un movimiento, de un estar dispuesto también a la renuncia de ciertas expectativas. A su vez imprimió una especie de desasosiego seguir los rastros de aquello que producía los sentidos del cuidado para repensar los vestigios existentes. Nos movimos tratando de pensar la carencia y esforzándonos para no decir, dejando abierto el espacio de lo no dicho. Esto alude a un posicionamiento estratégico en el intento de generar las mejores condiciones que propiciaran la circulación de una lógica afectiva, promotora de encuentros y de afecciones múltiples.

Mediante el dispositivo de la cartografía fue posible el transitar, habitar, escuchar y percibir dicho territorio a modo de ir delineando la construcción de ciertos conocimientos. Dispositivo lo utilizamos aquí al modo que lo plantea Deleuze (1990): “Los dispositivos tienen como componentes líneas de visibilidad, líneas de enunciación, líneas de fuerzas, líneas de subjetivación, líneas de ruptura, de fisura, de fractura que se entrecruzan y se mezclan” (157). La cartografía permite trazar estas líneas que actúan como orientadores y habilita a mostrar la existencia de formas relativamente estables que adscriben a la idea de esencias permanentes. Como todo dispositivo, los utilizados, generaron grados de visibilidad y enunciabilidad sobre ciertos planos y otros aún permanecen en nuestra ceguera. Cuando nos referimos a planos nos referimos por un lado al plano de consistencia, al lugar de múltiples atravesamientos donde se producen los agenciamientos colectivos de enunciación. Es el lugar donde las fuerzas organizan y desorganizan las formas. Por otro, al plano de organización que es el dominio de las formas, de lo constituido, lo establecido.

La cartografía al hacer énfasis en las producciones subjetivas, es un método que se construye caso a caso debido a que los fenómenos subjetivos se caracterizan por su movilidad y procesualidad. Se propone acompañar procesos y dar cuenta de esa procesualidad. Esto requirió de entender cómo las actividades eran interpretadas por sus actores y a su vez centrar el análisis sobre aspectos de su interés, y llevó a realizar un tránsito que no estaba predeterminado. Buscando lo preciso y lo impreciso en un juego accesible al trazado de ciertas líneas que abrieran visibilidad para la comprensión de un escenario social a través de voces involucradas en el cuidado. Componiendo una cartografía en diferentes planos.

En cuanto al análisis, la práctica cartográfica crea e impone una nueva realidad a través del mapa convertido en texto, consolida una imagen y construye un espacio simbólico acerca de un territorio. Al tiempo que muestra un aspecto de la realidad se compromete con esa nueva realidad. Blanchot (1984) nos ayuda a fundamentar la narrativa que produce la cartografía, en cuanto es el encuentro entre el relato, quien lo relata y quien escribe, disolviendo las identidades. Dice el autor que el relato transforma en todas direcciones y sin duda a quien escribe, se transforma el relato y todo lo que está en juego en el relato.

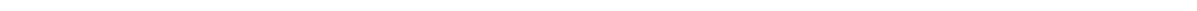
“El relato no es la relación de un acontecimiento, sino ese mismo acontecimiento, la aproximación a ese acontecimiento, el lugar en donde el mismo tiene que producirse, acontecimiento aún venidero, por cuyo poder de atracción el relato puede también pretender realizarse” (Blanchot, 1984, p.12).

Se transforma en un agenciamiento colectivo de enunciación, en una singularidad. Lo singular está más allá de la individualidad, está plagado de acoplamientos, ensamblajes y relaciones. El relato es un punto de partida y una producción de prácticas, discursos, relaciones y conocimientos.

“Toda obra es un viaje, un trayecto, pero que sólo recorre tal o cual camino exterior en virtud de los caminos y de las trayectorias interiores que la componen, que constituyen su paisaje o su concierto” (Deleuze, 1996, p.10). Hicimos el trayecto conectando líneas en un movimiento permanente de composición y descomposición. Habitando un espacio construido desde el cuidado y el abrigo. Pensando el habitar cargado de sentido vital e invistiendo de algún sentido posible el espacio y las prácticas que nos relataban. Corrimos muchos riesgos durante esta investigación, nos dispersamos, hubo momentos donde fuimos llevados por una deriva sin rumbo. Hubo momentos en que se entremezclaban derivas, observaciones, relatos, entrevistas, diario, y nos embargaba una situación de caos. Ceder a la incertidumbre, exponer el cuerpo a infinidad de sensaciones, alimentar ilusiones y luego aceptar la frustración, son parte de la experiencia vivida a través de estas metodologías. Nos propusimos vivir el hospital, vivir sus movimientos, nos encontramos con situaciones difíciles

de transmitir, con cuerpos afectados y por momentos surgía la necesidad de huir de allí, fue intensivo.

tránsitos y derivas



5 – *tránsitos y derivas*

El diario de campo resultó un recurso destacable, fue soporte del trabajo y un aporte de ideas en base a la autorreflexión. Permitted la revisión de instancias, situaciones, momentos, la conexión con las emociones experimentadas que también hablaban del campo. La espera de autorización para realizar la investigación se extendió a un año interminable. Llamadas telefónicas casi semanales, con secretarías varias, pérdida del documento del Proyecto. Funcionarias que expresaron en todo momento su buena voluntad y llamaban informando de su circulación por distintos escritorios pertenecientes a diversos médicos. Transcurridos seis meses, el trámite detenido y mis ilusiones también. Sin embargo nada me hacía desistir de acceder a esta posibilidad. Finalmente en el séptimo mes, el anuncio de que el Director de Pediatría lo había aprobado y derivado a Dirección General. De allí pasó al Comité de Ética y debieron pasar cinco meses más para su aprobación final, no autorizando el uso de fotografías, propuesta que pertenecía al Proyecto inicial. Un dicho popular versa de este modo: “Una imagen vale más que mil palabras”. ¿Las imágenes son más elocuentes que las palabras?

La escritura in extenso de vivencias y anécdotas que componen el diario de campo permiten experimentar de otro modo lo acaecido. Intento pensar acerca de las condiciones adversas de un transcurso por los pliegues -tanto habilitantes como interceptadores- del andar por la institución. Trabas y limitaciones de distinta índole fueron moneda corriente desde el comienzo de dicho tránsito. ¿Cuánto peligro genera a la institución la mirada de alguien ajena a la misma? ¿Será la procedencia de quien lo plantea? ¿O la sospecha de su posible uso? ¿O será que el hospital se cuida y ejerce un cuidado a quienes circulan en su territorio? La lógica del control juega a modo de permitir ciertas posiciones lícitas y prohibir otras que generan sospecha. Lo que me lleva a advertir que las imágenes utilizadas en esta tesis del CHPR fueron obtenidas en las páginas de ASSE.

Y comencé a circular sin rumbo previo, dejándome sorprender por lo que encontrara, intentando descolocarme. Encontrando cuerpos que resistían los poderes de dominio, que lograban pensar la vida que estaba aconteciendo. Otras veces, con cuerpos del sometimiento que se encontraban en el borde de la inexistencia. Buscando lo preciso y lo impreciso en un juego accesible al trazado de ciertas líneas. Líneas que abrieron visibilidad sobre lo dramático de la existencia, lo trágico, el horror, lo siniestro, conviviendo por algunos momentos con la potencia, con un devenir, con un pasaje, intentando romper con lo consolidado. Nos propusimos realizar una deriva semejante a lo planteado por Guy Debord (1958) dejarse llevar, al tiempo que recorrer los espacios excluidos, descubrir los contrastes,

lo no imaginado, la realidad oculta, una forma de extrañamiento de la vida cotidiana, también planteada por la antropología.

Al iniciar estos recorridos me propuse explorar el espacio del Hospital, desplazarme por el territorio transitando con cierta imprecisión acerca de hacia dónde dirigirme dejándome llevar por lo que despierte mi curiosidad. Mi mirada no es inocente, juegan en mí ciertas anticipaciones y expectativas. Me siento como extranjera en este espacio, esto tiene un efecto real sobre mi persona... me genera incomodidad, no sé cómo moverme... sospecho que mi modo de circulación por el mismo delata lo inapropiado de mis movimientos (diario de campo, set. 2016).

Realizando estas experiencias exploratorias intento el mapeado de un espacio real junto a sensaciones y afecciones de una experiencia personal. Este espacio tan heterogéneo seguramente está compuesto por una trama de relaciones que se materializan en el establecimiento de un complejo dedicado a la atención de la salud pública de mujeres y niños. (diario de campo, set. 2016).

Observación y registro visibilizan ciertas prácticas evidenciando los correlatos que en un tiempo fueron prioritarios y son al mismo tiempo referencia que componen complejas capas de sentido. Asimismo permiten ir delineando un proceso de elaboración que contempla variados aspectos que hacen a un territorio existencial. ¿Cómo interpelar las prácticas actuales y sus sentidos sin los indicios del pasado que parecen permanecer en el presente? Una especie de sombra se cierne sobre la actualidad de estas prácticas que parecen compuestas con vestigios de la época de su creación. Las grandes transformaciones sociales actuales han generado una demanda social de cuidados, esto trae una vuelta a prácticas instaladas en el pasado evidenciando carencias y fallas de la sociedad en que vivimos. ¿Existía esa demanda o se trata de un aumento de control por parte del Estado, sobre todos los aspectos de la vida, logrado a través de las políticas públicas? (diario de campo, oct. 2017).

La producción de conocimiento se va configurando procesualmente utilizando variadas estrategias. Al mismo tiempo y debido al carácter polisémico de las nociones de itinerario, recorrido, mapa, se torna necesario construir una procesualidad que nos habilite a pensar los encuentros. Por lo tanto me propuse construir una proximidad que posibilitara aprender a mirar de cerca al otro comprometiendo la propia corporalidad. Dejándome afectar por lo visto y escuchado, no solo en las entrevistas, sino también en los intersticios de las conversaciones mantenidas en los distintos espacios. En los discursos se hicieron presentes los restos de otras épocas y otros actores. Un diálogo constante con los datos obtenidos, con los sujetos participantes, con lo percibido, con nosotros mismos. Intentando subvertir el modo de adjudicar sentidos para acceder a una comprensión diferente. Al aproximarnos a un conocimiento sobre cierta realidad también estamos marcando posición. Requiere de un estar atento a los efectos que produce en nosotros la aproximación a una temática y a los diversos actores, al tiempo que ejercer la capacidad de pensarlos. De ese modo se hace posible dar forma a un conocimiento desde la implicación del investigador.

A pesar de haber un mostrador con una funcionaria en el hall de entrada, nadie me detiene. Parece una frontera sin control, me pregunto si es necesaria esa funcionaria o solo está allí para disuadir la entrada a quien no le corresponda. Escucho mucho ruido, llantos, conversaciones, discusiones. Es molesto. Intento percibir olores y al cruzarme con una Doctora (tiene un cartelito en su túnica) deja un aroma exquisito tras de sí. Parece un

ambiente diferente al que tengo naturalizado. Nunca vengo en este horario. Me impresiona el barullo. Camino lento y cruzo mi mirada con las personas que encuentro. Hay niños, mujeres, hombres en el hall de entrada, toman mate. Pasa a mi lado un niño solo de alrededor de 5 o 6 años, me detengo, lo sigo y lo veo salir, me siento aliviada cuando veo que afuera corre hacia una mujer que camina sin mirar hacia atrás, escribiendo en un celular (diario de campo, set. 2016).

Recorro el pasillo y encuentro niños jugando por todos lados, en el piso, no parecen estar enfermos. Me detengo, es la emergencia, hay mucha gente. Hay un bebé que llora y se retuerce en brazos de su madre mientras los padres pelean. Me siento molesta. Se suma que aquí el olor, es desagradable. Otro niño se arrastra por el suelo, con una piernita enyesada, con enormes ojos negros, parecen tristes... y no percibo dónde están sus padres. Me alejo porque siento angustia, el chiquito parece contar su padecimiento... Ahora escucho quejas de unas mujeres porque hace mucho que esperan: "se burlan de nosotros, después hacen paro"... "sí, solo saben pedir pero no nos dan bola"... Una mujer embarazada con camisón, bata, y pantuflas conversa con dos mujeres. Siento cierta extrañeza en el lugar tan conocido y al mismo tiempo me siento fuera del mismo. Intento conectarme con situaciones que me hablen de lo que allí acontece (diario de campo, nov.2016).

(...) me detuve a observar dos chicas, adolescentes, que salían del hospital con niños en sus brazos. A una de ellas casi se le cae el niño de sus brazos y le grita: "Quedate quieto". Al acceder a la escalera lo baja y tomándole de una manito y con velocidad lo hace bajar casi en el aire, sin tocar los escalones con sus piecitos. Cuando llegan a la vereda el niño se tropieza y le grita: "Ah, pero sos tarado" (diario de campo, jun.2017).

Me encontré observando todo lo que se presentaba ante mí, generándome un grado de aficción a cada paso. Estar afecto al campo es sentirse incluido en él a pesar de la no pertenencia al mismo. Al inicio, realizando una observación inespecífica con limitaciones, contradicciones y dudas. Luego logrando un ejercicio de agudización de la mirada y la escucha analizando la imagen de lo que percibía poniendo énfasis en las emociones. Un intento de captar lo sutil en las acciones y movimientos de los actores, datos -todos ellos- que me ayudaran a comprender el contexto. En cada recorrida realizada iba graduando con mayor entusiasmo la inserción en ese espacio de cuidado, hasta llegar a sentirme parte del mismo. A medida que fui internándome en la situación y sin proponérmelo fui aumentando el cuidado sobre los otros y el mío propio. Diversidad de sentidos aportaban e imprimían la construcción de realidad ¿Quién puede cuidar y cómo? ¿Qué condiciones promueven la posibilidad de cuidar al otro?

Caminando, absorta entre mis pensamientos, fui experimentando la transformación que en mí se iba operando en esta deriva por el hospital. Sintiendo el movimiento, se amontonaban en mí sensaciones que me desacomodaban, ideas que se entrecruzaban, algo imprimía velocidad a mi pensamiento, la percepción era que el tiempo se había detenido. El hospital parecía una ciudad, un laberinto interminable. El recorrido se asemejó al del nómada, sin conocimiento del recorrido fuimos creando el trayecto, cartografiando un modo singular e inmanente. Desconociendo el territorio, descubriendo lo novedoso, lo impensado, sorprendiéndome a cada paso.

Mi sorpresa fue grande al descubrir la cantidad de autos estacionados por todo el predio y callecitas que lo recorren y habilitan el desplazamiento automotor. Sin embargo muchos son los lugares donde no existe una vía para los peatones (diario de campo, jul.2017).

(...) la aglomeración de autos en algunos lugares y la imposibilidad de circular por las vereditas y también percibo que el acceso a casi todos los edificios es por medio de escaleras y aún no se han construido rampas que hagan a la accesibilidad de los edificios (diario de campo, jul. 2017).

(...) comencé circulando por las callecitas imaginando que descubriría aspectos secretos e impensados, viniendo a mi mente encontré bolsas de basura en la parte trasera de algunos edificios, caños herrumbrados, camitas de niño en mal estado, en fin, mucha chatarra en desuso (diario de campo, jun.2017).

El terreno, en algunos lugares está totalmente desperejo y otros donde tuve que evitar pisar el barro que despedía un olor nauseabundo, ¿producto de algún drenaje o rotura de un caño de desagüe? (diario de campo, jul.2017).

(...) encuentro desechos de todo tipo, vidrios rotos, pedazos de escombros, de maderas, de caños, hasta una almohada. En las ventanas los vidrios sucios y con ropa colgada... todo convive aquí, limpieza y suciedad, lo nuevo y lo viejo, el pasado y el presente... junto a la vida y la muerte (diario de campo, jun.2017).

Percibo de repente un ruido ensordecedor que parece venir de la azotea del Hospital Pediátrico pero no lo puedo asegurar pues podría provenir también del edificio de mantenimiento, es semejante al ruido que produce un generador de energía. Es extraño lo selectivo que son nuestros sentidos, hasta el momento no había escuchado este ruido que ahora se torna tan molesto y me lleva a pensar en cómo hacen para convivir con ello quienes están internados. Será que la contaminación sonora se convierte en algo tan rutinario que ya no la percibimos, aunque no percibirla no evita el daño que produce (diario de campo, jun.2017).

El ruido aquí es infernal como ya lo percibí en las otras recorridas, compruebo nuevamente que el más elevado -en decibeles- proviene de la azotea del HP y a medida que me alejo se agrega el ruido de las obras que se están realizando. Circulan infinidad de autos, ambulancias, gente, funcionarios, algunos con carros de basura y otros con carros de comida. Parece una ciudad en horas pico y decido irme pues me encuentro un poco aturdida por tanto ruido y movimiento vehicular... es un lugar donde es dable esperar algo de silencio y calma pero esto no sucede (diario de campo, nov. 2017).

¿Decorado esperable de un hospital? ¿Reflejo de lo público como espacio desvalorizado y degradado? ¿Cómo cuida el hospital? La higiene en el exterior de los edificios ¿no es parte del cuidado hacia los actores todos del hospital?

(...) dejo atrás el edificio del H. Pediátrico que es la parte más nueva y me dirijo hacia las otras edificaciones que datan de principio del siglo pasado. Siempre me impresiona el estado de las mismas, más allá de la falta de pintura, la estructura es fuerte, parece desafiar el paso del tiempo, parece contar de una época donde todo se hacía para que perdurara y aún no había llegado el consumo con su necesidad de renovación constante. Las edificaciones revelan el paso del tiempo junto a las diversas concepciones arquitectónicas presentes en este espacio, a su vez me hacen pensar en aspectos económicos y sociales y sus variaciones a través de los años. Se conjugan dos dimensiones presentes en el campo, de cualidades diferentes, la material y la inmaterial (diario de campo, agos.2017).

(...) la sensación que tengo es de carencia, falta conservación en la reja perimetral y en los antiguos edificios de Maternidad y Ginecología al menos en su fachada exterior, mostrando

la decadencia de los que otrora fueran construidos majestuosamente. Esta sensación se agudiza cuando voy llegando a Bvar. Artigas. En primer lugar y casi en la esquina, encuentro el edificio de la Fundación Peluffo-Giguens, Centro de Telemedicina. Doblando la misma, el de la Fundación Pérez Scremini, Servicio de HematoOncología Pediátrica de ASSE. Un cartel enorme contiene la fotografía del Equipo Médico de dicha Fundación con la siguiente leyenda: “Juntos contra el cáncer infantil”. Lo que más me impacta es la prolijidad que rodea estas construcciones, si bien son edificaciones construidas hace mucho menos tiempo que el resto, muestran un cuidado que inexorablemente me llevan a pensar en lo público y lo privado... lo abundante y lo carente... ambos aspectos conviviendo y delimitando zonas... ojalá sea solo en un nivel físico! Experimento una especie de acoplamiento con este espacio, testimonio de un pasado que permanece grabado en su materialidad y al mismo tiempo me provoca sensaciones de tal intensidad desplegando pensamiento y vida, dolor y tristeza. Un encuentro con algo imposible de narrar perteneciente al orden de lo sensible teniendo que reconocer que no logro el modo de decir y tal vez siempre existe algo que no puede ser dicho como plantea Blanchot refiriéndose a los límites del lenguaje. (...) pienso que nada es tan así como parece ser.. Al salir vuelvo a pensar que las cosas siguen sin ser lo que parecen... (diario de campo, oct.2017).

Fue necesario acallar las voces que componen mi pensamiento para escuchar con la oreja del cuerpo como plantea J. C. De Brasi. Así como pensar lo que nos opera y nos mueve en este hacer. ¿Cómo dar cabida a nuevas versiones sobre lo que circula que permita acceder desde lo existente a nuevos mundos de sentido? La afección experimentada ante algo inesperado juega en mí como el encuentro con una distorsión, que se une a mi pasado. Fue una entre tantas evidencias de las condicionantes presentes en mi mirada.

(...) una gruta detrás de uno de los edificios me genera rechazo, flores de plástico, cadenas, chupetes. Pero casi no tengo tiempo de reflexionar acerca de esto pues se me acerca una mujer por detrás preguntándome si buscaba la capilla. Vaya pregunta en el momento que confirmo mi rechazo. Ante mí, una mujer de mediana edad que me dirige la palabra muy amablemente (¿con intención de ayudar?), respondo del mismo modo y ubicada totalmente desde el rol de investigadora intento eliminar sospechas acerca de mis actitudes en ese lugar. El descubrimiento de la Capilla en el predio del hospital y su conexión con las Voluntarias, despiertan mi interés y me propongo indagar acerca del tema. Mientras le voy esclareciendo mi tarea ella me guía hacia el frente de la Escuela de Parteras acercándose hacia nosotras una señora mayor que prontamente me saluda y le dice a esta mujer: “¿Y? ¿Buscaba la capilla?”. El resto de las allí reunidas hace silencio y quien me abordó en primer lugar se dirige hacia ellas. Mantenemos un extenso diálogo generándose un encuentro agradable. Me transmiten que esta capilla tenía una entrada por la calle Gastón Ramón por lo que era utilizada por la gente del barrio. Los vecinos decían que debajo de la misma estaba la morgue (esto no es así pues dicen que la morgue está debajo de la cocina) y también comentaban que había cuerpos enterrados allí. Se ríe al hacerme este relato y dice que nunca se intentó escavar por temor a que ello fuera cierto (diario de campo, jul. 2017).

Está ubicada dentro del edificio perteneciente a la Escuela de Parteras que pronto se irá de allí. Las rejas de las ventanas del edificio tienen una cruz en el centro. Me entero que hace poco tiempo falleció la Hermana Ana María, que fue la última monja en el hospital.

Plantean Collazo, I. et al (2012) en su libro acerca de la fundación del hospital, que el terreno donde se construyó el CHPR fue donado por Alejo Rossell y Rius y su esposa Dolores Pereira, ambos poseedores de una cuantiosa fortuna heredada de sus progenitores. Al realizar la donación Rossell y Rius: “(...) había dejado implícito su deseo de que la institución fuese laica y sin influencia de secta religiosa alguna”. La Comisión de Damas -encargada de la recolección de fondos para la construcción del hospital- planificó la

construcción de una capilla en el predio y organizó la colocación de la piedra fundamental en 1901, invitando a bendecirla al Arzobispo Mariano Soler. Este hecho motivó el alejamiento del matrimonio Pereira-Rossell de todo lo relacionado al hospital. Con la muerte del entonces Presidente J. L. Cuestas y el ascenso a la presidencia de J. Batlle y Ordoñez se dirimió esta cuestión a favor del matrimonio donante, cuya condicionante estaba relacionada al surgimiento de ideas liberales que sostenían un cambio en la atención hospitalaria, en el que la asistencia pública debía pasar a ser una obligación del Estado estableciendo su medicalización y abandonando la asistencia basada en la caridad. Esto a su vez modificaba las prácticas del “cuidar” a prácticas del “curar” y el poder pasaba de la “monja” al “médico” (p. 77-130) (diario de campo, agos.2017).



Pero las edificaciones testigo de las divergencias del pasado mantienen su presencia en la existencia de la capilla.

Una situación me llena de ternura al tiempo que interpela mis anteriores trayectorias acerca de lo percibido en cuanto a una imagen de descuido en el hospital. Puede haber un descuido en algunas áreas físicas de su territorio y esto no necesariamente se transforma en indicador de la no existencia de cuidado. La experiencia relatada en mi diario es por demás elocuente de la multiplicidad existente.

Mientras espero en planta bajo observo el lugar. Funcionarios van y vienen sin parecer incomodarse por mi presencia a pesar del pequeño espacio en que me encuentro. Es el Banco de Leche y por doquier hay carteles acerca de las bondades de donar leche. Una gran cartelera con fotos de bebés prematuros y sus padres, junto al agradecimiento por la recuperación de su bebé y el peso que obtuvieron a determinada edad gracias a la leche donada. Me enternece y me emociona ver estos pequeñitos que parece casi imposible que puedan sobrevivir. Recuerdo una amiga de una de mis hijas que donó abundancia de leche al hospital luego del nacimiento de sus dos hijos. Los amamantaba pero producía leche, para tres, decía ella y no para uno. El más pequeñito que aparece en las fotos pesó 600 grs. y al lado de su foto está colgado uno de sus zapatitos a crochet, que parece de un muñeco. Llega la que considero una parturienta por la dificultad con la que camina, vestida de camisón y con pantuflas. Golpea en una de las puertas y la hacen pasar dejando la puerta abierta por lo que puedo escuchar la conversación. Evidentemente había parido pues le dan indicaciones de como extraerse la leche, me sorprende la ternura con que le habla quien la está atendiendo. Comienzo a escuchar el ruido de la ordeñadora. Al rato llega una mujer de edad madura, cuando la atienden cuenta que su hija no puede sacarse leche manualmente y pide si le pueden llevar una ordeñadora eléctrica. Le responde la funcionaria -que escuché anteriormente- explicándole que venga a ordeñarse allí porque no hay tantas ordeñadoras como necesidades hay en el hospital y le indica los horarios. La madre un poco reticente dice que le cuesta caminar y la funcionaria le indica que haga un esfuerzo, que es posible, y de lo contrario que venga en silla. Me quedo pensando en esta distribución espacial que tiene el hospital, en que los edificios están separados y según observé en mis recorridas, no tienen accesibilidad..... ¿y si hace frío? ¿y si llueve? ¿cómo lo solucionarán?...¿sería posible

trasladar los equipos a una sala en maternidad y que las madres fueran allí? (diario de camp, oct. 2017).

Último día por el hospital

Hoy salgo con la idea de que no todo es blanco y negro, hay grises como en todos los aspectos de la vida. Me voy de allí con la sensación que estoy saturada... saturada por tanta información, por tanto movimiento que me provoca... atino a pensar que la temática encierra tal complejidad que se me hace imposible sacar conclusiones... no es momento aún, claro, pero pensé que podría clarificar algún aspecto relativo al cuidado. No es posible concluir, se ponen en crisis todas las certezas, se pliegan y se repliegan los sentidos que lo componen. Los diversos espacios imprimen en cada quien el modo de habitar el hospital, el modo de encuentro con los niños, la posibilidad de cuidar... Hubo conversaciones que me mostraron el lado oscuro de la atención en el hospital, lo contrario de otras que se limitaban a lo políticamente correcto... mientras otras mantenían la ilusión de dejar algo a los niños que modificara su sentir. Todas ellas muestran la diversidad que allí acontece. ¿Será que estas versiones conviven y según quién las relate visibiliza ciertos aspectos e invisibiliza otros? (diario de campo, dic.2017).

La propuesta de la investigación trató de delinear algunos aspectos que refieren a los sentidos del cuidado que circulan en la institución. Siguiendo el rastro de las líneas duras del plano de organización encontré líneas de fuga y de desterritorialización pertenecientes al plano de consistencia compuesto por fuerzas invisibles que atraviesan el plano de lo social. Encontré una serie de figuras que componen la imagen del cuidado permitiendo organizar su quehacer. A través de la palabra, el discurso y elementos extra discursivos fue posible la construcción de un mapa que recorre conectando la diversidad de líneas presentes en el campo. Mapeo de elementos imaginarios y simbólicos inscriptos en las prácticas de cuidado.

un mapeo singular

6 – un mapeo singular

En la consideración que analizar es producir visibilidad, en este caso sobre los sentidos del cuidado, nada más pertinente que establecer un diálogo con las percepciones de diversos actores institucionales. Como aclaramos anteriormente los mapas son parte de la aproximación cartográfica que nos propusimos y están incluidos en un modo de pensamiento rizomático que recorre diferentes direcciones contemplando la heterogeneidad de la realidad. Nos propusimos utilizar esta herramienta a modo de generar un conocimiento -de los tantos posibles- a través de diversos enlaces extraídos de elementos del campo y vehiculizados a través de los encuentros producidos. El mapa se diferencia del calco pues este representa algo preexistente, mientras que el primero se propone una producción de lo real. A través del mapa se produjo un territorio que podemos recorrer en varios sentidos posibles. Hago alusión a territorios existenciales, nominación que utiliza Guattari (1996) para plantearlo como espacio vivenciado que involucra procesos de subjetivación desde los más racionales hasta los más afectivos.

A partir del intercambio dialógico con los participantes, se fueron haciendo visibles algunas problemáticas que insisten. ¿Quiénes son los actores que ejercen el cuidado en el Hospital? ¿Qué concepciones tienen sobre los cuidados? ¿Cómo cuidan los diversos actores? Este cuidado, ¿Dónde se origina? ¿Es un saber compartido, con quiénes? ¿Cuáles son las valoraciones que actúan sobre las prácticas de cuidado? ¿Cuáles son las modalidades de cuidado? En el análisis abordamos estas líneas que se interconectan sobrepasando los límites formalmente constituidos.

- líneas que componen el mapa

Advertimos a través de los relatos la importancia de explicitar la composición de los elementos heterogéneos que habitan este espacio. Al comienzo nos propusimos una selección de las narraciones de modo que no fueran excesivamente extensas, realizando recortes de las mismas. A medida que nuestro trabajo avanzaba el recorte producido quitaba información que podía enriquecer el análisis. Por lo tanto decidimos que en este caso la cantidad no iba en desmedro de la calidad sino que a la inversa, la favorecía. Para acceder a la variedad de sentidos que los actores imprimían al cuidado de los niños establecimos en un comienzo ciertas categorías. Ellas debieron ser reformuladas una y otra vez a medida que descubríamos que los intereses propios eran divergentes en ciertos aspectos con las narraciones recogidas. A través de lecturas y relecturas del material, decidimos guiarnos por los objetivos propuestos en la investigación que junto a la perspectiva teórica elegida, fueron produciendo un nuevo reordenamiento de las categorías.

Al analizar, así como sucedió durante el tiempo de nuestro tránsito por el hospital, se nos hizo muy presente que toda reflexión que realizábamos tenía la impronta de nuestra circulación en el campo durante años. Esto requirió de un trabajo de diferenciación entre lo ya escuchado y lo “por escuchar” para evitar la aparición de conflicto que de todos modos en algunos momentos debimos afrontar. Debiendo traspasar la frontera de lo conocido para encontrar nuevos paisajes de sentido, a través y, facilitados por los nuevos encuentros. Habiendo tenido anteriormente una experiencia sensible y afectiva con ciertas configuraciones previas, fuimos inventando diversas astucias que nos permitieran apostar a lo porvenir, lo nuevo, lo novedoso. Asimismo nos exigió una rigurosidad mayor al momento de delinear contornos y articular las informaciones recogidas.

Lo anteriormente explicitado nos impulsó a centrarnos en la construcción de un mapa y las diversas líneas que lo componen, a partir del “aquí y ahora” de los relatos.

