Estudios/
Investigaciones

Salud, enfermedad, atención y cuidados

Miradas desde las ciencias sociales

Licia Pagnamento
(compiladora)

EDICIONES DE LA FaHCE

Facultad de Humanidades
y Ciencias de la Educación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Salud, enfermedad, atención y cuidados

Miradas desde las ciencias sociales

Licia Pagnamento
(compiladora)

Facultad de Humanidades
y Ciencias de la Educación

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

2021

Esta publicación ha sido sometida a evaluación interna y externa organizada por la Secretaría de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata.

Diseño: D.C.V. Federico Banzato
Diseño de tapa: D.G.P. Daniela Nuesch
Editora por P. de Gestión Editorial y Difusión: Samanta Rodríguez
Imagen de tapa: Nadia Romero Marchesini

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723
©2021 Universidad Nacional de La Plata

ISBN 978-950-34-2048-5
Colección Estudios/Investigaciones, 77

Cita sugerida: Pagnamento, L. (Comp.). (2021). Salud, enfermedad, atención y cuidados: Miradas desde las ciencias sociales. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. (Estudios/Investigaciones ; 77). Recuperado de https://www.libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/184

Licencia Creative Commons 4.0 Internacional
(Atribución-No comercial-Compartir igual)

Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Decana
Ana Julia Ramírez

Vicedecano
Mauricio Chama

Secretario de Asuntos Académicos
Hernán Sorgentini

Secretario de Posgrado
Fabio Espósito

Secretario de Investigación
Juan Antonio Ennis

Secretario de Extensión Universitaria
Jerónimo Pinedo

Prosecretaria de Gestión Editorial y Difusión
Verónica Delgado

Índice

Prólogo 7

Vaivenes y heterogeneidades en la estrategia participativa
de las políticas en salud en el primer nivel de atención
del municipio de La Plata
Licia V. Pagnamento 11

Trayectorias de atención: de la autoatención a la consulta
biomédica. Un estudio antropológico de los problemas
respiratorios infantiles
Diana Weingast 63

Envejecimiento y políticas de cuidado
Karina Dionisi 107

Una aproximación al concepto de cuidado asistido
por el recurso nformático Atlas. Ti con énfasis en las prácticas
biomédicas y no biomédicas de autocuidado de la salud
Jimena Luz Coniglio 135

Hacer partos: representaciones, prácticas y disputas
en el campo profesional obstétrico platense
Belén Castrillo 187

Paternidades juveniles en barrios populares: la construcción de una tipología como metodología de análisis
Cintia Hasicic 239

Trayectorias terapéuticas travestis. Reflexiones a partir del análisis de un caso
Natalia Romero Marchesini 291

Acerca de las autoras 323

Prólogo

Este libro reúne resultados de investigaciones realizadas por un grupo de sociólogos/as y antropólogas sociales, y enmarcadas en proyectos acreditados y radicados en el CIMeCS-IdIHCS de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Los temas que se abordan son diversos, pero cuentan con un hilo conductor: el especial interés por considerar los procesos sociales referidos a la salud, la enfermedad, la atención y los cuidados. Esa es la clave que ha producido distintas aproximaciones a diferentes problemas que adaptan, repiensan y consideran, con diverso énfasis, algunos legados conceptuales de la medicina social latinoamericana así como los debates sobre y en la salud colectiva.

Cada capítulo (re)presenta o (re)configura resultados de investigaciones realizadas en la región de La Plata, provincia de Buenos Aires. Algunas se desarrollaron a lo largo de varios años y sus conclusiones preliminares han sido debatidas, compartidas y revisadas en distintas instancias de difusión y evaluación dentro del ámbito académico. Parte de esos resultados han integrado (o lo harán en breve) tesis doctorales cuyas versiones originales se encuentran disponibles en la página institucional de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En otros casos, los procesos de investigación son incipientes pero no por ello menores, y aportan insumos al debate sobre la salud, la enfermedad, la atención y los cuidados.

Los capítulos se presentan en dos grandes temas generales, uno referido a políticas en salud, procesos de atención y cuidados orientados

a sectores vulnerables (principalmente por condiciones de vida y por edad), y otro más vinculado a las relaciones de género y salud.

