



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Monografía Licenciatura en Trabajo Social

¿Qué esperan de nos(otros)?

Las representaciones sociales del cuidado parental de la salud infantil
desde la perspectiva de los técnicos de la policlínica Barrio Sur

Carolina Maceira Tellagorry

Tutora: María Cecilia Espasandín Cárdenas

Montevideo, Uruguay

2023

Agradecimientos

A mamá por ser apoyo, abrigo y cuidado para mí

A la tía Mary por estar presente en mi día a día

A Sofi por acompañar mis procesos desde el liceo y por ser mi correctora de estilo

A Agus y Fulbio por ser mis apoyos en lo académico y en lo personal

A Cami por escucharme desde la comprensión y la paciencia

A mis amistades y familiares que me han acompañado en el transcurso de mi vida

A Cecilia, mi tutora, por el tiempo, la dedicación y el gran apoyo que ha sido en este proceso

Y a la policlínica Barrio Sur por abrirme las puertas para poder realizar este estudio

¡Muchísimas gracias a todos!

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Fundamentación	5
Presentación del objeto de estudio	6
Antecedentes	10
Metodología	13
Pregunta y objetivos de investigación	14
Marco teórico	15
Representaciones sociales	15
Maternidades y cuidados	16
Paternidades y cuidados	19
Campo de la salud	22
Aproximación a los discursos de los técnicos de la policlínica Barrio Sur en torno a las maternidades, paternidades y los cuidados parentales de la salud infantil	26
Un acercamiento al primer nivel de atención	26
La policlínica Barrio Sur	27
Feminización del cuidado	28
Deber ser de las maternidades y las paternidades	32
Prescripción médica del deber ser	35
Conclusiones	39
Bibliografía	42
Anexos	49

Resumen

La presente investigación se encuentra enmarcada en la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

Este trabajo tuvo como objetivo analizar las representaciones sociales del cuidado parental de la salud infantil desde la perspectiva de los técnicos de salud de la policlínica Barrio Sur. Para ello se realizó un estudio descriptivo desde un enfoque cualitativo para conocer el imaginario de las maternidades, paternidades y cuidados de la muestra de análisis seleccionada.

Palabras claves: Representaciones sociales - cuidado parental - salud infantil – maternidades – paternidades

Introducción

La presente investigación corresponde a la Monografía Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, Montevideo.

En dicha investigación se tuvo como objetivo general analizar las representaciones sociales del cuidado parental de la salud infantil desde la perspectiva de los técnicos de la salud de la policlínica Barrio Sur, por lo que se realizó un estudio descriptivo desde un enfoque cualitativo con el fin de analizar las subjetividades e intersubjetividades de la muestra de análisis seleccionada y vislumbrar las tensiones que se generan entre las representaciones sociales de las maternidades, paternidades y cuidados parentales de la salud infantil y las realidades que atienden en los consultorios.

Para dar respuesta a la pregunta de investigación —¿cuáles son las representaciones sociales del cuidado parental de la salud infantil desde la perspectiva de los técnicos de salud en la policlínica Barrio Sur?— se realizaron entrevistas semi-estructuras y, a su vez se llevó a cabo la observación participante como técnicas de producción de datos, además de que se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva para construir el estado del arte de la temática.

El interés por esta temática surgió en la práctica pre-profesional de la licenciatura en Trabajo Social “Proyecto Integral: Protección Social, Instituciones y práctica profesional”¹, en donde se percibió que el campo de la salud intervenía en la vida cotidiana de las familias. Por lo tanto, ahondar en las representaciones del cuidado parental de los funcionarios de dicho centro aporta al corpus teórico del trabajo social, debido a que se podrá seguir conociendo sobre la influencia que tiene el saber experto de la medicina en las prácticas familiares (Jelin, 2000) y las tensiones que generan en el ámbito doméstico. En este sentido, analizar los discursos de las distintas disciplinas que trabajan directamente con las madres y los padres sobre el cuidado de la salud infantil —pediatría, enfermería, medicina familiar, odontología y nutrición— genera insumos para la generación de nuevos conocimientos que permitan conocer la realidad social.

Oberti (2015) establece la premisa de que las representaciones sociales atraviesan las prácticas profesionales en todos sus niveles, por lo tanto, las representaciones sociales que tengan los técnicos de la salud en la policlínica Barrio Sur acerca de la familia y los cuidados de la salud determinarán su accionar en relación a las intervenciones.

¹ Cabe señalar que la estudiante realizó su práctica pre-profesional en la policlínica Barrio Sur en el año 2019, y en la policlínica Punta de Rieles en 2021

En relación con la estructura del presente trabajo, luego de desarrollar la fundamentación, la presentación del objeto de estudio y los aspectos metodológicos —antecedentes, metodología, pregunta y objetivos de investigación—, se encuentra el marco teórico en donde se desarrollan las siguientes categorías: representaciones sociales, maternidades y cuidados, paternidades y cuidados, y campo de la salud.

A continuación, se realiza un acercamiento descriptivo de la policlínica Barrio Sur, su marco institucional y el barrio en que se encuentra, para luego analizar las entrevistas y los datos hallados, y el trabajo finaliza con las conclusiones.

Fundamentación

El interés por estudiar el cuidado parental de la salud infantil desde la perspectiva de los técnicos de salud surge en la práctica pre-profesional, debido a ciertos discursos recurrentes en torno al cuidado. La que suscribe percibió que a las madres que asistían a la policlínica se les dificultaba delegar las tareas de cuidados a los padres de sus hijos/as o a sus parejas, porque, por ejemplo, «es muy chico de mente» o «no saben» cuidar a sus hijos/as (Anexo 9).

En el proceso de construcción de la monografía se comenzó con la idea de indagar sobre las significaciones que le otorgan las madres y los padres a sus roles parentales en barrios de contexto socioeconómico bajo. Finalmente se decidió enfocar el estudio en los técnicos de la salud, ya que surgieron inquietudes por observaciones que se hicieron en el marco de la práctica pre-profesional en las policlínicas Barrio Sur y Punta de Rieles.

Entre esas observaciones, se pudo destacar que el personal de salud tiene un discurso dirigido a las referentes femeninas para que lleven a sus hijos a los controles o a vacunar.

Reconocer las distintas maneras en las que intervienen los técnicos de la salud en la cotidianeidad de las familias y analizar los discursos de las distintas disciplinas contribuye a la construcción de nuevos conocimientos de la problemática a estudiar. ¿Cómo es la visión del personal de salud de la policlínica Barrio Sur sobre el cuidado parental de la salud infantil? ¿Cómo deberían ser las maternidades y paternidades desde su perspectiva?

Hallar respuestas a estas preguntas amplió el conocimiento sobre el campo de la salud; campo en donde el Trabajo Social tiene sus orígenes, ya que como menciona Elizabeth Ortega (2003) en su tesis de maestría «El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista», el Trabajo Social en Uruguay surgió en el

ámbito del Instituto de Higiene Experimental dependiente de la Facultad de Medicina en la década de 1920.

En este sentido, el Trabajo Social se incorpora en el campo de la salud de forma suplementaria para la intervención en cuestiones que escapan del dominio médico como lo es la confluencia entre la institución y los usuarios, según Bentura (2011). De esta manera, el Trabajo Social se inserta en la lucha de poder del campo de la salud donde la profesión médica tiene el dominio del objeto institucional históricamente conquistado (Bentura, 2011).

Presentación del objeto de estudio

Los cuidados, desde finales del siglo XX, se han convertido en objeto de estudio a nivel internacional, mostrando cómo las tareas que ocurren en el ámbito doméstico son imprescindibles para el funcionamiento del sistema económico y para el bienestar social, sin embargo, las investigaciones latinoamericanas sobre los cuidados han sido objeto de estudio en los últimos veinte años (Batthyány, 2020). Más allá de la proliferación de estudios, no existe un acuerdo en la definición de cuidados convirtiéndose en un concepto polisémico, debido a que hay una división entre autores que ponen su foco en aspectos relacionales o vinculares. Pero cuidar engloba muchas dimensiones —material, psicológica, salud, educación, afectiva, etc.— que se desarrollan en el ámbito doméstico. Como plantea Batthyány (2020):

Las características relacionales y afectivas de la tarea de cuidado están, producto de la división sexual del trabajo y de los mandatos de género, asociadas a la identidad femenina, lo que posiciona al cuidado como uno de los temas sustantivos directamente relacionados al real ejercicio de la ciudadanía social de las mujeres y de sus derechos (p. 40).

Por tanto, el cuidado es una actividad que conforma la división sexual del trabajo en donde las mujeres se destacan por ayudar a un niño o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana, mientras los varones se los asocia con el espacio público y la provisión de ingresos.

Según Batthyány (2020), existen cuatro miradas analíticas para tratar los cuidados como una problemática: economía del cuidado o economía feminista —el cuidado es concebido como un tratamiento que busca visibilizar, dar cuenta de la contribución de las mujeres a una economía alternativa que no sólo mide el trabajo remunerado, sino también el

no remunerado—, cuidado como componente del bienestar —la mirada del cuidado como componente del bienestar centra su foco en entender el lugar del cuidado en los regímenes de bienestar—, el derecho al cuidado —hace énfasis en la necesidad de considerar los cuidados como derecho universal, cuestión que implica el derecho a recibir los cuidados necesarios en distintas circunstancias y momentos del ciclo vital, evitando que la satisfacción de esa necesidad se determine por la lógica del mercado, la disponibilidad de ingresos, la presencia de redes vinculares o lazos afectivos— y la perspectiva de la ética del cuidado —establece que los varones se orientan por la lógica de la justicia mientras que las mujeres son guiadas por la lógica de los cuidados—.

Es la división sexual del trabajo la que establece la división natural entre el hogar y el trabajo, establecido por las diferencias funcionales y biológicas entre mujeres y hombres que se termina por legitimar e institucionalizar estas diferencias como base de la organización social (Scott, 1993).

En Uruguay desde fines del siglo XX se ha asistido a un gran aumento de mujeres insertas en el mercado laboral, lo cual ha provocado que se ponga foco en el estudio de las tensiones que derivan de las nuevas funciones que las mujeres adquirieron en la división sexual del trabajo (Batthyány, 2020): “La división sexual del trabajo se manifiesta en cualidades y habilidades asociadas naturalmente a las mujeres y a los varones, siendo los cuidados una de las tareas socialmente asignadas a las mujeres en esa distribución” (Batthyány, 2020, p. 12).

El concepto de división sexual del trabajo se ha ido complejizando, lo cual ha permitido que se entienda cómo se manifiesta este dentro del hogar, con tareas asignadas a los varones y a las mujeres, como lo muestran las Encuestas de Uso del Tiempo (EUT) (Batthyány en Perrotta, 2020).

A medida que los cuidados adquirieron protagonismo, se empezó a incorporar la problemática en la agenda pública, debido a que actualmente a las familias se les dificulta sostener los cuidados, por un aumento de las mujeres en el mundo laboral, proliferación de hogares no tradicionales e incremento de la esperanza de vida de los hijos. Como plantea Batthyány et al (2014b):

La distribución entre Estado, familias, mercado y comunidad de los costos, roles y responsabilidades en la atención de las personas dependientes (niños/as, personas mayores, discapacitados) es lo que se pone en juego en la definición del cuidado como política pública. La intervención y articulación de esos diferentes actores impacta en la posición de las mujeres en las familias y en el mercado de trabajo, así

como determina la efectiva capacidad de ejercer los derechos vinculados a su ciudadanía social (p. 2).

Por tanto, la importancia que los cuidados han comenzado a adquirir en la agenda pública de América Latina y a nivel internacional es producto de su estrecha vinculación con las desigualdades de género (Batthyány, 2020). En Uruguay, se pudo evidenciar con la Encuesta Nacional de Representaciones Sociales de los Cuidados “que para la mayor parte de la población uruguaya la situación más deseable para los cuidados era la que se brinda en el domicilio y, especialmente, a través de los miembros de las familias” (Batthyány, 2020, p. 34).

Cabe destacar que la Encuesta de Uso del Tiempo de 2013 demostró de forma cuantitativa qué miembro de la familia dedica más tiempo a las tareas de cuidados: los cuidados infantiles son tareas que llevan a cabo un tercio de las mujeres uruguayas (31,5%), lo cual sucede con un quinto de los varones (21,7%) (Perrotta, 2020).

Esta desigualdad en la división sexual del trabajo con respecto a los cuidados infantiles impulsó que el gobierno progresista colocara la problemática en la agenda pública (en los períodos 2005-2010, 2010-2015); a partir del 2010 se comienza a discutir la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), que se pone en funcionamiento desde el 2015 (Perrotta, 2020).

Este Sistema [...] se propuso disminuir las brechas de género vinculadas a la mayor dedicación de las mujeres a los cuidados en el marco de un conjunto de reformas más amplias implementadas en el país desde 2005 tendientes a reducir las desigualdades sociales. El Sistema se propuso avanzar hacia un modelo en el cual el Estado compartiera las responsabilidades de cuidado con las familias, el mercado y la comunidad en un contexto de cuidados familistas (Perrotta, 2020, p. 190).

Sin embargo, es una realidad que actualmente la generación de mujeres que cuidan de sus hijos/as pequeños/as, incluyen este trabajo en su proyecto personal y laboral, variando según el contexto socioeconómico de la madre (Batthyány, 2020). Existen madres con escasas oportunidades de ingreso estable y de calidad en el mercado laboral, que cuidan a sus hijos pero desearían compartir el cuidado con los padres y con servicios de cuidado; en segundo lugar, se hallan mujeres de sectores medios insertas a jornada completa en el mercado laboral que desearían contar con más servicios de cuidados gratuitos o de menores costos; y por último mujeres de sectores altos que mantienen una inserción parcial en el

mercado laboral, que no repercute en el ingreso familiar, que eligen cuidar de sus hijos valorando la presencia materna directa en los cuidados (Batthyány, 2020). Por tanto, como plantean Batthyány, Perrotta y Scavino (en Batthyány, 2020):

El tipo de inserción, la valoración que hacen ambos miembros de la pareja sobre el empleo femenino y su importancia para el proyecto personal, los ingresos que el empleo femenino genera al hogar, y la poca distancia entre los empleos de ambos miembros respecto a ingresos y jerarquía, parecen ser los factores determinantes a la hora de transformar las relaciones de género dentro del hogar (p. 37).