- líneas

6.1 actores	6.2 composición del cuidado	6.3 versiones del cuidado	6.4 del reconocimiento e invisibilidad
6.1.1 organización 6.1.2 funcionarios 6.1.3 familia 6.1.4 niños	6.2.1 prácticas 6.2.2 género	6.3.1 significación y sentidos del cuidado 6.3.2 vínculo 6.3.3 espacio y tiempo	

Al inicio abordamos las características transmitidas en relación a los actores del hospital, considerando la organización, los funcionarios, la familia y los niños. Luego nos abocamos a visibilizar el cuidado a través de sus prácticas y sus encargados, destacándose el género de

los mismos. Más adelante, el despliegue de las modalidades de cuidado atendiendo a las singularidades, afecciones y versiones que circulan, con los sentidos resultantes. Es de destacar la importancia que transmiten acerca del vínculo que se establece entre quien cuida y quien es cuidado. Asimismo las modalidades del cuidado despliegan las significaciones y sentidos que lo componen, haciéndose presentes las formas establecidas del cuidar junto a las fuerzas del campo que promueven innovación. Todo lo anterior tomando en cuenta la trama existente acerca de cómo se materializan los aspectos simbólicos del cuidado, en el marco de los espacios y los tiempos que coexisten en el ámbito hospitalario, colaborando en la definición de las diversas modalidades. Por último, considerando las valoraciones acerca del cuidado y de quienes cuidan nos permiten abordar el modo en que circula y se percibe el reconocimiento y la visibilidad del cuidado y los cuidadores.

6.1 – actores

Detectamos el plano de organización que establece una segmentación y una codificación del universo hospitalario. El establecimiento de reglas y modos de realizar las acciones es generador de un orden que califica, al tiempo que parece desconocer lo que acontece. Las producciones subjetivas donde se incluyen lo histórico, lo social lo cultural y las normativas vigentes junto a las rutinas establecidas por costumbre, conforman la existencia de una estandarización en la atención que realizan las instituciones sanitarias. En este plano se da el desarrollo de formas y la formación de sujetos según Deleuze (1990). A través de los relatos fue posible distinguir un plano de expresión de los actores y un plano de contenido. Ubicamos estos planos convergiendo en el plano de consistencia, que es donde se componen los elementos heterogéneos, pero no está delineado de antemano, se produce en la inmanencia. En este plano se condensa el sentido que los actores imprimen a su actividad a través de las necesidades que día a día se presentan en el hospital, configurando modos acordes a cada situación. En él ubicamos a los funcionarios y por intermedio de ellos tenemos conocimiento de aspectos relacionados a las familias y de los propios niños que son asistidos. Un plano actúa como trascendente y el otro construye a través de la inmanencia del encuentro. Estos planos, uno jerárquico y otro relacional, intervienen en los modos en que se organizan los cuidados en el hospital. Ellos coexisten, se entremezclan y sustentan líneas duras -que demarcan lugares y divisiones- y otras flexibles -que inventan los modos de relacionarse- conectando con lo diferente. Consideramos de suma importancia los datos obtenidos sobre la organización, los funcionarios, las familias y los niños, pues debido a las características de todos ellos se logra una composición que resulta en las modalidades de llevar adelante los cuidados en el

hospital. Son múltiples entradas a la temática del cuidado que pueden concebirse como líneas que hacen a su definición. Estos aspectos no habían sido considerados por nosotros como destacables antes de acceder al campo, pero debido a su aparición e insistencia en los relatos, descubrimos su importancia. Es un ejemplo de cómo el campo guía la investigación a medida que nos internamos en él.

6.1.1 – organización

Nos pareció relevante tomar un discurso pronunciado por un médico a los 100 años de la fundación del CHPR, a modo de ilustrar sobre algunos aspectos del hospital.

El Hospital Pereira Rossell, fundado en 1908, fue el primer hospital pediátrico, y más tarde el primero materno-infantil, cuando se instalaron las Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Situado en un predio donado por don Alejo Rossell y Rius, se inició como un hospital de pabellones aislados, los primeros de los cuales fueron ocupados por los servicios de Pediatría, bajo la dirección del Prof. Dr. Luis Morquio, el padre de la Pediatría y Puericultura, figura de proyección continental. (...) Grandes aportes se realizaron a la humanización de la Medicina, la Pediatría, la Ginecología y la Obstetricia desde este Hospital, comenzando por la internación conjunta del binomio madre-hijo, instituida por Morquio y que tuvo repercusión mundial. Ellos contribuyeron a que mejorara la calidad de atención, disminuyera la mortalidad infantil y la materna, se obtuvieran mejores resultados en los diagnósticos y tratamientos oncológicos, realizando una docencia sólida y humana. Este aniversario es una celebración por la vida, en la lucha permanente contra el dolor y el sufrimiento humano. A todos ellos, el recuerdo afectuoso y el agradecimiento por su dedicación y aporte al progreso de la medicina y al cuidado de la salud de madres, niños y pacientes de todas las épocas (Turnes, 2008, p.1-16).

Podemos destacar la alusión a una humanización de la Medicina puesta en cuestión por algunos actores del hospital, como veremos a medida que avance el desarrollo del análisis. También se alude a un binomio madre-hijo constitutivo de un discurso dominante en la época y al parecer vigente pues no solo está en el discurso sino también en uno de los relatos.

A los médicos les digo ¿cuál es el objetivo nuestro? bueno, pero el objetivo son los niños, el binomio madre e hijo, trabajemos para eso (E7).

Los actores nos fueron transmitiendo los datos de cómo se organiza el CHPR en sus aspectos material y jerárquico. La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) programa las políticas de salud en el territorio nacional en torno a la asistencia pública. El Centro Hospitalario Pereira Rossell es la organización destinada con su Hospital Pediátrico (HP) a la atención de la población infantil y funciona también el Hospital de la Mujer (HM) en el mismo predio. El área total del hospital son dos hectáreas y media.



Son dos hospitales cada uno con su respectiva Dirección y además una Dirección Administrativa General. En esta investigación solo se tomaron en cuenta aspectos relativos al HP. Este a través de sus funcionarios cumple el cometido de asistencia y cuidado a los niños. Encontramos que estos funcionarios son de distinto orden, unos contratados por ASSE, otros pertenecientes a convenios público-privados a través de ONG, otros contratados por las instituciones privadas que se alojan en el predio del hospital y también la existencia de voluntarios que sostienen parte de los cuidados. El HP abarca desde que se da el alta al recién nacido, salvo al niño nacido con riesgo o prematuro que va directamente al pediátrico, hasta aquellos casos que portan patologías crónicas, los atienden hasta los 24-25 años si la dirección autoriza.

A través de las narrativas tuvimos informaciones relacionados al funcionamiento de tres instituciones privadas en el predio del hospital. Ellas son las Fundaciones: Caldeyro Barcia (CB), Peluffo Giguens (PG) y Pérez Scremini (PS). Dos de estas instituciones estaban unidas en su momento y por divergencias en torno a cómo invertir los dineros obtenidos, se separaron. Una de ellas planteaba la necesidad de invertir en la creación de un centro de telemedicina y la otra en mejorar la atención a los niños. Por un lado un modo empresarial en que se mueven mayoritariamente las organizaciones de salud actualmente. Centrando su actividad en el cumplimiento de los mejores estándares de atención a los usuarios, en tanto equipamientos de última generación, técnicas altamente especializadas, mobiliario confortable etc. En el otro caso, el planteamiento se refería a mejorar la atención al niño y a los médicos.

Los relatos anteriores ejemplifican la existencia de al menos dos modalidades subjetivas acerca de la función en la que se mueven las instituciones de salud. Se nos advirtió acerca de esta situación a modo de mostrarnos el dualismo existente en cuanto a las inversiones a realizar en el hospital. Si bien la anterior discusión planteada entre las Fundaciones se nos transmitió como pertenecientes al ámbito privado, a través de otros actores pudimos advertir que son aspectos transversales al hospital.

(...) hay momentos que me parece fantástico que pinten el hospital, me parece maravilloso que haya un cambio, pero exijo que ese cambio sea con criterio: porque si no nos da la plata para hacer ocho, hagamos cuatro y hagámoslas bien, pero no ocho. Y no después un video mostrando todo lo bueno que hay (E7).

Estoy hablando simplemente de inclinaciones, de tendencias, por donde discurre más o menos todo lo asistencial acá. Pero sí, digo que la línea predominante en tanto a lo que tiene que ver con el cuidado asistencial, con el cuidado en el ámbito de lo asistencial, no es lo que es relevante; sino que lo que es relevante es solucionar el problema como si fuera mecánico. La salud, se transforma en una mercancía más; si es una mercancía tiene que tener este tipo de despliegue asistencial, no puede tener otro; en el cual intervienen las entidades, empresas, laboratorios, holding que venden instrumental médico, la hiper especialización médica (E3).

Este último relato coincide con uno de los aspectos que veníamos planteando en torno a la existencia de producciones subjetivas que de un modo u otro actúan formateando las decisiones relevantes. Al mismo tiempo nos habilita a pensar en un espacio heterogéneo pues en las conversaciones mantenidas advertimos la posibilidad de cuestionamiento de estos asuntos. Eso sí, con la salvedad de que algunos actores nos transmitieron acontecimientos solicitando no divulgarlos, a lo que por supuesto, accedimos.

Otro aspecto detectado y a destacar se relaciona con que estas organizaciones privadas que funcionan dentro del predio del hospital, colaboran favorablemente con el mismo. Las Fundaciones PS y PG se ocupan respectivamente de la atención de niños con cáncer y de la telemedicina. La CB financia investigaciones que se vuelcan al hospital; mejora lo que llaman la *hotelería* y aporta tecnología, entre otras actividades. Estos aportes que realizan las fundaciones cubren aspectos no contemplados por la organización y encontramos un universo compuesto de partes donde se diluyen los límites entre lo privado y lo público. Otro relato refirió a la existencia del Hogar de Madres que desde la fundación CB cubre ciertas necesidades de las madres como alojamiento, pago de boletos y participación en talleres, mientras sus niños están internados. Esta ayuda en especial se otorga a madres del interior o aquellas que tienen otros hijos en su casa y no disponen de dinero para ir a verlos.

Nosotros pagamos el boleto a la madre que tiene alto riesgo o que tiene a sus hijos en un área que se llama cuidados especiales, que son los sociales; o las madres que están en el hogar de madres, que también ahora te explico lo que es el hogar de madres; y tienen que ir a sus casas a ver a sus otros hijos y demás. O por ejemplo las que sus nenitos están en el CTI, si no están en el hogar de madres se les ayuda. Entonces el hogar de madres ¿qué función cumple? Que aquellas madres, sobre todo en principio eran las madres del interior

que tenían a sus niños alojados en los distintos sectores intensivos o en cuidados especiales. Que no eran solamente casos sociales, sino que eran los niños que nacían con un poquito de ictericia o con algo que no necesitaban un cuidado intenso, sino que la evolución se debía ver cómo era, era para que pudieran estar alojadas. Entonces ya funcionaba antes que yo, pero no era un hogar, era un lugar que le daban el alta y quedaban ahí, era de poquitas camas. El hogar de madres hace mucho tiempo dijo “De una adversidad lo transformamos en una oportunidad” y es así: de una situación adversa, que era fundamentalmente porque antes eran las que estaban del interior pero que tenían niños prematuros, que a veces son tres, cuatro meses que están; aprendían de esa adversidad, que tenían que estar con otras madres, se nutrían para pasar a ser una oportunidad en el mañana. Algunas salían, y de hecho salen... tenían talleres de artesanías, entonces lo hacían y lo venden, viven de esto. Con chicos, con unos lentes a veces así, ellas vienen y me venden. Y ahora tienen talleres de salud mental, antes tenían talleres de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo hay una educadora que recicla la comida, entonces las madres participan de cómo tienen que reciclar la comida, la comida que sobra no se puede sacar, se tira; pero por ejemplo si quedó mucha fruta les enseñan a hacer mermeladas. Tratan en lo posible de reciclar, de aquello que queda, que sobre todo es la fruta ¿no? Porque la otra comida viene muy contada para las porciones de las madres que son, antes sí sobraba. Pero se hacían mucho más cosas, ahora se está volviendo a retomar aquello, porque hubo también un impase, se fue la coordinadora que era la médica pediatra, neonatóloga, se fue del hospital, ahora hay otra (E7).

Aquí nos encontramos ante el fenómeno de que algunas prácticas realizadas por el hospital derivan como en este caso de una fundación privada, veremos más adelante que también intervienen voluntarios. La curiosidad que nos despertara este fenómeno nos llevó a la búsqueda en la web de ASSE de noticias del CHPR. Encontramos que todas las referencias de ASSE hacia el hospital comprenden la adquisición de los últimos equipamientos en materia de tecnología y de áreas físicas. Todas ellas con participación de privados, Fundación Amigos, Leones, Supermercados Disco, entre otras. También encontramos la creación de un Catálogo de Buenas Prácticas para el área de maternidad:

Catálogo de buenas prácticas de atención validado, con estándares que se ajustan a la normativa nacional y a la mejor evidencia científica disponible; herramienta de autoevaluación para las Maternidades; apoyo técnico para la implementación de planes de mejora que den respuesta a las debilidades identificadas; reconocimiento de los logros de aquellos servicios que voluntariamente acepten ser evaluados en el cumplimiento de los estándares de calidad (ASSE, 2017).

En la sociedad de la información en la que nos encontramos la gestión de una organización requiere de dar a publicidad aspectos relacionados con los logros obtenidos. De acuerdo a esto fuimos en la búsqueda de noticias de prensa (2016) y nos encontramos con lo que podría ser la contracara de lo que se muestra en la página. La organización es asistida en forma voluntaria en relación a ciertos cuidados que se realizan. Nos referimos a la noticia acerca de la existencia de la ONG Fundación Canguro que por medio de sus 150 integrantes brinda lo que llaman “nutrición afectiva” a bebés durante las 24 horas del día, los 365 días del año, de forma voluntaria. Su intención es la de mejorar sus primeros 90 días de vida al encontrarse privados de cuidado familiar (transitorio o permanente) en relación a su familia de origen. También llamó nuestra atención una noticia (2017) acerca de la presencia de ratas que obligó a trasladar por 72 horas a ocho niños que se encontraban en cuidados

intermedios del CTI pediátrico. Podemos pensar en una ambivalencia de los procesos organizacionales, en cuanto a que las diferencias y movimientos en sentidos contrarios conviven en el hospital. Por un lado los adelantos tecnológicos, los equipamientos de la hotelería y la hiperespecialización como una cuestión política de mostrar el acceso a los estándares internacionales en esa materia. Por otro, las dificultades para materializar el cuidado de los niños y las viñetas a continuación, lo ejemplifican.

Están tan arriba de los derechos del niño, los derechos del niño, pero acá están siendo vulnerados permanentemente. Tenés a un niño maltratado, 5 meses internado en el hospital, ¿dónde están los derechos del niño? (E6-b).

Hay una profesionalización del cuidado pero es discursiva. Esta modalidad es una modalidad de atención de la salud, que si bien está dispersa en todo el mundo, está todo bien pero descuida al que debe de ser cuidado. Este hospital para lo que es el Uruguay, ya la propia estructura está condicionando un mal cuidado. El sujeto queda olvidado en ese corral de ramas, queda como oculto, queda como marginado, entonces la hiper especialización aleja al núcleo que de alguna manera debe de abordar (E3).

Se podría llegar a hacer algo totalmente modelo que se haga cargo de esta situación, con enfermeros especializados, con gente que se encargue de ellos (E6-b).

Todo lo anteriormente trabajado nos lleva a interrogar si es posible producir una integración del plano de organización con sus líneas de gestión, con el plano de consistencia. Según las lógicas funcionales de un momento socio-histórico que codifican el mundo haciéndolo gobernable, vemos como el Estado administra las necesidades en un territorio. Establece una rama de decisiones para las organizaciones en el marco de una macropolítica que naturaliza lo dado. Desde un saber acerca de lo verdadero, codifica y homogeniza fundando un orden como fundamento último, dando un sentido definitivo carente de variaciones al fenómeno de que se trate. El Estado como aparato de captura actualmente se encuentra subordinado a la axiomática capitalista. Asistimos a una sociedad de consumo que crea la necesidad continua de recambio donde los dineros son vertidos en la adquisición de los últimos adelantos. Asimismo priman las tendencias de control y estandarización de todos los aspectos de la vida. Estos aspectos dan lugar a una difusión generalizada de estilos de vida junto a formas específicas de sensibilidad. El decir de los entrevistados nos muestra que el hospital no escapa a estos fenómenos que según los actores son captados y asociados a procesos de producción y consumo, de modo constrictivo. En otro plano como veremos, se pone en acción un cuidado acorde a las necesidades de los niños con cuidadores y funcionarios que producen una máquina deseante de transformación. La integración de ambos planos recorridos requiere de una mayor dignificación del trabajo que realizan muchos funcionarios por parte de la organización.

6.1.2 – funcionarios

Entre los distintos actores que intervienen en el territorio están los funcionarios comprendidos dentro del personal médico y no médico, con distintas inscripciones según los contratos funcionales. Algunos pertenecen a ASSE, otros a empresas tercerizadas, también quienes son docentes universitarios y quienes son contratados por una Comisión de Apoyo. Por otra parte hay una alta circulación de otros funcionarios, de las fundaciones, de otras instituciones públicas, etc. En los relatos se produjo una heterogeneidad de posiciones, posiciones grupales de acuerdo al lugar ocupado en la cercanía con el niño, posiciones sociales que designan las diversas jerarquías y también en relación a sí mismos.

En la recorrida por el hospital tuvimos contacto con funcionarios de vigilancia, limpieza y cocina que pertenecen al Plenario de mujeres del Uruguay (PLEMUU), una ONG que cubre los servicios de estas áreas. Me generó interrogación el hecho de que ninguno de ellos accedió a identificarse y sin embargo mantuvimos extensas conversaciones acerca del funcionamiento del hospital. En más de una ocasión nuestras conversaciones fueron interrumpidas bruscamente debido al temor -así se nos transmitió- de la llegada de algún supervisor o jefe. Esto estaría relacionado al funcionamiento de una ONG en un ámbito público que le exige por un lado ajustarse a la normativa de la institución y por otro conservar cierto grado de independencia. Es una posición de cierto debilitamiento que requiere un cuidado especial de no generar injerencias que le hagan perder su lugar. Con los funcionarios de ASSE esto no sucedió en la mayoría de los casos, accedieron gustosamente a brindarnos sus datos y firmar el consentimiento informado. Hubo dos excepciones, una funcionaria que se iba del hospital, muy afectada, por una situación que nos planteó como muy desagradable y no quiso ser identificada. Otra que nos transmitió no haber obtenido de su jefa la autorización para encontrarse con nosotros.

Algunos de los entrevistados se desempeñan dentro de un sector que se ocupa de la salud de los funcionarios, lo que dio lugar a tomar contacto con aristas de una problemática que no siempre es percibida. ¿Cuál es el costo de mantener el estándar de calidad requerido para los servicios de salud? ¿Este costo se inscribe en el cuerpo de los trabajadores? Nos relataron que del entorno de cinco mil trabajadores que hay en el hospital, tuvieron cuatrocientas cuarenta consultas, algunas médicas, pero la mayoría y a las que dan mayor importancia se dio en lo que consideran como aspectos psicosociales del trabajo. A continuación se explicita a lo que se refieren:

(...) relacionamiento, tratamientos por medicación que no te permiten madrugar, reubicaciones, situaciones de vulnerabilidad social... Suponete, tuviste una pérdida de un

niño, vos trabajador... O estás en el embarazo saludable y te pechás con las realidades de un niño que viene acá... En el lenguaje de la salud laboral decimos que todo proceso de trabajo tiene un objeto y tiene componentes: medios, recursos, organización, tiempo; el objeto de trabajo puede ser material, puede ser sujeto y puede ser inmaterial, eso que también creamos tanto de un lado como del otro, eso que digamos está en el papel, que viene de acá, que es difícil eso también igual. ¿Qué tiene eso? Aspectos potenciadores pero según como se den acondicionados son los aspectos más negativos, tienen la doble virtud: potencian pero pueden ser desgastadores si no hay un camino medio (E1-a).

La mayoría de la gente que trabaja en la salud, la parte de enfermería, terminamos... yo no, gracias a dios... pero terminamos con unas buenas pichicatas encima, en manos de psiquiatra, tomando pastillas... llega el momento en que uno... es desgastante (E5).

Se ponen en evidencia tensiones y contradicciones, condiciones de la organización del trabajo que producen efectos desfavorables en los funcionarios. Un aspecto de lo relatado toma en cuenta los efectos de las prácticas en el cuerpo, pensado este como organismo en el que se producen enfermedades. En cuanto a los llamados aspectos psicosociales advertimos una modalidad que toma al cuerpo en su dimensión afectiva, como poder de afectar y de ser afectado. Asimismo se plantean aspectos que potencian los cuerpos y otros que producen desgaste. Los cuerpos portan un estado de potencia, de potencia de actuar. Los encuentros y desencuentros que potencian o desgastan se relacionan con las condiciones en que se realizan las acciones (Deleuze, 1984, p.133). El miedo, el estar colocado en un lugar de mediación, las dificultades relacionales con otros funcionarios, además de otras situaciones, producen condiciones de trabajo impropias para que se den los buenos encuentros entre cuerpos. Esto podemos verlo en las palabras de la siguiente entrevistada.

Al fin y al cabo trabajamos con miedo porque no sabés si lo que estás haciendo está bien, si va a haber alguien que te va a ayudar o si te van a sancionar porque no cuidaste a quien se esperaba que cuidaras sin informártelo (E6-b).

Otro aspecto a considerar fueron los diversos cuidados que pueden efectivizarse en un hospital desde distintos funcionarios, aunque esto implica también diversos grados de afección. Hay cuidado desde las actividades que se realizan en la cocina, la limpieza, el mantenimiento, vigilancia, ascensorista, etc. pues todos ellos en algún momento se contactan con el niño. Un bello ejemplo de esto es el relato que hace Molinier (2014) acerca de los trabajadores de un hospital que mientras barrían conversaban con los pacientes y el comentario de uno de ellos fue elocuente: "nosotros, estamos aquí para recoger polvo y palabras". Los funcionarios entrevistados, si bien no con esas palabras, transmitieron experimentar un sentimiento semejante al de este comentario.

Entre los funcionarios se pueden discriminar las diversas posiciones que ocupan los mismos y cómo aparecen los mayores obstáculos en quienes están más cercanas al cuidado de los niños que son -en este caso- las cuidadoras hospitalarias (CH). De este modo podemos

reflexionar acerca de la existencia de diversos modos de cuidar que exigen diferentes responsabilidades -claro está- y estas recaen en mayor grado en las CH:

Ellas (las CH) tienen que vivir a veces situaciones que no se si las capacitan, pero se han capacitado sí en el tiempo pues muchas de ellas tienen mucha experiencia. Lidiar con situaciones que muchas veces son mezquinas, absolutamente incómodas; que bueno, se han visto envueltas en problemáticas familiares, o estar en situaciones de transición entre el niño y la familia, quedar a mitad de camino. Y por otro lado no solamente eso, sino también todo lo que desde enfermería les llega, que en muchas oportunidades no son cosas afirmativas, son cosas muy negativas. Las cuidadoras estas son personas que yo conozco a algunas más que otras desde hace mucho tiempo y la verdad que tienen un coraje, una valentía, están hechas de algún material... (E3).

También encontramos expresado en el relato siguiente, el nivel de afección de quien permanece cuidando a un niño durante 12 horas. Con afección nos referimos a lo que plantea Deleuze (2008): "(...) la afección es literalmente el efecto instantáneo de una imagen de cosa sobre mí (...) la afección envuelve , implica un afecto" (p.226).

Hay determinadas situaciones acá que me afectan y me enojan. Vino una niña que entró por un abuso del papá, era un viernes y llegó el domingo y no la había visto un médico forense. ¿Cómo puede ser que en un centro hospitalario no haya un médico forense un fin de semana? La negligencia que tenés permanentemente con el personal de enfermería o con el personal médico. El tema que no te toman en cuenta nunca para nada, 5 minutos están con el paciente y hacen un diagnóstico sin tomar en cuenta que nosotros estamos 12 horas con el niño y tenemos mucha más información que puede enriquecer el trabajo de ellos... en su tarea, pero bueno... ese tipo de cosas... te vas como, en sí no es que te vaya desgastando, en sí, el trabajo a mí me sigue gustando, en sí lo que ahora lo tomamos de otra manera (E6-b).

Una situación en extremo injusta le llega, la afecta, es un reacción inmediata y podemos decir que la injusticia que tiene ante sí le provoca un afecto que es el enojo. Pensando en la potencia que portamos los seres humanos, trabaja Deleuze (2008) sobre el planteo de Spinoza que los afectos aumentan o disminuyen la potencia. A lo que aumenta (Spinoza) lo llama "alegría" y a lo que disminuye "tristeza". De acuerdo a estas reflexiones nos preguntamos si no serían estas afecciones imposibilitadoras de una capacidad de reacción. Claro está que este sería solo uno de los aspectos que intervendrían pues las situaciones que presenta el cuidado en el hospital son por demás complejas.

También y sumado a lo anterior, se transmite la existencia del principio de jerarquización que rige las relaciones en un espacio de organización vertical. En concordancia con esta apreciación relativa a un sistema de jerarquías (que será problematizado en el apartado de género) interesa resaltar que desde la organización se nomina a quienes son cuidadoras como auxiliares de servicio.

El cargo no está reconocido sos auxiliar de servicio...y el trabajo es agotador. Yo trabajo fines de semana, feriados y turismo... hasta el 1 de enero... y cuando toca fin de semana largo, son 3 días, te querés morir... terminás fundida (E6-a).

Debido a que las instituciones de salud son portadoras de relaciones de saber-poder y en este caso prima el saber-poder de curar, ciertos actores quedan investidos de dicho poder. En el otro extremo se encuentran quienes están cumpliendo el cuidado de los niños y los niños mismos, sobre quienes se ejerce ese poder. Dice Foucault (1978) "Desde el momento en que el hospital se concibe como un instrumento de cura y la distribución del espacio se convierte en instrumento terapéutico, el médico asume la responsabilidad principal de la organización hospitalaria" (p.31). No solo en el hospital sino también a nivel social, la centralidad de la figura del médico aún continúa siendo indiscutible. El ejercicio de estas relaciones de poder genera una pérdida de autonomía en quienes es ejercido ese poder.

También están aquellos niños que uno está desesperado por que se los lleven porque no los podemos controlar y pasan meses y meses y meses. Tuvimos uno solo que lo llevaron enseguida porque nos pegó a todos, dio palo abierto a todo el mundo. El día que tocó a un médico... enseguida lo sacaron. Funcionó la jerarquía... porque según el hospital nosotros estamos para eso (E5).

A medida que uno fue involucrándose más con el trabajo o empezaron a hacer agua muchas cosas... la negligencia por parte de los médicos o cuando vas a enfermería y le decís por favor, se siente mal podés venir, está en una crisis... Y te empiezan a pegar, por ejemplo, te tenés que ir a bañar, no, no quiero y te empiezan a pegar y te dan una patada y una opta por siempre tratar de convencerlo. Y vas a enfermería y contás y me tiró algo por la cabeza... ah, no, disculpá yo no puedo hacer nada... querés que llame al médico que el médico tampoco resuelve. Tenés que ir 4 o 6 veces... y el médico viene como a los 40 minutos y con mala onda, de mala manera porque es sábado o domingo y obviamente el cuadro muchas veces ya pasó. Ya se solucionó, ya fuimos agredidas ya fuimos violentadas (E6.b).

Foucault (1983) diferencia entre relación de poder y relación de violencia, lo que nos interroga acerca de qué es lo que realmente sucede en estas situaciones que nos narran.

(...) lo que define una relación de poder es que es un modo de acción que no actúa de manera directa e inmediata sobre los otros, sino que actúa sobre sus acciones: una acción sobre la acción, sobre acciones eventuales o actuales, presentes o futuras. Una relación de violencia actúa sobre un cuerpo o sobre cosas: fuerza, somete, quiebra, destruye: cierra la puerta a toda posibilidad. Su polo opuesto sólo puede ser la pasividad, y si tropieza con cualquier otra resistencia no tiene más opción que intentar minimizarla (p.14).

Como se pone de manifiesto en las viñetas anteriores las CH parecen quedar en una posición que no las habilita a la reacción o a la respuesta, permaneciendo con el cuerpo afectado, sin poder ubicarse como sujetos de acción. En este caso la jerarquía parece proceder de un modo de gobierno -como plantea el autor- en el sentido que gobernar estructura el campo de acción de los otros. Asimismo refiere que las instituciones ponen en juego reglas y un aparato por lo que se corre el riesgo de dar a uno o a otro un privilegio exagerado en relación al poder. Lo que conformaría un dispositivo cerrado sobre sí mismo con sus jerarquías cuidadosamente diseñadas. En el siguiente relato se transmite que alguno de los aspectos antes mencionados se han ido modificando en el tiempo.

Este hospital es como una ONG a veces para los trabajadores, es como un proyecto de inclusión laboral, porque hay trabajadores que no pueden laburar en ningún lugar y vienen acá. Yo cuando empecé a hacer enfermería, hace unos cuantos años atrás, siempre estuve generalmente en estados críticos, pero las personas tenían de alguna manera fortalezas que les permitía muchas cosas para trabajar en enfermería, por ejemplo: trabajar muchas horas, no descuidar los temas específicamente operativos, acercarse al que necesita el cuidado; había otra operativa diferente alrededor de quien necesitara, en este caso (por así llamarlo) el paciente. Y creo que todo ese cimiento que existía para sostener un vínculo sano en tanto a lo que tiene que ver con lo asistencial con quién lo necesite, creo que ha estado ahora viciado ¿no? Y está debilitado, hay vulnerabilidades (E3).

No sabemos ni podemos afirmar que eso sea así, lo que sí aparece claramente visible es que junto a la complejidad del trabajo de cuidado hospitalario, podemos visibilizar su fragmentación. Pues junto a la diversidad de respuestas de los actores percibimos la inexistencia de una puesta en común, la aparición de una partición en un nosotros y ellos que impide una enunciación colectiva relativa al cuidado.

El hospital por otra parte es un espacio de producción y reproducción social, allí conviven todos los fenómenos que ocurren a nivel social. ¿Qué sucede cuando se encuentran hábitos y costumbres diversos generadores de estereotipos sociales con la cultura de los profesionales? Si la familia se posiciona como sujeto de derecho el personal médico responde de un modo acorde, pero ante otras familias carentes de ese modo cultural, existe una discriminación en la atención.

Y otra cosa terrible, a los padres, viene la enfermera y no le explica nada trae la jeringa la inyecta y no les dice por qué. ¿Te acordás de la peruanita? Tenía un bebé chiquito y no sabía qué tenía el niño ni qué medicación le daban. Ella hacía todo mecánicamente lo que le dijeron que hiciera pero no sabía por qué ni para qué. Y confiaba ciegamente en lo que hacían los médicos. Sí pero como decimos esto decimos lo otro, el fin de semana pasado había una nena al lado que la habían operado de un tumor cerebral y estaban contentos con los médicos pero vos veías ahí una familia como muy preocupada, muy atenta, muy pulcros... entonces veías ahí que pasaban los médicos, los saludaban, atendían la nena con gran preocupación y cosas así, entonces... ese tipo de cosas no suceden cuando viene un niño de un hogar muy humilde, sin dientes, poco aseo, desprolija... ahí ves el desfasaje. Y son agresivos y a veces con toda razón. El médico con esta gente se pone prepotente o no les dan explicaciones y ellos se violentan. Y los dejan en una inercia, pasan las semanas y nada (E6.a).