En el capítulo primero, "Vaivenes y heterogeneidades en la estrategia participativa de las políticas en salud en el primer nivel de atención del municipio de La Plata", la autora de estas líneas propone una reflexión sobre los procesos de construcción de políticas públicas en el ámbito de la atención primaria de la salud (APS), prestando especial atención al componente de la participación comunitaria a partir de un análisis de caso (Centros de Atención Primaria de la Salud del municipio de La Plata en el período 2015-2019).

En el capítulo segundo, "Trayectorias de atención: de la autoatención a la consulta biomédica. Un estudio antropológico de los problemas respiratorios infantiles", Diana Weingast reflexiona sobre diversas formas de atención a los padecimientos desde una perspectiva antropológica que recupera los desarrollos conceptuales de Eduardo Menéndez, tomando problemas respiratorios que la clasificación biomédica denomina Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB). Propone una aproximación a las maneras en que los sujetos y los grupos enfrentan sus padecimientos y enfermedades, que se relacionan tanto con condiciones económicas, políticas, técnicas y científicas, como con adscripciones religiosas y étnicas; y a partir de las cuales se da lugar a diferentes formas de cuidado y atención que pueden ser utilizadas de forma complementaria, aunque también pueden ser consideradas como opuestas y contradictorias.

Por su parte, en el capítulo tercero, "Envejecimiento y políticas de cuidado", Karina Dionisi presenta una consideración inicial acerca de los dispositivos que dan respuesta al cuidado y a la atención de los adultos mayores, especialmente de los que necesitan de la ayuda de terceros, y sobre los diseños programáticos de abordaje a esta temática elaborados e implementados en las instituciones dedicadas a la protección de aquellos.

En "Una aproximación al concepto de cuidado en ciencias sociales asistido por el recurso informático Atlas.Ti con énfasis en las

prácticas biomédicas y no biomédicas de autocuidado", capítulo de su autoría, Jimena Coniglio invita a un recorrido sobre el concepto de "cuidado" en las ciencias sociales. Para ello, propone revisar la presencia de la extensión semántica en la producción académica del campo de las ciencias sociales en las últimas dos décadas. Con un abordaje metodológico cualitativo, el estudio se realiza desde una perspectiva marcadamente inductiva, utilizando la herramienta para el análisis cualitativo de datos Atlas.Ti.

El texto de Belén Castrillo en el capítulo quinto, "*Hacer partos*: representaciones, prácticas y disputas en el campo profesional obstétrico platense", propone una indagación sobre las representaciones y prácticas de médicas obstetras y parteras en la atención de los procesos de embarazo y parto (PEP). Este recorte permite a la autora profundizar en algunos hallazgos de su investigación sobre las experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud en torno a las intervenciones médicas en los PEP.

El capítulo sexto, "Paternidades juveniles en barrios populares: la construcción de una tipología como metodología de análisis", de Cintia Hasicic, presenta algunos hallazgos y consideraciones preliminares sobre los modos que asumen las experiencias de paternidad(es) de los jóvenes en barrios populares, basados en el trabajo de campo realizado en un barrio de la periferia platense. El trabajo contribuye a la comprensión de un fenómeno social que, a pesar del aumento de investigaciones en la temática, requiere de nuevas indagaciones para comprender las paternidades de jóvenes, especialmente en contextos vulnerables.

Cierra este volumen el capítulo de Natalia Romero Marchesini titulado "Trayectorias terapéuticas travestis. Reflexiones a partir del análisis de un caso", en el cual apunta a describir y analizar la configuración de una trayectoria terapéutica con el fin de conocer de qué manera se lleva a cabo el mantenimiento de la salud y los diferentes modos de atención y cuidados a padecimientos, enfermedades y ma-

lestares asociados a la experiencia de modificación corporal en una persona trans. Para ello, la autora recurre a la técnica metodológica de historia de vida por relato único.