En esta línea, cabe destacar que la ley n°19353 correspondiente al Sistema Nacional Integrado de Cuidados tiene como objetivo disminuir las brechas mencionadas que se generan con respecto a la temática, propiciando la “atención de las distintas necesidades de mujeres, hombres, considerando las edades y procurando la distribución de las tareas de cuidados entre todos los integrantes de la sociedad por igual” (IMPO, 2020) y “el cambio de la actual división sexual del trabajo, integrando el concepto de corresponsabilidad de género y generacional como principio orientador” como se plantea en el artículo 9 inciso F de la ley mencionada.

La ley n° 19.161 correspondiente a la modificación del subsidio por maternidad y fijación de subsidio por paternidad y subsidio para cuidado del recién nacido también busca cambiar la actual división sexual del trabajo. La reducción horaria de la carga laboral para realizar las tareas de cuidado por parte de varones y mujeres, durante el periodo que transcurre entre los tres y los seis meses de los bebés, permite que se ejercite la corresponsabilidad de los cuidados de forma equitativa (Batthyány, 2020).

Es fundamental que las políticas públicas implementadas sean acompañadas por un cambio en la representación social de los cuidados, sobre todo del saber experto, ya que este tiene gran influencia en las prácticas de las familias y de las políticas públicas (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013). Estudiar las representaciones sociales de género permite que se hagan visibles las creencias, los valores, los supuestos ideológicos que construyen las desigualdades sociales entre mujeres y varones (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013).

Antecedentes

Para conocer el estado del arte del tema seleccionado, fue necesario construir el marco de antecedentes, lo cual permitió mostrar cómo se ubica el tema en la actualidad y cómo se construye su bagaje teórico (Sautu et al, 2005).

Las investigaciones en torno al cuidado han proliferado en los últimos veinte años en América Latina y en los últimos cuarenta años a nivel internacional.

A nivel internacional, se hallan las españolas Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns (2011) que afirman que la organización social de los trabajos de cuidados y el lugar que ocupan actualmente son producto de un largo proceso histórico que se originó durante la transición al capitalismo liberal.

En lo que respecta a la economista Cristina Carrasco, su trayectoria académica está marcada por la economía feminista, buscando visibilizar una economía alternativa, en donde las mujeres contribuyen no solo a la economía remunerada sino también a la no remunerada. Para Cristina Carrasco (2013), los bienes y servicios producidos en el ámbito doméstico incrementan, por ejemplo, la renta nacional, ya que, el trabajo realizado desde los hogares reproduce la fuerza de trabajo diaria y generacional necesaria para la subsistencia del sistema de producción capitalista.

En España también se encuentran las académicas Alicia Garrido y Rosario Vera (1995), las cuales afirmaron que en la gran mayoría de los casos (84%) es la madre quien asume la función de cuidadora principal de la salud infantil. Otro antecedente que se destaca a nivel internacional es el de María del Mar García-Calvente et al. (en Batthyány, Genta y Perrotta, 2017), quienes afirman que los cuidados no remunerados realizados por las familias son el principal proveedor de atención en salud, mientras que los servicios remunerados participan de forma secundaria.

En relación a los estudios de América Latina se encuentran investigaciones recientes en torno a los cuidados. En Chile, por ejemplo, la investigación está centrada en la oferta y la demanda de cuidado, y en cuáles son las políticas públicas de cuidados y sus coberturas (Batthyány, 2020). En Brasil, según Batthyány (2020), la centralidad ha estado sobre todo en el estudio del trabajo doméstico remunerado.

En Colombia, la académica Amparo Hernández Bello (2009) afirma que los cuidados no remunerados de la salud son femeninos, invisibilizados e inequitativos.

Este trabajo de cuidado que se realiza en los hogares, incluido el cuidado de la salud, se caracteriza por ser invisible y no remunerado, y porque tiene repercusiones

laborales, económicas, sociales y de salud sobre la vida de quienes lo realizan y sobre el cuidado que prodigan (Hernández Bello, 2009, p. 176).

En Uruguay, como ya fue introducido, se encuentran las académicas Karina Batthyány, Natalia Genta, Rosario Aguirre, Valentina Perrotta, Sol Scavino, entre otras, que se han destacado por su trayectoria en la temática a lo largo de los últimos años y también han colaborado en la creación e implementación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

Dentro de los trabajos destacados de estas investigadoras en los últimos años se puede mencionar Batthyány y Scavino (2017), quienes se propusieron analizar los cambios y permanencias en las desigualdades de género, comparando el tiempo dedicado por varones y mujeres al trabajo remunerado, al cuidado, a las tareas domésticas y de voluntariado en los años 2007 y 2013.

Más enfocado en los cuidados infantiles por parte de los varones, se halla el trabajo de Batthyány y Scavino (2019) que tiene como objetivo conocer cuáles son las representaciones sociales de los cuidados que realizan los varones que actualmente tienen hijos menores de 6 años en Uruguay. Las autoras partieron de la idea de que existe un desajuste entre los discursos (equitativos) y las prácticas (inequitativas), identificando tres tipos de paternidades: tradicionales, de involucramiento leve y con tendencia a la corresponsabilidad —que serán retomadas más adelante—. También se hallaron investigaciones tales como Batthyány, Genta y Perrotta (2013) que buscaron conocer las representaciones sociales de la población uruguaya en relación con el cuidado. Los datos recabados por la investigación de las autoras demuestra que las personas tienen preferencia por los cuidados brindados en el hogar, especialmente por familiares, y a su vez, se puede observar que el 40 % de los varones cree que la situación más deseable para el cuidado de menores de 2 años durante la jornada laboral es que este sea compartido por la pareja.

[Esto] resulta un dato alentador, dado que estos varones parecen reconocer que la responsabilidad del cuidado no es exclusiva de las mujeres. Sin embargo, hay una incongruencia en este punto entre lo que los varones señalan como la situación más deseable para el cuidado infantil y las prácticas que surgen de las EUT realizadas en el país (2003 y 2007), que evidencian la mayor participación de las mujeres en estas tareas y el poco involucramiento masculino en el cuidado infantil (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013, p. 34).

A su vez, Batthyány, Genta y Perrotta (2014b) realizaron un estudio para enfocarse en las representaciones sociales del saber experto, reconociendo tres enfoques: psicológico-educativo, médico y político.

El enfoque psicológico-educativo tiene una tendencia a problematizar y evitar generalizaciones, mientras que el enfoque médico tiende a ser más dogmático, y es aquel que presenta mayor homogeneidad, porque se enfoca en la promoción de hábitos como elemento central del cuidado, despersonalizando el vínculo entre el cuidado y la/el niña/o (Batthyány, Genta y Perrotta, 2014b). Por último, el enfoque político se posiciona desde los aspectos macro de la política del SNIC (Batthyány, Genta y Perrotta, 2014b).

Haciendo foco en el cuidado no remunerado de la salud en Uruguay, se encuentra la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud que busca recabar datos midiendo directamente el porcentaje de hogares uruguayos donde se encuentra un/a cuidador/a de salud no remunerado/a (17,5%); dicho cuidado es realizado por las figuras femeninas del hogar (76,6%) (Batthyány, Genta y Perrotta, 2014a).

En la misma línea, las autoras Batthyány, Genta y Perrotta (2017) analizaron los aportes de las familias y las mujeres a los cuidados no remunerados en salud en Uruguay, reconociendo que “el cuidado de la salud constituye una de las actividades no remuneradas con mayor incidencia sobre la vida económica y social de los países” (p. 188).

La investigación realizada por Sol Scavino (2017) en el marco de su Tesis de Maestría en Sociología permite conocer cómo son las estrategias de cuidado en salud dirigidas a personas enfermas agudas y crónicas en general y en particular a personas mayores, lo cual implica identificar el tipo de organización social del cuidado que se genera para garantizar el cuidado de estas personas, así como las desigualdades de género y el lugar de la vejez en las sociedades actuales.

Es evidente que el estado del arte de la temática seleccionada demuestra un gran bagaje teórico que es mucho más exhaustivo de lo que se puede ahondar en la presente monografía, pero se puede visualizar en la mayoría de los trabajos antecedentes que la mujer es la que dedica más tiempo al cuidado de personas dependientes en comparación con los varones.

Metodología

Teniendo en cuenta que el tema de investigación es el cuidado parental de la salud infantil desde la perspectiva de los técnicos de la salud en la policlínica Barrio Sur, se buscó ahondar sobre los “procesos de configuración subjetiva de la realidad que son formas de comprender, juzgar, decidir y actuar en las prácticas cotidianas de los sujetos” (Botero, 2008, p. 15). Por tanto, la metodología que se utilizó es de carácter cualitativa, lo cual permitió que se considere a la realidad como “subjetiva e intersubjetiva” (Sautu, 2005, p. 46).

La metodología cualitativa

[...] específicamente reflexiona acerca del papel de los valores, la idea de causalidad, el papel de la teoría y su vinculación con la evidencia empírica, el recorte de la realidad, los factores relacionados con la validez del estudio, el uso y el papel de la deducción y la inducción, cuestiones referidas a la verificación y falsificación, y los contenidos y los alcances de la explicación e interpretación (Sautu, 2005, p. 37-38).

Como plantea Jiménez-Domínguez (en Salgado Lévano, 2007), la metodología cualitativa permitió que se partiera del supuesto de que el mundo social está construido de significados y símbolos que son compartidos de manera intersubjetiva.

Se optó por realizar una investigación con diseño descriptivo, ya que se buscó “caracterizar y especificar las propiedades importantes” (Batthyány y Cabrera, 2011, p. 33) en los discursos de los técnicos en salud y así obtener una comprensión de los significados y definiciones que le otorgan al cuidado parental de la salud infantil.

La muestra de análisis de la presente monografía está representada por los discursos de las distintas disciplinas de la policlínica Barrio Sur: una doctora y una residente en pediatría, una licenciada en nutrición, una médica en salud familiar y comunitaria, un doctor en odontología y un licenciado en enfermería.

Dicha muestra de análisis se aplica a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, lo cual implica “seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos [...] fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (Manterola y Otzen, 2017, p. 230) teniendo en cuenta que su profesión se vincule directamente con la salud infantil. Se trata de un universo de estudio heterogéneo por las características (2 varones y 4 mujeres de distintas disciplinas y con variadas edades).

Para acceder a las representaciones sociales de la muestra seleccionada, se empleó como técnica de producción de datos las entrevistas semi-estructuradas (pauta de entrevista

en anexo 1), las cuales posibilitaron “conocer la perspectiva de los actores sociales” (Sautu et al, 2005, p. 48) en el tema abordado. La elección de esta técnica de producción de datos implica que, a través de una conversación sistematizada, se obtengan, recuperen y registren los significados que le atribuyen las distintas disciplinas al cuidado parental de la salud infantil (Sautu, 2005).

También se utilizó la observación como técnica de recolección de datos, para explorar el contexto social de la policlínica—ambiente humano, características de la población, actividades que se realizan— y las interacciones formales —interacciones que se producen dentro del centro de salud— (Batthyány y Cabrera, 2011). Esto contribuyó a comprender aquello que no se ve fuera del consultorio y que está fuera del alcance de los técnicos. Conocer, escuchar y observar a las familias que concurren con sus hijos/as a consulta mientras están en sala de espera fue un gran insumo para construir el corpus sobre la realidad seleccionada.

Por último, se hizo una búsqueda exhaustiva del cúmulo de registros de la práctica pre-profesional para poder analizarlos, ya que fue el ámbito en donde surgieron las inquietudes de la presente monografía.

Pregunta y objetivos de investigación

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son las representaciones sociales del cuidado parental de la salud infantil desde la perspectiva de los técnicos de salud en la policlínica Barrio Sur?

Objetivo general:

- Analizar las representaciones sociales de los cuidados parentales de la salud infantil desde la perspectiva de los técnicos de la policlínica Barrio Sur

Objetivos específicos:

- Conocer el deber ser de las maternidades y paternidades desde la perspectiva de los técnicos de salud de la policlínica Barrio Sur
- Identificar las diferencias en los discursos entre las distintas disciplinas que trabajan en la policlínica Barrio Sur
- Comprender los significados que le otorgan los técnicos de la policlínica Barrio Sur a las maternidades y las paternidades

Marco teórico

En este apartado se desarrollan cuatro categorías teóricas, las cuales permiten abordar y comprender las representaciones sociales del cuidado parental en relación a la salud infantil desde la perspectiva de los técnicos de salud en la policlínica Barrio Sur, pudiendo construir el corpus de conceptos articulados que forman la realidad social seleccionada.

Representaciones sociales

El término de representaciones sociales fue acuñado por Moscovici en 1961, y desde entonces “ha permeado las ciencias sociales porque constituye una nueva unidad de enfoque que unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social” (Araya, 2002, p. 9).

Según Araya (2002), el psicólogo Serge Moscovici identifica cuatro influencias teóricas en el origen del término de representaciones sociales; dentro de las influencias se encuentra el sociólogo positivista Durkheim y su concepto de representaciones colectivas, el sociólogo Lucien Lévy-Bruhl y su estudio sobre las funciones mentales en sociedades primitivas, el psicólogo Jean Piaget y sus estudios sobre la representación del mundo en los niños, y el psicoanalista Sigmund Freud con su teoría sobre la sexualidad infantil.

La definición de Moscovici (en Araya, 2002) sobre las representaciones sociales refiere a:

Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos [...] La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici en Araya, 2002, p. 27)

Por tanto, las representaciones sociales “hacen referencia al mundo de la vida cotidiana [...] los objetos del mundo son poseedores reales del significado que les confiere la intersubjetividad, cobran vida para convivir entre los sujetos y pueden dar cuenta del sentido” (Botero, 2008, p. 17).

Las personas conocen la realidad y a través del proceso de objetivación² resignifican sus creencias y percepciones (Botero, 2008). Como plantea Araya (2002), las representaciones sociales:

Constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo. (Araya, 2002, p. 11)

El hecho de que las representaciones sociales orientan las acciones de los individuos es porque juegan un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana (Araya, 2002). Esto es debido a que el medio cultural, el lugar que ocupan en la estructura social y las experiencias concretas conforman la forma en que los individuos perciben la realidad social, posibilitando el proceso de las conversaciones cotidianas.