Si el niño viene con una quebradura, ya de antemano a esos padres los tratan de un modo tirante o los hacen sentir incómodos... y un montón de cosas que se ve y eso no está bueno, porque uno no puede juzgar simplemente porque el niño viene con una quebradura. Son declarados culpables. Y eso lo vemos y los vemos con el paciente de la cama de al lado... a veces las madres desesperadas llorando, bueno se me cayó de la cama, no soy negligente porque se me cayó de la cama. Porque un niño se cae de la cama a veces (E6.b).

Estas narraciones me llevaron a recordar la canción de la murga, cuyo autor es Jaime Ross: "... que el letrista no se olvide de las madres del Pereira, que recuerde la tristeza de los locos de Millán..." Letra que conmueve la sensibilidad, describiendo algo muy nuestro que nos hace resignificar la canción. Dice de la existencia de las exclusiones, por demás injustas, con las que convivimos en nuestro entorno.

Otro aspecto que toma importancia es que en los hospitales existe un funcionamiento durante la semana, diferente al que se realiza los fines de semana y feriados. Los recursos humanos disminuyen y esto modifica el modo en que se organizan las actividades, quedando ciertos espacios resolutivos sin personal. En la especificidad de la tarea de las cuidadoras esto las obliga a tomar resoluciones sin ningún tipo de respaldo, cuyos inconvenientes se ilustran en el siguiente relato.

La madre le dice al médico, me tengo que ir, y el médico le dice andá que llamo la cuidadora. No somos un delivery, somos un recurso ante la emergencia. Nosotros dependemos del servicio social pero no están y enfermería o el médico nos ordenan. Por ejemplo, ahora somos 3 y nos llaman de puerta de emergencia que entró un niño violentado, ¿qué hacemos? no sé, tiramos las cartas y resolvemos nosotras, no tenemos nadie no tenemos siquiera un teléfono que alguien esté a la orden para resolver... que nos respalde en la decisión que vayamos a tomar... (E6-b).

De repente llega una madre con 3 niños a la emergencia y hay solo una cuidadora libre, ¿esa cuidadora tiene que cuidar esos 3 niños? No, tienen que resolver de otra manera llamando a INAU o exigiendo al familiar que permanezca y lo primero que hacen es agarrar el teléfono y llamar acá... muy fácil! Necesitaríamos el doble o el triple de cuidadoras a disposición (E9).

Sumado a todo lo anteriormente expresado en relación a los funcionarios, encontramos la complejidad de la población que atienden en el hospital. Incluimos este relato solo a modo de hacer presente este aspecto pues reflexionamos en los apartados siguientes acerca de la familia y los niños.

(...) con el niño y la familia ahí se generan situaciones de violencia... te dicen, bo yegua hija de puta... perdóname la expresión... encima que yo te pago el sueldo no te hagas la viva, la estás judiando, andá a judiar a tu abuela... y cosas más fuertes que esas. Se enojan con enfermería, se enojan con los médicos, hemos tenido una compañera, hace poco, hasta los lentes recién hechos se los rompieron y con fractura de nariz y todo. La compañera fue y dijo, acabo de hacerme los lentes y los estoy pagando (E5).

La naturalización existente en el hospital de estas acciones impide una reacción ante la situación generada.

6.1.3 – familia

Los relatos en referencia a las familias, mencionan una disminución en la población que se atiende en el hospital después de la concreción del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Me surge la pregunta si asistimos a una sociedad que clasifica y define lugares para cada quien. Con algunas excepciones, en el hospital ha quedado una población suponemos carente de un trabajo estable o regularizado. ¿Qué produce colectivamente esta fragmentación? También nos interrogamos en relación a tener o no recursos y qué efectos produce esta división al momento de cuidar a los niños.

La población que más se atiende es la más humilde y mermó muchísimo con la llegada del FONASA que se pudieron ir a sanatorios. Esto antes estaba super poblado... yo cuando empecé a trabajar acá por habitación teníamos 4 camas pero cuando llegaba el plan invierno cada cama tenía su bis, entonces se duplicaba. Llegaban a ser hasta 8 camas por habitación. Ahora son 2, máximo 3. Sigue siendo el nivel más bajo que viene al hospital... se da que viene gente que no está en el nivel tan bajo, pero la minoría. Estaba super poblado eran 8 madres, 8 niños. Terminaba el plan invierno y mermaba, quedaban en 4. Cuando aparece el FONASA mucha gente se fue a las sociedades, que también fue un show ver eso, cómo las madres eligieron La Española, la Médica Uruguaya... pero venían acá a pedir los pañales, venían con los tuppens a pedir la comida porque allá no se les daba la comida como acá (E5).

La familia... tenemos de todo... tenemos de todo... nos cambió... nos cambió la población mucho. Nos quedó... acá hay que hacer un antes y después de FONASA. Antes cualquier niño si el papá trabajaba no siempre le podía pagar la mutualista, entonces tenías niños con mamás y papás que tenían ingreso fijo y se atendían acá porque los padres elegían y tenías niños que la familia no tenía ingreso fijo y se atendían acá. Ahora nos quedaron los niños de los que no tienen ingreso y les corresponde la cobertura por salud pública y específicamente niños que los padres podrían por FONASA tener una mutualista y eligen estar acá. Están los que eligen y más o menos tienen resuelto, tienen un ambiente más continente. Y tenemos los otros, hay gente que no tiene recursos, es ni siquiera tener la idea que algo existe. Si saben que los recursos existen van a buscarlos pero si no tienen la información no pueden y les tenés que facilitar la mayor cantidad de cosas (E4).

En el siguiente relato pareciera que los pobres no tienen derecho a exigir y asimismo nos preguntamos ¿qué es una pobreza digna?

Antes la pobreza era una pobreza digna, era una pobreza que tenía otra responsabilidad. Y era hurgador de repente pero vivía, caminaba, era responsable de lo que él iba a tener acá, a lo que venía. Y hoy por hoy es otro tipo de pobreza, es una pobreza que exige, que demanda, que cree que él tiene el derecho, el hombre o la mujer tiene el derecho a exigir y no a ser responsables. Era otra población, era otra pobreza, no es esta pobreza (E7).

Nos encontramos ante una minoría no pensada numéricamente, sino por el modo en que se la considera dentro de una lógica de exclusión. En el sentido que lo plantea Lazaratto (2006) refiriéndose a los que están excluidos de la mayoría o subordinados a un patrón de medida que establece la ley, fijando la mayoría. Asistimos a un proceso social extremadamente cruel de antagonismos sociales fundados en relaciones estratégicas de fuerza. ¿Nostalgia de lo que se considera como un deber de sumisión correspondiente a quien ocupa el lugar de pobre? ¿Producción subjetiva que hace que el trabajador no pueda reconocer los derechos de los que quedan colocados en lugar de “los otros”?

Y generalmente es una población carenciada en todos los aspectos, medio baja, de bajos recursos. Hay de todo también, vienen también extranjeros que capaz no sacaron el seguro y cae gente de mucho dinero. Es variado pero generalmente es una población media baja (E8).

No podemos evitar pensar acerca de estos fenómenos que posiblemente diagramen las modalidades con que se efectivizan los cuidados. La producción de subjetividad trabaja en los modos en que pensamos a los otros y los clasificamos en torno a una normalidad que designa cómo vivir y qué valores se ponen en práctica. Subjetividad fabricada y modelada en el registro de lo social que produce un campo de valorización.

El Estado asistencial comienza por la organización de una segregación que empuja a una parte considerable de la población fuera de los circuitos económicos. Y en un segundo momento viene a socorrer, viene a dar asistencia a esa población, pero con la condición de pasar por ese sistema de control (Guattari y Rolnik, 2006, p.173).

El siguiente relato nos impactó e hirió nuestra sensibilidad y la voz de quien lo relata se quebró por un momento.

Las niñas que cuentan como les hacen hacer sexo oral, cosas que les meten en la cola, en el ano... y a veces son los propios padres. Y viene la madre y le dice, decí que todo es mentira, retirá la denuncia y si vos retirás la denuncia nos vamos a casa y te compramos todo lo que vos querés (E4).

¿Cómo evitar la culpabilización a la familia por la violencia que ejerce hacia los niños? Nuestro posicionamiento no toma por esa vía, sino que pretende comprender cómo se trama esa violencia, qué lógicas, qué producciones subjetivas la promueven.

Generalmente son familias que depositan los niños, dejan a los niños acá, niños desde los 4 o 6 meses hasta de 15 o 16 años, que más o menos cuando ya son más grandes pudieron vivir en el núcleo ese familiar violento... tá, entonces vienen por el liceo o con un tío o con un vecino o la madre de un amigo, que les dice te voy a llevar porque estás con marcas y estás durmiendo en la calle y la familia no se hace cargo (E6-a).

La tendencia es a depositar toda la maldad en las familias pobres cuando ni siquiera el ámbito religioso ha salido indemne de esta situación. No se trata de una defensa de quienes ejercen violencia sobre los niños sino de abrir el espectro para intentar pensar cómo es que se originan estos fenómenos en el mundo en que vivimos. Las desigualdades, las injusticias y la violencia del mundo actual provocan una precarización de la existencia potenciando los peores aspectos del ser humano. Pensamos que solo una conciencia colectiva acerca del daño cometido en la trama social puede crear modos de resistencia que inventen otros modos de convivencia.

La gran mayoría son situaciones que les dicen sociales. Violencia intrafamiliar, abusos prolongados que quedan mucho tiempo tapados o que algún miembro de la familia es el portavoz y saca a luz una situación que están viviendo en el núcleo familiar que no da para más. Y el hospital está desbordado con casos sociales (E6-b).

El desborde implica un déficit y la insuficiencia de los recursos con los que cuenta el hospital genera sobrecarga. Y esto puede estar relacionado con las funciones de “curar” adjudicadas en una época y el requerimiento de la situación actual para la que no tiene una implementación adecuada. Pareciera que esto se soluciona a partir de una política de cuidados con una estrategia combinada de acciones referidas a la diversidad de los mismos, de acuerdo a los casos que asiste el hospital y la incorporación de recursos suficientes. ¿Existe una posibilidad real de transformación para que estos sucesos no se repitan? ¿Puede el ser humano modificar los hechos aberrantes de este mundo para establecer un compromiso con la vida? Las CH ante el grado de afección experimentado ejercen su cuidado a ese niño/a dentro de sus posibilidades, aunque su posición las coloca en un lugar

de mediadoras muy difícil de sobrellevar. Por otra parte, el hospital denuncia y el juez resuelve.

6.1.4 – niños

Los entrevistados transmiten que el 70% de las consultas e internaciones son las esperables en una institución de salud. Con esto se refieren a las situaciones de enfermedades orgánicas que portan los niños y para las cuales los actores tienen más herramientas para su abordaje, lo que no impide el sufrimiento. De todos modos ante la presencia de la muerte, veremos más adelante, que por medio de ciertos rituales encauzan la importante afección que ello les provoca. Pudimos inferir que al menos para muchos de los funcionarios esto no implica un desborde pues existe una preparación para brindar la atención correspondiente. Funciones, lógicas y valores relativos a las actividades hospitalarias componen la rutina de su trabajo lo que no impide que sean afectados.

Tenemos en el pediátrico, niños que desde el alta del hospital de la mujer, desde el alta de maternidad, desde que nació se quedó 48 hs. internado con su mamá y pasó al pediátrico. Tenemos desde recién nacidos de 3 o 4 días hasta adultos de 24-25 años si tienen patologías crónicas si la dirección autoriza que se sigan tratando acá. Mayor cantidad de consultas principalmente por enfermedades respiratorias. El niño tiene como un momento de buena salud que son los nenitos que van a la escuela y te consultan más que nada por emergencias quirúrgicas, ya sea porque se caen, se fracturan o tienen algún accidente o tienen cuadros como una apendicitis (E4).

El libro de Palumbo et.al. (2012) es un referente ineludible en relación a la historia de la fundación del CHPR y las concepciones vigentes en la época: “A principios del siglo XIX se creó el Asilo y el Torno para dejar a los niños abandonados que antes eran <descartados> en la calle donde morían de hambre o de frío” (p.54). Asilo y Torno funcionaron en el edificio del ex Asilo Dámaso Antonio Larrañaga (anterior Asilo de Huérfanos Expósitos). Según las autoras fueron creados bajo el signo de la <<caridad cristiana>>, con el nacimiento de una nueva sensibilidad. Allí se dejaban y se recibían de recién nacidos hasta niños de 7 años. Encima del torno rezaba la siguiente leyenda: <Mi padre y mi madre me arrojan de sí, la caridad divina me me recoge aquí >



Barrán (1994) es referente con sus trabajos acerca de la sensibilidad de épocas pasadas. El autor plantea que en la época bárbara de nuestro país la muerte del niño estaba naturalizada y las cárceles y las leyes no lo diferenciaban del adulto. El Estado -en alianza con el cuerpo médico- comenzó a implementar estrategias con el fin de bajar la mortalidad infantil; aumentar la tasa de natalidad y disminuir los efectos de la promiscuidad y la enfermedad en las deformaciones de los recién nacidos. Esto requirió de medidas disciplinarias para las familias pobres con una visión higienista. Los visitantes de los pobres fueron los encargados de realizar el control y la vigilancia, actuando como una policía sanitaria. El médico fue el encargado de capacitar a las madres para lograr hacer de ellas una “enfermera ejemplar”. Las características de la población infantil presentes en la época de la fundación del CHPR parecen no haberse modificado en ciertos aspectos. Se han revertido ciertas problemáticas relacionadas a la desnutrición y mortandad infantil, en cambio parecen haberse agudizado o al menos se hacen visibles, las referidas a situaciones de violencia.

En invierno generalmente todo respiratorio, ahora paró un poco y estamos con otras patologías, diarrea y vómitos, todos los meses tiene algo diferente. Enfermos siempre, pueden ser sociales también (E8).

Cuando yo vine a este hospital había más asmáticos y había desnutridos y eran bastante comunes; hoy no ves un desnutrido en los pisos, el acceso a alimentos, el acceso a determinado tipo de bienes de alguna manera se ve que se ha distribuido bien, ¿pero qué ocurre? Aquél asmático, aquél desnutrido de tipo de Biafra, con todas las características, tenía a su madre al lado (E3).

La preocupación mayor que apareció en los relatos, al menos para quienes se encargan de su cuidado son los niños que sin portar una enfermedad orgánica -algunos son diagnosticados como psiquiátricos- se encuentran en el hospital sin su familia por orden del juez, y requieren de una cuidadora a su lado las 24 horas, pues no pueden permanecer solos. Ante la sospecha de que sea víctima de violencia o se encuentre en una crisis, el niño accede al hospital y es diagnosticado e internado, se lo ampara y se da aviso al juez. Su permanencia depende de una resolución judicial. Los relatos refieren continuamente a ellos nombrándolos como “sociales” o “psicosociales”. Esta nominación incluye maltratos, abusos, intentos de autoeliminación, drogadicción, permanencia en la calle, entre otros. Ante lo imprevisible de esta situación la organización sanitaria parece no contar con los medios adecuados para afrontarla. El servicio pasa a ser deficitario en cuanto a cubrir las necesidades propias de un niño o adolescente y también en cuanto a los recursos, y me refiero a la cantidad de funcionarios al cuidado de los mismos.

¿Qué cuidado requiere este niño? ¿Debe resignarse a estar en el desamparo y la desposesión? ¿Se produce su revictimización? Asociamos a los sufrimientos padecidos con anterioridad, los que la situación de internación puede provocarles: el alejamiento de su

núcleo familiar y de sus amigos; la ruptura de un estilo de vida; la adaptación a un espacio impuesto y desconocido; la incerteza en cuanto a las decisiones que se tomarán sobre su destino más próximo; la pérdida de autonomía en cuanto a su libre circulación; el control ejercido sobre cada uno de sus actos. Tomando en cuenta todos estos elementos, podríamos considerar que la hospitalización se convierte en una situación de sufrimiento emocional para el niño. Molinier (2015) va más allá y se refiere al hospital como un “mundo aterrador”, coincidimos en cuanto a que no es un espacio acondicionado para la permanencia de niños. Si bien quienes los cuidan construyen un espacio de escucha, de acogimiento ante la vulneración de la familia. En concordancia con esto vienen a mi memoria momentos experimentados de agobio, agotamiento y deseos de huir de allí y no regresar.

Tenemos en general un niño que tiene un maltrato, un abuso, por ejemplo que son los sociales acá. Los diagnostican como tales sí, a los sociales: maltratos, abusos, yo qué sé... Generalmente son niños procedentes de familias numerosas, de madres solteras, o de la irrupción de problemas que tienen que ver con los familiares, cuando el individuo no puede permanecer ahí, o dificultades porque viven en el interior, yo qué sé, otro tipo de cosas ¿no? (E3).

Hay embarazadas de doce, trece años, violadas... (E1-a).

Por violencia doméstica, las maestras ven algún golpe y lo traen, el niño relata algo al familiar y lo trae (E8).

Tenés una niña 5 meses en el hospital, sin contacto con sus amigos, sin poder ir a estudiar cuando ella fue la agredida, y sus agresores están afuera y ella esperando la resolución del juez (E6-b).

Un juez de turno que decida, porque un hospital no es un lugar de permanencia para niños que están con dificultades sociales... pero al final se termina convirtiendo en eso, porque son muchísimos los que están internados por problemas sociales y es el juez el que va a definir quién se va a hacer cargo de ese niño (E6-a).

Bajo estas condiciones que implica estar internado, las reacciones del niño son de enojo, muchas veces expresado con acciones violentas. Reacciones emocionales que pueden provenir del estado de angustia y ansiedad, producto de las experiencias pasadas y de la que actualmente está experimentando. Y ante los relatos de los sufrimientos de los niños por momentos -con algunas de estas mujeres cuidadoras- pude advertir la necesidad que tienen de hablar al respecto. La palabra se transformó quizás en un modo de alivio al compartir una realidad por demás cruel.

Muchos con dificultades, a nivel afectivo... estos niños que están solos ¿por qué se enojan si quedan solos? están reclamando lo que no tienen, te exigen cosas, se enojan y te contestan, tienen rabia. Y le hablás con cariño, tratás de que entienda que no es tu responsabilidad pero lo comprendés (E6-a).

Hay situaciones en que el niño se descontrola y necesitas ayuda... hay niños que han sido atados... es terrible tenerlos atados, pero si los desatan se hacen daño. Era un paciente muy grande, de 14 años, hacía mucha fuerza y podía soltarse... Estaba con medidas de contención, por eso éramos dos y en la mañana cuando ya no nos daban las fuerzas para contenerlo, lo ataron. Hay niños muy agresivos... tuvimos hace años un paciente que

estaban las cuidadoras encerradas en la habitación, con llave, porque era super travieso, super agresivo y tenía 5 años. Imaginate cómo era el niño... 2 personas y puerta con llave... hace como 10 años... y hace poco lo vi en televisión porque había hecho un principio de incendio en la casa. El adulto básicamente se puede hacer cargo de él mismo, el niño no (E9).

Y te empiezan a pegar, por ejemplo, te tenés que ir a bañar, no, no quiero y te empiezan a pegar y te dan una patada y una opta por siempre tratar de convencerlo. Nosotros toda la línea que tenemos son situaciones sociales, no tenemos niños con un problema de salud real... que digas tiene una patología (E6-b).

La inmensa mayoría viene de familias que ya tenés patología. Un gurisito que le brota una forma así depredadoras, mirás para al lado, mamá, papá, abuela, los intentos de autoeliminación, de familias, de redes de intentos o si no de suicidios. Entonces tenés que poder integrar y buscarle la vuelta, entonces el abordaje no es ah, tá. Hacéle caso al doctor y tomate la medicación en este y este horario. Mamá está controlada y está tomando la medicación. ¿Hay alguien que esté en condiciones de poder verificar que esa mamá cumple con su tratamiento o va a hacer que el niño lo cumpla? O va a ser un juntadero más de pastillas y va a venir el hermanito más chico y se las va a tomar todas juntas (E4).

Los tienen pichicateados, bastante pastillaje... pero más allá de eso tienen la escuelita, pueden bajar a la plaza con cuidadora o con familiar que se haga cargo (E5).

La intensidad de lo vivido desborda la posibilidad de manejar la angustia y el estado de indefensión que nos transmiten los relatos, nos llevó a interrogar si la única vía posible de escape que les queda a estos niños son las reacciones agresivas. La ciencia interviene con sus modalidades instituidas aplacando la agresividad, mientras por otro lado quienes están más cercanos al cuidado del niño, inventan recursos adecuados a sus necesidades. Estas invenciones aparecen teñidas por las emociones que en ellos despierta este estado de indefensión, generando acciones de hospitalidad, dándose y dando un tiempo para que se produzca el encuentro.

Hay niños que hay que trabajar mucho para acercarse a ellos. Por ejemplo, hay un niño que está acá que la madre lo trajo porque no lo quería más en la casa porque tiene auto y hetero agresividad. La madre vino y lo dejó acá, tiene 11 años. Uno se da cuenta que es un niño que tiene mucha soledad, mucha tristeza. Yo al principio... los primeros días que estaba acá le decía, a ver, dame un abrazo de oso, un beso... Te das cuenta que le falta cariño a ese niño, y no quería a nadie, y no quería a nadie, y no quería a nadie, ahora sí, hasta me da miedo porque me aprieta tanto cuando me ve que me deja doliendo. Pero lo logré me ve y sale corriendo a darme el abrazo de oso (E5).

En referencia a este caso específico fui testigo del “abrazo de oso” que este niño dio a quien me relatara su caso. Y en esa situación percibí con claridad cómo la emoción puede ser vehículo que afianza mi vínculo con el campo investigado. Allí se hace presente la resonancia, Nancy (2007) lo expresa de modo muy elocuente:

(...) en la resonancia hay una fuente y su recepción. El sentido me llega mucho antes de partir de mí, y no me llega sino partiendo del mismo movimiento. O más aún: no hay “sujeto” (lo que siempre quiere decir “sujeto de un sentido”) sino resonando, respondiendo a un impulso, a una llamada, a una convocatoria de sentido (p.28).

Otros relatos transmitidos son elocuentes del padecimiento que involucra a los niños y por ende a quienes se hacen cargo de su cuidado.

Hubo dos casos que no sé si mis compañeras te contaron... fueron fortísimos y nos marcaron a todas... Una niñita que vino quemada... todo ese cuerpecito... toda quemada, la carita, las manitas... toda, toda y lo que corrió por el hospital fue que su madre le metió su cabecita en el horno encendido... te mata, hay emociones que no podés controlar... Sí, con otra compañera, y yo lloraba de un lado y ella lloraba del otro... Acá he vivido cosas terribles e injustas...(E6-a).

Néstor era un paciente de 14 años y a Néstor lo mató... entró un enfermero desquiciado del CASMU con uniforme, tenía permiso de la madre del chico de estar con él, era domingo y estaba la mamá, entró con un arma le disparó a Néstor en la cabeza, le disparó a la mamá que estaba embarazada y se disparó él... Hice como el ave fénix... que surgió de sus cenizas y decidí continuar... pero eso está presente en mí, como una alerta que tengo incorporada... así es nuestro trabajo (E9).

Además de la sensibilidad expresada a través de la palabra y el cuerpo, existe en las transmisiones la convicción de realizar un trabajo de cuidado a los niños, muy difícil, pero al que le imprimen un gran valor. Escuchando los relatos, por crueles que sean pensamos que su cuidado seguramente sea beneficioso para quienes lo reciben, una oportunidad de experimentar otros modos de lo humano.

6.2 – composición del cuidado

6.2.1 – prácticas

Si bien las producciones subjetivas guían el comportamiento, las prácticas contienen una dinámica capaz de romper con su carácter mecánico, en referencia a los mecanismos que gobiernan las conductas. Esta dinámica -en su dimensión contextual y local- genera un margen de acción y transformación en la inmanencia de lo que acontece. La tarea de cuidado es permeable a dichas transformaciones requiriéndose una redefinición de sus contenidos.

Ha habido un cambio muy grande, cuando yo entré había muchos casos de desnutrición, muchos, muchos. Después pasó el tiempo y ya no hubo tantos casos de niños desnutridos y pasaron a ser de fibrosis quística y con problemas respiratorios. Tenías que ayudarlos con el aparataje puesto a salir de la habitación, un poco por el pasillo hasta el ascensor y nosotros los cuidábamos. Había también pacientes cardiológicos con patologías cardíacas. Hubo un caso que vino de Artigas que me impresionó, de los desnutridos que vi fue lo que más me impresionó. Eran 2 hermanitos que parecían venidos de África, enseguida les pusieron a INAU. Hoy en día... había algún caso de maltrato y que los padres no podían estar por eso, pero hoy lo que yo veo es que hubo un cambio... veo maltratos, abusos, posibles abusos y mucho adolescente con intento de autoeliminación. Esa es la moda de hoy lamentablemente y ya no ves casos de chicos desnutridos. (E9).

Tenemos una parte interesante en este momento que a veces llega a ser un 30% de los niños internados por patologías psiquiátricas y situaciones familiares de abuso o maltrato que hacen que tengan que estar internados. Y tenemos la función de hacer de amparo por orden judicial. Es un niño que está investigada la familia por situaciones de abuso o maltrato, el juez solicita que permanezca internado mientras que se valora la situación, por eso tenemos internaciones de 2 y 3 meses (E4).

Debido a la diversidad de consultas en los lugares de atención y la modificación de los motivos de internación, hubo una modificación en el llamado a cuidadoras. En el mismo se estableció el requisito excluyente de tener ciclo superior de educación secundaria completo. Se valoraba la capacitación como educador social y experiencia laboral certificada (ambos requisitos no excluyentes) y en tercer término experiencia en trabajo con niños. Como veremos más adelante esto resulta insuficiente para abordar la problemáticas actuales pues no se resuelven solamente con la profesionalización del cuidado.

Somos una camada nueva de cuidadoras que entramos por un llamado que se pedía con ciertos requisitos como estudios en primera infancia, con un perfil más social (E6-a).

Por un lado pensamos el plano macropolítico de lo visible, lo real, el SNIS, los especialistas, las estratificaciones. Dicho plano delimita los modos de llevar adelante las prácticas de acuerdo a un plan de conservación, regido por las formas conocidas que generan estabilidad y seguridad. Por otra parte, está el plano micropolítico, lo sensible, lo invisible, donde se ubica un campo de fuerzas en tensión que afecta el campo forzando la aparición de actos de creación. Es de destacar cómo los maltratos y abusos de los que son víctimas los niños, introducen en el hospital una práctica de amparo por orden judicial. Lo que sucede en el supuesto afuera fuerza el adentro del hospital desarmando el orden imperante. Esta situación que irrumpe en el hospital en los últimos años modifica las prácticas establecidas por la organización. En el entre está el niño y se vuelve necesario adoptar soluciones que le sean favorables. Estos niños que no portan una dolencia que los haga permanecer en cama son entretenidos con diversas actividades. Quizás sería beneficioso si este entretener al niño pudiera complementarse con algún otro tipo de propuesta socio-educativa.

Hay distintos voluntarios que vienen a hacer distintas actividades como de tipo de taller para tenerlos entretenidos, porque con esos niños que en términos globales está sano y que tiene que estar acá esperando que un juez resuelva. Entonces les pusimos talleres de plástica, yoga, musicoterapia, payasos medicinales. Aparte, de que el nene tenga la cuidadora asignada yo lo tengo entretenido con gente que viene específicamente a entretenerlo (E4).

(...) después pasan las damas de rosado que les traen libros, les traen juguetes, les traen revistas. Son las voluntarias, les decimos damas de rosado... toda esta gente que viene es voluntaria. También hay personas que vienen con su grabador y pone música y hace musicoterapia también. Es toda gente voluntaria que quiere hacer algo y viene y lo hace... todos son gente que viene y habla y pide para hacer ciertas actividades con los niños (E5).

En estos relatos aparecen los voluntarios (como ya vimos anteriormente) sosteniendo una ausencia desde el plano organizacional con respecto al abordaje de lo que los actores nombran como “psicosociales”, refiriéndose a los niños víctimas de maltrato. Podemos pensarlo en su aspecto productivo en cuanto el niño recibe una atención por demás necesaria. Por otro lado continúan circulando aspectos de piedad y abnegación que no tienen carácter resolutivo. Y al mismo tiempo consideramos la inconveniencia que presenta la práctica del voluntarismo -de carácter inestable- debido a lo incierto de su continuidad en

el tiempo, quedan sujetas a la voluntad de quienes las proponen. A su vez esto presenta un aspecto problemático tomando en consideración que muchos de estos niños ya han experimentado una situación de abandono.

¿Son huellas que quedan en el hospital de las concepciones que fueron soporte de su creación? Las prácticas se someten al tiempo pero este deja sus huellas y el pasado aparece cristalizado en formas heredadas. Si pensamos que un enunciado corresponde a un estado de cosas colectivo que prolifera en derredor, el voluntarismo y la caridad se revelan como un escenario todavía accesible y presente. Sería un diferencial de este espacio en relación a las instituciones mutuales de salud en las que la lógica del mercado al convertirlas en empresas, anula toda acción voluntaria.

Este hospital es un hospital que sigue manteniendo esas líneas de caridad, la benevolencia, el dar, el asistencialismo, el paternalismo ¿no? Que de una manera u otra fueron cultivándose a partir de un relacionamiento asistencial con quién necesitara ayuda, en este caso niños y mujeres. Y a lo largo del tiempo obviamente quienes trabajaban en este hospital también fueron benefactores de estos atributos. Tanto para el usuario como para el trabajador. Pero me parece que con el tiempo se ha ido perdiendo esa aplicación en tanto atributos con el usuario, pero se ha mantenido en los funcionarios y en los trabajadores (E3).

Al visibilizar los encuentros fortuitos que acontecieron durante mis recorridas descubro que estos pueden fomentar nuevas posibilidades de conocimiento. Lo prohibido emerge cobrando forma en la capilla, puedo pensar que ganó aceptación dentro del hospital en contraste con la concepción de laicidad, sostenida fuertemente por las ideas liberales de la época de fundación del CHPR. Un relato que se expresa en la conversación mantenida con una funcionaria que continúa sosteniendo el voluntariado en el Hospital, me muestra que la caridad se continúa ejerciendo en este espacio. Les llevan juguetes y ropa a los niños considerando que así les cubren sus necesidades más urgentes. Me pregunto, ¿qué relación existiría entre dicha práctica y el cuidado que se lleva a cabo en este lugar? (diario de campo, agosto, 2017).

Observación y registro nos permitieron visibilizar ciertas prácticas evidenciando los correlatos que en un tiempo fueron prioritarios y son al mismo tiempo referencia que componen complejas capas de sentido. Asimismo permitieron ir delineando un proceso de elaboración que contempla variados aspectos que hacen a un territorio existencial. ¿Cómo interpelar las prácticas actuales y sus sentidos, sin considerar los indicios del pasado que permanecen en el presente?