Licia Pagnamento
La Plata, 2019

Vaivenes y heterogeneidades en la estrategia participativa de las políticas en salud en el primer nivel de atención del municipio de La Plata

Licia V. Pagnamento

Introducción

Este trabajo propone una reflexión sobre los procesos de construcción de políticas públicas en el ámbito de la atención primaria de la salud (APS). Reciben especial atención aquellas que en su definición y/o implementación incorporaron, de alguna manera, acciones participativas. Esa reflexión se asienta y recupera los resultados de un análisis de caso construido tomando como referencia el primer nivel de atención en el municipio de La Plata.[1] En términos metodológicos, se trabajó con un enfoque cualitativo orientado a la comprensión de fenómenos sociales. Se realizaron 44 entrevistas en total (de las cuales se reproducen en este texto algunos mínimos fragmentos) a personal profesional y no profesional de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), funcionarios en ejercicio y de gestiones anteriores, y se consultaron documentos oficiales de acceso público.

[1] Los trabajos empíricos en los que se basa este trabajo corresponden a las tesis de Maestría (Pagnamento, 2007) y Doctorado (Pagnamento, 2017) cuyas referencias se incluyen en la bibliografía.

Para este capítulo se recuperó y articuló una parte de los resultados de ambos trabajos de investigación referidos a la política local en salud. Se procuró trazar una suerte de panorama de mediano plazo recortando el momento en el que la APS adquirió paulatina —aunque fluctuante— importancia a inicios de la década de 2000, hasta una suerte de cierre de ciclo producido entre 2015 y 2019, en el que quedó reducida a su mínima expresión[2].

Es sabido que la APS se enuncia desde hace varios años como un eje significativo de las políticas públicas, y que ha supuesto —y supone— un conjunto de problemáticas que atañen tanto a su definición y delimitación como a su implementación. En particular, uno de sus componentes clave —la participación de la población— además de circunscribir la dimensión más abiertamente política de la APS, denota contradicciones y tensiones. Estas se reconocen tanto al examinar los estudios provenientes de las ciencias sociales, como en los diversos argumentos de los organismos internacionales y nacionales acerca de las deficiencias en la consolidación de la política en APS y de la estrategia de la participación en salud.

Por otra parte, la relevancia que de manera progresiva iba adquiriendo la APS en nuestro país sufrió un significativo cambio especialmente a partir de 2015, hecho que se constata con claridad en el progresivo desfinanciamiento del sector salud que repercute en el primer nivel de atención. Este proceso de desfinanciamiento abarca no solo al sector de la salud y las acciones que desarrolla, sino al conjunto de las políticas públicas orientadas al bienestar social, de tal manera que impactan directamente en las condiciones de vida y por ende en los procesos de salud-enfermedad-atención de los conjuntos sociales.

---

[2] Esto se evidencia en el nivel local, por ejemplo, en la falta de claridad y visibilidad de los lineamientos de las políticas públicas de salud: los soportes de difusión masivos de comunicación prácticamente carecen de información, de tal manera que aquella relevante queda por fuera de la posibilidad de una discusión pública.

Podría plantearse entonces que las políticas en APS, en particular en el nivel local, sufren vaivenes que impiden la consolidación de objetivos a largo plazo, pero si miramos más de cerca se visibiliza otro tipo de problemática: la propia heterogeneidad tanto de las acciones como de la manera en que se entiende la APS. La reflexión sobre las distintas problemáticas que atraviesan y constituyen a la política de salud en el primer nivel de atención plantea el desafío de desarrollar estudios de caso que permitan eventualmente construir un mapa mayor de experiencias distribuidas en distintos ámbitos geográficos y realidades sociales disímiles. Con este horizonte y realzando la importancia de analizar experiencias en el ámbito local, en trabajos previos (Pagnamento, 2007; 2017) se describieron las características más relevantes de las prácticas desarrolladas por el personal profesional y no profesional de centros de salud locales en el municipio de La Plata (provincia de Buenos Aires, Argentina), que dan forma concreta y cotidiana a la atención primaria de la salud —especialmente en lo que atañe a los procesos participativos— tomando un período que va desde principios de 2000 hasta 2015. Dicho espacio temporal engloba los intentos de redefinir la implementación de la APS local respecto de las experiencias previas. Por supuesto, este conjunto de acciones se enmarca, la mayor parte de las veces, en las incuestionadas políticas de salud en el primer nivel de atención, ligadas a la declamada relevancia que asume el plano de lo local. Esto podría considerarse particularmente visible sobre todo en lo relativo a la implementación, entendiendo que involucra recursos materiales y humanos en pos de seguir líneas políticas de acción explícitas, aunque también podrían incluirse otros derroteros más bien implícitos —e incluso "bifurcados" de las primeras— y construidos por los distintos sujetos en el marco de interrelaciones concretas. Es necesario asumir también que la instancia local no es la única que delimita el escenario de acciones, sino que se yuxtapone, articula o desarrolla junto con distintos programas y propuestas en la estrategia