Cabe destacar que, según Moscovici:

La sociedad no es algo que se le impone desde fuera al individuo, los hechos sociales no determinan las representaciones como una fuerza externa (social) que hace impacto sobre los individuos que la componen. La sociedad, los individuos y las representaciones son construcciones sociales. (Moscovici en Araya, 2002, p. 21)

Maternidades y cuidados

Las maternidades son entendidas como construcciones socio-culturales, porque se definen a través de normas establecidas por un grupo social específico en un tiempo-espacio determinado; es un “fenómeno compuesto de discursos y de prácticas sociales condensados en un imaginario complejo y poderoso, que es a la vez fuente y efecto del género” (Palomar, 2005, p. 54).

Este imaginario complejo y poderoso ha sufrido modificaciones a lo largo de la historia, debido a que “personas posicionadas en formas diferentes en relaciones sociales y procesos de dominación, usan los recursos económicos e institucionales para hacer que su definición de una situación resista” (Wright, 1999, p. 132). En la actualidad, este imaginario

² El proceso de objetivación se refiere a la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas.

se basa en el discurso de que la maternidad es un trabajo de tiempo completo, ya que “madre es esa mujer que conocemos tan bien, que invierte todos sus deseos de poder en la persona de sus hijos” (Badinter, 1981, p. 175). Esta idea actual de ser madre se diferencia de la maternidad de los siglos XVII y XVIII, la cual estaba caracterizada por la frialdad y el abandono en la Francia urbana, según Badinter (1981). Por lo tanto, “la mujer será una madre más o menos buena según que la sociedad valore o desprecie a la maternidad” (Badinter, 1981, p.16).

La indiferencia materna caracterizó los siglos XVII y XVIII explicándose a través de tres actos de abandono: la entrega a la nodriza, el retorno a la casa y la partida hacia el convento (Badinter, 1981). El primer acto de abandono se producía unos días o unas horas después del nacimiento del niño, “apenas salido de las entrañas de su madre, el recién nacido es entregado a una nodriza” (Badinter, 1981, p. 94). Luego, el hijo vuelve de casa de su nodriza siendo entregado a una gobernanta hasta los siete años, ya que hacia los ocho años el niño sería alejado de la casa paterna para terminar su educación (Badinter, 1981).

En este contexto, la indiferencia se explica por la alta mortalidad de los infantes, la cual generaba un sentimiento de “insensibilidad «que en las condiciones demográficas de la época es demasiado natural»” (Ariès en Badinter, 1981, p. 68); a su vez, existía una predominante negativa a dar el pecho por el hecho de que las mujeres no estaban dispuestas a sacrificar sus vidas para criar hijos (Badinter, 1981), lo cual contribuía al desdén de las madres.

Por tanto, la maternidad en los siglos anteriores al XVIII fue construida en base al rechazo: el bebé no era amamantado, no era criado por sus padres; por el contrario, los padres consideraban al bebé como un juguete y existía un desinterés por parte del médico. Las tareas maternas no eran valorizadas por la sociedad, por lo que se gestaba un rechazo a la maternidad.

Philippe Ariès (en Badinter, 1981) plantea que la infancia no fue objeto de preocupación hasta comienzos del siglo XVII, debido a que los niños eran considerados pequeños adultos; “fue necesaria una larga evolución para que el sentimiento de la infancia arraigara realmente en las mentalidades” (Badinter, 1981, p. 38).

Con respecto a esto último, la relevancia que adquiere la infancia coincide con las nuevas imágenes de la maternidad. A partir del último tercio del siglo XVIII aparece una nueva madre, la cual tiene la obligación de ser ante todo madre, basado en el “amor espontáneo de toda madre hacia su hijo” (Badinter, 1981, p. 117). Esta nueva madre “cumple íntegramente su destino fisiológico; esa es su vocación “natural”” (De Beauvoir, 2018, p.

464) que tiene impuesta por el mandato de la feminidad —construcción social del ser mujer—.

La nueva madre, “natural y social, favorable a la especie y a la sociedad” (Badinter, 1981, p. 117), en realidad estaba influenciada por las posibilidades económicas de la mujer y por su condición social para desempeñar su destino fisiológico: “las mujeres del siglo XVIII y sobre todo las del siglo XIX aceptaron con mayor o menor rapidez, según fuera rica, acomodada o pobre, la función de buena madre” (Badinter, 1981, p. 165).

Por tanto, a partir del siglo XVIII se crea una nueva imagen de la madre que se instaurará en el imaginario social. Esta nueva madre se sacrifica “para que su hijo viva, y para que viva mejor, a su lado” (Badinter, 1981, p. 166), diferenciándose de la madre que entregaba su hijo a una nodriza para que lo criara.

Esta nueva imagen de la madre está compuesta por cambios de comportamientos en la mujer, destacándose entre ellos, la voluntad de dar el pecho a su hijo y de alimentarlo solo a él, el abandono de la faja aceptando restringir su libertad para otorgar más libertad a su hijo, la vigilancia materna de manera ilimitada y la presencia del médico de familia (Badinter, 1981). A su vez, a la función de criar a los hijos se añadió la de educarlos y ser institutriz: “el amor maternal no consiste solamente en criar a su hijo; consiste sobre todo en educarlo bien” (Badinter, 1981, p. 214).

El imaginario de buena madre condenará a aquellas mujeres que no cumplan con estos comportamientos, siendo señaladas por la sociedad como culpables “del peor de los crímenes de una madre: la negligencia” (Badinter, 1981, p. 173).

Estas «malas» madres son diferenciadas por Badinter (1981) como indignas, egoístas o la mujer que trabaja.

La indigna es “la más «mala» de todas, es la que no ama a su hijo y no manifiesta la menor ternura por él” (Badinter, 1981, p. 229); la egoísta es la que quiere un poco a su hijo, pero sin sacrificarse por él —destacándose el discurso del sacrificio por el hijo como si fuese una divinidad—, y por último, la mujer que trabaja es condenada porque “debe ser ante todo madre” (Bertillon en Badinter, 1981, p. 234) ya que, su función es dar a luz y cuidar a sus hijos. El “problema” de la mujer trabajadora, según Scott (1993), surgió en la revolución industrial, sustituyendo la producción doméstica por la producción fabril; esto condenaba a la madre trabajadora a no ser aceptada socialmente porque las mujeres debían tener hijos y encargarse de la reproducción de la esfera privada, como es establecido en la «doctrina de las esferas separadas» la cual “concebía la división sexual del trabajo como una división «natural» del mismo” (Scott, 1993, p. 101).

La ausencia de la madre, que fue un comportamiento aceptado socialmente antes del siglo XVIII, actualmente es motivo de condena social: “la representación negativa de la madre mala hubo de fortalecer el sentimiento de culpabilidad de las mujeres” (Badinter, 1981, p. 264). Por lo que la madre debe velar por el bebé, concentrando toda su atención en el bienestar de su hijo.

Las mujeres, por tanto, desde el siglo XVIII deben ocupar cuerpo y alma para sus hijos, convirtiéndose en cuidadoras especializadas y personales con la función de ser madres y esposas en el hogar (Lagarde, 1999), para así evitar ser condenadas socialmente y ser objetos de policiamiento (Donzelot en Jelin, 2000). Por tanto, la mujer responde a los atributos de género construidos socialmente, los cuales están asociados a los cuidados, la sensibilidad y la identificación con las necesidades de los otros, provocando que las mujeres queden relegadas a los afectos y al cuidado como posición genérica en la cultura (Burin, 2000).

Como plantea Bourdieu (2000), las divisiones constitutivas del orden social y, más exactamente, las relaciones sociales de dominación y de explotación instituidas entre los sexos inscriben que las mujeres deben ocupar el campo de lo privado, adjudicándoles los trabajos domésticos, privados y ocultos como el cuidado de los niños y de los animales.

En el siglo XX se comenzó a asistir a un progresivo aumento de la incorporación de la mujer en el mercado laboral, lo cual ha estado aparejado con su emancipación. Esto ha provocado que se comience un proceso de reconceptualización de la noción de trabajo, incluyendo el trabajo no remunerado que refieren actividades no mercantilizadas que se realizan en los hogares (Aguirre, 2020). La desigual división sexual del trabajo en las familias “ha sido clave para entender las limitaciones que las mujeres tienen para el efectivo ejercicio de sus derechos sociales, económicos y políticos” (Aguirre, 2020, p. 97).

Paternidades y cuidados

Al igual que las maternidades, las paternidades son construcciones culturales que se reproducen socialmente y “no se puede definir fuera del contexto socioeconómico, cultural e histórico en que están insertos los varones” (Olavarría, 2000a, p. 11).

Según Olavarría (2000a), la paternidad constituye un mandato complementario de la masculinidad dominante; los varones deben ser padres para cumplir con el mandato de la masculinidad hegemónica:

El padre, así, tiene un destino señalado: constituir una familia, estructurar relaciones claras de afecto y autoridad con la mujer y los hijos, que le permitan proteger, formar y proveerla en un espacio definido, el hogar. A la mujer, por su parte, le corresponde la crianza, ordenar el hogar y colaborar con el padre/marido (Olavarría, 2000b, p. 135).

Esta idea de paternidad dominante converge con el relato de Badinter (1981), la cual plantea que “la idea de que la crianza es ante todo asunto de mujeres, que el padre es más bien su colaborador y no un socio de igual nivel, y [...] su participación es menos necesaria” (p. 240). Este modelo de paternidad se instauró en la Antigüedad y tuvo gran influencia del cristianismo que planteaba que “el hombre tiene que ser el jefe de la pareja, porque fue el primero en ser creado y dio nacimiento a la mujer” (Badinter, 1981, p.22), por lo tanto no debe involucrarse en las tareas de cuidados.

En este sentido, siguiendo a Olavarría (2000a), el varón —según la masculinidad dominante— se caracteriza por ser proveedor de la familia, autónomo, fuerte, racional, emocionalmente controlado y su ámbito de acción está en la calle:

Entre los mandatos más determinantes en su vida está el que les señala a los varones que ellos se deben al trabajo, porque trabajar significa ser responsable digno y capaz, atributos que caracterizarían a la hombría en su fase adulta plena. El trabajo les da a los varones autonomía y les permite constituir un hogar, ser proveedores, cumplir con su deber hacia la familia, ser jefes de hogar y autoridad en su familia (Olavarría, 2000a, p. 13).

Entonces, la madre es la responsable del cuidado de los hijos y del hogar, mientras que el padre la debe proteger; este tipo de familia establece una explícita división entre lo público y lo privado, estableciendo una división sexual del trabajo entre la madre y el padre (Olavarría, 2000a).

Este mandato de paternidad se diferencia del ideal de madre debido a que no existe el mal padre: el padre puede estar ausente por períodos indefinidos y no asumir la responsabilidad de las tareas de cuidado, sin embargo, este no será culpado del peor crimen, la negligencia. Es la madre quien debe asumir la responsabilidad de todos los cuidados y la crianza para ser socialmente aceptada. Como plantea Bourdieu (2000), las divisiones sexuales constitutivas del orden social y, más exactamente, las relaciones sociales de dominación instituidas entre los sexos se inscriben así:

Corresponde a los hombres, situados en el campo de lo exterior, de lo oficial, de lo público [...] realizar todos los actos a la vez breves, peligrosos y espectaculares, que, como la decapitación del buey, la labranza o la siega, por no mencionar el homicidio o la guerra, marcan unas rupturas en el curso normal de la vida; por el contrario, a las mujeres, al estar situadas en el campo de lo interno [...] se les adjudican todos los trabajos domésticos, es decir, privados y ocultos, prácticamente invisibles o vergonzosos, como el cuidado de los niños y de los animales (p. 45).

La masculinidad, por tanto, refiere a la capacidad de fecundar, proteger y ejercer la función de proveedor (Gilmore en Amorín, 2007). David Amorín (2007) plantea en su estudio que existe un imaginario colectivo que establece una significativa asimetría en la cual la mujer está dotada de una capacidad maternal, convirtiéndola en la figura por excelencia para acompañar la crianza de los hijos. Esta asimetría está guiada por las definiciones normativas que reconocen la masculinidad y la feminidad: “la masculinidad es lo que los hombres deben ser” (Connell, 2003, p. 107). Esta masculinidad hegemónica se define por cualidades básicas, en donde en el análisis de la paternidad predomina una mirada desde la ausencia y lo negativo (Fuller en Güida et al, 2007).

En la actualidad existen esfuerzos para que el varón ejerza una paternidad activa (por ejemplo, se creó una guía de paternidad activa para padres de UNICEF en donde se explica cómo deben cuidar a sus hijos y ser afectuosos), aunque hay diversas barreras culturales que impiden la transición de una paternidad «tradicional» a una paternidad «activa». Burin (en Amorín, 2007) plantea que existen hombres que buscan distanciarse de la paternidad ejecutada por sus padres, denominados como «padres transicionales»; estos padres transicionales se caracterizan por tener rasgos tradicionales e innovadores, debido a que “cargan con el peso de la ideología patriarcal tradicional, y con el de producir el cambio cultural en base a innovaciones que irán legitimándose y legalizándose con mucho esfuerzo” (Amorín, 2007, p. 23).

Aún así, existe una gran resistencia de los varones a participar en las tareas de cuidados, observándose en la percepción generalizada de que la paternidad en Uruguay no es ejercida con responsabilidad (Güida et al, 2007). Batthyány y Scavino (2019) realizaron una categorización de tres tipos de paternidades, basados en el nivel de involucramiento en las tareas de cuidado y el contexto socioeconómico.

El primer tipo de paternidad refiere a la «paternidad tradicional», la cual aparece principalmente en los niveles socioeconómicos más bajos, en donde los varones son la

autoridad máxima del hogar, mientras que las mujeres colaboran y complementan a este último; la segunda categoría se define como «paternidad de involucramiento leve» porque la función central es “la ayuda”, apareciendo esta representación en los padres actuales de niveles altos y algunos de niveles económicos medios altos; y por último está la «paternidad cuidadora», porque son padres que se involucran activamente en el cuidado y que dedican tiempo a este, siendo características de los padres de niveles económicos medios (Batthyány y Scavino, 2019).