“Te cuento que dos aspectos a resaltar son el cuidado y la salvación de las almas por intermedio de las religiosas y un grupo de damas de la alta sociedad cuyas nobles inclinaciones las llevaban a realizar beneficencia” (nota de campo, agosto, 2017).

Una especie de sombra se cierne sobre la actualidad de estas prácticas que parecen compuestas con vestigios de la época de su creación. Más allá de la valoración que surge en mí ante esto, me sorprende que a pesar del tiempo transcurrido permanezcan vestigios de estas actividades en la figura de las Voluntarias y la existencia de actividades religiosas en la Capilla (diario de campo, agosto, 2017).

Las grandes transformaciones sociales actuales han aumentado y modificado la demanda de cuidados en el hospital. Esta demanda, se cubre en parte con ciertas prácticas provenientes de su fundación evidenciando carencias y fallas de la sociedad en que vivimos. El CHPR, fundado en 1908, “(...) en un principio fue visto como un lugar para <cuidar o albergar> y posteriormente se fue transformando en un instrumento terapéutico y lugar para <curar>” (Collazo, Palumbo y Sosa, 2012, p. 20). Más de 100 años han pasado de su fundación y el hospital además de la práctica de curar, vuelve a tener la función de albergar. El libro de las autoras citado anteriormente es producto de la única investigación realizada acerca de la gestación y nacimiento del CHPR. En él encontramos un dato acerca de otra de las prácticas que continúan en el tiempo. Si bien el Estado Batllista en una redefinición de sus roles se hizo cargo de las políticas sanitarias y asistenciales, en cuanto al análisis que realizan las autoras de la procedencia de los fondos, dicen: “En el caso del Hospital de Niños el aporte económico proviene de la sociedad montevideana y de filántropos particulares” (p.369). Y en una nota al pie en referencia a la aprobación de la ley de Asistencia Pública, aclaran las autoras que estas prácticas continúan hasta nuestros días:

(...) la ley significó el fin de la asistencia basada en la caridad, en los hechos la impronta de la caridad en la asistencia pública siguió presente por mucho tiempo y aún hoy pueden encontrarse ejemplos de prácticas que remiten a fines benéficos y caritativos. Bajo nuevos formatos institucionales y organizativos se mantuvo la presencia y el concurso de actores individuales y colectivos que apoyaron, fuera del área médica, a la población asistida en los establecimientos (p.161).

Encontramos en otro trozo del discurso de conmemoración de los 100 años del CHPR otro testimonio del tema planteado.

La ley de Asistencia Pública constituye una expresión cabal del proceso de laicización de la sociedad uruguaya. No obstante, la impronta de la caridad en la asistencia a nivel público seguiría indeleble por mucho tiempo más y aún hoy pueden encontrarse ejemplos abundantes (Turnes, 2008, p.5).

Esto también fue corroborado por medio de un relato que nos hiciera una integrante de una de las Fundaciones situadas en el hospital.

La fundación se crea porque en su momento, hace veinte años, el hospital tenía los mejores médicos, los mejores enfermeros pero no tenía la hotelería suficiente. Acá los profesores realmente iban haciendo cosas trabajando con la dirección, y mejorando lo que era la atención o las necesidades. Son de ASSE y de Facultad pero no se les paga. Es un consejo directivo donde vienen de acá y de afuera, vienen y aportan ideas, todo lo que se va viviendo, lo que se puede mejorar, en qué condiciones podemos influir nosotros, no solamente tecnológicamente, ahora estamos en una investigación de las infecciones de la mujer por ejemplo (E7).

Otro aspecto en el abordaje de las prácticas lo relacionamos con las producciones subjetivas que delimitan sus regulaciones y sanciones designando al mismo tiempo los sujetos

apropiados para llevarlas a cabo. Estas regulaciones se establecen por medio de leyes que funcionan como normalización dejando de lado los mecanismos de deseo. De ese modo se generan modalidades de comportamiento que terminan fijando estereotipos entre los cuales nos movemos ordinariamente.

Otra cosa que también a mí se me ocurre es, como la higiene, limpiar, las personas todas pensamos que limpiar... queremos las cosas limpias, queremos que las cosas estén limpias, pero a la hora que viene una persona a pasar un trapo de piso creemos que esa persona está último en la cadena ¿entendés? Pero queremos que las cosas estén limpias. Y lo limpio y lo prolijo tiene un valor, pero el que lo ejerce no. Y con el cuidado pasa lo mismo: a la hora de que lo intelectualizamos es importantísimo, nos damos cuenta, queremos que nos cuiden y queremos cuidar; pero a la hora de operativizar el asunto nos quedamos en la desvalorización. ¿Quién cuida? ¿Quién limpia? ¿No? Son dos cosas diferentes, pero es una analogía bastante parecida con relación a lo que tiene que ver con quién ejerce esa área (E3).

La idea de multiplicidad nos hace pensar que los fenómenos son más complejos que la apreciación que de ellos tenemos. Podemos suponer que existe un sistema de jerarquías en cuanto a la posición que se ocupa y las prácticas correspondientes, que designan su ordenamiento material e inmaterial. Este ordenamiento del espacio conforma lo relativo a cuestiones de poder que influyen en las relaciones sociales entre los actores. También hemos visto a través de las prácticas que llevan a cabo, los efectos que ellas tienen en sus cuerpos. Una forma posible de abordar los problemas, es la construcción de estrategias defensivas generando prácticas de auto cuidado, en algunos casos colectivas y en otros no.

Cuando yo entré nuevita tuve un caso asignado casi 4 meses de una paciente malformada. Cuando se fue de alta... creo que pasó una semana o dos y me enteré que falleció... eso fue... me mató... literalmente hice un duelo como si fuera un familiar. Ya me habían dicho las compañeras, no te encariñes tanto con los niños... tené cuidado. Tenían toda la razón pero yo no les hacía caso hasta que pasó eso y dije tá... ya está... todo el cariño, todo el afecto, todo el estímulo, todo el cuidado, mientras estoy en el hospital... pero todo queda en el hospital... porque por años lo llevé a mi casa. Y lo manejas, yo hace muchos años que estoy. Aprendí cómo hacer... y corté esto de llevar a casa. Hoy sí, hoy sí, después de tantos años te puedo decir sí, puedo separar (E9).

Es un cuidado, lo hacemos por nosotros, tenemos como un protocolo, cuando hay un fallecimiento hacemos determinadas cosas que son como cábalas, viste. Vamos a esperar... va a venir la familia... que esto y lo otro... se va a hacer todo el trámite administrativo... vamos a esperar... vamos a dejar la habitación... la vamos a limpiar... la vamos a airear (todo esto dicho de modo muy lento y entrecortado). Y no vamos a meter un niño enseguida ahí, va a haber un ingreso enseguida cuando la cama quede libre y es como que nos damos el final de la guardia para procesar. (...) yo tomé algunas decisiones... con tiempo, ¿no? Trabajo en un solo lugar, me hago mis tiempos y... salía de acá y hacía cosas que me hacían cambiar la cabeza. Me gustan las plantas, me gusta salir a caminar, me gusta leer, me gusta viajar y en mi casa tengo 4 libros de enfermería que eran de la carrera y no tengo un libro más de enfermería. Tengo cientos de libros de cualquier otra cosa y tengo cosas que son como básicas, son mis reglas básicas (E4).

El pensar y el hacer ocurren en diferentes momentos, se torna necesario darse un tiempo de espera en el transcurrir por un proceso que permita la elaboración de lo acontecido.

No es una tarea fácil pero cuando nos recibimos ya sabemos que 6 horas no se puede trabajar. Y bueno ya está sabido y no sé cómo me cuido, hago mi trabajo y tá (E8).

Y, hacemos catarsis entre nosotras (E6-b).

Con el tiempo aprendés a poner distancia (E6-a).

Nosotros en enfermería tenemos todo una línea estúdiosa ¿no? del autocuidado que hay que tener.(E1-a).

Trato de olvidarme, a veces se puede y a veces no se puede... cuando se muere un niño, cuando aparece un niño violado... uno maltratado... ellos cuentan y eso mata, eso mata, da tanta impotencia (E5).

Las prácticas de auto cuidado que implementan los actores, se combinan con un espacio de cuidado proporcionado por una Unidad de Salud Ocupacional que funciona en el hospital. Su dedicación es hacia el trabajador y se propone una asistencia de primer nivel según la normativa nacional e internacional de vigilancia del trabajo. Los derechos del trabajador, la presencia de la muerte, las problemáticas personales y las vulnerabilidades actuales, son algunas de las situaciones en las que desarrolla su práctica esta unidad.

Cómo fortalecer al que cuida dándole (no sé si es la palabra adecuada) mecanismos de defensa, de protección, para que eso me impacte pero no quede dañinamente en mí (E1-a).

En salud ocupacional viste que es la salud de los trabajadores ¿no? Acá lo que hacemos es una asistencia de primer nivel, trabajamos con la persona individual, hay una normativa nacional e internacional de vigilancia específica según el trabajo que vos hacés. Y obviamente que nosotros por una cuestión de formación estamos trabajando mucho los aspectos que en salud laboral se llaman factores psicosociales del trabajo, de la organización, del vínculo obviamente. Hacemos vigilancia de condiciones de trabajo (E1-b).

Personas que trabajan doce horas, que se alimentan mal, que duermen mal o para dormir necesitan benzodiacepina, o algún tipo de consumo de drogas, o que tienen problemáticas familiares profundas, o que tienen vacíos existenciales. Todo eso que le ocurre a la persona, ahí hay otra dificultad más también para desplegar acciones de cuidado. La acción la podés desplegar pero no va a tener el mismo resultado, del impacto desde una persona que se cuida, me parece (E3).

A través de las prácticas nos ha sido posible visibilizar ciertos aspectos que componen el cuidado en el hospital. Nos surge como interrogación si el cuidado prescripto a través de las condiciones organizacionales produce el malestar y el padecimiento de quien cuida ¿cómo realizar una revalorización y una resignificación del mundo deseante para sostener el cuidado adecuado para cada niño y teniendo en cuenta el cuidado de quién cuida?

6.2.2 – género

¿Quién/nes tienen aptitudes para realizar el cuidado? ¿Pertenece la mujer-cuidadora a una cristalización identitaria que impide hacer pensable lo que acontece? Uno de los aspectos que accionan disciplinando las relaciones entre los sujetos son los conjuntos binarios que actúan categorizando y construyendo un lugar para cada *quién*. Actúan como dispositivos de captura. A modo de ejemplo planteamos el dualismo *hombre-mujer*, donde queda

representada y personificada desde el nacimiento la identidad del recién nacido. Dicho dispositivo regula las relaciones disciplinando los cuerpos, diagramando los comportamientos, haciendo nacer una existencia en base a su genitalidad, haciendo nacer un hombre y una mujer que encarnan dichas figuras. Percia (2012) expresa esto con mucha claridad: “Las figuras que nos gobiernan echan raíces en nuestra existencia, hasta el punto de que no es posible imaginar una existencia sin esas figuras. Estas figuras gozan de nuestras vidas: mueven los hilos del entusiasmo y encienden o apagan el deseo” (p. 158).

Butler (2006) se interroga si: “¿hay un género que pre exista a su regulación?, o el caso es más bien que, al estar sometido a la regulación, ¿el sujeto del género emerge al ser producido en, y a través de, esta forma específica de sujeción?”(p.68). Parece ser que la regulación que se da en la atención profesional que se refiere a niños está sujeta mayoritariamente al género, no así en adultos.

En pediatría ha pasado (a diferencia de adultos) que se ha sostenido mucho que haya más mujeres que varones, de hecho en los pediatras también; yo creo que la proporción en los médicos varones es un poco mayor. Pero en enfermería es predominantemente femenina. Asistencia social son todas mujeres, hubo una vez un varón; fisioterapia, yo estuve con un varón en fisioterapia, conocí a un varón, pero la mayoría son mujeres en fisioterapia. Ahí tiene que ver el género, la mujer tiende más a generar ese perfil de encuentro con el otro (E3).

En cuanto a la especificidad del cuidado aparece como un designio ligado a una categoría femenina. Se trataría de una distribución de funciones como naturalización de un lugar existencial como lo expresa una mujer:

Las mujeres hacen de cuidadoras, porque tiene que ver con algo de... No sé si llamarlo lo instintivo; la mujer siempre estuvo más vinculada a acondicionar espacios y situaciones para que las personas que están adentro contribuyan a mantener la salud o su vida o reforzar (E1-a)

En este caso encontramos la naturalización de quienes son aptas para el cuidado tomando en cuenta lo instintivo, la identificación tarea-mujer, la continuidad en el tiempo de ciertas atribuciones y la condicionante de género.

Las mujeres hacen de cuidadoras, porque tiene que ver con algo de... no sé si llamarlo lo instintivo; la mujer siempre estuvo más vinculada a acondicionar espacios y situaciones para que las personas que están adentro contribuyan a mantener la salud, o su vida, o reforzar... (E1.a).

Capaz que está muy identificada la tarea con la mujer (E6-a).

El tema es que el género es muy determinante, la condición del género es muy aplastante y muy condicionante me parece (E3).

Cabe destacar que en el último llamado a Cuidadoras Hospitalarias de ASSE (2011) por un lado se convoca “para desempeñar funciones como Cuidadora Hospitalaria” y en los requisitos se plantea “ser ciudadano/a legal o natural”. En el llamado nos sorprende que se haga para cuidadoras y en los requisitos se contemple a ambos sexos, como si la tarea fuese femenina más allá del sexo o género de la persona. Otro aspecto a considerar es que -como nos confirmó una de las funcionarias- el cargo no es de Cuidadora Hospitalaria.

Capaz que está muy identificada la tarea con la mujer. Es una tarea no reconocida... la invisibilidad, no podés aspirar a mucho y no hay voluntad de mejorarlo. El cargo no está reconocido sos auxiliar de servicio... y el trabajo es agotador (E6-a).

La formación de identidades perpetúa estereotipos junto a la naturalización de las habilidades para hacerse cargo de determinadas acciones, al tiempo que produce su desvalorización. Las actividades que se realizan en el ámbito del hospital portan ciertas características que podemos definir como feminizadas.

El término “feminizado” significa ser enormemente vulnerable, apto para ser desmontado, vuelto a montar, explotado como fuerza de trabajo de reserva, estar considerado más como servidor que como trabajador, sujeto a horarios intra y extrasalariales que son una burla de la jornada laboral limitada... (Haraway, 1995, p.284).

Esto lo podemos pensar a través de las palabras de los actores diferenciando la capacidad de cuidar y su procedencia, junto a ciertas habilidades que aparecen como parte del género.

La mujer despliega otras habilidades, otras destrezas, y no solamente que tienen que ver con el tema del acercamiento a los niños, sino que también otra cosa que es importante en la mujer es que a la hora de la destreza manual tiene, comparado con el varón, más refinamiento ¿no? Entonces todos los procedimientos que son en pequeño, en chiquito, son más delicados, más precisos, más refinados, más afilados los movimientos (E3).

Estaría referido a una producción subjetiva que modula los cuerpos dividiendo las tareas según ciertas lógicas que definen los lugares a ocupar según el género de las personas. De ese modo la identidad se transforma en una maquinaria que gobierna las conductas y los modos de evaluarlas, como en el siguiente relato donde se hace una diferenciación específica.

Acá en el hospital la mayoría son mujeres pero en otros turnos hay varones. El único turno que no hay varón es la tarde y en el vespertino que estoy en la URE también somos mujeres. Yo creo que la mujer no aprende, tiene como un instinto de madre y el varón no. Como que nacemos con eso, como los animales. Creo que viene con el ser mujer y el varón que trabaja acá es porque le gusta el niño. Por plata no va a ser, claramente que por plata no es. Es porque le gusta lo que hace. Y cuida lo mismo o mejor, los que vienen acá son amorosos. Te hablo de mis compañeros de acá, de emergencia, de piso no sé nada. No hay diferencia ninguna, para nada, a veces hasta más amorosos son (E8).

Al decir de Guattari (Rolnik y Guattari, 2006): "(...) *modos de identificación de la propia subjetividad dominante*". Se trata de una forma identitaria que por medio de relaciones de fuerza ha producido una figura de identidad con la totalización de un sentido único *profundamente reaccionario* y constituye una *territorialización subjetiva*, según el autor (p.86). De ese modo la identidad se transforma en una maquinaria que gobierna las conductas, generando según el planteamiento del autor: "(...) modos de identificación de la propia subjetividad dominante (...) esos mismos procesos pueden, concomitantemente, funcionar en el registro molecular, escapando totalmente a esa lógica identitaria. Esa ambigüedad de los conceptos existe en todos los campos" (p. 86-90). Aportando un elemento abierto a la transformación, trabaja la idea de *devenir molecular* en el sentido de que en un movimiento procesual se puede configurar cierto tipo de universo que transversalice el campo social donde la potencia habite en la afirmación de la diferencia. Yendo más allá de las identidades aunque estas no desaparecen; quebrando las palabras y desmontando las identidades, a pesar de la advertencia de Perchia²: "Sin identidad no podemos vivir pero estamos cautivos de la identidad". Por lo tanto implica un desafío poder construir en base a lo que ya está o sea actualizar sobre lo dado.

Lazzarato hace hincapié en que las relaciones de poder son tanto de integración como de diferenciación y en el capitalismo en lugar de ser un despliegue de la multiplicidad, constituyen una reproducción de dualismos, entre ellos el de hombre-mujer. Este dispositivo binario captura, codifica y regula las variaciones posibles y produce argumentaciones de reproducción.

Hay diferencias. Si me dijeras de un cien por ciento te diría que... no. El hombre todavía sigue siendo... masculinamente no está tan integrado ¿no? O sea, no se les da la responsabilidad. Estamos hablando de una población donde ahora hay mucho más adicción, la parte parental está muy complicada ¿no? O sea, que no sabés que... Y después una población también joven. Entonces yo creo que cuando yo digo que sigue siendo el hombre, yo no lo veo comprometido... Por supuesto que sí puede, claro, pero en estas condiciones le toca a la madre (E7).

Sí puede cuidar, pero necesita como una orientación que lo ayuden. Están los del INAU, no de ASSE. Yo pienso que podrían incorporar porque hemos necesitado que haya un varón por el tema de contención, hay niños muy agresivos... El niño necesita ternura ante todo, yo no he visto eso en varones, capaz que puede haberlos, no creo. Está el tema del vestuario ¿dónde lo ponemos? es un ámbito de mujeres, como que tenés que tener ciertos cuidados, me parece que no podría estar acá... no sé si el varón se sentiría cómodo entre tanta mujer... (E9).

A veces cuando el niño es agresivo, viste que el varón tiene más fuerza y él lo sabe, impone más es una figura que le impone respeto o incluso cuando tenemos niños que son pesados o que tienen parálisis y no tenés fuerza (E6-b).

En estos relatos detectamos desde voces de mujer, las dificultades de generar una transformación en las consideraciones del sistema de género, utilizando argumentos que

dan continuidad a las dicotomías existentes entre las condiciones femeninas y masculinas. ¿Será que este argumento va en la línea de no perder -aunque no sean muchos- los privilegios derivados de los roles tradicionales? Batthyány et al (2013) se refieren a este aspecto y advierten sobre:

(...) la importancia de trabajar por el cambio cultural en los roles de género asociados al cuidado, cambio que permita involucrar a los varones en el cuidado infantil así como alentar a las mujeres a compartir o ceder el espacio de cuidado con los varones (p.99)

Según Rancière (1996) lo policial compete al orden de los cuerpos que define los lugares a ocupar y lo político es lo que desplaza un cuerpo del lugar al que está asignado fundando un proceso de igualdad. Aquí también podríamos pensar en una argumentación que rechaza la transformación anulando su eficacia.

El tema es que el género es muy determinante, la condición del género es muy aplastante y muy condicionante me parece. Por otro lado ustedes las mujeres están ocupando posiciones de poder, incluyéndose en buena parte de los ámbitos académicos, empresariales, políticos, etcétera, (quizás político no se ve mucho pero bueno); y están haciéndolo con una metodología más bien de género masculino en un cuerpo femenino. Y en la salud ocurre eso también, en la salud ocurre eso (E3).

Estas expresiones pertenecientes a un hombre ameritarían un debate, pues al parecer el acceso de las mujeres a determinados puestos pertenecientes al modelo mayoritario masculino, se ve impedida de desplegar un proceso de emancipación. Se reafirma con esta idea la existencia de dos mundos, el femenino y el masculino al tiempo que la imposibilidad de diferenciarse por estar las mujeres incluidas en la identidad mayoritaria de un segundo sexo. Finalmente lo planteado resulta controvertido con esta afirmación que realiza más adelante en la entrevista donde no se daría la condición de género como determinante.

Los varones especialmente en enfermería, y médicos también, en adultos hay como una testosterona, como una virilidad viste, en el asunto de trabajar con el enfermo. Pero en pediatría pese a que sos hombre eso no se da, en el pediatra, en el enfermero o en el nurse; no se da de ninguna manera eso (E3).

Otro planteamiento que se hace presente es el tema de seguridad relacionado al cuidado, diferenciando el cuidado según el sexo del niño a cuidar. “Los nenes con los nenes y las nenas con las nenas” dice una canción muy popular que aún hoy persiste en situaciones de festividad. Esto nos introduce nuevamente en la problematización del género y nos lleva a pensar que se continúa pensando en un sistema binario del género sin la propuesta de otras alternativas posibles. Nos surge la pregunta si esto se debe a las problemáticas que presentan los niños con casos de violación o abusos donde el hombre adulto es el victimario. También podríamos pensarlo como las contradicciones y justificaciones que se

emplean ante la imposibilidad de abdicar -de parte de las mujeres- en torno del lugar otorgado mayoritariamente.

Para mí sí hay diferencia, pero no por el tema de seguridad del niño sino porque la niña no va a tener la misma contención del hombre que de una mujer y estoy pensando en... necesita ayuda de una mujer. A veces se quieren poner un short cortito y le decimos no, ¿por qué no? "porque corazón estamos en un hospital, hay muchos varones, funcionarios de limpieza, hay camilleros... muchos hombres y te pueden mirar de algún modo o hacerte comentarios que son desagradables, pasa también". Una niña que quiere compartir sus cosas, con un cuidador de repente no lo hace porque juega en ella que somos diferentes y nos interesan cosas diferentes, no del lado de saber cuidar, que podemos todos. Nosotras trabajamos mucho al lado de cuidadores de INAU y ellos nos cuentan que trabajan con niñas hasta los 5 años porque las nenas más grandes pueden mirar al cuidador con otros ojos y pueden suceder malas interpretaciones. De todos modos es este cuidado, pero lo que vemos... en la salud, los dos tienen condiciones para cuidar, no hay diferencia... en la salud no. Un varón puede hacer el mismo cuidado que nosotras pero socialmente no se entiende esto (E6-b).

Me parece que primero hay como toda una postura de que si es una niña que hay que cuidar y viene un cuidador masculino... si la niña ya viene con una situación de abuso y de violencia... tá, y todo el tema del cuidado del cuerpo y para bañarla... ponle que una niña de 5 años, chiquitita, sí... capaz que por ese lado siempre es mejor una cuidadora mujer si te toca un niño grande (E6-a).

En esta última situación, un cuidador masculino que realice adecuadamente el cuidado podría revertir una mala experiencia a través de actitudes que promuevan la diversidad de los seres humanos. Tornar visible lo que de algún modo está naturalizado permite la entrada de aspectos que permanecen en invisibilidad, aquello que está aparentemente sin estar. El tema tiene múltiples voces como veremos en los párrafos a continuación, donde se logra ejercer una crítica apareciendo su problematización en las voces de los actores.

Sí la salud, como vos decías, es un lugar muy especial y el INAU también, quien viene, más allá de su sexo, es porque tiene algo que le interesa el cuidado humano (E6-b).

A mí me parece perfecta la figura del varón en este tipo de tareas, yo trabajé con educadores varones, con enfermeros varones, y trabajan perfecto, cuidan perfecto. Es como todo, hay mujeres educadoras o psicólogas buenas, otras más o menos y otras peores. Con el varón también, me parece que estaría bárbaro (E6-a).

El enfermero varón en general trabaja muy bien y logra esto del vínculo y los entretiene diferente y logra mucha afinidad. Hay muy pocos pero logran una afinidad increíble con el niño y uno supondría que la mujer por el lado de la maternidad, no, no todas las mujeres. Yo he visto compañeros... yo no lo hacía, agarrar un bebé como quien agarra a tu hijo o a tu sobrino o al hijo de tu mejor amiga, y acunarlo así, mirándolo. Yo no lo hacía, después me solté, yo tenía aquello de que hay que mantener la distancia, hay que cuidarse y este compañero los agarraba, les hablaba y los acunaba y era la imagen emblemática de la madre y era un varón. Cuando yo empecé a estudiar lo más básico, los hombres, empezaba alguno a entrar al parto. Ahora, si el hombre dice no, yo no voy a entrar al parto, lo divorcian el primer día (E4).

Que el padre pudiera acompañar, que también tuviera días de licencia. Todo eso fue todo un cambio (E7).

No solo las mujeres cuidamos. Hay diferencias sí, hay hombres muy dulces, pero en general el hombre es más... Yo pienso que eso es lo femenino, esté en el hombre o en la mujer. Es lo femenino. Porque viene con lo femenino, con el animal también, pero hay machos que cuidan los huevos y la mujer se las toma (E1-a).

No cuida mejor ni un hombre ni una mujer, es cierto que desde el punto de vista del género lamentablemente a las mujeres (cada vez menos, pero bueno) se las adiestra, o por lo menos... Digo, por un tema de género, que tiene que ver con lo cultural, pero para mí no tiene que ver con quién cuida mejor, es el género el que determina, es una ilusión por así decirlo. Pero para mí tanto un varón como una mujer cuidan igual, si tienen las condiciones y ese pre requisito, esa premisa que si yo me cuido bien siempre voy a cuidar bien a otro (E3).

Sí, sí, hay cuidadores varones del INAU que trabajan muy bien, trabajan bárbaro (E6-a).

A nivel social se valora el trabajo productivo y utilitario y por siglos masculinizado y pareciera que en un espacio de salud infantil se acepta al hombre como cuidador. ¿Será que esta excepción está dada por considerar la asistencia sanitaria como un trabajo, mientras el cuidado no entraría en ese régimen? ¿No se utiliza este término pues refiere a una condición femenina?

Lo masculino y lo femenino responden a dualismos, binarismos, que inundan la cultura occidental y se sostienen también desde el espacio científico y profesional. Consideramos que tenerlo presente permite abordar el tema como lo hace esta entrevistada:

El hombre también cuida y a nosotras nos cuesta a veces incorporarlos, porque nos sale automático: mamá... a ver... no, mamá no, yo soy el papá y le voy a cambiar el pañal (se ríe). Y estoy yo y yo le cambio el pañal. Y me he sorprendido y nos hemos sorprendido todos que muchas veces hay padres que tienen muchísimo más manejo del recién nacido que madres. Y que paulatinamente eso es más común, antes era alguno y decíamos, mirá que habilidoso este chico. Y vienen de historias de que ellos colaboraron en el cuidado de hermanos más chicos o tuvieron siempre al lado niños chicos y tienen habilidades que a veces las madres no las tienen. Entonces cambió la cabeza, hombre después de las 10 de la noche no entraba ninguno antes, al hospital. Esto de que los hombres, por trabajo o por lo que sea, están más tiempo con el niño y se encargan y pueden manejarse con un recién nacido, con un lactante pequeño y alimentarlo y cambiarlo y lo que sea porque tienen manejo. Esto es nuevo y tuvimos que hacer el cambio nosotros.

Y el hospital tiene estatuas de madre... algún día habrá un papá dando el biberón, mirando con amor a su bebé... (E4).

Guattari (1996) propone hablar de “componentes de subjetivación” más que de sujeto, pues “la interioridad se instaura en el cruce de múltiples componentes relativamente autónomos” (p.22). Y la necesidad de creación de: “Nuevas prácticas sociales, nuevas prácticas estéticas, nuevas prácticas del sí mismo en la relación con el otro, con el extranjero con el extraño” (p.78). ¿Cómo generar prácticas valiosas más allá de las atribuciones del género? Y nos hacemos eco de las apreciaciones de Preciado (2013) en cuanto a que: “Hablamos de la transformación de <los dominios moleculares de la sensibilidad, de la inteligencia, del

deseo>. Se trata de modificar la producción de signos, la sintaxis, la subjetividad. Los modos de producir y reproducir la vida” (p.12).

6.3 – versiones del cuidado

A través de la composición del cuidado hemos abordado la dinámica de las prácticas que se realizan en el hospital junto a la problemática de género que se hizo presente en los relatos. En este apartado nos dirigimos al encuentro con las diversas versiones circulantes entre los actores. El término versiones lo utiliza Despret (citada por Sánchez-Criado, 2005) para dar cuenta de múltiples formas de conocimiento, definiciones y controversias que permiten cartografiar un estado de cosas. Nos propusimos la búsqueda en los discursos de aquellas alternativas a tomar en cuenta al momento de cuidar a un niño. En estas versiones fue posible detectar los elementos materiales del cuidado y su composición con un conjunto de relaciones afectivas, simbólicas y semánticas producto de formaciones subjetivas, que constituyen su inmaterialidad. Asimismo visibilizamos la existencia de formas que designan lo que se debe o no hacer, junto a la aparición de relaciones de fuerzas que intentan la innovación en la inmanencia del hacer. Las significaciones sociales presentes en las prácticas influyeron en nuestro modo de percibirlas por lo que se transformó en una oportunidad escuchar las versiones de los actores que están inmersos en la situación. A través de dichas versiones localizamos la creación de sentidos que producen cambios en el abordaje de la complejidad de lo real. Resultando en la creación de modalidades de vínculo que hacen a la efectividad de los cuidados. Todo lo anteriormente expresado se enmarca en una distribución espacial y temporal que define las relaciones y sus modalidades. Es inevitable que este conocimiento cuestiona el nuestro y de eso se trata la apertura a otros “decires” y otro “sentires”.

6.3.1 – significación y sentido

¿El cuidado, tiene un significado? ¿Cuáles son los sentidos del cuidar? ¿Cómo diferenciar significación de sentido? Nos interrogamos acerca de si la dificultad de considerar nuestra vulnerabilidad incide de algún modo en las significaciones que circulan en torno al cuidado. Molinier (2016) transmite una concepción que cuestiona el modelo de una “autonomía plena” del ser humano.

(...) desde la perspectiva del cuidado, la vulnerabilidad humana es genérica, por lo que se considera que todas las personas somos destinatarias de cuidado: bien criaturas, mayores y personas dependientes, bien personas adultas “competentes”. Las teorías del cuidado promueven, por tanto, un reconocimiento sin precedentes de la vulnerabilidad como una condición común de la humanidad. (p.6).

La autora considera que el reconocimiento de esta vulnerabilidad nos llevaría a una modificación de nuestra concepción relativa al cuidado, asumiendo nuestra responsabilidad en la construcción de un mundo en común. Aquí se transmitió una versión de cuidado que se relaciona con aspectos que hacen a una generalidad del cuidado.