del primer nivel de atención que se organizan y financian en el nivel nacional y/o provincial.

Dos planos emergen de lo analizado hasta el momento considerando el caso del municipio de La Plata, al recuperar la práctica concreta en cuanto escenario de la construcción cotidiana de la propia estrategia en APS por parte de los sujetos, o si se quiere, de algunos de sus protagonistas. Uno, relativo a las continuidades y regularidades que, identificadas en períodos temporales cortos, se sostienen en las diversas realidades regionales, según se desprende de distintos análisis (Morgan, 1993; Ruiz, 2007; Delgado Gallego et. al., 2005; Anigstein, 2008; Bloch et al., 1992; Ariovich y Jiménez, 2009; Wolhein et al., 2011; Ardila Gómez et al., 2012; Maceira et al., 2006; entre otros). Otro, referido a las divergencias que se construyen en el marco de tensiones y cambios, que parecieran minoritarias o no muy extendidas pero que sin embargo reflejan la dinámica propia de los procesos sociales (Cosovschi, 2006; Frankel, 1988; Bertolotto et al., 2011). Estos dos planos asumen una nueva relevancia en el marco del retorno de modelos neoliberales y conservadores que, desde hace unos años —en nuestro país, sobre todo a partir de 2015— redefinieron las políticas relativas al primer nivel de atención. El análisis de las dinámicas (continuidades y cambios) y peculiaridades de las experiencias locales ofrece una oportunidad para comprender no solo las singularidades, sino también la posibilidad de realizar aproximaciones comparativas.

Los objetivos de este trabajo pueden resumirse en dos grandes líneas. Por un lado, presentar las continuidades y regularidades considerando diversos casos y análisis realizados en nuestro país y en la región; y también recuperar las divergencias o atipicidades que, aun cuando parezcan minoritarias o no muy extendidas, permiten pensar en las potencialidades de cambio en la práctica concreta. Por otro lado, reflexionar sobre los problemas que enfrenta la estrategia de la APS pensada desde el sistema de salud y desde las acciones emprendidas por sus agentes, entendiendo que puede ser restringida o ampliada en

distintos contextos con enfoques teórico-ideológicos y acciones más o menos proclives a la defensa de derechos y a la mejora en las condiciones de vida de los sectores más desfavorecidos de la estructura social. Si asumimos que estas cuestiones son de importancia en la dinámica (histórica) de la estrategia de la APS, entonces pueden repensarse los problemas y las críticas que se formulan en forma de tensiones propias de los procesos sociales que le son constitutivos.

APS y participación: contextos para una estrategia

Reflexionar sobre la atención primaria de la salud y detenerse en uno de sus componentes más controvertidos requiere, como primera condición, indicar las coordenadas de esa reflexión. Por un lado, se considera fundamental referenciarla dentro del ámbito de las políticas sociales y de salud. Es que tanto las políticas sociales como, dentro de ellas, las políticas de salud, son constitutivas del proceso de producción y reproducción social, de tal manera que aquellos rasgos que se identifican como representativos de distintos momentos históricos, resultan una referencia ineludible al considerar las acciones desplegadas por distintos organismos del Estado para responder a aquello que se construye como un problema social y de salud. En la sociedad capitalista, las políticas sociales aseguran ciertas precondiciones socioestructurales para el mantenimiento y la reproducción de la fuerza de trabajo en el marco de las relaciones de fuerza en las que emergen las demandas e intereses contrapuestos de las dos clases fundamentales (Hintze, 1998; Topalov, 1979). Los gastos sociales (proyectos y servicios que además permiten mantener ciertos niveles de armonía social) son constitutivos de la función legitimadora del Estado, de forma tal que acumulación y gasto social se unen en un proceso contradictorio y dinámico. Es así que las políticas de salud han contribuido históricamente tanto al mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo como a asegurar ciertos grados de consenso y legitimidad en los distintos momentos en los que es posible distinguir cambiantes