La «paternidad tradicional» se caracteriza por un bajo involucramiento en el trabajo de cuidados, delegando en las mujeres —las cuales, serían cuidadoras naturales— la responsabilidad de las tareas referidas a estos (Batthyány y Scavino, 2019). Entonces, este tipo de paternidad está conformada por un varón proveedor que no puede dedicarse al cuidado y las tareas domésticas. Las tareas de las mujeres se encuentran en el ámbito privado, realizando los quehaceres domésticos y el cuidado de los hijos, ya que para los padres, las mujeres son mejores administradoras y conocen mejor las necesidades de los niños (Güida, 2007).

Los que ejercen una «paternidad de involucramiento leve» son conscientes “de las necesidades de cuidado de los hijos, que delegan a las mujeres cuando son materiales, pero deciden prestar atención a los elementos afectivos del cuidado” (Batthyány y Scavino, 2019, p. 20). En este sentido, este tipo de paternidad se caracteriza por reproducir el mandato de masculinidad tradicional, porque son los principales proveedores de ingresos pero se encuentran en transición de cambiar la representación de lo que implica ser padre y de su involucramiento a las tareas de cuidado: “los varones se involucran en el juego, los paseos y las tareas de llevar y traer, siendo auténticas paternidades de apoyo” (Batthyány y Scavino, 2019, p. 23).

La «paternidad cuidadora» refiere a la asunción de la realización de tareas de cuidado como parte del ejercicio de paternidad, diferenciándose del modelo de colaboración característico de los tipos de paternidad tradicional y de involucramiento leve; por lo que la «paternidad cuidadora» tiene la peculiaridad de desnaturalizar el cuidado como asociación a lo femenino (Batthyány y Scavino, 2019):

Estos padres no solo reflexionan sobre lo que implica el vínculo de cuidados y la realización del mismo, sino que además ponen de manifiesto los obstáculos que las políticas de cuidado (licencias, servicios) imponen al ejercicio de su paternidad, así como piensan al reparto equitativo como importante para el desarrollo de ambos

miembros de la pareja en otras esferas de su vida (trabajo, estudios, ocio) (Batthyány y Scavino, 2019, p. 24).

Campo de la salud

Según Bourdieu (en Bentura, 2011), “todo comportamiento está situado en un campo de acción particular, un sistema de evaluación y de prácticas que lo definen marcando las “reglas de juego”” (p. 8). De este modo, los agentes que interactúan en el campo de la salud tienen una posición relativa, que depende de los recursos que dispongan y con los que pueden intervenir (Bentura, 2011).

El campo de la salud tiene una configuración de luchas de poder específicas; en cada campo de interacción, los recursos adquieren diferentes valores y diferentes formas ya que el capital es un recurso que debe ser reconocido como tal en ese campo particular y, desde ese punto de vista, es que su naturaleza es relacional (Bentura, 2011, p. 9).

A mediados del siglo XVIII, el campo de la salud adquiere protagonismo por la producción de literatura sobre el tema de la conservación de los hijos, en donde se cuestionaban las costumbres educativas y los hábitos nocivos, tales como la práctica de los orfanatos, la de la educación de los niños por nodrizas domésticas y la de la educación «artificial» de los niños (Donzelot, 2008). La conservación de los hijos implicaba finalizar con los perjuicios de la domesticidad, promover nuevas condiciones de educación, que permitieran contrarrestar la nocividad de sus efectos sobre los niños que tenían a cargo.

Por tanto, desde el último tercio del siglo XVIII hasta fines del siglo XIX—para el caso francés que estudia Donzelot (2008)—, los médicos elaboraron una guía de acciones sobre la crianza, educación y medicación de los niños, para uso de las familias burguesas. A partir del siglo XIX, la literatura médica dirigida a las familias cambia porque la concepción maquiánica del cuerpo pierde vigencia (Donzelot, 2008). Es en este contexto que surge la relación entre la medicina y la madre, con el fin de unificar “el hombre de saber y el nivel de ejecución de los preceptos atribuidos a la mujer” (Donzelot, 2008, p. 27). Como plantea Donzelot (2008):

Esa alianza provechosa para ambas partes, el médico triunfa gracias a la madre contra la hegemonía tenaz de esa medicina popular de las comadres; y, como contrapartida, concede a la mujer burguesa, por la importancia creciente de las funciones maternas, un nuevo poder en la esfera doméstica [...] La mujer cuya condición de madre, nodriza y protectora prescribe deberes que no conocen los hombres (p. 29).

La situación de “las familias populares circula por carriles diferentes a los de la difusión de libros y el establecimiento de una alianza orgánica entre familia y medicina, porque hasta fines del siglo XIX la tasa de analfabetismo en las clases populares es muy alta, porque la gente del pueblo no puede tener un médico de familia” (Donzelot, 2008, p. 30), por lo que la intervención se enfocaba en vigilar a esta población.

A principios del siglo XX, surgen los subsidios familiares en Francia, de ahí también deriva la generalización del control médico en la crianza de los hijos de las familias populares. En 1865, aparecen las primeras sociedades protectoras de la infancia, “cuyo objetivo era asegurar la inspección médica de los niños colocados por sus padres en casa de nodrizas, pero también perfeccionar los sistemas de educación, los métodos de higiene y la vigilancia de los niños de las clases pobres (Donzelot, 2008, p. 37).

Por lo tanto, las intervenciones por parte del Estado y las diferentes instituciones datan de hace varios siglos, donde se van conformando a la familia y los roles dentro de ella, controlando su funcionamiento, poniendo límites, ofreciendo oportunidades y opciones (Jelin, 2000). Como plantea Lasch (1996)

Durante la primera etapa de la Revolución Industrial, los capitalistas sacaron la producción de la casa y la colectivizaron, bajo su propia supervisión, en la fábrica [...] finalmente, extendieron su control sobre la vida privada del trabajador, cuando médicos, psiquiatras, maestros, expertos en orientación infantil, funcionarios de las cortes juveniles y otros especialistas comenzaron a supervisar la crianza de los niños, tarea que antes pertenecía a la familia (p. 21).

Por tanto, la familia contemporánea ocupa un lugar contradictorio entre el mundo público y el mundo privado, debido a que las agencias sociales “invaden” la vida familiar indicando y promoviendo “prácticas “adecuadas” o “buenas” (de alimentación, de crianza, de relaciones interpersonales, de cuidado del cuerpo, de higiene y puericultura, etc)” (Jelin, 2000, p. 109). De este modo, la familia es el resultado de la intervención de diversas instituciones sociales y políticas, que transmiten sus ideas dominantes sobre lo que es la familia (Jelin, 2000).

Es fundamental entender que las familias son organizaciones producto histórico-cultural particular y singular, ya que como plantea De Jong (2001):

La familia como organización social básica en la reproducción de la vida en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y en el mundo de la vida cotidiana, es un espacio complejo y contradictorio en tanto emerge como producto de múltiples

condiciones de lo real en un determinado contexto socio-político, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente y una historia singular de la propia organización, donde confluyen lo esperado socialmente, lo deseado por la familia y lo posible en el interjuego texto-contexto (p. 11)

En el caso de la institución salud, se producen procesos de medicalización de la vida social, encontrándose “estrictamente asociadas a las funciones de control social que la medicina ejerce como área de conocimiento científico-técnico y como profesión” (Mitjavila, 2016, p. 134). Este tipo de procesos fue crucial para el funcionamiento de dispositivos biopolíticos que operan desde el siglo XIX, generando procesos de higienismo del proletariado, medicalización del espacio urbano y en la construcción social de la familia (Mitjavila, 2016).

En palabras de Mitjavila (2016), “la medicalización a través del saber médico representa un campo propiamente socializador, en términos de legitimación de elementos de los universos simbólicos que integran un sistema de dominación” (p. 135).

Por tanto, la medicina produce saberes e interviene en la vida cotidiana de los usuarios (Mitjavila en Bentura, 2011), lo cual facilita identificar esta tendencia en su promoción de “hábitos como elemento central del cuidado” (Batthyány et al, 2014b, p. 43). Es posible pensar que las intervenciones que realiza la medicina en la vida familiar resten jerarquía a los cuidados que las familias brindan —cuidados cuya característica es ser trabajo no remunerado—.

Aproximación a los discursos de los técnicos de la policlínica Barrio Sur en torno a las maternidades, paternidades y los cuidados parentales de la salud infantil

En este apartado se realiza un acercamiento al primer nivel atención y la policlínica Barrio Sur, para luego analizar los hallazgos en torno a las representaciones sociales del cuidado parental en relación a la salud infantil desde la perspectiva de los técnicos de salud en la policlínica Barrio Sur.

Un acercamiento al primer nivel de atención

Teniendo en cuenta que la presente investigación se enfocó en las representaciones de los técnicos de la policlínica Barrio Sur, es necesario hacer un breve recorrido histórico del surgimiento del Primer Nivel de Atención.

En 1978 se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (APS) en Alma Ata —ciudad de Kazajistán—, donde se planteó la Atención Primaria de la Salud como estrategia para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a costos razonables para la población, mencionando la importancia de la acción intersectorial y descentralizada (Vignolo et al, 2011).

En Uruguay, en la década de 1990, la Intendencia de Montevideo comenzó a desarrollar un proceso de descentralización y fortalecimiento de los niveles departamentales y locales de gobierno, apareciendo los municipios como nuevos actores ocupando el rol de garantes de las decisiones sobre los asuntos colectivos del territorio (Intendencia de Montevideo, 2009). Este proceso de descentralización responde a la coyuntura neoliberal de 1990, donde la dimensión territorial adquirió relevancia a partir de las ausencias, básicamente las derivadas de la desestructuración del trabajo y de las protecciones sociales, lo cual provocó que se reterritorializaran los servicios (Baráibar, 2009).

En este contexto, con la asunción del Dr. Tabaré Vázquez a la Intendencia Municipal de Montevideo en 1990, las policlínicas municipales adquieren fuerza para dicha Intendencia. Estas policlínicas son gestionadas por la División Salud de la Intendencia de Montevideo. Las policlínicas municipales que forman parte del Servicio de Atención a la Salud (SAS) tienen como objetivo ser la puerta de entrada al sistema, para alcanzar el acceso universal a la salud de la población (Baráibar, 2009).

La policlínica Barrio Sur

La policlínica Barrio Sur, que se ubica en el barrio que le da el nombre, está en la dirección Av. Gonzalo Ramírez 1270 en el municipio B, Centro Comunal Zonal 1 (CCZ 1). Dicho barrio (limitado por las calles Canelones, Ejido, Andes y Rambla República Argentina) se caracteriza por tener un 20,9% de personas con al menos una Necesidad Básica Insatisfecha (NBI), y con una población entre 0 a 14 años con al menos una NBI, rodando entre 13,5% y 26,6% (Anexo 3) (Calvo et al, 2013).

Con respecto a la fecundidad, existe un porcentaje bajo de fecundidad (1,52), según el censo 2011 y la cantidad de madres de 15-19 años es de 2,8% (Varela et al, 2014). Cabe destacar que Barrio Sur se caracteriza por tener un bajo porcentaje de hogares nucleares con hijos (Anexo 4) y un alto porcentaje de hogares monoparentales femeninos (Anexo 5).

En relación a la cantidad de niños/as, se halla por debajo de los 500 habitantes menores de edad (Anexo 6), por tanto la cantidad de hogares con niños/as de 3 años o menos es menor a 10% (Batthyány et al, 2014).

La policlínica fue inaugurada en 1990 junto al Corralón Municipal, donde había funcionado una policlínica que luego fue clausurada. Dicha policlínica tiene como objetivo la “promoción y educación para la salud, control de salud con actividades preventivas, diagnóstico precoz, recuperación y rehabilitación” (Intendencia de Montevideo, 2021). Por lo tanto, todo aquel que esté afiliado a ASSE puede atenderse en la policlínica Barrio Sur, y recibir una atención integral con enfoque en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

En este centro de salud se encuentran los siguientes servicios: Medicina General, Odontología, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería, Nutrición, Partera, Psicología, Administración y Pediatría.

Caracterización de la población entrevistada

Se realizaron 6 entrevistas a técnicos de la policlínica Barrio Sur, cuatro mujeres y dos hombres.

Las especialidades entrevistadas trabajan directamente con la salud infantil, identificándose una doctora y residente en pediatría, un doctor en odontología, un licenciado en enfermería, una licenciada en nutrición y una doctora en medicina familiar y comunitaria.

La mayoría de los profesionales entrevistados tienen una trayectoria de inserción en la policlínica de aproximadamente 2 años, salvo el profesional en odontología que trabaja en dicho centro de salud desde 2007.

Las entrevistas fueron realizadas entre los meses de mayo y junio de 2022, período en el que también se realizó observación participante. En el ejercicio de observación se pudo identificar intervenciones en las carteleras (Anexo 7), en las que se veía a las madres concurriendo solas a las consultas pediátricas: el día 30 de mayo asistieron 2 mamás solas y el día 1° de junio 3 mamás solas. Solo una pareja heterosexual concurre a consulta pediátrica en conjunto.

Para profundizar sobre esta observación, en la pauta de entrevista se preguntó: “¿quiénes traen a los niños a la consulta?” Se buscaba averiguar si había padres que asistían a consulta con sus hijos/as. También se realizaron preguntas en torno a las maternidades y paternidades en la consulta de salud de niños y niñas, los abordajes institucionales en torno a la temática del cuidado de la salud infantil y las representaciones en torno a los cuidados, las maternidades y las paternidades.

En los siguientes apartados se analizan los datos hallados en las entrevistas (Anexo 8), para lo cual, fue necesario realizar un plan de análisis en un cuadro que permitió organizar el contenido relevado en las entrevistas e identificar en los discursos las distintas dimensiones a analizar: representaciones de las maternidades, representaciones de las paternidades, deber ser de las maternidades/paternidades, percepciones de la responsabilidad del cuidado, percepciones de las necesidades infantiles, rol de los técnicos de la salud y problemáticas intrafamiliares.

Feminización del cuidado

En este apartado se analizan las respuestas que demuestran una gran feminización de los cuidados articulando con las categorías del marco teórico.

Esto se observa en la mayoría de las respuestas dadas por los entrevistados que plantea que son las madres quienes llevan a los niños a consulta.