Es la actitud de vida, ese es el tema, es como yo labro mi escenario de vida, como me muevo. Eso tiene que ver con el cuidado, no es un acto profesional solamente, el acto profesional está dentro de un conglomerado, desde la complejidad de la vida ¿no? En el cual las personas no nos enseñan a cuidarnos, desde siempre, nos enseñan a recibir el cuidado pero no a ser responsables de nosotros mismos. En el primer nivel el centro es el cuidado genérico, el cuidado ambiente, el cuidado individuo, individuo del ambiente, ambiente diverso: ambiente laboral, ambiente social, ambiente hogar. Y para mí es eso: asistir es contribuir a acompañar (E3).

Nos encontramos con una versión del cuidado que se asemeja a la concepción de Foucault (1994) quien trabajó ampliamente sobre la concepción de cuidado en el mundo griego: “(...) el cuidado de sí es éticamente lo primero, en la medida en que la relación a uno mismo es ontológicamente la primera” (p.118). Afirmaba el autor que quien cuidaba de sí estaba en posición de conducirse debidamente con los otros y para los otros.

No se puede cuidar al otro si yo no tengo un autocuidado, si no tengo una autogestión de mi propia vida, de mi propia salud y no cimiento mi vida y mi estilo de vida fundamentado en aspectos que tienen que ver con elementos afirmativos de la vida. Yo estoy seguro que toda la composición política con la cual se estructuró esto del Sistema Nacional de Cuidados, muchos de los individuos que fueron los gestores no se cuidan ellos, no tienen la condición de autocuidado, para cuidar hay que saber gestionar su propio cuidado, sino no se puede hablar de cuidado; si yo no soy cuidadoso conmigo no puedo ser cuidadoso con el otro. En la mayoría de todos estos discursos que andan volando por todos lados y que se llenan la boca con el cuidado y esto y lo otro son personas absolutamente desprolijas e indulgentes consigo mismas. Entonces digo: para cuidar la condición primera es autocuidarse, y esa es la dimensión ética del asunto, si no tengo una dimensión ética para yo moverme con lo que a mí me ocurre como individuo experiencial en mi vida, en mi escenario de vida y como yo voy conformando el espectáculo de la vida. Si yo no tengo la posibilidad, obviamente que no voy a tener la posibilidad de hacerlo con el otro; lo puedo hacer intelectualmente, porque he leído, porque he escuchado, porque está de onda. Yo no te digo que yo sea un especialista en cuidados, no lo estoy diciendo, pero esa es la perspectiva que yo tengo (E3).

Y creo que hoy por hoy el tema del cuidado está socavado por una fuerte tendencia al individualismo, de la búsqueda del placer el culto del confort, de todo ese tipo de cosas que le quita esa noción de estar conectado con el otro y cuidar amorosamente al otro estar, ahí está el punto. Ver en el otro y verse en el otro y trabajar aspectos de empatía... y por otro lado los valores hoy por hoy están por el lado de la abundancia, del exceso y la desmesura, tá? y no por lo que tiene que ver con ese cuidado que tiene que ver también con los límites amorosos... es otra forma también otra faceta del cuidado (E1-b).

En el sentido de diversificar las concepciones acerca del cuidado en el hospital primeramente nos introdujimos con una visión que lo sitúa en un entorno, en la consideración que el contexto es texto de lo abordado. Desde su materialidad nos propusimos acceder a su inmaterialidad visibilizando tensiones y contradicciones en los discursos. Como toda producción colectiva, simbólica y material el cuidado también incluye fenómenos que varían según las épocas, como plantea este entrevistado.

Cada una de las nociones de los conceptos o de las actitudes en el ámbito específicamente del cuidado tienen que estar de alguna manera cotejados con los valores culturales imperantes en cada una de las sociedades (E1-b).

En la actualidad asistimos a una economía de mercado que se distingue -entre otros elementos- por las innovaciones producidas transformando todo en mercancía, dando forma y materializando las necesidades. No permanece ajeno a estas consideraciones el “servicio” que brinda una organización de salud, con la exigencia que impone el mercado de una construcción y un proceso social de “concepción e innovación” (Lazzarato y Negri, 2001). ¿Produce esto una valoración de lo material en detrimento de lo inmaterial? El siguiente discurso de un entrevistado pone en cuestión la posibilidad del cuidado en estas condiciones.

El cuidado es una desvalorización, no hay una... Es decir, como yo te decía hoy: si el cuidado fuera un valor de mercado no sería lo que es, el cuidado está depreciado, está degradado El tema es que hay una degradación de los valores que implican el cuidado ¿no? Todo lo que tiene que ver con la empatía, con la compasión hacia el otro, el encuentro con el otro. Este hospital está transversalizado con lo que ocurre en la sociedad, en la cual esos valores que inspiran el cuidado de alguna manera están degradados, de alguna manera hay una desactivación, están socavados ¿no? Por el hecho de que son valores profundamente, por así llamarlo, de encuentro con el otro, de asistencia y de equiparación de relacionamiento con el otro, y acercamiento, de aproximación al ser humano, y bueno, y eso en la sociedad existe cada vez menos como que se ha visto, en esta civilización que nos toca vivir (E3).

Son muchos los ejemplos de las páginas de ASSE que hacen publicidad de los equipamientos y tecnología adquiridos, tomamos dos de los más cercanos en el tiempo a nuestra investigación:

El área de Emergencia Pediátrica del Hospital Pereira Rossell mejoró infraestructura, equipamiento y logística, que redundará en mayor eficiencia y calidad de atención (2017).

El Hospital Pediátrico Pereira Rossell accedió a un equipo de fototerapia para el tratamiento de pacientes con patologías en la piel, que hasta ahora debían ser derivados a áreas de adultos (2016).

Debido a lo ya abordado en cuanto a la existencia actual de primacía de la mercancía junto a su extrema valoración, Virno (2003) advierte acerca de la obsesión actual por el productivismo donde el cuerpo y la vida humana llegan a considerarse como un elemento más del predominio de la producción y el aumento del consumo. El autor deja planteada una pregunta: “¿Por qué la vida como tal es tomada bajo custodia y controlada?” (Virno, 2003, p.86).

Asimismo en los últimos años hemos asistido a innumerables descubrimientos científicos que posibilitan la manipulación de los organismos y hasta la creación de vida. Cuando el cuidado pasa a ser localizado en el cuerpo biológico permite su control y manipulación.

Le dan al niño ritalina para bajarle las revoluciones porque anda corriendo por todos lados... el niño está sano, no tiene una patología... tiene el alma lastimada, vos con unas gotitas o con ritalina no le vas a solucionar el problema. Quieren niños quietos (E6-b1).

Todo lo que se había recaudado en vez de mejorar o ser volcado para los niños y para los médicos se estaba volcando para hacer la telemedicina. Era el primer lugar, a ver si me podés seguir, donde la telemedicina abría un amplio espectro, no solo para el interior del país sino para el mundo entero; para diagnóstico; pero solo para el país nuestro, que no existía. Más que nada es tecnología lo que estamos haciendo nosotros en estos momentos (E7).

El riesgo de poner el acento en la utilización de los últimos avances tecnológicos en una subordinación a la gestión de la vida y la muerte, exige no dejar de lado la consideración que no solamente somos seres biológicos.

Esa ambición de reprogramar el genoma de la especie o el código genético de cada individuo en particular (como si fueran programas de computación), con el fin de corregir sus "fallas" o "errores" es un componente fundamental del sueño de trascender nuestra condición biológica "demasiado humana" con la ayuda de las herramientas tecnocientíficas (Sibilia, 2005, p.263-264).

La autora citada instala más adelante un debate entre los riesgos y la potencia de estos fenómenos. Un efecto posible de lo anteriormente planteado nos permite pensar en una tensión existente entre lo político -que propone una crítica que interpele la forma mercancía de la actualidad- y una conflictiva con los aspectos simbólicos que están en juego. Asimismo nos encontramos con la insistencia en la centralidad del diagnóstico en la asistencia hospitalaria, lo que nos hizo reflexionar en torno a este tema.

La propia gestión asistencial lleva a invisibilizar a las personas, volvemos a lo mismo, los diagnósticos están primero que la persona. Pero el problema que pasa con todos, si vos ves alguien que consume sustancias, sea el borracho, el tabaquista, el adicto, el drogodependiente, el falopero, el merquero, esto o lo otro; el individuo queda oculto atrás de todo eso. Pasa en todo, en la salud mental ¿no? Y eso es trampa, porque a veces el modelo médico dominante, hegemónico, que nos coloca a trabajar de esa manera y que no permite o quedan muy pocas grietas para trabajar con el individuo, con el sujeto tal cual es. Y ahí con el sujeto se trabaja el cuidado, pero no se puede trabajar el cuidado con un diagnóstico, con un diagnóstico lo que se hacen son procedimientos, se cumplen protocolos, se llevan a cabo guías, se operativiza un diagnóstico; pero el cuidado es con el sujeto. Con el sujeto se trabaja el cuidado, pero no se puede trabajar el cuidado con un diagnóstico, con un diagnóstico lo que se hacen son procedimientos, se cumplen protocolos, se llevan a cabo guías, se operativiza un diagnóstico; pero el cuidado es con el sujeto. El tema es que hay excelentes técnicos pero trabajan en el riel del diagnóstico, no hay cuidado (E3).

Resulta evidente que se refiere al diagnóstico y al cuidado como incompatibles. El plano de organización dirige las formas y los sujetos pues le concierne el desarrollo de formas y de formación de sujetos. El control de la salud define las medidas a alcanzar para la producción y crecimiento de la población y para esto es menester establecer técnicas y procedimientos acordados. A través de modelos y patrones se garantiza el orden con la interpretación de lo que sucede en un cuerpo a partir de una medición que clasifica en normal o patológico. El diagnóstico concebido como una forma tecno-científica funciona a nivel de la subjetividad

como un universo creando un territorio. Si pensamos el mundo como máquina -como sugiere Guattari (2006)- también el mundo social y el cuerpo lo son y las máquinas abstractas como son la técnica y la científica atraviesan ese mundo social, son formas de producción de verdad.

El cuidado desde un planteo ético requiere -además de la utilización de procedimientos tecnológicos- de una sensibilidad y proximidad en un laborioso ejercicio de encuentro con el otro. Trama invisible de actitudes, comportamientos, afectos, propósitos, competencias, que componen el cuidado.

Y lo curativo lleva eso. Porque es lo que da dinero, porque es rentable, porque si vos partís de la base de que la asistencia ante un deterioro de la salud, por así decirlo, o la salud, no es un bien humano, no es un bien a cuidar en términos humanos, sino que se transforma en una mercancía más. Atrás de todo esto está el ser humano, escondido u oculto atrás de un diagnóstico, entonces justamente se trabaja en el diagnóstico pero no se trabaja en quién realmente se debe trabajar, hay un sesgo. Si tenemos un niño que tiene un maltrato, un abuso, por ejemplo que son los sociales acá, primero es el diagnóstico lo que de alguna manera se aborda, pero no se aborda la integridad del individuo. Y ahí está el tema del cuidado, el tema del cuidado tiene en cuenta el diagnóstico pero fundamentalmente a lo que debe de abordar es al individuo. Eso tiene un poco que ver con la dimensión ética del cuidado, porque seguramente el cuidado tiene varias dimensiones también, no se puede solamente observar, determinar o estudiar a partir de lo operativo sino qué atrás está inspirado, tiene un background que tiene que ver con valores y con virtudes desde el punto de vista ético ¿no? (E3).

Hoy en día creo que no es la misma gente que era antes, antes era la vocación y era el compromiso de mejorar la calidad de vida, hoy está todo muy allanado, la tecnología avanza y creo que no es el mismo compromiso (E7).

Localizando contradicciones internas nos encontramos con las siguientes expresiones que hacen visible la posibilidad de cuidado también desde el lugar del médico y por primera y única vez aparece la referencia a la existencia de un equipo. Claro está que se alude a una situación de extrema emergencia como es el CTI.

En pediatría intensiva yo he visto que el pediatra intensivo es diferente que el médico intensivista de adultos, el médico intensivista de adultos es definitivamente un intervencionista y es invasor (interviene, interviene, interviene) y es sumamente arrogante. Yo trabajé en CTI de adultos también y es sumamente arrogante, y enfermería es arrogante también, es decir, omnipotente ¿no? Tiene esa omnipotencia del conocimiento y de hacer lo que quiero con este individuo. Sin embargo en pediatría y enfermería de pediatría existen situaciones en las cuales sí puede haber omnipotencia pero ya no es lo mismo, sino que el niño impacta diferente en la experiencia de fracaso del técnico, hay otras connotaciones seguramente, que tienen que ver... En el adulto hay identificaciones también, pero con el niño, no hay en primer lugar un intervencionismo abusivo sobre el enfermo, sino que tiene otras limitantes, y si hay algún pediatra que es intervencionista el mismo equipo lo integra y lo saca de su línea de intervencionismo. Hay un manejo diferente con lo que tiene que ver con el tema de lo agónico ¿no? (E1b).

Los significados construyen normas que deciden y justifican los procedimientos a través de formas y costumbres que guían las conductas desde una moral que designa lo que está bien o mal.

Yo lo considero cuidado a hacer cosas, el cuidado es intangible, el cuidado es conectar con el otro, el cuidado me predispone a mí a pararme gestualmente diferente frente al otro, el cuidado me predispone a mí a decir determinadas cosas, es una actitud. No es gestión de cuidados el hecho de yo dar un antibiótico, como se dice en enfermería, o tomar la presión, no, el cuidado es tomarle la mano al otro, estar con el otro, es mirarlo a los ojos al otro, es generar una actitud de humildad frente al otro, compasiva (E3).

(...) el servir etimológicamente es también el cuidado, es el dar el soltar sin esperar nada a cambio, es una energía que va en forma de, por así llamarlo, intangible, está muy desvirtuado obviamente. Y la prestación es una transacción. Como un retorno que tiene que ver con algo tangible que puede ser dinero o bien o lo que sea. Pero el servir está vinculado directamente con, está muy asociado con la idea de cuidado, pero que está desvirtuado del punto de vista conceptual. Cuando lo ubicas como un espacio, como un espacio físico y organizativo, no como un espacio de contenido... el servicio no necesariamente sirve, sirve de servir de dar, de brindar, del brindarse. El brindar es pá allá y pá acá no es que yo... no es un expendio, doy y hay algo que entra. Una prestación viene del verbo utilitario, de la utilidad... Hay algo en este tema del cuidado... lo que diferencia es la intencionalidad. La intencionalidad es clave porque el hecho de que una persona produzca un acto de cuidado, de servicio o de generosidad por alguien, que lo haga mediado con una intencionalidad de retorno está de alguna manera contaminando ese acto, es una simple transacción. Ahora cuando la intención, se hace porque el otro es una persona sufriendo que está vulnerable en ese momento, la intención está tomada por la compasión. Por yo sentir que el otro y resonar con su sufrimiento y ahí sí no voy a esperar absolutamente nada, no espero nada (E1-b).

Yo no puedo actuar igual con este guacho que en la calle me tira el pelo, me saca la lengua; si acá me lo hace no es el mismo guacho (E1-a).

El ser y el deber ser construyen las atribuciones de las acciones -entre ellas el cuidado- dando seguridad al tiempo que delimitan la posibilidad de su cuestionamiento. Tras la necesidad de seguridad se esconde quizás el temor a ser afectado por algo sobre lo que no se tiene control. Detectamos una cristalización de formas heredadas en cuanto se hizo referencia a la presencia del amor incluido en la actividad de cuidar. Esta idea remite a una forma que traduce la imposibilidad del cumplimiento del deber ser del cuidado ante su profesionalización. Amar, servir, aparecen como vestigios de otra época donde quedan ocultan las concepciones del modelo establecido a partir de Florence Nightingale que naturalizó las condiciones femeninas del oficio de enfermería (Wlosko, 2010). Las siguientes apreciaciones pertenecen a discursos expertos que no están exentos de las cristalizaciones de sentido.

El cuidado nosotros lo definimos como acciones orientadas a proteger, a mantener... Para mí cuidar es un acto de afecto, de amor; no estoy hablando del cuidado profesional, en el cual vos lo que estás tratando es: de acompañar y proteger en el amplio sentido de la palabra; pero no es protegiendo al individuo contra el resto, sino que es a la inversa: es que lo externo le impacte de otra manera en lo físico, en lo psíquico (E3).

La intencionalidad es clave porque el hecho de que una persona produzca un acto de cuidado, de servicio o de generosidad por alguien, que lo haga mediado con una

intencionalidad de retorno está de alguna manera contaminando ese acto, es una simple transacción. Ahora cuando la intención, se hace porque el otro es una persona sufriendo que está vulnerable en ese momento, la intención está tomada por la compasión. Por yo sentir que el otro y resonar con su sufrimiento y ahí sí no voy a esperar absolutamente nada, no espero nada ni siquiera estoy esperando un beneficio de él. Hay cosas que están conectadas con la noción de cuidado, por ejemplo la renuncia, que tiene que ver con todos los temas individuales. Es un tema de proximidad... pero se institucionaliza y entonces claro hay una profesionalización del cuidado, una experticia, tá todo bien pero nunca va a llegar a ser realmente lo que debe de ser, ese hacer sin esperar lo que viene. Que eso tiene que ver con aspectos de las virtudes como por ejemplo del amor (E1-b).

Como un aguatero, en el buen sentido de la palabra. Para mí eso es asistir, acompañándolo. Es tomar cuenta de algo y ofertar algo, poner a disposición lo que tú puedas, directo o a través de otros. Yo siempre tuve esa actitud de servir a los demás, no servir, sino de servicio (E1-a).

Y es como un compromiso de vida. Es como un compromiso que siente uno y el hospital es como mi casa, un compromiso por el que vivo (E8).

Wlosko (2010) lo relaciona con el investimento de las mujeres respecto a esta actividad además de enmascarar lo no soportable del "care". Al mismo tiempo contribuye a la feminización del cuidado, colaborando en su invisibilización. La autora hace también referencia a que amor y trabajo no logran una armonía sino que generan una ambivalencia afectiva.

El amor supone también un riesgo de desestabilización y confusión en la esfera de las actividades de servicio (enfermeras, secretarias, cuidadoras de niños, etc.), ya que confrontan a quien trabaja a situaciones en las que "para trabajar bien" uno es puesto a "prueba" por aquel a quien "sirve"(p.6).

Junto a los anteriores discursos detectamos la heterogeneidad existente, pues no solo se realizan diagnósticos o se cuida por amor, sino que también circula una sensibilidad que permite romper con lo cristalizado.

“Pero también definir el <sensible no empírico> (u otro de lenguaje y de pensamiento) como cuerpo, camina en este sentido. El cuerpo precisamente no entendido de manera empírica, más como abertura al mundo de las fuerzas. El cuerpo como fuerza, una fuerza que no se relaciona más a un centro y a un sujeto, pero afronta solamente otras fuerzas <que afecta o que la afectan>” (Lazzarato y Negri, 2001, p.46).

Esto es lo que percibimos en el relato a continuación, donde se muestra la elaboración de un cuerpo sensibilizado por una situación.

El niño te está diciendo a gritos que no lo quiere ver... estás vulnerando su derecho, no lo estás protegiendo. Tenés que considerarlo persona ante todo para luego poder hacerte cargo que es lo más conveniente para él. Entonces lo que hacemos es decirle, mirá está muy angustiada, por qué no venís otro día que esté más tranquila... capaz que el psicólogo te puede ayudar para que puedas hablar con ella (E6-b).

¿De qué modo reaccionan los encargados de cuidado ante las demandas de la población actual? ¿Produce la institución un movimiento acorde a las situaciones que se le presentan?

Junto al plano de la organización existe un plano de composición -de inmanencia- que implica una manera de vivir y también de sobrevivir ante las afecciones personales. Para ello se hace necesario que la potencia se convierta en acción, superando el carácter de mercancía prevaleciente en la actualidad, aunque la advertencia de Lazzarato y Negri (2001) es que el Estado reduce las nuevas fuerzas junto a sus formas de expresión. De todos modos allí donde las fuerzas logran sustraerse a los designios de la indiferencia, pueden alcanzar lo político que es la vida misma. De ese modo se convierten las cuidadoras en un recurso muy productivo. ¿Pero cuál es el costo? Hasta aquí hemos visto infinidad de obstáculos que resultan en una especie de fragilidad en quienes están cuerpo a cuerpo con el niño. Sería imprescindible la configuración activa de relaciones capaces de sostenerlas desde el resto de la organización.

Con el tiempo aprendés a poner distancia pero hay veces que te vas muy amargada, como que te saca la energía... es una tarea que tiene muchos problemas (E6-a).

En el sector mío se me murieron 3, sin dar tiempo a sacarlos porque si se agravan se los saca a CTI. Es espantoso, te va mostrando una realidad... todos estamos de paso... pero cómo puede ser esto en él, que recién empezó a vivir...y cuesta recuperarse. Trato de olvidarme, a veces se puede y a veces no se puede... cuando se muere un niño, cuando aparece un niño violado... uno maltratado... ellos cuentan y eso mata, eso mata, da tanta impotencia. Uno por más que hace muchos años que uno está con esto, pero con eso no se endurece. Me va afectando cada vez más. Sigo, no queda otra que seguir y poner la energía en el que llega (E5).

Somos difíciles porque nos es difícil separarnos del usuario (E1-a).

Mi objetivo son los niños. Yo creo que se ha logrado dignificar (E7).

Si un pacientito que está en mi guardia pasa al CTI, yo no voy a preguntar cómo está... cuando vuelve me alegro pero no voy porque es como escarbar en... eeh... porque hasta qué punto... siempre te quedás pensando, ¿fuimos oportunos, hicimos todo cien por ciento bien, nos equivocamos en algo, podríamos haberlo hecho mejor? Eso siempre te quedas pensando porque te importa porque son tus pacientes, para mí son los pacientitos, mis mocositos, mis cositas, uno tiene una relación de apropiarse del otro un poquito. Entonces va al CTI y yo no pregunto, como supervisora lo veía en la cama, o lo veía en la lista, ¿va a salir? entonces cuando salía iba y lo visitaba y mirá que bien que estás (E4).

En los relatos que transmitimos a continuación visibilizamos las relaciones de fuerza que en la práctica inventan otras versiones de cuidado. Son fuerzas creadoras e innovadoras que ante la oportunidad de configurarse permiten abordar lo real en la dirección de transformar aquello que restringe la actividad y son muchos las narrativas que hablan de ello. Estas fuerzas hacen nacer sentidos provenientes de la experiencia, no se trata de ideas altruistas sino del pasaje de intensidades por el cuerpo, que rompe con el significado y brota el sentido. Hablamos de sentido porque se produce una creación-invencción haciendo lugar al descubrimiento del acontecimiento. Dice Deleuze (1980):

El sentido (...) sería entonces irreductible a los estados de cosas individuales, y a las imágenes particulares, y a las creencias personales, y a los conceptos universales y

generales (...) es lo expresado. (...) Lo expresado no existe fuera de su expresión. Por ello, no puede decirse que el sentido exista, sino solamente que insiste o subsiste (p. 20).

Los actores realizan encadenamientos de sentidos unos previsibles y otros inesperados que quizás vienen a cubrir la falta de sentido que implica la permanencia en el hospital en espera de una resolución. “La falta de sentido anuncia carencia, fracaso, hastío de las fuerzas, imposibilidad de dar o encontrar valor en algo; mientras que la ausencia de sentido invita a que el sentido advenga: hace lugar a su potencia” (Percia, 2012, p.148). El sentido no preexiste, nace del acontecimiento, es una creación y lo podemos visibilizar en palabras de los actores que cuidan al niño.

Es proteger, evaluar la situación, ponerte en cada situación y resolver, tenés que tener cintura... tenés que responder por el niño (E6-b).

Cuidar es lo físico, lo emocional, lo social, el entorno, es todo para hacerlo bien tenés que hacerlo lo más integral que se pueda, lo más global que se pueda y tener en cuenta todos los aspectos y a veces pasa... a mí me puede llegar a chocar con mi escala de valores que es mía... (E4).

Es tratar de que estén bien, lo emocional, primero que nada su salud general, ¿no? pero su bienestar emocional incluye el cuidado del niño... para mí muchas cosas, no solamente si están enfermos los medicamos y los curamos. Ver todos los aspectos del niño para tener una estabilidad emocional y física también (E5).

Cuidar no es solamente que yo me quede al lado del niño contemplándolo... es abrirle la cabeza, darle herramientas para que pueda manejarse, educarlo también... enseñarle las cosas más básicas. Tenés que levantarte, lavarte la cara, hay que higienizarse la boca, hay que cuidar los dientes... o sea es un montón de cosas, es lo que hago con mis hijos y con ellos funciona de la misma manera. Le enseñás que hay que bañarse, que se lave la bombacha, estás menstruando, tenés que lavarte más seguido. Cuidado es darle un montón de cosas (E6-b).

Es enseñar, no es solamente proteger, es educar desde el vamos. Tengo el sentimiento que es cuidar, me emociona cuidar a un viejo y cuidar a un niño chiquito, me emociona, yo tengo que agradecer de trabajar acá (E7).

Estimularlo, darle ese abrazo que necesita porque muchos de ellos no lo tiene... hay adolescentes que hablan conmigo... yo sé cosas que no le dicen a la psiquiatra o a los médicos... pero yo respeto lo que me cuentan pero sí les aconsejo que lo cuenten porque es necesario para que lo puedan ayudar. Y si no se animan, me piden y quieren que yo haga de intermediario, me ha pasado... entonces viene la psiquiatra o la psicóloga y le digo, si tú me permitís ella quiere comentarte algo, ella me lo transmitió y me pidió que yo te lo comente... hago eso. Y cada cual en su función colabora con lo que puede, somos como piezas de un engranaje y nos movemos todos en función del bienestar del niño. Y tratamos de que mientras esté en el hospital esté bien (E9).

Tenés que entretenerlo, tenés que hacerle pasar bien y olvidarse de que está siendo abandonado, no olvidarse, que no se angustie, no se corte, no se... que no pase mal (E6-a).

Estas consideraciones rompen con el significado. Es el sentido que surge del acontecimiento y deforma lo instituido, pone el acento en otro lado. Ante la constatación que hay cuidados previos que no tuvieron lugar, asocian el cuidado a una especie de acto educativo de las mínimas acciones que necesitan ser aprendidas para el diario vivir. Surge

de la experiencia de quienes día a día se enfrentan con situaciones extremas que no les permiten aceptar lo que sucede. Esto produce una distorsión que genera un reordenamiento de los modos de subjetivación. El acontecimiento que fuerza a pensar dando cuerpo a ideas divergentes que surgen del mismo. Deleuze (1994) plantea que el acontecimiento acontece: “El acontecimiento no es lo que sucede (accidente); está en lo que sucede el puro expresado que nos hace señas y nos espera” (109). Nos resta decir que el acontecimiento es singular por lo que quedan excluidos lo universal y lo general.

6.3.2 – vínculo

Pichon Rivière (1982) concibe el vínculo como un interjuego dinámico y en movimiento que se produce en la situación de interacción entre sujeto y objeto, resultando de ello una conducta. Plantea la existencia de dos campos en los que se expresa el vínculo, uno interno y otro externo. De este último se ocupa mayormente la Psicología Social. El autor sugiere:

“(…) tomar como material de trabajo y observación permanente la manera particular en que un sujeto se conecta o relaciona con el otro o los otros, creando una estructura que es particular para cada caso y para cada momento que llamamos vínculo” (Pichon Rivière, 1982, p.22).

También hace hincapié en los procesos de comunicación y aprendizaje como constituyentes del vínculo. En la situación que nos ocupa los entrevistados hablaron sobre los modos de vincularse que identifican en las prácticas de cuidado.

¿De qué modo se relacionan los funcionarios con los niños? ¿Cómo establecen esa relación? Vislumbramos diversas modalidades según el lugar ocupado por los funcionarios con los que conversamos. Su variación depende de la situación en la que se encuentre el niño y de la actividad o procedimiento que se realice. En el caso de enfermería asistimos a un relato muy detallado del acercamiento al niño al que se va a realizar un procedimiento que puede ser doloroso o invasivo. Se expresó además un cuidado especial de acercamiento incluyendo al adulto que se encontraba con el niño.

Hablas con la mamá sí, pero el paciente es el niño, mirás al niño. Tenés que poder comunicarte aunque sea un bebe, un bebe de dos meses te presta atención, logras llamarle la atención y lo mirás... y le hacés... ananá (sonido onomatopéyico) y lo podés valorar. Es una de las primeras cosas que se tiene que tener en cuenta, establecer una comunicación con el pacientito y con el acompañante que tenga. Eso es lo básico, si vos no logras establecer una comunicación de primera no va a funcionar nada. Se incluye al adulto siempre pero primero es con el niño. Te explico quien soy y te doy oportunidad para que vos me preguntes y estés cómodo en algo totalmente distinto. Tenés que utilizar todas las estrategias para entretenerlo, para hacer contacto que con un adulto decís, buenas tardes fulano, soy la enfermera que lo voy a atender hoy, le voy a tomar la presión... A un niño si vos entrás diciendo buenas tardes, que esto y lo otro, el chiquito te mira y hace uaaaa (sonido onomatopéyico de desaprobación). Acercate, jugá, cambiá el tono de voz, lo mirás distinto... estos colores son por algo (se refiere a la blusa colorida y con motivos infantiles). La vaca Lola, no sé qué, somos expertas en canciones infantiles, en dibujos animados, en

libros de cuento. Sano o enfermo, rico o pobre, niño es niño. Primero su tamaño, es muy chiquitito así, mira el mundo desde acá y si vos lo mirás desde arriba, el niño se siente terrible. Entonces te agachás y lo mirás y de a poco vas haciendo mucho con lo gestual que el niño empieza a hacer vínculo. Y sí, lógico, si yo lo pincho le va a doler pero si mientras tanto le hablé... tenés que, necesariamente establecer un vínculo y tenés que poder hacer que eso no te desborde. Porque también (baja el tono de voz) la mayoría se cura... yo siempre decía, un niño perfecto es el que se cura y se va de alta con su mamá y su papá, están los otros también. Los que se van con alguna nana crónica o los que la quedan, entonces que ese vínculo que uno hace, que no sé, que no te avasalle y que te cargue la angustia (E4).

Sí, lógico que se establece un vínculo. Capaz que un niño viene 2 o 3 días y se va sanito, no precisa más venir, es uno de los que por suerte se va sanito, pero esos que vienen seguido son clientes de la casa y ya sentís el nombre y si yo no me acuerdo la otra se acuerda y Ah! Fulanito ¿te acordas de fulanito aquel que tuvimos tanto tiempo en cama tal? ¿No era el de la mamá gordita? Sí, era ese y vamos y lo saludamos (E4).