correlaciones de fuerza entre las clases sociales. De esta manera, las características del sistema de atención médica así como las acciones que impactan en las condiciones de vida de la población —y por ende, en los procesos de salud y enfermedad— deben ser descriptos y analizados a la luz de los procesos sociohistóricos en los que se inscriben. Para nuestro país, pueden distinguirse distintos momentos en el modelo de acumulación, que suponen redefiniciones en las relaciones de fuerza sociales y consecuentemente en la organización del sistema de atención médica, la prestación de los servicios de salud y las políticas en salud (Belmartino y Bloch, 1985).

A partir de mediados de la década de los setenta, las transformaciones en el sistema de atención de la salud entran en sintonía con un modelo de sociedad con fuertes rasgos excluyentes. Con el golpe cívico-militar de 1976 se consolida una tendencia de desfinanciamiento de los servicios estatales de salud que, con recursos disminuidos, deben hacer frente a una demanda creciente relacionada con la transformación del aparato productivo y la crisis de las obras sociales (intervenidas y progresivamente desfinanciadas). Poco a poco se deja de lado la concepción de la salud como un derecho y se transforma en un bien de mercado, a la vez que se consolida la oferta de servicios de la medicina privada. A partir de la década de los 80 —y en especial en los 90— se cuestiona el papel subsidiario del Estado respecto del sistema de obras sociales (en particular la atención de afiliados en el sistema público), cuya capacidad financiera se ve afectada por el aumento de los costos, la caída del salario y la disminución de aportantes. Se ensayan fórmulas de reestructuración de los servicios públicos, entre las que sobresalen intentos de transformar la modalidad de gestión financiera de los hospitales (los Hospitales Públicos de Autogestión); se profundiza la transferencia de efectores nacionales a las jurisdicciones provinciales (conocida como descentralización hospitalaria y que se inicia a mediados de los 70); se implementan políticas focalizadas (es decir, dirigidas exclusivamente a ciertos grupos); se privatizan ser-

vicios asociados a la atención médica en los hospitales; se estancan los salarios de los profesionales y auxiliares. Se intenta, además, la desregulación de las obras sociales, un proceso que encuentra la resistencia del sindicalismo pero que concluye con la ampliación de la participación del sector privado en el sistema de cobertura de salud de los asalariados (Belmartino y Bloch, 1985). Con la inflexión de la crisis de 2001, y frente a una sociedad con mayores grados de inclusión asociados al incremento del empleo y la ampliación del mercado de trabajo, el cuestionamiento de los modelos neoliberales ensayados en las décadas previas y la recomposición del rol del Estado, se reivindica el papel de rectoría del Ministerio de Salud en el nivel nacional (articulación de intervenciones y desarrollo de lineamientos generales a través de programas nacionales), se desarrollan o continúan políticas tendientes a garantizar el acceso a los medicamentos, se impulsa a la prevención y promoción de la salud y medidas en torno a la salud sexual. Sin embargo, visto el panorama general, no se puede afirmar que se introdujeran cambios significativos en el área de la seguridad social, ni respecto de las líneas de desarrollo de la medicina privada y la mercantilización de la medicina (Belmartino y Bloch, 1985; Acuña y Chudnovsky, 2002; Alonso y Di Costa, 2013).