Esta presencia de las madres y ausencia de los padres en las consultas médicas está íntimamente vinculado con la división sexual del trabajo. Esto significa, retomando a Batthyány (2020), “que las relaciones de género son el principio organizador del trabajo, generando una distribución desigual de tareas entre varones y mujeres” (p. 12), atribuyendo

distintos roles a las mujeres y a los varones. Esto se visualiza cuando la Entrevistada 2 plantea que:

Gran parte de las mamás son amas de casa o no trabajan [...] El hombre se mantiene un poco que es como el que sale a trabajar, o este... hace changas. La mujer se queda más como a hacer el cuidado (Entrevistada 2, mujer, nutrición).

Por un lado, se visualiza que los varones son los encargados de proveer ingresos económicos a la familia correspondiéndole el espacio público, mientras que la mujer “se queda más como a hacer el cuidado” (Entrevistada 2, mujer, nutrición) en el espacio privado.

Yo eso todavía lo noto, en las familias que veo es lo que noto más. Pero bueno, después también... Hay algunas familias que los papás están los dos en la casa en búsqueda de [trabajo], pero no consiguen. Más bien el padre [está en la] búsqueda de [trabajo], pero no consigue changas o lo que fuere y bueno, viven con beneficios sociales ¿no? Con un presupuesto super acotado. (Entrevistada 2, mujer, nutrición)

Esto coincide con la categorización denominada «paternidad tradicional» de Batthyány y Scavino (2019), desarrollada en el marco teórico, la cual está caracterizada por padres que tienen un bajo involucramiento en las tareas de cuidados. Las autoras mencionan que la «paternidad tradicional» está conformada por un varón proveedor de ingresos, mientras que la madre se encuentra en el ámbito privado, realizando los quehaceres domésticos y el cuidado de los hijos/as, siendo esta categorización característica de las poblaciones vulnerables socioeconómicas.

Por otro lado, los roles de género establecidos tradicionalmente le atribuyen a los varones el poder racional y el económico como posición genérica que los nomine en tantos sujetos, y a las mujeres se las asocia con los cuidados de los otros y la sensibilidad, relegándolas a los afectos y al cuidado como posición genérica en la cultura (Burin, 2000):

Muchas veces son las encargadas también de las cocinas ¿no? Como que yo eso lo sigo viendo, ¿no? Veo pocos hombres encargados de llevar la alimentación, encargados de comprar... Por un lado, la ventaja es que la persona que cocina y que compra es la que viene a consulta pero bueno... por otro lado, se tendrían que involucrar un poco más todos ¿no? Sería la idea pero no es lo que se ve generalmente, lo que yo veo es diferente. O las abuelas también muchas veces están a cargo o muchas veces complementando con la mamá, la crianza. (Entrevistada 2, mujer, nutrición)

El hecho de que las abuelas también asuman los cuidados de sus nietos/as, reafirma el rol de cuidadoras adjudicado a las mujeres. Esto se visualizó en la práctica pre-profesional, realizada en la policlínica Punta de Rieles. Retomando los informes de la práctica pre-profesional en dicha policlínica, aparecen expresiones que dan cuenta de la misma feminización de los cuidados. En una oportunidad, cuando «se le consultó si sabía quién cuidaría a su hijo mientras daba la prueba y planteó que confía en una vecina que es su amiga» (Anexo 9). También se pudo observar que existe un mayor grado de confianza en la figura femenina para los cuidados: «Se le preguntó con quién dejaría a su bebé mientras vaya a los cursos y respondió que con su madre o la madre de su pareja, pero que con el padre del bebé no lo dejaría porque es “muy chico de mente”» (Anexo 9).

La diferencia radica en que Punta de Rieles y Barrio Sur son barrios con características distintas, ya que el primero tiene un porcentaje de 47,3% de personas con al menos una NBI mientras que el segundo se caracteriza por tener 20,9% de personas con al menos una NBI (Calvo et al, 2009). La doctora en Pediatría—que trabaja en las policlínicas Punta de Rieles y Barrio Sur— mencionó al finalizar la entrevista que ella percibe en el centro de salud de Barrio Sur una mayor presencia de padres, mientras que en Punta de Rieles identifica que las madres se hacen cargo solas de los cuidados, reproduciendo el modelo tradicional de la familia.

Retomando el foco en Barrio Sur, este barrio se ubica en la zona caracterizada por tener un bajo nivel de brecha en la tasa de empleo de mujeres y varones, oscilando entre 15,30 - 25,29% (Batthyány et al, 2014). Es fundamental aclarar que desde hace varias décadas se viene asistiendo a un gran crecimiento de la presencia de las mujeres en el mercado laboral, lo cual ha generado dificultades a las madres trabajadoras en compaginar “con éxito la actividad productiva y el cuidado de los hijos, el trabajo y la vida doméstica” (Scott, 1993, p. 100). Esto se hace visible en las consultas de la policlínica Barrio Sur, porque “cuando vienen los padres es porque o no hay madre o porque la madre trabaja, entonces vienen solos” (Entrevistada 1, mujer, medicina familiar y comunitaria).

De igual forma, quienes llevan los/as niños/as a las citas médicas son “generalmente, las mamás o a veces alguna abuela” (Entrevistada 2, mujer, nutrición). Esto está fuertemente influenciado por las características de las madres usuarias de la policlínica Barrio Sur: madres que se encuentran en situaciones de extrema vulnerabilidad, algunas viviendo solas con sus NNA en hogares de MIDES, porque “son de un nivel socioeconómico muy carenciado y no tienen otro lugar donde estar. En general, no trabajan y están ahí como de forma permanente” (Entrevistada 4, mujer, pediatría):

En esos casos de vulnerabilidad de los hogares no hay padres... Porque o están separados por violencia doméstica con intervención judicial, o los padres son ausentes, o nunca conocieron a sus padres. O sea, en esos casos que te describía de hogares del MIDES de mujeres con hijos no hay padres. (Entrevistada 1, mujer, medicina familiar y comunitaria)

También hay un “grupo grande, acá en la policlínica, de población migrante, que también hay muchos que están viviendo en situación de refugio también porque se vinieron y no encontraron dónde vivir” (Entrevistada 4, mujer, pediatría) o “que trabajan, que están en un apartamento o en una pensión junto con otros familiares que se habían venido antes” (Entrevistada 4, mujer, pediatría). Aun así las madres “generalmente son las que los llevan a la escuela, que se ocupan de traerlos a los controles, muchos niños tienen varios especialistas y los llevan a todos los especialistas, o sea, hay un gran trabajo no remunerado” (Entrevistada 2, mujer, nutrición). Desde la policlínica Barrio Sur se hacen intentos de problematizar la falta de involucramiento de los padres:

Lo que pasa que las que vienen son las mamás, intentamos siempre transmitir un poco de que hay que exigir o buscar otros brazos u otros cuidadores, que es así... Pero bueno, la mayoría de las veces los que vienen, los que nos escuchan son las mamás, esa es la realidad. (Entrevistada 4, mujer, pediatría)

Por tanto, la feminización de los cuidados sigue estando latente en la población que asiste a la policlínica Barrio Sur, lo cual implica que se siga reproduciendo la «doctrina de las esferas separadas» (Scott, 1993) que se caracteriza por la división sexual del trabajo como una división «natural».

El hecho de que los cuidados se hayan colocado en la agenda pública con el objetivo de transformar la división sexual del trabajo, no significa que hayan podido modificar las construcciones socioculturales de las maternidades y paternidades, porque retomando a Wright (1999), estas forman parte del proceso continuo de construcción de símbolos, en donde varones y mujeres con distintas posiciones luchan para que sus imaginarios resistan. Es decir, la cultura de la división sexual del trabajo es “como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya” (Bourdieu, 2000, p. 22) asignando el ámbito doméstico y de los cuidados a la mujer y el público al varón.

Deber ser de las maternidades y las paternidades

El deber ser hace referencia a las representaciones sociales, las cuales “constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa” (Araya, 2002, p. 11).

El deber ser de las maternidades y las paternidades de los técnicos de la policlínica Barrio Sur se distancia de las representaciones que existían al respecto en los siglos pasados (Badinter, 1981). Si en los siglos XVII y XVIII se consideraba que el niño no era un sujeto de cuidados, ahora por el contrario, la ausencia de cuidados es condenada, ya que la madre y el padre deben “tener las ganas [...] y preocuparse por eso para que [el niño] esté bien” (Entrevistado 5, hombre, enfermería). Lo contrario a ser un «buen» padre y una «buena» madre es la ausencia de cuidados o la negligencia, como menciona la entrevistada 1:

Todo lo que tiene que ver con lo vincular, intrafamiliar, incluida la violencia doméstica. Y dentro de la violencia doméstica en particular hacia los niños, más que la violencia, además de la violencia psicológica diría, pero más que la violencia física, está la negligencia. A veces por no saber o a veces por... bueno, porque hay algunos padres que están cursando algún tipo de situación. Hay algunas cosas que tienen que ver con dificultades de aprendizaje, y... muchas veces tienen que ver con estímulos, con que las familias no saben estimular el desarrollo neurológico, el desarrollo psicomotriz, la lectura, el habla... (Entrevistada 1, mujer, medicina familiar y comunitaria)

Por tanto, para los técnicos de la salud, ser madre y padre es preocuparse para que el hijo “crezca bien, que tenga todas las necesidades básicas satisfechas [...] me parece que es quien se hace cargo del niño en todos los aspectos” (Entrevistada 6, mujer, residente en pediatría). A su vez, enfatizan en que los cuidados parentales implican:

[El] desarrollo de supervivencia, digamos, alimentación, comida... lo más saludable posible. Frío, calor, abrigo. Y también tiene que ver con el afecto y la emocionalidad. O sea, todo el estímulo y toda la seguridad que les podamos dar a los niños en sus primeras etapas del desarrollo le va a permitir después ser un adulto independiente y que pueda desarrollarse en el área que quiera. Estimularle todas las áreas cognitivas para que él después pueda elegir, “me gusta la música”, “me gusta las letras”, “me gusta la ciencia”. Eso también son cuidados. Y no sobreproteger también es cuidado,

es de las cosas más difíciles como de contemplarlas (Entrevistada 1, mujer, medicina familiar y comunitaria).

El discurso de los técnicos de la salud pone el foco en que las madres y los padres deben brindarle “alimentación, afecto, cariño, seguridad, límites, ejemplos” (Entrevistada 4, mujer, pediatría) para que sus hijos/as se desarrollen plenamente. En este sentido, la centralidad del cuidado de las «buenas» madres y los «buenos» padres “está puesta en los aspectos sanitarios del cuidado: el garantizar la lactancia materna y la prevención de enfermedades” (Batthyány, Genta y Perrotta 2014b, p. 43).

Por tanto, desde el campo de la salud se considera que la etapa del desarrollo desde el nacimiento hasta los ocho años de vida es “fundamental en la formación del individuo y se relaciona a lo que será el desarrollo del capital humano de los países” (Lustemberg, 2014, p. 5).

De este modo, la institución salud considera a la familia como espacio privilegiado donde el individuo construye su identidad subjetiva, lo cual es fundamental para el desarrollo humano, tal como plantea De Jong (2001).

Entonces, la prevención en salud evita que los/as niños/as tengan experiencias perjudiciales “como el maltrato, la falta de estimulación y otras situaciones estresantes como problemas en la alimentación, ambientes familiares poco armoniosos y condiciones ambientales desfavorables” (Lustemberg, 2014, p. 6) debido a que estas situaciones impactan de manera negativa en el desarrollo.

Hay un programa que se llama Plan Aduana que lo llevan adelante los enfermeros, los licenciados y... hacen el seguimiento y llaman por teléfono para ver qué pasó, los vuelven a reagendar, si no vienen porque pasa algo hay que hacerles la visita. Está como pautado porque los tres primeros años de vida son como la base del desarrollo tanto físico como mental, intelectual, emocional... Y hay todo un programa para eso. (Entrevistada 1, mujer, medicina familiar y comunitaria)

Es por ello que los técnicos priorizan que los padres y las madres brinden condiciones «adecuadas» para que sus hijos/as se desarrollen y “tengan los cuidados que tienen que tener, la alimentación adecuada, la educación, los pilares... La recreación también... Esos pilares tienen que estar cubiertos para que el niño vaya bien” (Entrevistado 5, hombre, enfermería). Si “el niño está descuidado, me parece que la crianza un poco falla y ahí es cuando entramos nosotros” (Entrevistado 5, hombre, enfermería).

En este punto, las familias ocupan un lugar contradictorio entre el ámbito público y el ámbito privado, debido a que los técnicos de la salud «entran» en su vida prescribiendo prácticas «adecuadas», convirtiendo a la familia en el resultado de intervenciones de diversas instituciones sociales y políticas, que transmiten sus ideas dominantes sobre lo que es la familia (Jelin, 2000). Este lugar contradictorio que ocupa la familia entre el ámbito público y el ámbito privado genera tensiones entre el *deber ser* y el *ser* de las maternidades y paternidades, ya que se les explica a las familias las prácticas que deben realizar.

El problema radica en que existen diversos factores que no permiten alcanzar el imaginario de las maternidades y las paternidades que relatan los técnicos de la salud. Entre estos factores, se halla la familia como una organización social producto de múltiples condiciones sociopolíticas, económicas y culturales, que está atravesada por lo esperado socialmente, lo deseado por la familia y lo posible, tal como desarrolla De Jong (2001).

Lo esperado socialmente se visualiza en los discursos de los técnicos de la salud, quienes desde una postura familista, consideran que los padres y las madres deben “hacerse cargo, con hacerse cargo desde el amor, desde que te importe la vida del otro” (Entrevistada 2, mujer, nutrición). El deber ser de las maternidades y paternidades, para los técnicos de la salud, implica autocuidarse y pensar en “las cosas materiales, desde la cuna, desde la pareja” (Entrevistada 1, mujer, medicina familiar y comunitaria). Creen que “la educación parte de sus padres o del adulto que ellos tengan, bajo su cuidado. Y ahí, va a depender de una etapa fundamental y primaria de lo que en la casa le brinden” (Entrevistado 3, hombre, odontología).