En este último relato se manifestó que el establecimiento de un vínculo requiere de un tiempo de permanencia del niño en el hospital. Lo que nos sorprendió fue el modo de referirse al niño como "cliente de la casa". Hay algo del exceso que se juega en estas palabras que nos llevó a interrogarnos acerca de la figura del cliente proveniente de ámbitos mercantiles y la referencia a la casa en relación con el hogar. Por lo pronto este planteamiento lo podemos relacionar con lo que dice Batthyány (2010) en torno a los componentes del cuidado: "Engloba hacerse cargo del cuidado material que implica un "trabajo", del cuidado económico que implica un "costo económico", y del cuidado psicológico que implica un "vínculo afectivo, emotivo, sentimental" (p.20). Advertimos la presencia de todos estos componentes en los relatos de los entrevistados. La normatividad de las instituciones de salud corre el riesgo de producir una estandarización de la atención donde el niño queda relegado a un diagnóstico, como ya vimos en relatos anteriores. En emergencia se planteó la imposibilidad de establecer un vínculo. Distancia que nos remite a una actividad donde la velocidad imprime una tendencia despersonalizante.

Hay un triage que se encargan los licenciados y los médicos de dirigir al paciente a donde tengan que ir. Cuando a ellos les parece que tienen que entrar a la emergencia pasan derecho. En realidad con esos niños enfermería no hace mucho, porque si es algo social se encargan las psicólogas, nosotras lo controlamos y nada más en realidad. Viste que la emergencia es algo rápido, todo el tiempo. Vienen, los atendemos y si tienen que subir suben y si no se van. Vínculo en piso, que los tienen allí y los ven todos los días. Conocés más la historia del paciente se hace vínculo con él y con la madre. Puerta es todo rápido. Después de los 3 años ya más o menos saben lo que le vas a hacer. A los que tienen 5 0 6 le explicás antes de hacerlo, ya sabés que van a gritar, te pueden pegar. Hay que apretarlos, el nuestro no es el trabajo más lindo, el médico indica y vos tenés que hacer el trabajo sucio digamos. (E8).

El triage se utiliza en emergencia y es un procedimiento rápido, técnico y preciso de categorización de las urgencias que se utiliza para una gestión inteligente de los recursos humanos. Nos surge la interrogante si el pasaje por esa instancia se transforma en una especie de trámite ¿cómo repercute en el niño ese primer encuentro? Aparece una diferenciación entre enfermeros y médicos, unos hacen el trabajo sucio y los otros hacen

una medición. En medio está el niño, no sabemos los efectos de este andamiaje, si facilitan o impiden su cuidado. Pensamos en la necesidad de la capacidad de afectación de lo que le sucede al niño para de ese modo encontrar las estrategias adecuadas que habiliten el vínculo. Molinier (2015):

(...) el psiquiatra François Tosquelles distinguió el “establecimiento-hospital” de la “institución”. La institución “son los vínculos que crean un lugar”. Hay que “cuidar la institución para cuidar los enfermos”. O sea cuidar los vínculos. Crear este lugar requiere condiciones dialógicas o un “espacio público interno” para desarrollar vínculos en conjunto (p.135).

El cuidado es relacional y requiere de la construcción de un vínculo de modo procesual. En referencia a un tiempo de intensidades y cualidades, es en el encuentro de cuerpos donde se produce un “entre” que habilita o impide la posibilidad de establecimiento de un vínculo. Los afectos se encarnan en comportamientos, bajo la forma de emociones. A veces no es posible su construcción mediante la palabra y allí está la posibilidad del lenguaje del cuerpo, a través de una mirada o de un gesto o simplemente la presencia. Al pensar en vínculo nos referimos a un nivel de co-afectación donde se da cabida al mundo del otro en un acercamiento a partir de las diferencias que portamos los humanos.

Te tiene que gustar lo que hacés, no es un mueble, es un niño que tiene sus sentimientos... y están dañados, tienen problemas afectivos, de abandono, de maltrato, de abuso ¿cómo le entrás ahí? Hay adolescentes que no se quieren vincular, llegás y le decís, hola qué tal cómo estás, te presentás y nada... otros sí, conversás hasta altas horas de la mañana, 2 o 3 de la mañana conversando hasta que les digo, corazón a dormir. Yo no soy de las que da consejo, tú todo esto que me contás a mí le tienes que decir a la doctora que te quiere ayudar... en los casos de abuso sobre todo, ellos se sienten culpables y yo les digo, lo primero que tenés que tener claro es que no sos culpable, tú no sos culpable y todo esto tenés que decírselo a la psicóloga, al psiquiatra, al equipo que van a buscar la manera para que no te pase más lo que te pasó. Ellos van a buscar la salida para que tú estés mejor y así la vamos llevando (E6-a).

En esta ocasión se destaca la reubicación que hace esta entrevistada del lugar en que puede quedar colocada la niña en relación a su padecimiento. La desculpabiliza, acercándola a la posibilidad de hablar sobre el tema con quienes pueden guiarla en su resolución.

Pero también el caso de que viene un vecino a cuidar a una chica de 15 y él tiene 18 y tiene olor a alcohol, que está en estado deplorable... ¿qué hacés? porque nosotras consideramos que todo eso es cuidar, estar atentas a todas esas situaciones. ¿Dejas que se quede esa persona? A veces tenemos esas dificultades... y bueno tratamos de resolver o pedirle... hemos tenido que pedirle que se vaya... o un familiar que la niña no lo quiera ver... autorizan a veces a un familiar a quedarse y nosotras vemos que está en estado deplorable Y también te dice enfermería, yo no puedo negar al familiar que suba... pero el niño te está diciendo a gritos que no lo quiere ver... estás vulnerando su derecho, no lo estás protegiendo. Tenés que considerarlo persona ante todo para luego poder hacerte cargo que es lo más conveniente para él. Ellos te dicen, pero no hay una orden judicial, se lavan las manos y nos pasan a nosotras... enfermería se lo pasa al nurse, y el nurse te lo pasa a vos y vos estás cuidando al niño. Y si le decís mirá no te quiere ver, la madre puede hacer una queja en el hospital que nosotras no dejamos entrar a alguien... y nos sancionan... es como

un pasamanos. Entonces lo que hacemos es decirle, mirá está muy angustiada, por qué no venís otro día que esté más tranquila... capaz que el psicólogo te puede ayudar para que puedas hablar con ella (E6-b).

Aquí también es a destacar el posicionamiento de la cuidadora que inventa modos beneficiosos para la niña tomando en cuenta, que su proceder no le resulte desfavorable a ella misma. Dice además de la importancia del vínculo que se transforma en vehículo para el cuidado. Es evidente que la relación es asimétrica en el sentido que requiere, dar al otro un lugar prioritario que exige partir de sí para llegar a ese otro. “Se genera una tensión que permite además de estar envuelto en lo propio, estar enredado en lo del otro, produce un nosotros” (Percia, 1997, p.60). Comprender la situación en que se encuentra un niño hospitalizado permite colaborar en que el niño vaya construyendo su propia visión comprensiva acerca de lo que le pasa. Esto requiere de cualidades relacionales de parte de los funcionarios, que visibilizamos con claridad en las cuidadoras.

Nos presentamos, les decimos que somos cuidadoras y estamos allí para que no esté solo y ayudarlo y si está con familiar hacemos lo mismo. Si es situación de violencia, generás un rechazo, yo no quiero que haya nadie... entonces explicarle que nosotros vamos a ayudar... siempre tratando de lograr empatía y no invadir... ayudarlo en este tiempo de internación y acompañarlo para que sea lo más light posible... que estamos para eso. Primero tratar de tener empatía con él, sea un niño o un adolescente, primero tratar de ganarlo principalmente y después las conductas mínimas de comida, bañarse, lavarse la ropa, todo eso es como la tarea fuerte. (E6-a).

Hay niños que son abiertos, hay niños que no. Hay niños que hay que trabajar mucho para acercarse a ellos (E5).

Resaltaron el encuentro como un actitud abierta y sensible que les permite generar un vínculo de empatía que requiere trabajo. Las posibilidades de la relación no están fijadas de antemano sino que da espacio una construcción donde en el “entre” se produce el vínculo.

A veces queremos intencionadamente ayudar y salimos de cuadro, no? Quizás el otro no está preparado para recibir, un poco lo que hablábamos hoy quizás el otro no está tan preparado, pero la intención es buena, pero qué pasa, no cumple todo el ciclo, intención, buena intención, el otro, el tiempo y espacio ubicado para poder recibir lo que esa intención (E1-b).

En relación a estas expresiones, nos hacen reflexionar que se torna necesario estar a la escucha de necesidades que de algún modo el niño hará visibles. “Si la <escucha> se distingue del <entender>, bien sea como su abertura (su ataque) o como su extremidad intensificada, es decir reabierto más allá de la comprensión (del sentido) (...) ello significa necesariamente que la escucha está a la escucha” (Nancy, 2007, p.30).

Surge de los relatos una intensificación de los cuidados hacia el niño considerando la importancia de vincularse con los familiares, quizás provocada por una experiencia sensible distinta a la de otros actores hospitalarios, como sería el caso de los médicos.

Si está la familia es más complejo porque tenés que sostener y lograr la confianza de ese papá o de la mamá de ese niño porque tenés que transmitirles pautas de conducta con el bebé o con el niño de manera que no le moleste. Sin lastimar, que no sienta invadido, dejar el espacio... esos son los apoyos... dejar el espacio para que ellos hagan (E6-a).

El cuidado es totalmente integral, nosotros atendemos todas las partes, todos los puntos. Terminas preguntando, usted necesita algo, le podemos facilitar algo conectándolo con servicio social, con otro especialista. Le decimos, a la mamá, usted ha ido al médico, se controló después que nació este bebe. Salen de acá con la coordinación hecha para el ginecólogo, para el método anticonceptivo, para la asistente social, el nene tiene la cédula CI, todas esas cosas (E4).

Te tenés que poder relacionar con cualquier persona que venga acá con un niño, no me podés decir con esta gente no. Esta gente, no existe, no son distintos porque tengan menos que vos. Todos los niños son niños y son iguales, todo niño necesita afecto, protección, cuidado, cariño y atenderse su salud y educación y todas las demás necesidades, así sea rico o pobre y viva donde viva. Entonces ese niño no salió del repollo, tiene un alguien al lado, tiene mamá o un papá y ese alguien es tu mayor aliado para hacer la mayor cantidad de cosas para que se recupere. Entonces tenés que poder vincularte. Consideramos parte del trabajo colaborar con esos familiares que son ignorados (E5).

Acá se resalta el vínculo a varias vías, por un lado de la familia con el niño pensada como aliada, por otro, de quien cuida con la familia para asegurar la recuperación del niño y a su vez el vínculo establecido con la familia, habilita a su reconocimiento. Se produce de ese modo una micropolítica de los encuentros donde la posibilidad de ser afectado por otro cuerpo puede llegar a instaurar un aprendizaje para adquirir otra relación con la vida.

Que ahí está el otro tema del cuidado, que en pediatría (y debería ser extensivo también para adultos) no se cuida solamente al paciente, se cuida también a la familia, es niño y familia, entonces ¿qué ocurre? Es ahí donde está otro de los grandes temas que yo te decía: que el diagnóstico como que interfiere a la hora de producir un cuidado integral. Si no se cuida a la familia no se está cuidando al paciente pediátrico, la familia es el denominador común a veces, o el factor determinante que tiene que ver con la salud y con el éxito de las aplicaciones terapéuticas que se están haciendo arriba de un paciente pediátrico. Y por otro lado si fracasan todas esas cosas y llega a haber un fallecimiento, una muerte, ahí hay que asistir a la familia, hay que cuidar a la familia; cosa que tampoco mucho se hace (E3).

Esos movimientos que vinculan niños, familia y funcionarios, son compartidos con el relato anterior pero su práctica parece pasar desapercibida para este actor. A pesar de permanecer silenciadas o invisibilizadas, seguramente estas astucias inventadas y tejidas en el encuentro de los cuerpos alivien los efectos nocivos de la hospitalización, para todos los involucrados.

6.3.3 – espacio-tiempo

El hospital deviene espacio-tiempo de encuentros y desencuentros, a modo de un plano que enmarca tanto aspectos materiales como inmateriales del cuidado. Las prácticas se llevan a cabo en un espacio-tiempo que a su vez moldea el modo de realizarlas. El espacio estuvo presente durante la deriva realizada por el predio hospitalario y posteriormente en los diversos ámbitos de trabajo. Por otra parte el tiempo apareció jugado en las acciones de los entrevistados y a través de la transmisión de relatos. Cuando nos referimos a espacio lo

hacemos desde teorizaciones que lo plantean como un producto social, histórico y político, en una conjunción de lo material y lo inmaterial. En el espacio se organizan las actividades, por un lado están los elementos materiales como lo físico, lo biológico y lo social y por otro lo inmaterial que es el conjunto de las relaciones afectivas, sensoriales, simbólicas, etc. Asimismo en un espacio conviven distintas realidades, diferentes actividades y conviven diversos tiempos.

Durante la deriva realizada por el predio hospitalario y posteriormente en los diversos ámbitos de trabajo, fue posible advertir que -además de su valor simbólico- el espacio explicita las relaciones de poder. ¿Existe un espacio común o lo observado es producto de una ruptura entre un espacio público y otro privado? ¿La existencia de ambos en un mismo territorio se transforma en generador de desigualdades?

Paredes y techos aparentan una construcción para resistir el paso del tiempo, pintura envejecida, ventanas y puertas de muchos años. Lo que más me sorprende es el mobiliario, es viejo y bastante descuidado, la computadora tiene un monitor antiguo, enorme y sucio (diario de campo, oct.2017).

El espacio donde mantuvimos la entrevista tiene todo a nuevo, ventanas de aluminio, perfectamente pintado, micro-ondas, aire acondicionado, freezer, mesada nueva, en fin, todo el mobiliario es nuevo... me pregunto si es necesario todo lo que hay allí... parece ser una oficina a todo confort...(diario de campo, nov.2017).

Al entrar tuve la sensación de pasar a otro mundo... una especie de hall central al que dan las puertas de 4 o 5 oficinas que pude registrar. Todo ello enmarcado por una construcción antigua hacia el exterior y muy actual en su interior con amoblamiento de calidad y paredes y puertas perfectamente pintadas.... esa escalera que me llevó -al subirla- al confort, es la misma que al bajar conduce a la carencia... Todo convive en este hospital, lo que aparentemente está fuera del hospital, está adentro... no hay adentro y afuera, ya lo pensé varias veces... aquí traspasé la puerta, la que separa lo público de lo privado. Viene a mi mente la idea de exceso y la de privación... (diario de campo, dic.2017).

La emergencia fue inaugurada hace unos meses y está todo a nuevo, es amplia (tal vez por demás), está muy limpia y con todos los adelantos en materia de construcción y tecnológicos. Pienso que parece un espacio privado y me pregunto de dónde viene este pensamiento... lo público y lo privado, la carencia y la abundancia, ¿por qué no puede lo público mejorar sus instalaciones?... (diario de campo, nov.2017).

(...) vuelvo a preguntarme ¿es todo como parece ser?... y comienzo a sentir un olor muy desagradable... y percibo que es de la gente que tengo a mi lado. Es así, acá se conjuga lo viejo y lo nuevo, la pobreza y la riqueza, la carencia y la sobre abundancia... no se pueden disimular las condiciones de vida de parte de nuestra población... para oler bien se necesita de una vivienda decorosa, con las instalaciones necesarias para poder higienizarse... no puedo enumerar todo lo que puede estar componiendo ese olor que despide el cuerpo... se me ocurre que hasta en esto categorizamos a los seres humanos en esta sociedad en que vivimos, rechazando y tomando distancia de aquello que no queremos ver u oler (diario de campo, jul.2017).



Hospital Pediátrico Pereira Rossell: Nueva infraestructura y sistema de clasificación de pacientes mejoran calidad de atención sanitaria a niños. E: *Noticias del CHPRASSE*

Sin embargo el Estado ordena los espacios organizando un lugar para quién. Esto lo pudimos experimentar en nuestra deriva por el hospital y confirmando que el investigador es en primer término herramienta de la propia investigación.

(...) cuando quise darme cuenta estaba en plena emergencia. Lo que me sorprendió es tener tan fácil acceso a un espacio que yo hubiese considerado más inaccesible y de mayor cuidado (diario de campo, nov.2017).

Considerando los diversos relatos, los actores transmiten la inconveniencia del hospital para la permanencia de niños con problemas sociales. Destacan las dificultades que presenta el espacio físico junto a la necesidad de un espacio donde puedan desarrollar actividades acordes a la infancia.

Un hospital no es un lugar de permanencia para niños que están con dificultades sociales...Se podría llegar a hacer algo totalmente modelo que se haga cargo de esta situación (E6-a).

El problema es que nunca van a estar bien en un hospital. Están en el sexto piso, creo que están todos en el lugar en función del diagnóstico como sociales ¿no? Con la problemática psicosocial (E3).

Si lo ubicas como un espacio, como un espacio físico y organizativo, no como un espacio de contenido... el servicio no necesariamente sirve (E1b).

Para tener niños psiquiátricos se tendría que tener otro tipo de infraestructura. La mayoría... en todos los pisos hay psiquiátricos pero la mayoría se los trae para acá porque es el piso que está más bajo, por si se tiran por la ventana. Tenemos ventanas que ni rejas tienen, eso no son rejas, son plásticos que le dan una piña... aparte tienen una fuerza cuando se enojan (E5).

La ludoteca de planta baja funciona para los niños que están internados, muchos por estas causas, que estén en condiciones de estar determinada cantidad de horas haciendo actividades. Pero funciona solo de mañana, entonces la tarde la tenés totalmente sin

actividad. La placita es para los niños internados, pueden bajar a esta placita. Pero si está lloviendo o hace frío no sirve. Estamos tratando de tener los fondos y poder acondicionar un espacio para que con el tiempo haya como una especie de hogar de día. Que tengan un lugar para estar jugando con supervisión para que entre ellos no tengan problemas. Digo, cualquier niño sale a correr al patio y se te puede lastimar. Que estén con supervisión pero que a la vez puedan hacer actividades y tener una vida más normal (E4).

Otra problemática se hace presente, los “niños psiquiátricos” que junto a los “psicosociales” parecen no tener lugar adecuado. La nominación hace presente la discriminación, más allá del cuidado que se deba tener ante los niños que han tenido intentos de autoeliminación. Las ventanas y la altura pueden ser de cuidado para cualquier niño. ¿Cuál sería el espacio adecuado para cuidar a los niños? Nos encontramos con versiones que concuerdan y nos inducen a pensar que la organización del espacio puede contribuir o impedir el modo de las acciones, facilitando o dificultando el bienestar de los niños. Asimismo el espacio colectivo es lugar de conflicto y no podría ser de otra manera pues lo colectivo se funda en la heterogeneidad. Allí aparece un aspecto de corte jerárquico, donde las formas de saber y los dispositivos de poder intervienen en la resolución de las situaciones. Parece ser una problemática portadora de una complejidad tal, que quizás se pierde de vista el objetivo real de las intervenciones en este caso, el niño.

Y aprendí que te tenés que ubicar en tiempo y espacio... sos la cuidadora y no podés hacer juicios, para eso está la asistente social, los directores, el juez, hago foco en el niño... tengo que ser neutral, yo no puedo involucrarme demasiado y no puedo tratar mal a los padres aunque se violenten (E9).

A veces quedan solos... ningún niño puede quedar solo en el hospital, así tenga 14 como esta chica, la responsabilidad pasa a ser del hospital. No debe salir ¿y si el niño baja sin que nadie lo vea? Y se va a la calle... se le pasa a seguridad que está abajo porque a veces hay niñas grandotas y pasan como una adulta. ¿Qué hacés ahí? ¿De quién es la responsabilidad, de quién es la responsabilidad? (E9).

Un niño que tiene una medida cautelar o que está judicializado, dice que tiene que salir del lugar donde hay un perpetrador por ejemplo, no tiene otro lugar, o va al INAU o viene para acá; si viene para acá es la misma condición por ahí que si va para el INAU, es decir: cambia el lugar; pero para el niño es percibido como tal. Tanto el INAU o el hospital son dos dispositivos de asistencia que son inadecuados para la situación de la persona; es para el diagnóstico, atiende el diagnóstico, pero el sujeto vuelvo a decir queda perdido (E3).

Advertimos a través de los relatos una experiencia espacio-temporal específica que no es la más apropiada para la permanencia del niño en el hospital. Esta permanencia se asemeja a un estado de excepción permanente, con el agravante que se trata de alguien en estado de indefensión. El niño es sacado de un espacio donde recibe maltrato para ubicarlo en otro espacio donde en nombre de su protección se lo mantiene aislado. Tomando en consideración que la ley y los derechos solo pueden plantearse sobre lo que ya existe, no hay respuesta ante la modificación de lo real. Esto pone en cuestión las producciones subjetivas de una época que -en nombre de la protección- termina produciendo estados de sometimiento. Evidentemente hace falta crear un espacio acorde a la fragilidad de estos

niños donde pueda ejercerse el cuidado de modo conveniente para quienes tempranamente han sido víctimas de la violencia de esta sociedad en la que vivimos. Quizás estemos en camino de lo que plantea Teles (2010): “Lentamente comenzamos a presentir que los modos de pensar y de percibir, las maneras en que se realizan los procesos de subjetivación en la actualidad incrementan los problemas y entorpecen el despliegue de las potencias creativas” (p.52).

Un relato que dice de la experiencia de una niña internada durante 5 meses, es claro ejemplo de que si todos los días son iguales para ella, existe una existencia relegada a un estado de suspensión del proceso de vida. Ella también parece haber quedado suspendida en el tiempo.

El otro día hablaba con una de las nenas... claro, vinimos el feriado era el 2 de noviembre y yo me había olvidado que era ese día y me dice vamos a mirar intrusos... “para mí son todos los días iguales”, me dice, “no cambia sábado, domingo, lunes, martes, son todos los días iguales de la misma manera y transcurren igual”. Tenés un niña 5 meses en el hospital, sin contacto con sus amigos, sin poder ir a estudiar cuando ella fue la agredida, y sus agresores están afuera y ella esperando la resolución del juez. Obviamente en esa adolescente se produce un desgaste. Y va perdiendo esas expectativas de salir de esa situación de abandono en la que están, porque son abandonados por sus padres y castigados y ven el INAU como esa posibilidad de ir y estudiar, pero esas expectativas se van perdiendo en el tiempo (E6-b).

Pienso, no ya ¿cómo cuida el hospital? sino ¿cómo cuida esta sociedad en que vivimos? Estos niños no tenían ninguna dolencia física, sin embargo permanecen en el hospital. ¿Es un lugar apropiado para niños? ¿Qué les dejará esta experiencia? ¿Qué cosas tendrán que vivir aquí dentro que tal vez no sean convenientes para ellos? ¿Será que están mejor acá que en sus hogares? Tengo pensamientos desencontrados... me hago conjeturas... todo parece tan contradictorio... el espacio y el tiempo se me presentan como elementos constituyentes de la vida, cargados de afectividad y de intensidad...(diario de campo, nov.2017).

¿Y cómo se vive suspendido en el tiempo? La espera del niño no tiene horizonte ¿es el tiempo del sufrimiento? ¿Es una sobreabundancia de tiempo? ¿Es la travesía por el vacío? Quienes están más próximos al niño son quienes mejor pueden reflexionar acerca de los inconvenientes por los que atraviesan. Sin embargo y como veremos más adelante no son tomados en cuenta al momento de resolver ciertas situaciones. Han compartido el tiempo de espera y nos transmitieron la frustración que ello genera en los niños. A través de sus expresiones corporales pudimos deducir el grado de afeción de quienes esperan. Lo que más nos impactó, además del tiempo cronológico, fue la transmisión de que estos niños llevan “como” un resentimiento de por vida. A una experiencia de maltrato o de abandono se le suma otra experiencia que puede pensarse como una violencia simbólica que se ejerce sobre los cuerpos redoblando modos de sentir y de ser afectado.

Porque pasan 3 o 4 o 5 meses acá (E6-c grupo).

Tenemos una niña que hace 3 meses y medio, 3 meses y medio, que está esperando que se decida qué va a pasar con ella (E6-a grupo).

A veces se te pone a llorar, a veces quedan como perdidos, que están solos. También una cosa que pasa mucho es que ven que mucha gente se va de alta y ellos siguen acá (E6-a).

Hace 4 meses que sus días son así ¿y qué pasó con el equipo multidisciplinario? ¿y qué pasa con la psiquiatra? ¿y qué pasa con la psicóloga? que vienen 5 minutos de mañana y le preguntan ¿estás bien, tomaste la medicación, comiste? Bueno, dale, seguí esperando (E6-b grupo).

Tenemos nenes que han tenido 4 y 5 meses de internación esperando la resolución judicial o esperando lugar en hogares del INAU (E4).

A veces las decisiones judiciales y eso demoran muchísimo y están meses a veces (E3).

En espera de la resolución judicial, pasan meses, es como su casa el hospital. Yo ya estoy acostumbrada, me da pena, ¿no? Esos niños llevan un resentimiento de por vida, pienso yo (E5).

Tenemos muchos niños que están en tratamiento paliativo. Digo, paliativo que capaz fue prematuro que capaz que estuvo 3 o 4 meses de internación en CTI de recién nacido, que no se fue a su casa y que toda su vida hasta el momento que falleció estuvo metido entre estas cuatro paredes (E4).

Entonces eso da por sentado de que bueno, de que están en una especie de limbo, que a veces las decisiones judiciales y eso demoran muchísimo y están meses a veces (E3).

¿Es posible cubrir -en el tiempo que permanecen en el hospital- ciertas necesidades básicas como educación, esparcimiento y protección? Debido a las situaciones de espera en que se encuentran algunos niños nos interrogamos si el hospital se ha transformado en un espacio híbrido sin propuesta alternativa.

Me encuentro al llegar con una CH, me detiene con su conversación y me invita a sentarme. Se me ocurre que es la primera vez en los años que trabajamos con ellas que asisto a la situación de cuidado que llevan a cabo. Estaba cuidando a una niña de alrededor de 10-11 años que se encontraba con una XO en una especie de escritorio con otro chico de edad semejante. Los dos permanecieron muy calmos jugando durante todo el tiempo que estuve, se levantaron y cedieron el lugar a un vigilante que llegó y ellos se sentaron a nuestro lado. Parecían chicos muy correctos y aislados del resto. Me impresiona el silencio del lugar, no hay movimiento ni ruidos de ningún tipo. En determinado momento, mientras conversábamos veo una adolescente (de gran estatura) despidiéndose de una doctora. La chica se acerca hacia nosotros y se sienta al lado de la CH. Con enojo le comenta que la psiquiatra se despidió diciéndole, hasta el viernes, y dice que ella pensaba que ya se iba y comenta: "si no me dejan ir me mato"... Yo, en el intento de distraerla le comento que admiro su estatura y comenzamos a bromear con la CH en torno a la nuestra. Ella se engancha en eso y nos hace parar y riéndose de nosotras nos dice: "parecen minions"... Continuamos de bromas hasta que ella se va diciendo que va a dormir un rato (diario de campo, nov.2017).

Este, *si no me dejan ir me mato*, además del impacto que me generó me mostró claramente la cruel realidad de un espacio de encierro que está muy alejado del cuidado integral del niño. Ulloa (1994) plantea: "(...) *el tiempo corre y el pensamiento lo recorre o lo discurre, discerniendo tiempos distintos*" (p.249).

Spink y Medrado (2013) postulan que al trabajar acerca de las prácticas discursivas debieron tomar en cuenta tres interfaces del tiempo: un tiempo “largo” (largo) de contenidos culturales de la historia de la civilización; un tiempo “vivido”, el de los lenguajes sociales aprendidos a través de los procesos de socialización y el tiempo “corto” (curto) de los procesos dialógicos. En una de las conversaciones mantenidas -al mismo tiempo- con dos funcionarios, fueron muy elocuentes en relación a ejemplificar el tiempo “vivido”. Ambos recurrieron a relatos de su infancia a modo de explicitar los sentidos que otorgaban al cuidado recordando las enseñanzas recibidas a través de acciones que realizaban sus padres. Fueron construyendo una línea de argumentación entre ambos que mostraba cómo se produce el sentido de un concepto a través de la experiencia.

(...) eso creo que es por mi padre, con toda su forma de pensar la sociedad, que más allá de nosotros hay que hacer un bien social. Eso lo tengo, es más de mi padre que de mi madre. Mi madre me enseñó cosas que me han servido: limpieza, comida. Pero mi padre en lo social: uno trasciende el hogar, no debe quedarse en el hogar, tiene que servir a la sociedad (E1-b1).

(...) digo todo esto no lo aprendí de la enfermería, ni de la medicina, ni de la psicología ni nada de eso. ¿Sabes de quién lo aprendí? Mi viejo era camionero, analfabeto y mi viejo se jubiló y cuidó a mi vieja que era operadora terapéutica y le enseñó a mi viejo y el loco aprendió a tomar la presión. Pero también era como un operador barrial comunal de todas las personas que necesitaban en la vuelta. Si había que prenderle el fuego a las veteranas, iba y le limpiaba... hacía ese laburo como de agente comunitario haciendo cosas en la medida y en la proporción que él podía y eso era una generación de actitud sin espera de recibir una retribución a cambio. Entonces el punto del cuidado es ese (E1-b2).

Otras actividades transmitidas fueron las diversas modalidades de cuidado inventadas de acuerdo a cada situación específica que se daba en el encuentro con los niños, y lo pudimos relacionar al tiempo “curto” del que hablan los autores.

Mañana cumple una de las nenas y le vamos a hacer un picnic hoy afuera ya que está lindo afuera. Tenemos 3 y las 3 son adolescentes y comparten y se ven, una hace un mes la otra hace un mes y medio y la otra hace 3 que están y se juntan. Y vamos con las 3 a la plaza y escuchan música y hoy le vamos a hacer una tortita y una bebida (E6-b).

En directa relación al tiempo de los niños está el tiempo de las cuidadoras, tiempo como una experiencia del cuerpo, tiempo interrumpido tan solo por la fatiga. Fatiga provocada por los relatos, por un exceso de relatos donde el encuentro con lo inhumano de lo humano provoca dolor y es la experiencia de una relación con lo otro que impide pensar. Cuerpos, como contenido, donde se afectan unos en relación con los otros por sentir solidariamente, en un tiempo más dilatado de diversas intensidades.

Hay horas que son pico, son tétricas, gritan todos... hay que mandar a cada uno a su habitación... a veces no es tanto los niños sino que los padres hacen picnic, se mezclan todos... Cuido 12 horas al día... imaginate (E5).

Yo estoy conviviendo con ese niño o adolescente durante 9 horas en la sala (E.6-a).

Al estar tanto tiempo ya no puedo tener esa distancia óptima de la que hablamos siempre. Porque te involucras con esa criatura... (E6-b).

Otro tiempo el de emergencia, tiempo y espacio allí se yuxtaponen de modo visible y apareció jugado en el cuerpo y las acciones de una de las entrevistadas. Nos impresionó la velocidad de sus movimientos corporales y lo concreto de sus respuestas sin extenderse en explicaciones y yendo directamente al punto. Un tiempo subordinado al espacio que produce un movimiento normal pues está determinado y regulado.

Aún vivimos bajo la regencia del tiempo lineal y cronológico. Tiempo vertiginoso que constituye un mundo de metas a cumplir, de actividades a realizar, de objetos a obtener. Tiempo que nos quita el aliento, que nos obliga a correr hacia adelante, que nos convierte en muñecos enloquecidos a punto de estrellarnos contra un paredón: tiempo del nihilismo (Teles, 2008).