Este breve recorrido permite delinear el contexto en el que podemos ubicar a la atención primaria y entonces, a partir de él, inscribir la discusión sobre la participación en salud. Ahora bien, al revisar las experiencias que aluden a la participación comunitaria en el ámbito latinoamericano se puede entrever el lugar asignado a esta en el área de la salud. Hacia la segunda mitad de la década de los 50 y durante los 60, en los países latinoamericanos y en el marco de los procesos de industrialización, las políticas sociales incorporaron la temática de la participación partiendo del supuesto de que los valores tradicionales de la población rural y de los sectores pobres urbanos constituían un obstáculo para el desarrollo y la industrialización. En general, la organización comunitaria apareció en Latinoamérica como la respuesta

a la necesidad de introducir cambios de valores y asegurar el éxito de los programas de autoayuda, que permitirían bajar costos extrayendo trabajo no retribuido en un programa modernizador que buscaba reemplazar las instituciones tradicionales por otras formas organizativas signadas por el autoritarismo, la centralización y la justificación de las desigualdades (Ugalde, 1985; Cardelli y Rosenfeld, 1998).

En el campo de la salud, con anterioridad a la conferencia de Alma Ata de 1978, la participación comunitaria fue reivindicada por sectores que abarcaron un amplio espectro ideológico. Los primeros intentos de promoverla datan sobre todo de los años 60, y básicamente consistieron en proyectos piloto o experimentales con el apoyo de iglesias, universidades y agencias de gobierno, que contaron en su mayoría con financimiento internacional. Estas primeras experiencias han recibido fuertes críticas que apuntan centralmente a la falta de respuesta a las demandas de la población, que recuperaban el plano político y colectivo de la salud (Ugalde, 1985).

En Argentina, el desarrollo de comunidades se institucionalizó a partir del año 1967 y los programas sociales priorizaron a las comunidades rurales y los grupos urbanos periféricos, todos ellos concebidos como marginados y con actitudes de resistencia al progreso económico y social (Cardarelli y Rosenfeld, 1998). Sin embargo, a diferencia de otros países latinoamericanos, la organización comunitaria no constituyó un eje central en la formulación de las políticas en salud.

A partir de la década del 70, en el marco de una fase recesiva de la economía mundial, comienza a producirse un proceso de reorganización económica que abarca tanto a los países desarrollados como a los dependientes. Paralelamente se asiste a un significativo impulso a la APS en el plano internacional. Se buscaba brindar una atención de la salud diseñada en particular para los campesinos y los pobres urbanos, en la cual los comités de salud y la participación comunitaria funcionaron como instrumentos de legitimación para una atención de baja calidad y baja complejidad pero que permitía abaratar costos (Ugalde,

1985; Fassler, 1979). Esta es la década en la que se produce la declaración de Alma Ata (1978), que pasará a operar como referente en las discusiones sobre salud por varias décadas, encarnando un proyecto al que se apelará con mayor o menor énfasis y que recibirá múltiples interpretaciones, en un mundo cargado no solo de desigualdades económicas sino de realidades políticas disímiles.

En los países latinoamericanos sumergidos en dictaduras, no resulta extraño que las acciones implementadas en el sector salud enfatizaran los componentes técnicos de la declaración de Alma Ata, y obturaran las posibilidades de discusión política. Pero incluso las acciones más técnicas que terminaron conformando la atención primaria en su cara más restrictiva, mostraron sus estrechos límites frente a los crecientes procesos de desigualdad, evidenciando las limitaciones de las políticas de salud que la impulsaron durante períodos dictatoriales.

En la Argentina, a partir del golpe de 1976 comenzó un proceso cuyo objetivo fue reordenar a la sociedad bajo el diagnóstico liberal-conservador de la crisis del Estado "Benefactor". Se intentó disolver las formas de organización colectivas y los canales de participación. Este proceso fue acompañado por la concepción liberal sobre la relación Estado-mercado, a favor de este último. Durante esta década, las políticas estatales comenzaron a concentrarse en la provisión de bienes y servicios dirigidos a los grupos más carenciados y, en el campo de la salud, la participación casi quedó fuera del discurso y de la práctica. A su vez, lo que recibió una apreciación positiva fue cierta "participación civil" acotada y circunscripta a la esfera de lo micro-grupal (sobre todo familiar y barrial), que viabilizaba la satisfacción de ciertas demandas y necesidades y resultaba funcional a los objetivos de control y disciplinamiento social (Belmartino, Bloch y Quinteros, 1981; Bang, 2011).