La institución familiar es “vehiculadora de normas, valores, sistemas sociales de representación, desde donde construye su mundo, sus modos de interacción, que le dan sentido y un modo de entender las funciones y roles” (De Jong, 2001, p. 19). Estas funciones y roles se construyen según la posición que ocupen los miembros de cada familia en la organización social, debido a que esta institución es un producto histórico-cultural particular y singular (De Jong, 2001). Es necesario, por lo tanto, que se tenga en cuenta las particularidades de cada familia y que las organizaciones institucionales en su acción con familias no partan de los modelos que están instituidos socialmente:

Se pretende una homogeneidad de la organización familiar frente a la heterogeneidad de formas que esta adquiere. Esto genera muchas veces la pretensión de conversión de esa diversidad familiar en la homogeneidad del modelo esperado, lo que es imposible y genera muchas frustraciones a quienes intervienen en situaciones familiares de conflicto (De Jong, 2001, p. 22).

Siguiendo en la misma línea, otro factor que influye en que las familias no alcancen lo socialmente esperado es la ausencia de un Estado encargado del bienestar social, como se visualiza en el discurso de la Entrevistada 1, que plantea:

[Existe una gran] población carenciada, económicamente carenciada y culturalmente carenciada, que muchos vienen de hogares de MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) cercanos con niños. Tenemos varios hogares u hoteles del MIDES de madres con niños, que están solas. Esos son casos de alta vulnerabilidad, difícil de enfocar, difícil de entender porque no tenemos un equipo multidisciplinario acá que nos pueda ayudar... que nos pudiéramos dedicar a eso. Y las coordinaciones con el MIDES cada vez son más distantes, entonces bueno tampoco eso ayuda... (Entrevistada 1, mujer, medicina familiar y comunitaria)

El hecho de que el Estado esté cada vez más distante provoca que la familia se vuelva responsable de un bienestar que no puede sostener, “cuando no tiene mínimas garantías para la reproducción social de la vida porque hay también ineficiencia de las mediaciones institucionales que aporten a sostener las funciones que la familia ha desarrollado históricamente en la sociedad” (De Jong, 2001, p. 16). En este sentido, se refuerza la dependencia de los niños y las niñas a la familia, y se desresponsabiliza al Estado de suministrar recursos para el cuidado de estos, cuando este último tiene la obligación de proteger la condición de sujeto en desarrollo de todo niño y adolescente, como plantea el artículo 3 de la ley n° 17.823 del Código de la Niñez y la Adolescencia del Uruguay.

De esta manera, madres y padres asumen la responsabilidad de ser proveedoras de bienestar, de autoabastecerse y de cumplir con las funciones sociales establecidas pero no se considera que “cada familia responde a modos culturales particulares del sector o grupo del que forma parte, de las condiciones concretas que le toca vivir. No es un producto ideal, es un producto real, con frustraciones y realizaciones” (De Jong, 2001, p. 21-22).

Prescripción médica del deber ser

Continuando en la misma línea, se destacan las “funciones de control social que la medicina ejerce como área de conocimiento científico-técnico y como profesión” (Mitjavila, 2016, p. 134). La medicina se introduce en la vida cotidiana como agente socializador a través del saber médico. Esto se visualiza en el relato de la Entrevistada 1, la cual menciona que

Le vamos enseñando... el tiempo que nos de en la consulta ¿no? [...] Pero cuando vienen a consulta del control, según la etapa en la que están, les vamos sugiriendo a los padres o a las madres que hagan determinados estímulos en particular, ya sea en el desarrollo psicomotriz, de agarrar los lápices, de agarrar los cubiertos, de cantarles, de hablarles, de acariciarlos...de dejarlos que suban, que bajen, de... cómo se llevan... si ya están escolarizados o institucionalizados, que vayan al CAIF, que vayan... Tratamos de estimular más que nada eso. (Entrevistada 1, mujer, medicina familiar y comunitaria)

De acuerdo con Lasch (1996), la proliferación de intervenciones expertas sobre la vida privada de los individuos —un largo proceso histórico que se consolida en el siglo XIX— generó un desplazamiento de la familia, que perdió lugar en su función del saber hacer. Antes la vida doméstica era un refugio privilegiado capaz de proporcionar bienestar bajo su propia dirección. Ahora las familias le otorgan un lugar privilegiado al saber especializado de la medicina. Esto último se ve reflejado en la Encuesta de Representaciones Sociales del Cuidado (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013; Batthyány, Genta y Perrotta, 2014b), debido a que una cuarta parte de las madres le consultan a los profesionales de la salud sobre prácticas saludables.

Esta confianza de las madres en los profesionales de la salud se constituyó en el siglo XIX, cuando surgió la relación entre los agentes de la medicina y las madres para unir el saber experto y la ejecución del rol atribuido a la mujer (Donzelot, 2008). Una de las entrevistadas pone de manifiesto el papel socioeducativo que cumple la medicina, “se va contestando las preguntas que los padres nos plantean, brindando pautas de crianza [...] con consejos, sobre todo, abordar las dudas más puntuales de los padres” (Entrevistada 4, mujer, pediatría). De esta manera, se legitima la preeminencia del rol socioeducativo que tienen los técnicos de la salud porque las familias confían y obedecen a la medicina (Mitjavila, 2016).

Esta confianza y obediencia permite que la medicina se inmiscuyan en la vida familiar para que cambien los hábitos y “las actividades que estaban en manos de los individuos o de sus familias” (Lasch, 1996, p. 20-21):

Hay problemáticas relacionadas a lo económico y a veces a cómo se distribuye ese presupuesto [...] Entonces cambiar un poquito la derivación del presupuesto y mostrar cómo en realidad no sale más caro sino que puede salir hasta más barato. Y que el tiempo también es una variable que se puede controlar, que se puede usar en un momento de más tiempo. (Entrevistada 2, mujer, nutrición)

El hecho de que intervengan en cómo administrar el presupuesto familiar no solo refleja la confianza de la familia en la medicina, sino que demuestra la legitimidad de la medicalización del espacio social. Esta medicalización del espacio social genera “procesos generalmente asociados a transformaciones económicas, sociopolíticas y culturales de alcance societal” (Mitjavila en Ortega, 2016, p. 28). En este sentido, es posible identificar esa tendencia al control y a la regulación de la vida privada, por parte de las ciencias médicas. La regulación de la alimentación familiar es observable a través del siguiente fragmento de entrevista, donde indican “qué alimentos son convenientes, qué no, qué líquidos sí, qué bebidas sí, cuáles no; a los efectos de que, por lo menos, cuando son niños tratemos de no darle una dieta que pueda perjudicar su salud” (Entrevistado 3, hombre, odontología).

Los procesos de medicalización de la vida social constituyen un aspecto central de la modernidad [que genera intervenciones] en dominios de la vida de los individuos que anteriormente eran totalmente externos a la medicina y, con ello, permitiendo codificar en términos de salud/enfermedad comportamientos que permanecían en otras áreas de la vida social (Ortega, 2003, p. 27).

El campo de la salud, por tanto, se ha constituido históricamente como un espacio de poder. Los comportamientos de los agentes de la salud se sitúan en un campo de acción particular, que van moldeando las prácticas que llevan a cabo (Bourdieu en Bentura, 2011). La medicina, entonces, “como institución reivindica el monopolio de lo que tiene que ver con la salud y así todas las intervenciones médicas se tornan posibles, colonizando ampliamente la vida cotidiana de los individuos” (Ortega, 2003, p. 28).

Es así que la medicina interviene en la cotidianeidad de las familias “como un espacio instituido e instituyente de relaciones sociales más amplias, que no tienen que ver directamente o solamente con la enfermedad y con la demanda de su cura [...] sino en la posibilidad de su existencia” (Ortega, 2003, p. 28). Como se observó en la práctica pre-profesional, «se controla el nivel de desarrollo de los niños [...] Y se realizan talleres con las mamás, sobre educación [por ejemplo] talleres de lactancia, crecimiento, desarrollo, inmunizaciones, etc.» (Anexo 9).

Pautas de cuidados, se van anticipando cosas que van a pasar, aconsejando, siempre respetando lo que traen... la cultura. En pautas de crianza hay muchos ejes ¿verdad? Y a veces no existe una cosa correcta sino diferentes visiones y más de lo que uno trae ya de su cultura, su crianza anterior, sus abuelos. Se van como aconsejando sobre todo las cosas... ni qué hablar de la puesta de límites, la educación sin violencia, la

alimentación. La mayoría de las veces se van abordando cosas grandes: alimentación, sueño, crianza. Y luego es a propósito de preguntas o dificultades que están surgiendo con este niño en particular (Entrevistada 4, mujer, pediatría).

De cualquier manera, cada disciplina interviene en la vida cotidiana de las familias asumiendo distintas posturas porque “todos los agentes que interactúan en un campo tienen una posición relativa, de acuerdo a los recursos de que disponen y con los que pueden intervenir” (Bentura, 2011, p.8).

Con base en las entrevistas realizadas, se halló que cada técnico de la policlínica Barrio Sur se encuentra con distintas posturas dentro del campo de la salud. En el caso del entrevistado 3, este se muestra con una aparente postura neutral, sosteniendo que “trato de avocarme y de centralizarme en la patología bucal, en el cuidado de sus dientes y darle toda la información para mejorar o revertir la situación. Trato de no inmiscuirme en el campo familiar o personal de los pacientes” (Entrevistado 3, hombre, odontología). Cabe preguntarse si es eso posible, porque como plantea Lasch (1996), las intervenciones del saber experto y la modernidad “se inmiscuye en todo y destruye su privacidad” (p. 23).

La entrevistada 4, por su lado, se destaca por no posicionarse desde una postura etnocéntrica de la cultura, sino que ejercita la alteridad desde un relativismo cultural, ya que comprende y respeta las distintas formas de pensar, sentir, y comprender a la otredad (Grimson y Merenson, 2011). También se observa dentro de su discurso que la maternidad debería “ser elegida por uno y no muchas veces, impuesta, no deseada” (Entrevistada 4), lo cual reivindica el derecho de interrumpir voluntariamente el embarazo —que en nuestro país está amparado por la ley n°18987 de 2012—.

Las entrevistadas 1 y 2, al igual que el entrevistado 5, se posicionan desde una postura socioeducativa, ya que “más que nada encarar ahí el problema. Charlas de educación, qué jabón usar, cosas prácticas” (Entrevistado 5, hombre, enfermería).

Entonces, como plantea Bentura (2011), los agentes de la salud tienen distintos recursos para desenvolverse en el campo de la salud, lo cual genera que se configuren luchas de poder específicas.

Conclusiones

La presente investigación retomó inquietudes que surgieron en el marco del centro de práctica del “Proyecto Integral: Protección Social, Instituciones y práctica profesional”, implicando un desafío romper con el rol de estudiante y posicionarse como investigadora en la institución donde se desarrolló el proceso de práctica.

Los cuidados se han convertido en objeto de estudio desde las últimas décadas a nivel internacional y nacional. En este sentido, en el presente trabajo se optó por analizar las representaciones sociales del cuidado parental de la salud infantil desde la perspectiva de los técnicos de la salud de la policlínica Barrio Sur, para poder conocer desde qué definición de cuidados se posiciona cada disciplina y poder poner en diálogo los distintos saberes.

Desde una metodología cualitativa con un diseño descriptivo se llevaron a cabo entrevistas como técnica de recolección de datos para cumplir con los objetivos propuestos en la presente investigación. Dado que se entrevistaron a seis técnicos de la policlínica Barrio Sur, se puede resaltar que la muestra de análisis de la investigación no es representativa del campo de la salud, por lo que no se pueden realizar generalizaciones. También cabe señalar que hubo dificultades a la hora de realizar las entrevistas, porque se desarrollaron entre consultas con tiempos acotados.

Con respecto al objetivo general, se pudieron analizar las representaciones de los técnicos sobre los cuidados parentales de la salud infantil y aproximarse a las subjetividades e intersubjetividades de la muestra de análisis. Es destacable que analizar las representaciones sociales del cuidado permite conocer cómo estas atraviesan las intervenciones de los profesionales de la salud y desde qué lugar se posicionan en su práctica diaria.

En relación a los objetivos específicos, estos fueron cumplidos porque se conoció el deber ser de las maternidades y paternidades y también se identificaron las diferencias en los discursos entre las distintas disciplinas. Asimismo, se pudo acceder a los significados que los entrevistados le otorgan a las maternidades y paternidades, aunque se pudieron percibir ciertas dificultades para que ahondaran en una reflexión personal; hubo una prevalencia a que dieran respuestas caracterizadas por aspectos sanitarios sobre qué es ser madre y padre.

En este sentido, se observa que la población entrevistada espera que las maternidades y paternidades asuman las tareas de cuidados de manera equitativa, pero los relatos y la observación realizada demuestran otra realidad. Se visualiza una tendencia a que sea la mujer quien lleva a consulta a los niños/as, prevaleciendo la feminización de los cuidados en los consultorios diariamente. Esto está íntimamente relacionado con el rol de cuidadora que tiene

adjudicado por haber nacido mujer; la mujer (madre, abuela, tía, hermana, amiga, vecina, cuñada) como figura por excelencia de los cuidados.

Entonces, se puede reafirmar que las relaciones de género organizan la distribución desigual de las tareas entre varones y mujeres. La división sexual del trabajo ha generado desafíos para la sociedad uruguaya, que históricamente ha sido responsabilidad de las mujeres en el ámbito privado familiar, en las últimas décadas ha generado demandas al Estado en materia de leyes y políticas para mitigar esa desigualdad.

Cabe mencionar que el Sistema Nacional Integrado de Cuidados surgió como un modelo corresponsable de los cuidados entre la familia, el mercado, el Estado y la comunidad, con el objetivo de cambiar la tradicional división sexual del trabajo. La realidad es que más allá de que se haya colocado la problemática en la agenda pública, esta sigue siendo predominante.

Por tanto, si bien lo esperado por los entrevistados es que las tareas de cuidados se dividan de manera equitativa, se puede visualizar que las intervenciones en torno a lograr paternidades activas son escasas. Es posible pensar otras formas de maternidades y paternidades, pero para ello es imprescindible que los profesionales de la salud tengan en cuenta la heterogeneidad de formas que pueden adquirir las maternidades y paternidades, y así dar herramientas que permitan otras formas de distribuir el trabajo de cuidados.