Otro de los entrevistados que trabajó en emergencia, nos transmite que en ese espacio no se puede dar el cuidado. Expresa que el cuidado es como algo continuado, un desarrollo. Lo podemos pensar como la necesidad de crear un tiempo más dilatado, el tiempo del encuentro, del conocerse.

El punto es que por ejemplo la complejidad y los diferentes procesos de trabajo por ejemplo en una puerta de emergencia... En toda la asistencia siempre se despliega de alguna manera una fuerza a cuidar al otro, pero ¿qué ocurre? En las puertas de emergencia generalmente, dadas las características, tienen que ser muy resolutivas, rápidas, de toma de decisiones; entonces todo eso deja un poco fuera lo que tiene que ver con el cuidado, el cuidado se da más en algo continuado, es un desarrollo... (E3).

¿La emergencia requiere de esta velocidad y a su vez la imprime a los cuerpos en todos los aspectos de la vida? “El capitalismo contemporáneo no organiza más el <tiempo de trabajo>, sino también el <tiempo de vida>” (Lazzarato y Negri, 2001, p.39).

Y es como un compromiso de vida. Yo me levanto cada día aunque trabaje 12 horas y lo único que hago es dormir cuando llego a mi casa. Es como un compromiso que siente uno y el hospital es como mi casa, un compromiso por el que vivo. Es como mi casa, son 12 horas y descanso ahora esta media hora y a las 10 de la noche y salgo a las 12 de la noche. Ya no me molesta, te acostumbrás. Estoy 12 horas escuchando llantos, gritos y tá. Así es mi vida, siempre corriendo contra reloj (E8).

En lo relatado se hace presente una suspensión del tiempo propio en aras de un tiempo colectivo que daría como resultado momentos de diversas afecciones, componiendo las complejas dimensiones de la temporalidad. Nos surge el cuestionamiento si este tiempo de emergencia transcurre en un espacio de sometimiento donde no queda lugar para el ocio. El trabajo se transforma en su otra casa, pero no solo en emergencia, lo dice una CH pero también lo escuchamos en referencia al “niño cliente de la casa”. ¿Es un control sobre la vida misma?

Hace 23 años que estoy en el hospital, esto es mi segunda casa (E9).

Goffman (1961) desarrolló un exhaustivo análisis del funcionamiento de las instituciones totales, donde encontró que en esos espacios estaba impedido el contacto con el exterior. El autor planteó también acerca del despojo de los roles anteriores, las transformaciones del sí mismo junto a las degradaciones del yo, que suceden en el pasaje por estas instituciones. Si bien en esta situación hay salida al exterior por parte de los funcionarios, nos sugiere al menos la posibilidad de la existencia de un riesgo en alguno de ellos.

Hemos asistido a la aparición de diversas dimensiones relativas a la temporalidad en función de acontecimientos generadores de situaciones relacionadas con lo procesual. Es decir, tiempos heterogéneos que muestran diversas composiciones más allá del tiempo lineal y cronológico. Percibimos que este tiempo procesual aparece practicado con regularidad en quienes se encargan del cuidado en el hospital. Apareciendo diferenciado el espacio de emergencia donde los requerimientos promueven una atención que se centra en el diagnóstico y el tiempo está regido por la inmediatez de las resoluciones a tomar.

6.4 – *reconocimiento e invisibilidad*

En los relatos aparece de forma recurrente una problemática relacionada a las diversas posiciones que ocupan los funcionarios. La posición la referimos al lugar que se ocupa en la organización. La diversidad de posiciones se organiza según una lógica jerárquica como ya hemos visto. En las instituciones de salud circula la hiperespecialización junto a prácticas sofisticadas asociadas a valores, verdades y certezas. Sin duda esta lógica genera exclusiones, desvalorizaciones, invisibilidades, opacando la visibilidad sobre lo real e influyendo directamente en las interacciones entre los funcionarios ¿Qué régimen de relaciones produce esta diferenciación y cómo afecta a los cuerpos encargados del cuidado?

En la enfermería, la profesión hace que sí o sí se tenga definitivamente que tener una postura de cuidado... el cuidado en cuanto a la cantidad de energía y esfuerzo y de sacrificio que se debe hacer. Es una carrera muy sacrificada. Es la profesión que menos puede zafar del cuidado (E1-b).

La mayoría de la gente que trabaja en la salud, la parte de enfermería, terminamos... yo no, gracias a dios... pero terminamos con unas buenas pichicatas encima, en manos de psiquiatra, tomando pastillas... llega el momento en que uno... es desgastante. A los ponchazos, arreglate como puedas... es feo, está complicado, no es todo color de rosa como se cree. La presión que tenés cuando hacés un procedimiento. Es algo tan feo, sentís la respiración de los padres en tu nuca, como diciendo, fallás y te revienta... te genera una adrenalina (E5).

Detectamos de acuerdo a las narraciones que el trabajo de cuidado requiere de un esfuerzo que llega hasta el sacrificio y produce sus efectos en el cuerpo. Por otra parte, a los efectos

del cuidado se suma el lugar ocupado, allí se hacen visibles las diferencias de posiciones a las que aludimos en el comienzo. Rancière (2009) llama *reparto de lo sensible* a ciertas evidencias relativas a la existencia de un común que define lugares y competencias. Asimismo este reparto de lugares, tiempos y actividades genera la existencia de un común repartido y partes exclusivas, en palabras del autor: “Tener tal o cual ocupación define las competencias o incompetencias con respecto a lo común. Esto define el hecho de ser o no visibles en un espacio común” (p.2). ¿Cómo se reparte en el hospital este común? Dejours (2013) refiriéndose al reconocimiento del trabajo dice: “(...) el sujeto puede transferir este reconocimiento al registro de la construcción de su identidad” (p.38). Reconocer la calidad del trabajo daría sentido al esfuerzo que requiere esta práctica, colaborando en la definición de los problemas a abordar que genera la tarea.

Es una tarea no reconocida... la invisibilidad, no podés aspirar a mucho y no hay voluntad de mejorarlo. El cargo no está reconocido sos auxiliar de servicio...y el trabajo es agotador. Yo trabajo fines de semana, feriados y turismo... hasta el 1 de enero... y cuando toca fin de semana largo, son 3 días, te querés morir... terminás fundida (E6-a).

Al mismo tiempo cabe la pregunta si lo que se plantea como no poder aspirar a mucho debido a una falta de voluntad de mejorarlo, estaría indicando la existencia de una encerrona trágica. Según Ulloa (1995) en la encerrona existe una situación de dominado y dominador donde no hay un tercero a quien apelar y se depende del maltrato, que lo niega como sujeto. Este estado produce un sufrimiento tal, al punto de terminar “fundida y quererse morir”. Se trataría de una inmovilidad producida por una situación donde no se vislumbra una salida.

Nosotras queremos exigir que se nos pague un plus por atender niños psiquiátricos, porque no se nos paga tampoco. Cada vez más psiquiátricos y además de un pago toda persona que trabaja con psiquiátricos tiene más libres que los comunes... llega un momento que es desgastante. Nosotras llegamos a pedir y estuvo funcionando hace como 7 años atrás, habíamos pedido que hubieran psiquiatras y psicólogos que nos hicieran terapia a nosotras (E5).

Igual no he perdido la ternura, no podés perder la ternura porque sin eso no podés cuidar niños. En mi caso, no en todos, considero que tiene que estar la calidez. Y aprendí que te tenés que ubicar en tiempo y espacio... sos la cuidadora y no podés hacer juicios, para eso está la asistente social, los directores, el juez, hago foco en el niño... tengo que ser neutral, yo no puedo involucrarme demasiado y no puedo tratar mal a los padres aunque se violenten (E9).

Rancière (2008) al referirse a la dificultad de emancipación plantea la existencia de un reparto de lo sensible, como una distribución a priori muy conveniente de las capacidades e incapacidades ligadas a esas posiciones. Asimismo la invisibilidad de quienes cuidan no es algo oculto sino algo denegado. Dicha invisibilidad se produce en un complejo proceso socio-histórico y a través de un proceso de naturalización (Fernández, 1993, p.118-121). A

partir de la invisibilidad debiera demandarse un reconocimiento, pero su naturalización produce la queja, al mismo tiempo que disminuye o hace desaparecer la capacidad crítica.

Yo llegué anoche a las 09:00, de 00:00 a 06:00 estuve en piso y ahora estoy a la orden. Te puede llamar emergencia o te llaman de piso, yo me voy a las 12:00 y vuelvo esta noche a las 09:00 y hago lo mismo (E9).

El hospital de ha quedado sin personal, en pediatría hay días que no hay gente para trabajar, la gente se aburre y se va (E5).

Primero que cada uno se cansa de que no lo apoyen, de que le tomen el pelo, de que te dejen solo, de que te dejen igual con 10 pacientes y después lo monetario, lo monetario influye muchísimo (E5).

Con el tiempo aprendés a poner distancia pero hay veces que te vas muy amargada, como que te saca la energía... es una tarea que tiene muchos problemas (E4).

Y ha sucedido que alguien se lavó las manos ante nuestra decisión y ¿por dónde se cortó? por el eslabón más fino. Cuando sancionaron a... por una mala decisión de una asistente que estaba de guardia y no sancionaron a la asistente, sancionaron a la cuidadora (E6-b).

Fue posible apreciar, la falta de reconocimiento e invisibilidad de la tarea confluyen con agotadoras condiciones de trabajo. Además estos cuerpos tramados de afecciones se transforman en campo de batalla, provocando además de cansancio, aburrimiento, merma de energía y sentimientos de disgusto.

Somos una empleada de los enfermeros, de los médicos, no sé, somos como acompañantes de secom. Es una tarea no reconocida... la invisibilidad, no podés aspirar a mucho y no hay voluntad de mejorarlo. ... y el trabajo es agotador. Yo trabajo fines de semana, feriados y turismo... hasta el 1 de enero... y cuando toca fin de semana largo, son 3 días, te querés morir... terminás fundida. No solo lo desvalorizan, no lo visualizan el lugar, el doctor o la doctora no ve que yo estoy conviviendo con ese niño o adolescente durante 9 horas en la sala. Y te puedo decir cómo está pasando, si está bien, si está mal, nada! Ni siquiera un buenas tardes! Cero! (E6-b).

Nos fueron dando pautas de cómo iba a ser el trabajo... pero después a medida que vos empezás la tarea no es tan así como... como se dice en la entrevista. El tema que no te toman en cuenta nunca para nada, 5 minutos están con el paciente y hacen un diagnóstico sin tomar en cuenta que nosotros estamos 12 horas con el niño y tenemos mucha más información que puede enriquecer el trabajo de ellos... en su tarea, pero bueno... ese tipo de cosas... te vas como, en sí no es que te vaya desgastando, en sí, el trabajo a mí me sigue gustando, en sí lo que ahora lo tomamos de otra manera. Entrás, saludás, porque sos educada y del otro lado nunca tenés una respuesta, simplemente lo más básico entre funcionarios (E6-a).

Algunas situaciones de maltrato también con las cuidadoras de parte de enfermería, por esa misma desvalorización, no tienen el estatus asistencial médico desde el punto de vista de enfermería, no integran un staff de equipo. Y, la mayoría de las veces no son tomadas en cuenta (E3).

En estos relatos advertimos que la existencia de normas, modelizaciones y comportamientos imposibilitan el reconocimiento. De esta manera prima un universo de dominio y experticia sobre un accionar que impide el reconocimiento de otros universos que no sea el de

pertenencia. Se da una fisura en la comunicación que se transforma en violencia pues encubre una discriminación que al invisibilizar produce una "inexistencia".

Con la población también es complicado... nosotros terminamos de hacer un curso que nos indican, de capacitación para el personal no médico y muchas de las cosas que se plantean ahí son teoría y la realidad es otra. La realidad es totalmente distinta, a mí lo que me están vendiendo es un producto para que la gente esté enterada o se lo coma, pero en la práctica real es otra. Nosotras no tenemos herramientas ni nada que nos avale en realidad. Porque si lo agarrás del brazo para que no te pegue... no, porque lo agarraste del brazo. Y eso es violencia, entendés, no tenés ninguna herramienta que te proteja (E6-b).

Mirá, en realidad la cuidadora es una muleta como cantidad de servicios asistenciales para solucionar cosas que en realidad no, no, no van a la base del problema. Se va el familiar, la niña quedó sola, llamemos la cuidadora, nooo, llamen al familiar, no, no... a veces soy medio drástica, la cuidadora está cuando hay una derivación de juez. El familiar se va y el niño queda solo, entonces llamemos la cuidadora... y enfermería y servicio médico ahí sí nos visibiliza. Nosotros dependemos del servicio social pero no están y enfermería o el médico nos ordenan (E9).

¿Cómo se relacionan los diferentes actores con la figura designada para ejercer los cuidados? Al referirnos a esta figura lo hacemos desde la consideración que las CH, son las funcionarias que por más tiempo se encuentran al cuidado de los niños y las que mayormente permanecen en la invisibilidad.

Y 99% de las veces tenemos muy buena relación, por eso que yo te decía. Las cuidadoras que están con los niños con resolución, de INAU, son siempre las mismas o sea, en los años de trabajo estamos acostumbrados a tener más o menos siempre las mismas. Son tan compañeras nuestras a veces tanto como son las de enfermería, tenemos el vínculo con ellas, son más o menos las mismas personas más o menos en los mismos turnos que ya sabemos quién tiene más feeling con los bebés o con los adolescentes. Entonces por ese lado logramos un buen vínculo. En la inmensa mayoría y ahí sí me hago cargo, en la inmensa mayoría tienen muy buen trato con los niños, tienen muy buen relacionamiento con enfermería. Colaboran muchísimo en la parte de tratamiento, porque a los niños hay que sostenerlos, hay que controlarlos, si tienen algún requerimiento de comida, si tienen algún tema con la medicación, trabajamos muy bien. Para nosotros hasta hay momentos que es más fácil tener una cuidadora por el relacionamiento. No es lo mismo una persona que conozco de hace 10 años que las mamás de los niños, nos cambian con los niños, entonces tiene la parte de esa de conocer con quién trabajas. Ellas son parte del equipo de salud, nosotros llevamos una lista de todos los niños, en qué cama están, cuál es el nombre, el motivo principal por el que están acá y con quién están. Nosotros aclaramos, están con cuidadora, porque sabemos que la cuidadora tiene un respaldo técnico atrás, tienen una preparación para ser cuidadoras del hospital (E4).

Sorprende este relato luego de haber tenido acceso a tantas manifestaciones realizadas por otros actores en torno a una tarea invisible y no reconocida. En la indagación de este asunto el planteamiento de Rancière (1996) ilustra hasta qué extremo puede llegar la invisibilidad:

(...) lo que está en juego con el nombre de exclusión no es el ser-afuera. Es el modo de partición según el cual un adentro y un afuera pueden conjugarse y la "exclusión" de la que hoy se habla es una forma bien determinada de esa partición. Es la invisibilidad de la partición misma, el borrado de las marcas que permiten argumentar en un dispositivo político de subjetivación la relación de la comunidad y la no comunidad (Rancière, 1996, p.146).

¿Qué lugar ocupa la cuidadora en el equipo de salud? Porque es un cero a la izquierda, pero calculo que también por la fama que se ha hecho el cargo de cuidadora. Por su historia, antes entraba no por concurso, no por estudio calificado, no con perfil... tampoco quiero desmerecer la función que hicieron ellas que tuvieron que lidiar con un montón de cosas. Son mujeres que lucharon contra molinos porque estaban solas y los niños se iban a su casa. Se organizaron un montón. Yo creo que sí, eso de la historia quedó así. Yo no sé por qué entró (el niño) a veces sé la edad, con suerte y si no le pregunto a las compañeras del turno anterior. Te terminás enterando de la situación pero es una dificultad que no entienden las autoridades, mis coordinadores, no entienden que es algo que está mal organizado. Yo no te digo que me hagan la historia de su vida, pero mínimo que está con una infección respiratoria, con virus respiratorio. Yo tengo un niño de 2 años y tengo que entrar con tapabocas a ese lugar, por ejemplo. Higiene, lo mínimo... la mamá del niño que está en infecto se tiene que ir, bueno, si está allí sabemos que está aislado por algo pero no con todos se precisa tapabocas, hay casos diferentes (E6-a).

Es el mundo de las apariencias interiorizado e incuestionable de reproducción de universos de dominio, visible solo para quienes tienen la evidencia de su propia invisibilidad, con una única excepción en este relato.

Le llega a la cuidadora determinado tipo de actividades, o determinado tipo de operaciones que por ahí enfermería tendría que hacerlas y las termina haciendo la cuidadora. Yo siempre las traté de incluir, siempre, y aparte otra cosa: son las que más saben sobre esa situación, y las que más contacto tienen con eso que hablábamos de ese sujeto que está atrás del diagnóstico, porque ellas están en contacto con el calor, con el fuego y son de alguna manera una fuente de primera mano para aportar datos, información, etc.(E3).

La responsabilidad del cuidado queda colocada en mujeres y al mismo tiempo y debido a la desvalorización de la tarea femenina, sus voces quedan silenciadas. ¿De dónde surge esa desvalorización? Esta problemática nos guía al momento de pensar sobre la concepción de género implícita en el cuidado que surge de la literatura recogida. La crítica feminista cuestionó desde sus inicios las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres. Esta división se hace visible en la división sexual del trabajo, desde una lógica de jerarquías (Martín, M.T., 2008, p.19). ¿Existencia de una distribución de los papeles que cuestiona la posibilidad de una intervención efectiva? Ellas son relegadas a una posición de subalternas por no pertenecer a las formas dominantes de vínculo que establecen jerarquías; un espacio de saber-poder que produce abismos entre profesionales y funcionarias menos calificadas.

Me parece que la persona que viene a contribuir a cuidar al paciente tiene que tener una orientación (E1-a).

Hay gente muy bien que se dedica mucho y hay gente que para mí no está capacitada. Hay excelentes cuidadoras y... ellas traen material, ellas hacen cursos de capacitación de veinte mil manualidades y les enseñan, está bueno eso, pero está la otra, las cosas que les damos a los niños tiene que salir de nuestro bolsillo (E5).

Hay de todo, en todas las áreas y en todos los lugares, no solamente acá, hay gente muy correcta y hay gente de la otra (E4).

En el hospital la distribución que se realiza a partir de las posiciones jerárquicas de saber-poder componen la figura de la cuidadora asociada al ser madre o mujer, que tan solo por el hecho de serlo porta un potencial de cuidado. Quedando al mismo tiempo en evidencia que no es lo maternal lo que provee de instrumentos válidos que posibiliten el cuidado de una población en extremo vulnerable, que se asiste actualmente en el hospital. Si bien pudimos encontrar que prevalece un modo de entender el cuidado desde el imaginario de género, también se vislumbró un cuestionamiento a esa identidad. En este ámbito se da un fenómeno particular de intervención sobre aspectos vitales de la existencia humana donde detectamos una contradicción. Una mirada macro se focaliza en la utilización de nuevas tecnologías que extienden la vida, evitando la muerte, atendiendo a los modos neoliberales de la biomedicina. Otra micro de cuidado, auto cuidado, centrada en una modalidad basada en la relación entre quien cuida y quien es cuidado logrando el establecimiento de un vínculo. Ni una ni otra debieran pensarse separadas sino que ambas serían constituyentes de una atención integral al niño. La contradicción aparece en términos de valoración de una en desmedro de la otra. Las voces audibles ocupan lugares jerárquicos y las voces silenciadas pertenecen en su mayoría al género femenino. Líneas de visibilidad y otras de invisibilidad se han interconectado a partir de las enunciaciones de los actores. Al explorar lo real se hicieron presentes figuras invisibles que en un laborioso ejercicio de proximidad y sensibilidad producen relaciones invisibles con niños que a veces están sin estar, por no ser mirados.

(in) conclusiones y líneas abiertas

7 – (in) conclusiones y líneas abiertas

... escribir es una tentativa de convertir la vida
en algo que no es sólo personal, de liberar
la vida de aquello que la aprisiona.
Gilles Deleuze. Conversaciones.

Se torna tal vez este momento uno de los más difíciles de toda la investigación, pues si bien la tarea que nos propusimos requería de su cierre, también se nos abre la interrogante de su efectividad. Son (in) conclusiones debido a que si bien finaliza esta tesis, el proceso de conocimiento es abierto, no concluye pues asume su carácter provisional al tiempo que abre líneas que generan inquietud. A su vez la pregunta por la verdad, por la esencia, por el fundamento de las cosas, se convierte en una falsa cuestión, pues el mundo sensible está repleto de variaciones y extrañeza. Desde una perspectiva problemática el propósito de este trabajo estaba muy alejado de la búsqueda de soluciones, lo importante estaba en el curso de las indagaciones para acceder a los efectos de sentido del cuidado. Entendimos necesario abordar el tema desde una perspectiva que situara el protagonismo en las percepciones de quienes día a día en el contexto del Hospital, están inmersos en los acontecimientos. Se trataba de convocar un decir, las palabras silenciadas, voces que en su silencio callaban “decires” que al ser expresados pusieron en juego distintas intensidades y pliegues de lo real. Apostamos a conocimientos locales descubriendo la posibilidad de crear visiones alternativas a lo ya establecido. ¿Qué modos del cuidado proponen los enunciados? ¿Qué valoraciones se encarnan en quienes cuidan? ¿Qué problemáticas conectan y cuáles son las reivindicaciones de los encargados del cuidar?

Lo advertido acerca del cuidado en el CHPR no se reduce a un solo fenómeno sino que tiene una gran complejidad en la que diversos planos confluyen en su problemática. Nos encontramos con la coexistencia de líneas duras y líneas flexibles en relación dinámica. Líneas duras pertenecientes al plano de organización y líneas flexibles que construyen en el plano de inmanencia ciertos actores, definiendo una tensión existente entre los componentes del hospital.

- actores

- Por un lado, encontramos las instituciones sanitarias con la estandarización actual en el cumplimiento de la reproducción de sujetos, funciones y posiciones. Siendo el hospital parte de ese ordenamiento, conviven en él formas homogéneas de atención sanitaria. Centrando su actividad en los mejores estándares de atención a los usuarios, en tanto equipamientos de última generación, técnicas altamente especializadas, mobiliario confortable etc. Los enunciados de los actores actualizan un estado de cosas colectivo donde las relaciones de poder generan injusticias que impiden una convivencia armoniosa con lo diferente. Al tiempo que la jerarquización promueve una valoración desigual de la palabra y las acciones de dichos actores.

- Otro aspecto resultante de los relatos refiere a las dificultades que atraviesan los funcionarios más cercanos al niño como son enfermería y las CH. Siendo estas últimas quienes padecen la invisibilización y falta de reconocimiento de su saber y experiencia, a pesar de su permanencia con el niño desde 6 a 12 horas. El estado de cercanía y afección de estos cuerpos les imprime un poder de evaluación sobre el estado de cosas que no es tomado en cuenta. Al hacerse cargo mayormente de los niños violentados, inventan una reorientación de sus prácticas acorde a las situaciones a abordar. Sin embargo cuidar, para quién no recibe cuidado, se transforma en un descuido que exige poner en práctica diferentes astucias para transitar el malestar.

- Por otra parte, asistimos a una subjetividad capitalística promotora de la fragmentación social actual, a través de la codificación y homogenización de los valores vigentes que impregnan las actividades humanas. Se produce una falsa oposición entre “ellos” y “nosotros” reforzando las situaciones de exclusión que no solamente se dan en las instituciones de encierro, sino que recorren el entramado social. Uno de sus efectos es la precarización de la existencia que potencia los peores aspectos del ser humano, generando una trama de situaciones de violencia extrema, en algunas familias. Esta violencia es ejercida sobre aquellos grupos minoritarios considerados como los más débiles en un universo de dominio, en este caso que nos ocupó, el niño.

- La atención prescripta por la organización parece no haber tomado en cuenta la irrupción de lo real. Se nos transmitió que un 70 % de las consultas son las esperables en el hospital. El 30 % restante corresponde a niños que son llamados “sociales” o “psicosociales” por todos los actores. Algunos tienen el efecto del maltrato en su cuerpo pero otros son problemas que podemos nominar como ajenos a la salud e igualmente permanecen en el hospital. Esta nominación incluye maltratos, abusos, intentos de autoeliminación,

drogadicción, permanencia en la calle, también diagnosticados como psiquiátricos. En su gran mayoría se encuentran en el hospital sin su familia por orden del juez y requieren de una cuidadora hospitalaria (CH) a su lado las 24 horas, pues no pueden permanecer solos. Su tiempo de permanencia depende de una resolución judicial y varía según el caso, extendiéndose su internación hasta por 5 meses.

- *composición del cuidado*

- La situación que irrumpe en el hospital en los últimos años modifica las prácticas establecidas por la organización. Los maltratos y abusos de los que son víctimas los niños, introdujeron en el hospital una práctica de amparo por orden judicial. Estos niños que no portan una dolencia que los haga permanecer en cama, son entretenidos con diversas actividades que realizan ciertos voluntarios que algunos días de la semana vienen al hospital. Dice Percia (2010) en relación a quien es entretenido: "El <entretenido> es tenido, capturado como público: amordazado en sus deseos" (p.14). Por varios motivos nos surge la interrogación de si estas prácticas resuelven las necesidades que tienen estos niños. Sería más beneficioso para el niño si esto se pudiera complementar con actividades socio-educativas que se encuentran suspendidas por motivo de su internación. Por otra parte la inconveniencia que presenta la práctica del voluntarismo se debe a lo incierto de su continuidad en el tiempo. Asimismo la situación de abandono que han sufrido algunos niños se vería reforzada ante el retiro de los voluntarios. Las prácticas de caridad y voluntarismo aparecen como cristalizadas en el hospital desde la época de su fundación, sosteniendo aspectos de piedad y abnegación que no tienen carácter resolutivo.

- Las CH y las enfermeras nos transmitieron diversas estrategias que realizan como prácticas de auto cuidado, algunas personales y otras colectivas. Ante la muerte del niño y el alto grado de afeción que les provoca, en el transcurso por un proceso que permita la elaboración de lo acontecido, realizan ciertos rituales relativos a un auto cuidado. Además existe una Unidad de Salud Ocupacional que colabora en este cuidado de los funcionarios.

- En cuanto a la especificidad de quienes realizan el cuidado, en los relatos se plantea mayoritariamente la posibilidad de que en la salud, ambos -mujer u hombre- pueden cuidar, detectándose también contradicciones. Con respecto a este tema se oyeron múltiples voces no habiendo ninguna referencia por fuera de este binomio, lo que hace a la ausencia en los relatos de identidades alternativas. Aparece el cuidado como un designio ligado a una categoría femenina, como algo instintivo. También relatos acerca de hombres cuidando tiernamente a un niño y reconociéndose quien lo relata, que como mujer, se siente incapaz de hacerlo de ese modo. A su vez se plantea la necesidad de la fuerza masculina y el

respeto que esto impone en situaciones de agresión. Asimismo se utilizaron justificaciones y argumentaciones a favor del cuidado femenino. Es de destacar un deseo que se enuncia acerca de que además de la estatua de madre que hay en el hospital, haya algún día la de “un padre dando un biberón y mirando con amor a su bebé”.

- *versiones del cuidado*

- La versión que hace al para qué de la existencia del hospital estaría en lo que se designa como “cure”, su función es curar, aunque es un proceso que no siempre se da. Esto se realiza a través de los procedimientos que llevan adelante una serie de profesionales que ponen en práctica sus saberes. El cuidado desde un planteo ético requiere -además de la utilización de procedimientos tecnológicos- de una sensibilidad y proximidad en un laborioso ejercicio de encuentro con el otro. En la construcción de las prácticas de cuidado por parte de enfermeros y CH se advirtió la utilización de un conjunto de relaciones afectivas, simbólicas y semánticas, que responden a otra versión del cuidado, el “care”. Detectamos que según las posiciones y las funciones ambas dimensiones del cuidar aparecen de forma fragmentada. Los médicos curan, los enfermeros utilizan técnicas que realizan con cuidado y las CH cuidan todo el tiempo. Esta lógica identitaria de términos binarios y jerárquicos produce una tensión cuestionadora de la efectividad de los modos del cuidado.

- A través de ciertas significaciones se definió el cuidado -por algunos actores- como genérico, aludiendo al cuidado de sí, del medio ambiente, incluyendo el ambiente social, el laboral, el hogar y reiterando el tema del diagnóstico como impedimento para llevar a cabo el cuidado en el hospital. Cabe agregar que algunos actores transmitieron el amor y la entrega de sí, sin esperar nada a cambio, como otro componente de su definición. En estas concepciones se asignaron al cuidado ciertas características que derivan de normas que deciden y justifican los proceder. A través de una matriz de discursos, hábitos y prácticas que guían las conductas se ubica una cadena de significados cristalizados derivados de una moral que indica lo que está bien y lo que está mal. De este modo se invisibilizan los sentimientos por demás desagradables que también componen el trabajo de cuidado, en la afirmación de aspectos que hacen a su idealización.

- Surge a través del relato de las cuidadoras el esfuerzo con el que día a día van construyendo sentidos emergentes que las habilita a establecer un vínculo con los niños a su cargo. Las CH despliegan modalidades de cuidado atendiendo a las singularidades y las aficciones de cada niño, favorecidas para esto por el tiempo de permanencia. Más allá de implementar las necesidades básicas del niño e inventar los medios oportunos, abarcan de modo integral al niño y su familia, tomando en consideración cada situación que es única e

irrepetible. El cuidado que realizan está asociado al bienestar emocional del niño lo que exige de ellas muchas veces quedar relegadas a un lugar de intermediarias entre el niño y la familia y otras veces entre el niño y los profesionales. Ellas lo consideran un trabajo y como todo trabajo tiene inconvenientes y genera malestares hasta el punto de sufrir agresiones. Al mismo tiempo surgen entre ellas fuerzas que hacen nacer sentidos provenientes de la experiencia, no se trata de ideas altruistas sino del pasaje de intensidades por el cuerpo, que rompen con el significado y brota el sentido que les permite continuar. Descubrimos que no se manejan con certezas y el cuidado que realizan tiene más que ver con un proceso de aprendizaje en un régimen de variación continua, emergente del vínculo que se establece y no tanto con un saber aprendido en la exigencia de su formación.

- Detectamos un amplio espectro con diversas versiones del cuidar donde los espacios y los tiempos que coexisten en el ámbito hospitalario, también colaboran en la definición de dónde y cómo realizarlo. Es el tiempo de permanencia del niño que al extenderse se puede transformar en “descuido”. Es el tiempo de curarlos que urge y presiona, porque así como rápidamente se da su mejoría, del mismo modo se da su empeoramiento hasta llegar a la muerte. Es el tiempo que pasa el cuidador en el hospital hasta llegar a un estado de agotamiento. Asimismo se afirma que el tiempo y el espacio en piso son favorecedores de un proceso, porque se dan las condiciones para que se pueda establecer un vínculo con los niños. Muy diferente es lo que sucede en emergencia donde no hay posibilidad de establecer un vínculo debido a la velocidad con que se debe resolver la situación, es una atención sanitaria que rápidamente debe definir qué hacer con el niño. La emergencia nos remite al cuestionamiento de una actividad donde la velocidad quizás imprime una tendencia despersonalizante para el niño y a su vez exige de enfermería una abnegación tal donde se llega a confundir la vida personal con la vida laboral. Por otra parte la separación de los espacios, sus usos, así como el valor que se atribuye a los mismos colaboran en la fragmentación de los actores hospitalarios.