La década de los 80 mostró un cuadro de profundas desigualdades en la distribución del ingreso y la riqueza en el conjunto de los países latinoamericanos, no obstante lo cual se implementaron las llamadas

políticas de ajuste y un conjunto de medidas para restringir el déficit público. En Argentina, con la apertura democrática de 1983 se hizo evidente la situación deficitaria en materia de satisfacción de necesidades básicas y el deterioro en la provisión de servicios. Frente a esto, el sector público estructuró programas masivos como intento de dar respuesta a los problemas más acuciantes. En muchos de ellos el componente participativo estaba presente, al menos en lo que hace al diseño; sin embargo, las políticas participativas siguieron instrumentadas "desde arriba", a la vez que se producía un redescubrimiento de la sociedad civil compuesta por una variada cantidad de organizaciones. El desarrollo de nuevos mecanismos de expresión para amplios sectores de la población emergía como contrapeso a la enorme concentración de poder en manos de minorías empresariales y tecnocráticas (Cardarelli y Rosenfeld, 1998).

Por esta época comenzó a tomar impulso el debate sobre el vasto campo de la salud. En este marco, se recuperó la discusión sobre la atención primaria y la noción de participación en salud fue sometida a una fuerte revisión. Por un lado, se denunciaron aquellas modalidades que la incorporaban, pero solo en función de paliar las consecuencias de la retracción de las acciones del Estado y su incapacidad para brindar servicios de salud satisfactorios a la población. Por otro lado, se reivindicó un modelo de participación efectiva o emancipadora, que podría apuntalar la toma de conciencia respecto de los componentes extrasectoriales de las problemáticas de y en salud, restituyendo la discusión política a un primer plano (Belmartino y Bloch, 1984).

En la década de los 90 la discusión sobre la participación tomó un nuevo giro. Como señala Menéndez (2009), diversas organizaciones internacionales (sobre todo el Banco Mundial) promovieron discursivamente la participación social y el involucramiento de los conjuntos sociales, en especial de los más vulnerables, en la mejora de sus condiciones de salud y de vida. Como contrapartida a la participación de la sociedad civil, el Estado debería descentralizar sus funciones y la

provisión de bienes y servicios. Junto a la idea de descentralización se incorporó la de focalización en materia de políticas, que justificaba el accionar del Estado dirigido con exclusividad a los sectores más pobres y excluidos. Para luchar contra la pobreza se propuso la fórmula liberal de fortalecer los mercados y retraer la acción del Estado: esta última queda reducida a la formulación y desarrollo de proyectos destinados a los grupos más pobres, hasta tanto el libre juego de las fuerzas del mercado subsane los problemas de inequidad. Asimismo, se espera que el Estado asuma un conjunto de medidas para reducir los riesgos que podrían ahuyentar al capital: garantizar educación y salud básicas, promover los microemprendimientos familiares, focalizar recursos en los sectores de pobreza extrema, asegurar una infraestructura básica (agua potable, saneamiento), entre otros. El crecimiento de la pobreza y el aumento de las tensiones sociales llevan a discutir la implementación de políticas que compensen los efectos del ajuste (Grassi et al., 1994; Repetto, 2001). Pero conforme avanza el modelo neoliberal, también comienza a ser cuestionado: emerge la discusión en torno al desarrollo sostenible y la necesidad de marcos regulatorios.

En este contexto en el que el neoliberalismo impera, dos grandes temas sobresalen en el campo de la salud: la discusión en torno a la reforma de los sistemas de salud y el reconocimiento de la importancia de la APS y su componente participativo, todo ello enmarcado en el énfasis puesto por los organismos internacionales en la necesidad de construir estrategias destinadas a los sectores sociales más desprotegidos. A partir de la década de los 90, a la par de que se reinstala y difunde la apelación a la participación —especialmente una participación acotada y que no avance en la discusión de procesos estructurales—, los mismos procesos sociales en los que se inscriben las discusiones del campo de la salud van impulsando e incorporando el denominado enfoque de derechos. A medida que se hacen evidentes los devastadores resultados del neoliberalismo sobre las condiciones de vida y por

ende en los procesos de salud-enfermedad-atención de la población, y se construyen alternativas sociopolíticas más orientadas al bienestar de los conjuntos sociales, se comienza a discutir el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos. En este sentido, como indican Abramovich y Pautassi (2006), puede identificarse un cierto consenso en América Latina en relación con la necesidad de pensar a las políticas públicas en general, y a las políticas sociales en particular, como parte de las obligaciones estatales para el cumplimiento efectivo de los derechos humanos. Este enfoque implica la consideración de parámetros mínimos de dignidad, de los cuales es responsable el Estado, que tensionan la lógica en la que descansaron las políticas focalizadas de los ochenta y noventa.