Considerando que los técnicos de la salud son agentes de cambio que intervienen en la cotidianeidad de los usuarios de la policlínica, sería fundamental que se llevaran a cabo acciones que cuestionaran los roles de género adjudicados y procuraran mitigar esta desigualdad en la organización sexual del trabajo. Pero es importante señalar que, según lo relatado y observado, la dificultad de los técnicos para desarrollar acciones de promoción radica en la propia dinámica de trabajo en las policlínicas, que está conformada por la alta demanda de atención, consultas de máximo diez minutos y coordinación de citas médicas que tienen demoras de un promedio de un mes, lo cual dificulta el trabajo en cercanía y las intervenciones para la organización de las tareas de cuidados entre varones y mujeres. También existen obstáculos para que se desarrolle el trabajo en red con otras instituciones, debido a que este es cada vez más distante por falta de recursos en el territorio.

De este modo, sería imprescindible que hubiera profesionales del campo social en todas las policlínicas municipales en modalidades de contrato estables —en la policlínica Barrio Sur no hay licenciados ni pasantes de Trabajo Social entre los integrantes del equipo— para facilitar las intervenciones sobre otras maternidades y paternidades posibles.

Otro aspecto importante a resaltar es que, si bien en Barrio Sur el porcentaje de NBI es menos de la mitad (20,9%) comparado con Punta de Rieles (47,3%), las usuarias de la policlínica, caracterizadas por los técnicos entrevistados, son mujeres que se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad, destacándose la problemática de la migración y la problemática de la violencia basada en género. Con respecto a los varones caracterizados por los técnicos, en su mayoría son personas con trabajos precarios, que realizan “changas”, y al igual que las mujeres se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad y son migrantes, visualizándose una fuerte construcción de la masculinidad hegemónica.

Una cuestión que resulta llamativa es que la pediatra de Barrio Sur mencione que este último barrio se identifica por una mayor presencia de los padres, cuando los relatos poco demuestran esto.

En relación a esto último, sería interesante realizar una investigación comparativa en torno a las distintas configuraciones de las maternidades y paternidades en Punta de Rieles y Barrio Sur, teniendo en cuenta que son barrios con distintas características.

Para concluir, teniendo en cuenta que para el Trabajo Social —como plantea el artículo 43 del Código de Ética Profesional del Servicio Social o Trabajo Social en el Uruguay— tomar una postura investigativa activa sobre las problemáticas sociales contribuye en la producción de nuevos conocimientos de los fenómenos sobre los que se interviene, resultaría interesante evaluar cómo ha influido la creación del SNIC en la organización de las tareas de cuidado, para futuras líneas de investigación. También sería importante caracterizar los cambios en la masculinidad hegemónica y explorar las paternidades involucradas con las tareas de cuidados, indagando sobre los factores que influyen, con el fin de poder transformar la división sexual del trabajo.

Bibliografía

- Aguirre, R. (2009). Las bases invisibles del bienestar social: el trabajo no remunerado en Uruguay. Udelar, UNIFEM, INMUJERES, INE, Montevideo, Uruguay. Recuperado de:
<https://www.ine.gub.uy/documents/10181/35456/Libro+Las+bases+invisibles.pdf/54ce0b10-cbf7-492a-a452-05f344cf7e89>
- Aguirre, R. (2020). Cuidado y género en Uruguay: un campo de investigación sociológica e intervención social en construcción. en Batthyány [coord] et al. Miradas latinoamericana a los cuidados. (p. 93-105). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México DF: Siglo XXI, 2020.
- Amorín, D. (2007). Adulthood and masculinity: an investigation from an evolutionary and gender perspective. Recuperado de:
[.https://instituciones.sld.cu/genero/files/2012/12/Informe-Adulthood-and-Masculinity.pdf](https://instituciones.sld.cu/genero/files/2012/12/Informe-Adulthood-and-Masculinity.pdf)
- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). San José, Costa Rica.
- Badinter, E. (1981). ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal Siglos XVII al XX. Barcelona: Paidós: Pomaire, 1981.
- Baráibar, X. (2009). Tan cerca, tan lejos: Acerca de la relevancia “por defecto” de la dimensión territorial. En Fronteras N°5. (p. 59-72). Facultad de Ciencias Sociales, DTS.
- Batthyány, K; Cabrera, M. (coords.) (2011). Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales: apuntes para un curso inicial. Departamento de Publicaciones. Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR). Udelar. Montevideo, Uruguay.

- 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, Uruguay. MIDES.
- Batthyány, K. [coord.] et al. (2014). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay: Desigualdades de género en Uruguay. Fascículo 5. Editorial Trilce. Unidad Multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales.
- Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2014a). 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: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/cuidados-remunerados-salud>
- Batthyány, K. Genta, N. y Perrotta, V. (2014b). La dimensión de género en el saber experto en cuidado infantil. Psicología, Conocimiento y Sociedad. (p. 33-58). Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia>
- Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2017). El aporte de las familias y las mujeres a los cuidados no remunerados en salud en Uruguay. (p.187-213). Estudios Feministas, Florianópolis.
- Batthyány, K. y Scavino, S. (2017). División sexual del trabajo en Uruguay en 2007 y 2013. Tendencias en los cambios y en las permanencias de las desigualdades de género (p. 121-142). Revista Austral de Ciencias Sociales.
- Batthyány, K. y Scavino, S. (2019). Caminos hacia la corresponsabilidad: los varones en el cuidado infantil en Uruguay.
- Batthyány, K. (2020). Miradas latinoamericanas a los cuidados. en Batthyány [coord.] et al. Miradas latinoamericanas a los cuidados (p. 11-52). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México DF: Siglo XXI, 2020.

- Bentura, C. (2011). *Salud y Trabajo Social: ¿un campo envejecido?* Saarbrücken: Editorial Académica Española, 2011.
- Borderías et al (2011) *El trabajo de cuidados: Historia, teoría y políticas*. Los Libros de la Catarata. España.
- Botero, P. (2008). *Representaciones y ciencias sociales: una perspectiva epistemológica y metodológica*. Buenos Aires. Espacio Ed.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona, España: Anagrama. Recuperado de:
<https://www.ocac.cl/wp-content/uploads/2015/01/Pierre-Bourdeu-La-dominaci%C3%B3n-masculina.pdf>
- Burin, M. (2000). *Construcción de la subjetividad masculina en Burin, M; Meler, I. Varones: género y subjetividad masculina*. (p. 123-147). Paidós. *Psicología Profunda*
- De Beauvoir, S. (2018). *El segundo sexo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Debolsillo. 18° edición.
- Calvo, J. [coord.] et al. (2013). *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay: Las Necesidades Básicas Insatisfechas a partir de los Censos 2011*. Fascículo 1. Editorial Trilce. Unidad Multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales.
- Carballeda, A. (2020). *Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19 en Gambina, J. [et al] Palabras Urgentes. Dossier sobre Trabajo Social y Covid-19*. La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2020. Recuperado de:
- Carrasco, C. (2013). *El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía*. en Cuaderno de Relaciones Laborales. Vol. 31, Núm. 1 (2013) p. 39-56. Barcelona.

- Claramunt, A. (2009). El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad. en Revista Fronteras. (p. 91 – 104). DTS - FCS, 2009 N°5, mayo 2009.
- Connell, R. (2003). Masculinidades. Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinación Humanidades.
- De Jong, E. (2001) La familia en los albores del nuevo milenio. Buenos Aires: Espacio.
- Donzelot, J. (2008). La policía de las familias. Familia, sociedad y poder. (p. 19-52). Buenos Aires. Nueva Visión. Cap. 2 La conservación de los hijos.
- Garrido, A. y Vega, R. (1995). La demanda de trabajo no remunerado generada por el cuidado de la salud de los niños. en Política y Sociedad. p. 139-149. Madrid, España.
- Grimson y Merenson (2011). Antropología ahora: debates sobre la alteridad. Buenos Aires: Siglo XXI, 2011.
- Güida, C. et al (2007). De paternidades y exclusiones: el lugar de los varones en sectores de pobreza extrema. Naciones Unidas. Trilce Ediciones.
- Hernández, A. (2009). El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. en Rev. Gerenc. Polit. Salud. Bogotá ,Colombia. p. 173-185, junio-diciembre de 2009.
- Jelin, E. (2000). Pan y afectos. La transformación de las familias. Brasil. Ed. Fondo de Cultura Económica. p. 11-37, 83-111 y 120-12
- Lagarde, M. (1999) Acerca del amor. Las dependencias amorosas. Asociación Dones Jones, Valencia. Archivo
- Lasch, C. (1996). Refugio en un mundo despiadado: reflexión sobre la familia contemporánea. Barcelona: Gedisa, 1996.

- Lustemberg, C. (2014). La infancia primero. Hacia un sistema integral de protección a la primera infancia. Uruguay +25. Documento de Trabajo n°8.
- Manterola, C.; Otzen, T. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. (p. 227-232). Int. J. Morphol.
- Mitjavila, M. (2016). Sobre o papel da autoridade cultural da profissão médica nos processos de medicalização da vida. En Vigiar e medicar. (p. 133-145). Estratégias de medicalización da infancia. [Traducción propia]
- Oberti, P. (2015). El estudio de las representaciones sociales como aporte para las intervenciones profesionales “. Revista Fronteras No 8, Montevideo.
- Olavarría, J. (2000a). De la identidad a la política: masculinidades y políticas públicas. Auge y ocaso de la familia nuclear patriarcal en el siglo XX. en Olavarría, J. y Parrini, R. Masculinidad, Identidad. sexualidad y familia. Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad. (p. 11-28). Santiago. Chile: FLACSO-Chile/Universidad.
- Olavarría, J. (2000b). Ser padre en Santiago de Chile. en Norma Fuller (ed), *Paternidades en América Latina Pontificia*. (p. 129-173).Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. 2000.
- Ortega, E. (2003). El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Tesis de maestría. Facultad de Ciencias Sociales, DTS, Montevideo, Uruguay. Recuperado de: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7647/1/TMTS_OrtegaElizabeth.pdf
- Palomar, C. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. Revista de Estudios de Género. La ventana, núm. 22, 2005, (p. 35-67). Universidad de Guadalajara Guadalajara, México
- Perrotta, V. (2020). Género y políticas de cuidado en Uruguay: ¿avanzando en una relación virtuosa? en Batthyány, K. [coord.] et al. Miradas latinoamericanas al cuidado. p.

187-231. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México DF: Siglo XXI, 2020.

Salgado Lévano, A. (2007). Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. (p. 72-78). Recuperado de: <http://cielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13pdf>

Sautu, R. et al (2005). Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de objetivos y elección de la metodología. Recuperado de: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/metodos/RSPrologo.pdf>

Scavino, S. (2017). Familismo soportado y feminización de las estrategias de cuidado en salud: desafíos persistentes para la equidad de género y el ejercicio del derecho al cuidado. Tesis de Maestría, FCS. Montevideo, Uruguay.

Scott, J. (1993). “La mujer trabajadora en el siglo XIX”. en Duby, G. y Perrot, M. *Historia de las mujeres en Occidente*. (p. 99-129). Taurus Edición. Madrid, España.

Varela, C. [coord.] et al. (2014). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay: La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): Desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo. Fascículo 3. Editorial Trilce. Unidad Multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales.

Vignolo, J. et al (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna 2011; XXXIII (p. 11-14). Prensa Médica Latinoamericana. Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2011/vol33/no1/3.pdf>

Wright, S. (1999) “La politización de la cultura” En: Boivin, Rosato, Arribas. Constructores de otredad. Buenos Aires, Eudeba.

Fuentes documentales

Código de Ética profesional del Servicio Social o Trabajo Social en el Uruguay (2001). Montevideo: Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (ADASU).

Intendencia Municipal de Montevideo (1991). “Entre Vecinos “Por Nuestra Salud”: Dos años de tarea”.

Intendencia Municipal de Montevideo (2009), “Montevideo como te quiero: la vía montevideana de presupuesto participativo”. Montevideo: IMM

Páginas web consultadas

IMPO (2020). Sistema de Cuidados. La ley en tu lenguaje. Recuperado de:
<https://www.impo.com.uy/sistemadecuidados/>

Intendencia de Montevideo (2021). Policlínica Barrio Sur. Recuperado de:
<https://montevideo.gub.uy/institucional/dependencias/policlinica-barrio-sur>

Ley n° 18987. Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley del aborto. Recuperado de:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012#:~:text=%2D%20La%20interrupci%C3%B3n%20voluntaria%20del%20embarazo,primeras%20doce%20semanas%20de%20gravidez.>

Ley n° 19161. Modificación del subsidio por maternidad y fijación de subsidio por paternidad y subsidio para cuidado del recién nacido. Recuperado de:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19161-2013>

Ley n° 19353. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Recuperado de:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015#:~:text=%2D%20La%20presente%20ley%20tiene%20por,e%20implementaci%C3%B3n%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas>

Anexos

Anexo 1: Pauta de entrevista

Pauta de entrevista

1. Características de las/os entrevistada/os

- Género
- Puesto de trabajo/profesión
- ¿Hace cuánto trabajas en la policlínica Barrio Sur? ¿Cuántas horas semanales trabaja en dicho centro de salud?

2. Preguntas sobre la dinámica institucional en la consulta de salud de niños y niñas

- ¿Quiénes traen a los niños a la consulta? Averiguar si hay padres presentes en el control de salud de sus hijos/as
- Según la disciplina:
 1. Pediatría/Médica de Familia: ¿Cuál es la frecuencia indicada para el control pediátrico? ¿Suele cumplirse esa frecuencia?
 2. Enfermería y Trabajo Social: ¿Cuál es la frecuencia indicada para el control del programa de apoyo alimentario y programa aduana? ¿Suele cumplirse esa frecuencia?
 3. Vacunador: ¿Cuál es la frecuencia indicada para el plan de vacunas? ¿Suele cumplirse esa frecuencia?
 4. Odontología: ¿Cuál es la frecuencia indicada para el control bucal pediátrico? ¿Suele cumplirse esa frecuencia?
 5. Psicología: ¿Asisten niños a consulta psicológica? ¿Son derivados? ¿Quiénes los acompañan?
- ¿Cuáles son los motivos más comunes de la consulta? (Cuál es la mayor preocupación)

3. Preguntas sobre las maternidades y paternidades en la consulta de salud de niños y niñas

- ¿Qué temas/preguntas/problemáticas surgen en las consultas de los niños? (familiares, económicas, habitacionales, etc)
- En el consultorio/en la visita domiciliaria, ¿cuáles son las características de las madres usuarias de la policlínica Barrio Sur? ¿Y cuáles son las características de los padres usuarios de la policlínica Barrio Sur?