- Otro aspecto a resaltar es lo relativo al espacio-tiempo de internación acorde a la situación por la que los niños permanecen internados. La preocupación mayor que detectamos en los relatos -al menos para quienes se encargan de su cuidado- es acerca de los niños (como ya explicitamos) nominados como “psicosociales o sociales”, que no portan una enfermedad orgánica. La organización sanitaria es deficitaria en cuanto a medios y recursos con los que cuenta para su cuidado. Asociamos a los sufrimientos padecidos por los niños con anterioridad, los que la situación de internación puede provocarles: el alejamiento de su núcleo familiar y de sus amigos; la ruptura de un estilo de vida; la adaptación a un espacio impuesto y desconocido; la incerteza en cuanto a las decisiones que se tomarán sobre su

destino más próximo; la pérdida de autonomía en cuanto a su libre circulación; el control ejercido sobre cada uno de sus actos. Al tomar en cuenta todos estos elementos transmitidos por las cuidadoras, podemos considerar que la extensión en el tiempo de su hospitalización junto a un espacio que carece de una adecuación a sus necesidades, se convierte en una situación de sufrimiento emocional para el niño. Si bien pensamos que no es un tema de fácil resolución, su abordaje requiere de desnaturalizarlo para hacerlo visible. Por otra parte, la ciencia interviene con sus modalidades instituidas aplacando la reacción agresiva de los niños y de este modo colabora en su invisibilidad.

- reconocimiento e invisibilidad

Las condiciones de trabajo impropias que enumeramos son algunos de los inconvenientes que impiden los buenos encuentros entre cuerpos, favorecedores de la calidad de los cuidados en el hospital. Estar colocado en un lugar de mediación; las dificultades relacionales con otros funcionarios; las situaciones de agresión por parte de algunos niños; el miedo ante posibles culpabilizaciones; la no consideración por parte de la organización de su posición, colaboran en la invisibilidad y falta de reconocimiento de quienes están a cargo de la difícil tarea de cuidado de los niños. Podríamos pensar que no dar voz a los que la tienen, es un modo de acallar el cuestionamiento de las hegemonías y los dominios. Al igual que siempre se ha acallado la voz de las mujeres, de los niños, de los locos, de los indigentes, de la diversidad en todas sus manifestaciones. Hacer énfasis en una tarea naturalizada y carente de valor nos permitió abordar el modo en que circula y se percibe el reconocimiento y la visibilidad del cuidado y los cuidadores. Esto insiste en todas las conversaciones mantenidas y pensamos que lo que insiste, persiste.

- encrucijada

En nuestros comienzos del tránsito por la Psicología Social Rioplatense nos quedó grabada en la memoria una cita que De Brasi (1988) hace en uno de sus artículos donde trabaja acerca del pensamiento crítico y hoy se renueva el sentido que le damos.

Como por todos lados ve caminos, está siempre en la encrucijada. En ningún momento es capaz de vislumbrar lo que se avecina. Hace ruinas lo existente, y no por las ruinas mismas, sino por el camino que pasará en medio de ellas (Walter Benjamín, citado por De Brasi, 1988,p.99).

La encrucijada en el Diccionario de la RAE se define como:

1. f. Lugar en donde se cruzan dos o más calles o caminos.

2. f. Ocasión que se aprovecha para hacer daño a alguien, emboscada, asechanza.

3. f. Situación difícil en que no se sabe qué conducta seguir.

Estos significados colaboran en la comprensión de lo que acontece con los sentidos del cuidado en el CHPR. Hemos experimentado estar ante una encrucijada debido a los trazos insistentes de los relatos recogidos. Intensificando la lectura que de ellos hemos realizado queda la sensación de haber convertido en ruinas la actividad de cuidado que allí se realiza.

El cuidado de niños cuya problemática proviene de la violencia generada hacia ellos requiere de la creación de vínculos que sostengan su dolor, su desamparo. A través de la transmisión de los relatos se hace posible interrogar acerca del hospital y su utilidad ante la situación de los niños que esperan la resolución judicial. ¿Cómo se piensa al niño? Su inquietud vital aumentada debido a sus terribles experiencias es medicada desde temprana edad. Nos interrogamos acerca de qué cuidado es este que expone al niño a la inmovilidad. ¿Qué hay que domesticar? ¿Qué hay que acallar? ¿Qué hay que tranquilizar? ¿Cómo hacer lugar al dolor? ¿Hay que controlar sus cuerpos para que no desordenen, qué? ¿Y la protección de sus cuerpos? Si están en estado de amenaza es necesario que alguien los proteja. ¿Es este el modo de hacerlo? ¿Hospitalización inconveniente para estos niños? ¿No debiera ser el hospital un lugar de mínima estancia para el niño? ¿Con la intención de albergarlo se reproducen las condiciones de sometimiento de las que ha sido objeto? ¿Quedan a la deriva de los discursos sobre el cuidado infantil médico, psicológico, educativo, político, jurídico? Discursos que expresan una disidencia que resulta en un impedimento para crear una política colectiva donde el centro sea el niño y los cuidados que requiere. Por otra parte se vislumbra un reconocimiento de la vida del otro con una especie de acogimiento de parte de las CH.

Escuchamos la presencia permanente de una asimetría entre profesionales y los que no lo son. ¿Existe la posibilidad de relaciones de poder que permitan crear diferencias no jerárquicas? Las relaciones de poder no solo son de dominación, sino que también lo son, de creación e invención. ¿Cómo hacer posible esta relación? ¿Cómo hacer que la diferencia sea tan solo diferencia evitando la jerarquización? ¿Es posible revertir una situación de desigualdad entre los que supuestamente ignoran y los que saben? ¿Cómo habilitar un proceso de creación y diferenciación que permita la germinación de otros modos de cuidado acordes a la situación? ¿Basta con proponer un cuidado de calidad cuando no existe un empleo de calidad? Esta forma de organización del trabajo que no cuida a quien está para cuidar, ¿qué fines persigue? ¿Produce una especie de sumisión que paraliza? ¿Hay lugar para que se produzca algún modo de resistencia? Las cuidadoras están silenciadas, ignoradas, marginadas al igual que ciertos niños. En la sociedad en que vivimos el

dispositivo de dominio se ejerce a través del consumo de múltiples mercancías -no solo materiales- se consumen también visiones del mundo, de la vida, de los otros.

Hay un malestar que se padece siendo al mismo tiempo la oportunidad de un desvío, desvío como salida de lo que insiste. Hemos asistido a discursos que aportan argumentos útiles de cómo se producen líneas de fugas que habilitan el cuidar. A partir de estas líneas es posible construir territorios existenciales que traspasen los límites formalmente construidos. Con ellos se desintegran ciertas modalidades que pierden su sentido, al introducirse en la aceptación de lo ajeno aunque resulte en una incomodidad. Retomamos un relato ya escrito en esta tesis, porque ejemplifica que es posible despertar la sensibilidad con determinada acción. Una actividad que organizan las cuidadoras al irrumpir en un espacio con un orden normalizado, produce una ruptura que se transforma en acontecimiento y allí está el sentido del cuidado, en lo que sucede.

Me piden disculpas por un interrupción en la entrevista... una dice que va a comprar una bebida y trae la torta y las velitas y se va. La otra dice que trajo su parlante y va a buscar unos vasos. La tercera continúa la entrevista (nota de campo, nov., 2017).

(Se dirige a mí dándome una explicación) Porque mañana cumple una de las nenas y le vamos a hacer un picnic hoy afuera ya que está lindo afuera. Tenemos 3 y las 3 son adolescentes y comparten y se ven, una hace un mes la otra hace un mes y medio y la otra hace 3 que están y se juntan. Y vamos con las 3 a la plaza y escuchan música y hoy le vamos a hacer una tortita y una bebida... Un rato ahí, no es mucho pero por lo menos para que sienta que nos acordamos y está presente... no le podemos solucionar más que eso (E6-b).

Este acontecimiento escapa del control generando un uso diverso del espacio hospitalario. Ahí se produce una transformación y seguramente una vivencia que se fuga de lo esperado. Esta acción en su irrupción disloca la experiencia vivida ordinariamente, acontece.

- cierre

Partiendo de las propias expresiones de los entrevistados hemos recogido concepciones, sentidos y modalidades que transmiten las producciones subjetivas que se ponen en juego al momento de pensar el cuidado del niño. Encontramos diversas versiones, entre ellas, la consideración del cuidado como un laborioso ejercicio de encuentro con el niño y su familia. Además de la existencia de una especial sensibilidad que permite por medio del establecimiento de un vínculo entender e intentar cubrir las necesidades expresadas por el niño. Se plantean como aspectos del cuidado lo físico, lo emocional, lo educativo y darle herramientas para que pueda manejarse. Todo esto considerando la situación específica de cada niño. También alguna expresión relativa a la inclusión del amor, la compasión y el servicio al otro, sin esperar un retorno. Asimismo se lo pensó como un compromiso que abarca la vida misma del trabajador/a.

En cuanto a los cuidados intrahospitalarios se planteó la inconveniencia del espacio, por ser inadecuado para la permanencia de los niños. Sumado a esto, el tiempo de su internación, como perjudicial para quienes están en pleno crecimiento. Haciendo hincapié en la necesidad de los niños de continuar sus estudios y no alejarse de su entorno. Se transmitió la inconveniencia de la primacía del diagnóstico en cuanto a producir una clasificación de lo normal y lo patológico. Además se planteó lo inadecuado de la utilización de medicamentos psiquiátricos en un “niño sano que tiene el alma lastimada”. Estas versiones mayoritariamente se centraron en la existencia de niños nominados como “psicosociales” o “psiquiátricos”.

Otro aspecto resaltado se refirió a la insuficiencia de los recursos destinados al cuidado de los niños, generando esto una sobrecarga en las cuidadoras. En el contexto de los relacionamientos de los funcionarios se plantearon las fragmentaciones existentes que dificultan el reconocimiento de los cuidados, debido a la jerarquización de unos y la invisibilización de los otros. Por otra parte se manifestó la no adecuación entre el cargo ocupado y la tarea realizada colaborando en la desvalorización de las cuidadoras por parte de la organización. En cuanto a la consideración de quiénes son aptos para ejercer los cuidados, hubo una cierta mayoría concluyente en que no hay distinción de género en su práctica en el ámbito de la salud. Sin embargo otros plantearon el cuidado como una condición femenina e innata.

Finalizando esta tesis quisiéramos plantear que fue imposible no tomar posición ante los encuentros y sus relatos, nos produjeron en ciertos momentos una especie de extravío y un estado de extrañeza que nos interrogó. Por un lado nos afectaron los encuentros y al mismo tiempo debimos desafectarnos para permitir que emergiera la expresión de una realidad y no redoblar un orden que imprimiera normalidad. En el “estar ahí” aprendimos el dar y darse tiempo para que un sentido se comenzara a crear pues el sentido resulta de la acción. Así también esta tesis se convierte en un acontecimiento. Ella ha mirado a través de la mirada de los otros, haciendo audible las voces de esos otros, convocando la palabra de infinidad de autores y la de tantos y tantos que han estado presentes por los caminos recorridos y ojalá sigan estando para seguir escuchando sus palabras.

Y por último, decir que ya no somos los mismos y reafirmamos junto a los entrevistados que el sentido de la vida no puede ser solo el beneficio personal y el sentido del cuidado está íntimamente ligado a lo social.

referencias

8 – referencias

- Aguirre, R. (2011). *El trabajo remunerado de cuidados a personas dependientes*. Avance para ser presentado al Grupo de Trabajo Adultos Mayores. Recuperado de http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13521/1/rosario_aguirre.pdf
- Aguirre, R. (5 de setiembre, 2012). *Reflexiones sobre el proceso de construcción de la política de cuidado en Uruguay*. Presentación en el Seminario Internacional “Hacia un Sistema Nacional de Cuidados con perspectiva de género”, Montevideo. Uruguay. Recuperado de: http://ciedur.org.uy/adm/archivos/archivo_seminario_72d_FacultadCCSS.pdf
- Aguirre, R. (2013). *Sistema Nacional de Cuidados: personas ocupadas en el sector de cuidados*. Montevideo: UR, Mides, OIT. Recuperado de: www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23313/1/libro_snc02_v05_distribucdigita.pdf
- Aguirre, R., Batthyány, K., Genta, N. y Perrota, V. (2014). Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (50), 43-60. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4823317.pdf>
- Álvarez Pedrosian, E. (2011). *Espacialidades: antropología, arquitectura y comunicación*. IX Reunión de Antropología del Mercosur 10 a 13 de julio de 2011 – Curitiba. [//es.scribd.com/document/317455001/Espacialidades-Antropologia-Arquitectura-y-Comunicacion-Ponencia-IX-RAM](http://es.scribd.com/document/317455001/Espacialidades-Antropologia-Arquitectura-y-Comunicacion-Ponencia-IX-RAM)
- Ameigeiras, A. R. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En: Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Apud, I. (2013). Repensar el método etnográfico. Hacia una etnografía multitécnica, reflexiva y abierta al diálogo interdisciplinario. *Antípodas. Revista de Antropología y Arqueología*, (16), 213-235. Recuperado de:

<http://dx.doi.org/10.7440/antipoda16.2013.10>

Badinter, E. (1984). *¿Existe el instinto maternal?: historia del amor maternal, siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós / Pomaire.

Banchero, S. y Mihoff, M. (2013). *Prevalencia de personas adultas mayores cuidadoras y Síndrome de sobrecarga del cuidador. Caracterización de los cuidadores y de la población a la que cuidan*. Recuperado de:

<http://www.apex.edu.uy/apexnuevo/images/pdf/articuloadultosmayores.pdf>

Barrán; J. P. (1994). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo I. La cultura bárbara*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Batthyány, K. (2010). El cuidado infantil en Uruguay y sus implicancias de género. *Revista de Ciencias Sociales*, 23(27), 20-32. Recuperado de:

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/6886/1/RCS_Batthyány_2010n27.pdf

Batthyány, K. (Coord.), Genta, N. y Perrotta, V. (2013). *La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un sistema de cuidados en Uruguay*. Montevideo: UR, Mides, OIT. Recuperado de:

inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/25619/1/libro_snc01_v07_distribuc_digital.pdf

Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta V. (2014). *Los cuidados no remunerados en salud: el rol de las familias y las mujeres. Primeros resultados de la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud*. Recuperado de:

http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/27200/1/articulo_sociologia_2014.pdf

Batthyány, K. Genta, N. y Perrotta, V. (2014). La dimensión de género en el saber experto en cuidado infantil. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4(1), 33-58. Recuperado de: <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/197/171>

Blanchot, M. (1981). La literatura y el derecho a la muerte. Recuperado de:

[https://es.scribd.com/document/349249554/Blanchot-La-literatura-y-el-derecho-a-la- muerte-pdf](https://es.scribd.com/document/349249554/Blanchot-La-literatura-y-el-derecho-a-la-muerte-pdf)

Blanchot, M. (1984). *El libro que vendrá*. (Trad. Pierre De Place). Caracas: Monte Ávila editores.

Blanchot, M. (1994). *El paso (no) más allá*. (Trad. Cristina de Peretti). Barcelona: Paidós.

Recuperado de: <http://www.jacquesderrida.com.ar>

Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. (Trad. Patricia Soley-Beltrán). Barcelona: Paidós.

Calquín, C. (2013). De madres y de expertos: la psicología de posguerra y el

disciplinamiento de los cuidados maternos. *Summa Psicológica UST* 10, (1), 119-

129. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v10n1/a11.pdf>

Campillo, A. (1991). *Aión, Chronós y Kairós: La concepción del tiempo en la Grecia Clásica*.

En *La(s) otra(s) historia(s): (una reflexión sobre los métodos y los temas de la investigación histórica)*. (UNED de Bergara; 4, pp. 33-40). Madrid: UNED de Bergara.

Recuperado de:

http://www.academia.edu/3843444/Ai%C3%B3n_chr%C3%B3nos_y_kair%C3%B3s.La_concepci%C3%B3n_del_tiempo_en_la_Grecia_Cl%C3%A1sica

Carrasco, A. Delfino, M. Gonzalez, P. Margel, M. Pi, M.V. (Coord.). (2011). *El cuidado humano. Reflexiones (inter)disciplinarias*. Montevideo: UR.FCS-DS: CSE: MSP.

Clifford, J. (2001). *Dilemas de la cultura. Antropología, literatura y arte en la perspectiva*

posmoderna. Barcelona: Gedisa. Recuperado de:

<https://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/03/clifford-j-1988-dilemas-de-la-cultura.pdf>

Collazo, I., Palumbo, L. y Sosa, A.M. (2012). *Hospital Pereira Rossell. Gestación de un hospital para niños y mujeres (1900-1930)*. Montevideo: Zona Editorial.

Comins, I. (2003). Del miedo a la diversidad a la ética del cuidado: Una perspectiva de género. *Convergencia*. (33), 97-192. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/105/10503305.pdf>

De Brasi, J. C. (1988). Crítica y transformación de los fetiches. En: E. Pavlovsky (Coord.) *Lo Grupal 6*. Buenos Aires: Búsqueda.

De Brasi, J.C. (2003). El mapa del viajero. En defensa de lo nuevo. *Campo Grupal*. 6, -(51),

7. Recuperado de <https://es.calameo.com/read/000049129e2a72a452c30>

De Brasi, J. C. (1990). *Subjetividad, Grupalidad, Identificaciones. Apuntes Metagrupales*. Buenos Aires: Búsqueda.

Dejours, C. (2013). La banalización de la injusticia social -*Topía*, (67). Recuperado de:

<https://www.topia.com.ar/articulos/banalizaci%C3%B3n-injusticia-social>

Deleuze, G. (1980). *Lógica del sentido*. (Trad. M. Morey). Barcelona: Paidós.

Deleuze, G. (1986). *Foucault*. (Trad. J. Vázquez Pérez). Buenos Aires: Paidós.

Deleuze, G. (1990). *Conversaciones*. (Trad. J.L.Pardo). Santiago de Chile: Universidad ARCIS, Escuela de Filosofía. Edición electrónica. Recuperado de:

www.philosophia.cl

Deleuze, G. (1996). *Crítica y Clínica*. (Trad. Thomas Kauf). Barcelona: Anagrama.

Deleuze, G. y Guattari, F. (2002). *Mil mesetas. Capitalismo y Esquizofrenia*. Valencia: Pre-Textos.

Deleuze, G. (2008). *En medio de Spinoza*. (Trad. Equipo Editorial Cactus). Buenos Aires: Cactus.

Real Academia Española (2001). Diccionario de la lengua española (22º ed.). Madrid, España: Espasa. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>

Diccionario etimológico. (s.f.). Recuperado de:

<http://etimologias.dechile.net/?me.todo>

Etchebere, G. (2011). *Sistema de Cuidados 2011: Documentos Base/esquema de*

Documentos base por población/infancia, Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado

de:

http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13381/1/documento_de_infancia_-_sistema_de_cuidados.pdf

Fernández, A.M. (Comp). (1999). *Instituciones estalladas*. Buenos Aires: Eudeba.

Uruguay. Poder Legislativo (2007). *Ley 18.131. Creación del Fondo de Salud Nacional*.

Recuperado de:

<http://www.msp.gub.uy/marco-normativo/ley-de-creaci%C3%B3n-del-fonasa-18131>

Foucault, M. (1966). *El pensamiento del afuera*. (Trad. Manuel Arranz Lázaro).

Recuperado de: www.philosophia.cl/EscueladeFilosofiauniversidad ARCIS.

Foucault, M. (1978). Incorporación del hospital en la tecnología moderna. En: *Educación médica y salud*, Vol. 12, No. 1. Recuperado de:

<https://es.scribd.com/document/204664056/Foucault-Incorporacion-del-hospital-en-la-tecnologia-moderna>

Foucault, M. (1983). *El sujeto y el poder*. *Revista mexicana de sociología*, 3-20 (3-20)

Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/3540551>

Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de La Piqueta.

Foucault, M. (1994). *Hermenéutica del sujeto*. (Trad. Fernando Álvarez-Uría) Madrid: Ediciones de La Piqueta.

Foucault, M. (1996). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. (24^o ed.). México: Siglo XXI

Fundación Canguro (2017) [Sitio web]. Recuperado de: <http://www.fundacioncanguro.org/>

Galeano, E. (2004). *Bocas del tiempo*. Montevideo: Ediciones del Chanchito.

Giddens, A. (1995). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman, E. (1984) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Guattari, F. (1996). *Las tres ecologías*. (Trad. José Pérez y Umbelina Larraceleta). Valencia: Pre-textos.

- Guattari, G. (1996). *Caosmosis*. (Trad. Irene Agoff). Buenos Aires: Manantial.
- Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial, Norma. Recuperado de:
<https://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/03/guber-r-2001-la-etnografia.pdf>
- Guber, R. (2005). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Recuperado de:
<http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/32%20-%20Guber%20-%20El%20salvaje%20metropolitano%20COMPLETO.pdf>
- Hammersley, M. y Atkinson P. (1994). Registrar y organizar la información. En: *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6280185.pdf>
- Haraway, D. (1995) *Ciencia, Ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra. Recuperado de:
<http://kolektivoporoto.cl/wp-content/uploads/2015/11/Haraway-Donna-ciencia-cyborgs-y-mujeres.pdf>
- Iniciativa derechos de infancia y adolescencia en el Uruguay (2012). *Guía: Los Derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud*. Recuperado de:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Gu%C3%ADa%20Los%20Derechos%20ni%C3%B1os%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20en%20el%20%C3%A1rea%20salud.pdf
- Kastrup, V. & Passos, E. (2013). Cartografiar é traçar um plano comum. *Fractal: Revista de Psicología*, 25 (2), 263-280. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198402922013000200004&script=sci_abstract&tlng=pt
- Lazaratto, M. (2006). *Políticas del Acontecimiento*. Buenos Aires: Tinta Limón.
<http://tintalimon.com.ar/libro/POLITICAS-DEL-ACONTECIMIENTO>
- Lazaratto, M.y Negri, A. (2001). *Trabajo inmaterial. Formas de vida y producción de subjetividad*. (Trad. Juan González). Río de Janeiro: DP&A Editora. Recuperado de <http://www.rebellion.org/docs/121986.pdf>

Uruguay. Poder Legislativo (2007). *Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud.*

Recuperado de:
<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/86022/96727/F565346650/URY86022.pdf>

Leopold Costábile, S. (2002). *Tratos y destratos: Políticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934-1973)*. Recuperado de:

<http://www2.convivencia.edu.uy/web/wp-content/uploads/2013/12/Tratados-y-Destratados.pdf>

Leopold Costábile, S. (2014). *Los laberintos de la infancia. Discursos, representaciones y crítica*. Recuperado de:

<http://www.rediberoamericanadetrabajoconfamilias.org/cancilleria04.pdf>

Martín Palomo, M.T. (2008). "Domesticar" el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de relaciones laborales*, 26, 2, 2008, 13-44. Recuperado de:

<http://hdl.handle.net/10016/14613>

Massey, D. (2003). *Lugar, identidad y geografías de la responsabilidad en un mundo en proceso de globalización*. Recuperado de:

<https://publicacions.iec.cat/Front/repository/pdf/00000019/00000025.pdf>

Massey, D. (2012). *Espacio, lugar y política en la coyuntura actual*. Recuperado de:

<http://polired.upm.es/index.php/urban/article/view/1864/2117>

Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social (2012). *Hacia un modelo solidario de cuidados*.

Propuestas para la Construcción del Sistema Nacional de Cuidados. Recuperado de:

http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23302/1/12.11_-_snc_hacia_un_modelo_solidario_de_cuidados.pdf

Mides (2014). *Cuidados como Sistema: Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay*. Recuperado de:

www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23302/1/1211/

- Molinier., P. (2012). *El Trabajo de Cuidado y la Subalternidad*. Recuperado de:
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01075702>
- Molinier, P. (2015). Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado ¿una conciliación imposible?-*Rev. Hosp. Niños*—57(257):132-140
Recuperado de: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2015/07/Revista-Ni%C3%B1os-257-53-61.pdf>
- Molinier, P. Legarreta, M. (2016). Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político". *Papeles del CEIC*, 2016 (1), 1-14. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.1387/pceic.16084>
- Nancy, J.L. (2007). *A la escucha*. (Trad. de Cristóbal Durán R.). Recuperado de:
<https://imprografika.files.wordpress.com/2016/11/nancy-jean-luc-a-la-escucha-amorrrortu-2007.pdf>
- Nietzsche, F. (1990). *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*. Madrid: Tecnos.
- Passos, E., Kastrup, V. & da Escóssia, L. (2012). *Pistas do método da cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Percia, M. (1997). *Notas para pensar lo grupal*. Buenos Aires: Lugar.
- Percia, M. (2010). *Lo grupal, la cuestión de lo neutro*. Biblioteca Teoría y Técnica de Grupos II. Recuperado de <http://ubagrupos.dos.blogspot.com/>
- Percia, M. (2012). La figura de la Ausencia en *Thomas el oscuro*, de Maurice Blanchot. En: *instantes y azares escrituras nietzscheanas*. Buenos Aires: Editorial La Cebra.
Recuperado de www.instantesyazares.com.ar
- Pichon Rivière, E. (1982). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Preciado, P.B. (2011). *Manifiesto contrasexual*. (Trad. Julio Díaz y Carolina Meloni). Barcelona: Anagrama. Recuperado de:
[https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/Beatriz_Preciado_-_Manifiesto_contra-sexual_\(2002\).pdf?1373809656](https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/Beatriz_Preciado_-_Manifiesto_contra-sexual_(2002).pdf?1373809656)
- Preciado, B (2013). Prólogo. En: *Transfeminismos. Epistemes, fricciones y flujos*. Tafalla: Txalaparta. Recuperado de:
<http://www.bibliotecafragmentada.org/wpcontent/uploads/2015/03/Transfeminismos-Epistemes-fricciones-y-flujos.pdf>

- Rancière, J. (1996). *El desacuerdo. Política y Filosofía*. (Trad. Horacio Pons). Buenos Aires: Nueva Visión. Recuperado de:
https://arditiesp.files.wordpress.com/2012/10/ranciere_desacuerdo_completo.pdf
- Rancière, J. (2009). *La división de lo sensible. Estética y política*. (Trad. Antonio Fernández Lera) Copia del texto de Jacques Rancière. Recuperado de:
<https://poderesunidosstudio.files.wordpress.com/2009/12/jacques-ranciere-la-division-de-lo-sensible1.pdf>
- Rancière, J. (2010). *El espectador emancipado*. Buenos Aires: Manantial. Recuperado de:
<http://www.emanantial.com.ar/archivos/fragmentos/RanciereEEfragmento.pdf>
- Renault de Barros, L. & Barros de Barros, M. (2013). O problema da análise em pesquisa cartográfica. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(2), 373-390. Recuperado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922013000200010&script=sci_abstract&tlng=pt
- Rolnik, S. & Guattari, F. (2006). *Micropolítica: Cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de sueño.
- Sánchez-Criado, T. (2005). Reseña de "Our Emotional Makeup: Ethnopsychology and Selfhood" de Vinciane Despret. AIBR. *Revista de Antropología Iberoamericana*, (42), 0. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62304211>
- Santos, M. (1990). *Por una geografía nueva*. (Trad. Pilar Bosque Sendra). Madrid: Espasa Calpe. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5696172>
- Santos, M. (1996). *Metamorfosis del espacio habitado*. (Trad. Gloria M. Vargas López de Mesa). Barcelona: Oikos-Tau. Recuperado de:
http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/mcheca/teoria_geografica/LECTURA_34.pdf
- Serrés, M. (1995). *Atlas*. Madrid: Cátedra.
- Sibilia, P. (2005). *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Recuperado de: <https://comunicacionunal.files.wordpress.com/2010/09/sibilia-paula-el-hombre-postorganico.pdf>
- Spink, P. (2003). *Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva*

pósconstruccionista. En: *Psicologia & Sociedade*. 15 (2), 18-42, jul./dez.2003.
Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v15n2/a03v15n2.pdf>

Spink, P. (2005). Replanteando la investigación de campo: relatos y lugares. *Athenea Digital*,

8. Recuperado de: http://antalya.uab.es/athenea/num8/sspink_es.pdf

Spink, M. J. Y Medrado, B. (2013). Produção de Sentido no Cotidiano. En: *Práticas*

Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas. Recuperado de: <https://static.scielo.org/scielobooks/w9g43/pdf/spink-9788579820465.pdf>

Tamayo, S. (2006). *Espacios de ciudadanía, espacios de conflicto*. Recuperado de:

<http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/viewFile/256/234>

Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*.

(Trad. J. Piatigorsky). Buenos Aires: Paidós. Recuperado de:

<https://asodea.files.wordpress.com/2009/09/taylor-s-j-bogdan-r-metodologia-cualitativa.pdf>

Teles, A. (2006). *Acontecimiento y subjetividad*. Recuperado de:

<https://agrippi.wordpress.com/2014/03/05/acontecimiento-y-subjetividad/>

Teles, A. (2008). *Pensar el espacio, el tiempo: la clínica como lugar, una clínica en situación*.

Recuperado de: <https://sites.google.com/site/annabelleeteles/articulos>

Teles, A. (2010). *Política afectiva. Apuntes para pensar la vida comunitaria*. Paraná.

Provincia de Entre Ríos. República Argentina: Editorial Fundación La Hendija.

Turnes, A. (2008). *100 años del Hospital Pereira Rossell*. Recuperado de:

https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/100_pereira.pdf

Ulloa, F. (1994). Del tiempo, sus contratiempos teóricos y sus saltos conjeturales. En: S.

Bleichmar. (Comp.) *Temporalidad, Determinación, Azar. Lo reversible y lo irreversible*. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.

Ulloa, F. (1995). *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires:

Paidós SAICF.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En: Vasilachis de Gialdino, I.

(Coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Valles, M. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis.

Vázquez Sixto, F. (1996). *El análisis de contenido temático. Objetivos y medios en la investigación psicosocial*. (Documento de trabajo). (pp. 47-70). Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de:

https://eva.psico.edu.uy/course/view.php?id=1399&lang=en_us

Virno, P. (2003). *Gramática de la multitud*. Recuperado de:

<https://www.nodo50.org/ts/editorial/gramatica%20de%20la%20multitud.pdf>

Wlosko, M. (2010). *Las cosas del cuidar: relaciones de género, trabajo y enfermería*.

Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex124.pdf>

Wlosko, M. (2013). *Subjetividad y trabajo. Transformaciones en el mundo del trabajo*.

Consecuencias para la salud mental. Recuperado de:

<http://www.coldepsicoanalistas.com.ar/biblioteca-virtual/leer/?id=73>