Averiguar: composición familiar; problemáticas familiares (con mayor foco en el cuidado de la salud infantil); situación económica

4. Preguntas sobre los abordajes institucionales en torno a la temática del cuidado de la salud infantil

- ¿Cómo se trabaja el cuidado de la salud infantil en el consultorio/las visitas domiciliarias?
- ¿Hay reuniones o talleres multidisciplinarios para abordar las temáticas de los cuidados de la salud infantil? ¿Lo trabajan en los consultorios/visitas domiciliarias? ¿Cómo se realiza dicho abordaje?
- ¿Se trabaja la corresponsabilidad (parental) del cuidado de la salud infantil en la policlínica? ¿Cómo se aborda?

5. Preguntas sobre las representaciones en torno a los cuidados, las maternidades y las paternidades

- ¿Qué son los cuidados para ti? ¿Qué significa para ti los cuidados de salud infantil?
- ¿Qué es ser madre/padre para ti? ¿Cuáles consideras que son las responsabilidades de una madre? ¿Cuáles de un padre?

Anexo 2: Consentimiento informado

Consentimiento informado

Por la presente, me dirijo a los y las funcionarios/as de la policlínica Barrio Sur para invitarlos a que brinden sus testimonios a través de entrevistas de carácter anónimo. Estas entrevistas se enmarcan en la investigación «El cuidado parental de la salud infantil desde la perspectiva de la Policlínica Barrio Sur» del Trabajo Final de Grado de la licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) de la Universidad de la República (UdelaR) de la estudiante Carolina Maceira.

A través de estas entrevistas se buscará conocer cómo se desarrolla el cuidado parental de la salud infantil desde la perspectiva de los funcionarios que trabajan directamente con madres y padres. Las entrevistas serán realizadas por Carolina Maceira, de forma individual y grabadas, con el fin de desagregarlas y realizar un análisis del contenido. Dichos testimonios recabados se encontrarán en el Trabajo Final de Grado, por lo que serán leídos por docentes y también quedará a disposición de la Facultad de Ciencias Sociales, por lo que es importante asegurar a los/as entrevistados/as que no serán identificados/as.

Si está de acuerdo con ser entrevistado en las condiciones mencionadas y está conforme con la información recibida acerca del estudio, se solicita que firme este documento en dos vías. Se le proporcionará una copia, quedando otra en posesión de la responsable de la investigación.

Se agradece el interés y colaboración en la investigación.

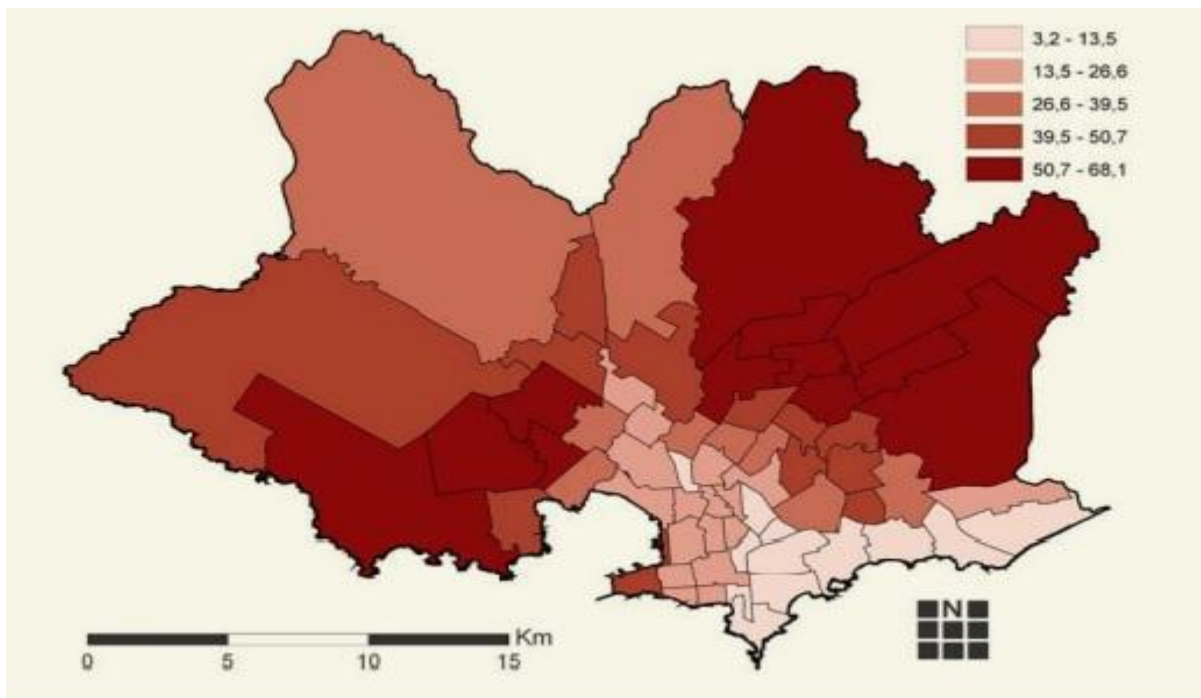
Datos de quien acepta participar del estudio:

Nombre: _____

Firma: _____

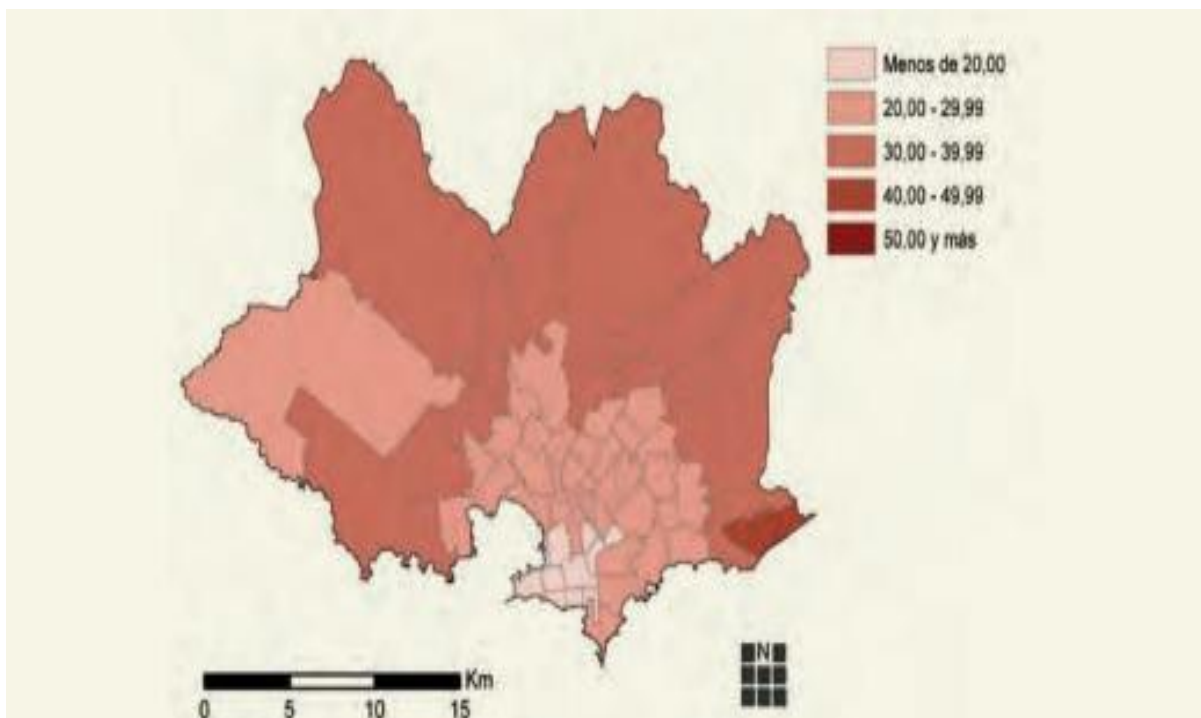
Fecha: _____

Anexo 3: Necesidades Básicas Insatisfechas por barrio en Montevideo



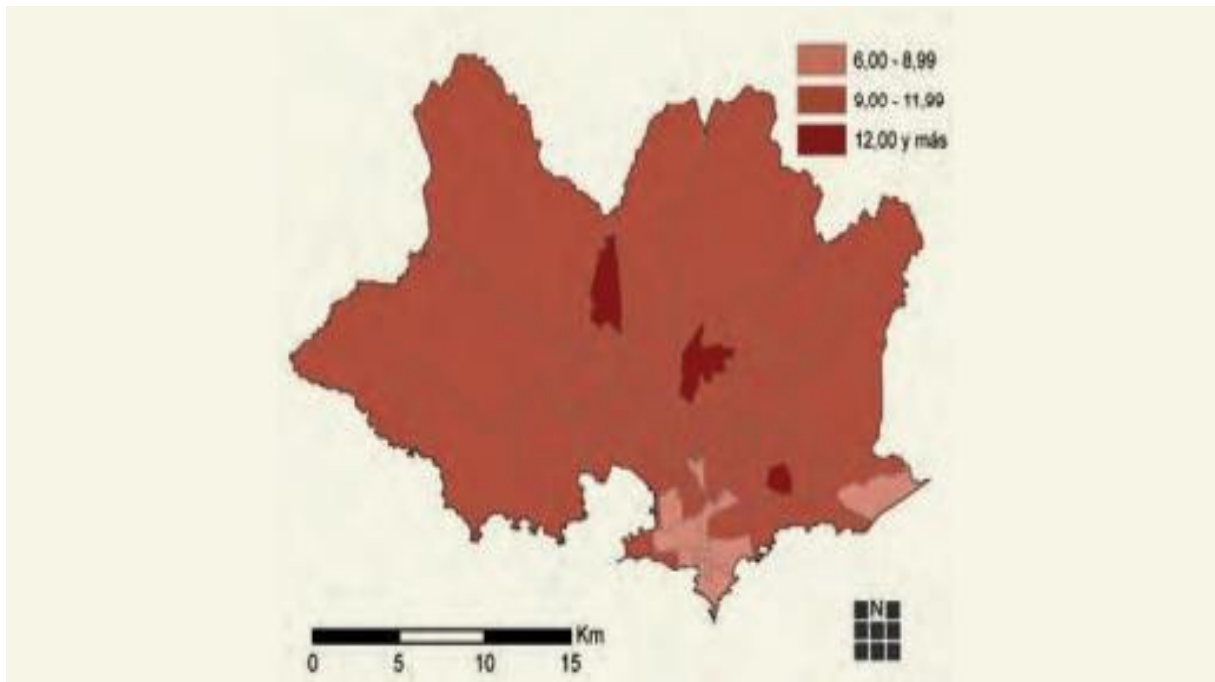
Fuente: Calvo, J. [coord.] et al. (2013). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay: Las Necesidades Básicas Insatisfechas a partir de los Censos 2011.

Anexo 4: Hogares nucleares por barrio en Montevideo



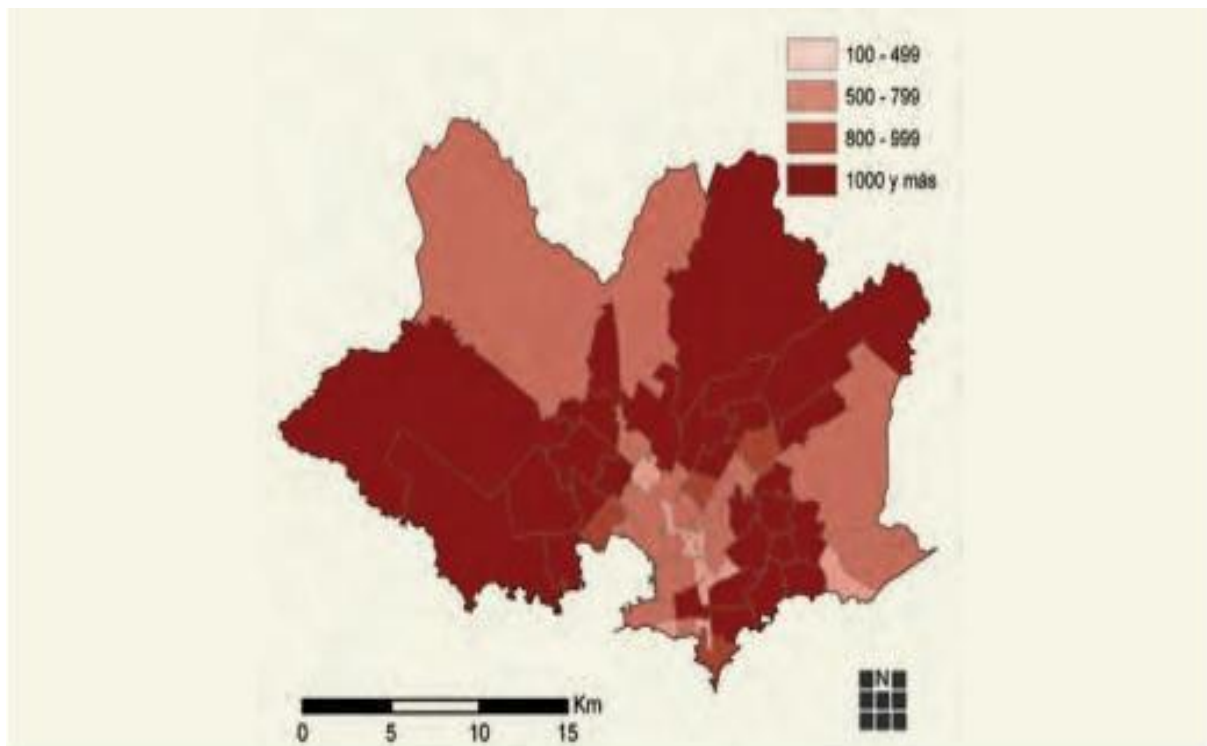
Fuente: Batthyány, K. [coord.] et al. (2014). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay: Desigualdades de género en Uruguay.

Anexo 5: Hogares monoparentales femeninos por barrio en Montevideo



Fuente: Batthyány, K. [coord.] et al. (2014). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay: Desigualdades de género en Uruguay.

Anexo 6: Cantidad de niños por barrio en Montevideo



Fuente: Batthyány, K. [coord.] et al. (2014). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay: Desigualdades de género en Uruguay.