En el ámbito internacional, el enfoque de derechos en el campo de la salud comienza a formar parte de los puntos a discutir, en consonancia con los debates más amplios sobre las políticas públicas. Ejemplo de ello son la asociación del derecho a la salud a un sistema de salud eficaz e integrado, accesible para todos, postulada por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (Ase y Burijovich, 2009), y el documento sobre la renovación de la APS en las Américas (2007) que define a la salud como un derecho humano y reconoce una perspectiva de salud y derechos humanos superadora de los enfoques previos. Si bien la referencia normativa por sí sola no es suficiente, se abre el debate sobre las condiciones objetivas que deben hacer posible el pleno ejercicio de los derechos. Esto es particularmente significativo si se considera el campo de la salud y si se entiende que los procesos de salud-enfermedad-atención constituyen procesos estructurales referidos a condiciones histórico-sociales concretas. Las condiciones objetivas que hacen posible el ejercicio de derechos redirigen cualquier discusión hacia el complejo problema de los determinantes de la salud-enfermedad y hacia la construcción social de respuestas ante los problemas de salud. Esto resulta fundamental para comprender el marco en el cual se generan las políticas de salud que apelan a la par-

ticipación de la comunidad y los derechos y deberes (en particular, las resposabilidades) individuales y colectivos.

La centralidad de esta discusión que se desarrollaba progresivamente en América Latina, recibió sin embargo el embate de los procesos de reestructuración neoliberales y conservadores entrada la primera década de 2000 en varios países de la región. Era previsible, entonces, que algunos de los ejes de discusión de los 90 en cierta medida se reeditaran, aunque renovados. A su vez, algunos procesos sociales hacen visible que estos nunca se replican como en el pasado: si bien hay persistencias, también son evidentes los cambios; así las experiencias que se han construido y transitado emergen dando nuevos matices, aun cuando parezca que se asiste a retrocesos.[3]

APS y participación: polisemia y prácticas diversas

Por tratarse de una experiencia ampliamente debatida, llevada a la práctica bajo modalidades disímiles, y con una persistencia temporal importante, no es extraño que existan distintas concepciones de la atención primaria, en particular porque estas distintas concepciones están firmemente ancladas en procesos sociales, políticos y económicos concretos.

[3] Tal vez en nuestro país la experiencia en torno a la discusión sobre la ley de interrupción voluntaria del embarazo sea uno de los ejemplos más visibles en lo que respecta específicamente al campo de la salud: se ha ubicado el tema en el ámbito de la salud pública y se ha desplazado de lo privado, lo religioso o de lo meramente técnico-médico reubicándolo como un problema de salud y como un problema público. Si bien ha puesto en evidencia dos posturas enfrentadas, también ha visibilizado la densidad argumental de la posición que descansa sobre la ampliación de derechos, incluido el derecho a la salud; ha generado procesos de participación y discusión que atraviesan múltiples formas de segmentación, agrupamiento y estructuración social; ha construido procesos de participación, efervescencia y movilización masivas; ha propiciado nuevas discusiones (como la incipiente sobre la separación entre la iglesia y el Estado) cuyo decurso está abierto; ha generado una disposición de alerta sobre los mecanismos de influencia de la corporación eclesiástica en el tratamiento de los asuntos públicos, entre otros.

Menéndez (1990) ha señalado que es posible identificar tres grandes líneas básicas que resumen las principales tendencias establecidas en los hechos. Por una parte, la *atención primaria integral* (API), que busca dar respuesta a los daños a la salud, mejorar la calidad de vida y modificar la orientación biomédica dominante desde una aproximación comprensiva que propone incluir a la sociedad civil en la toma de decisiones, reducir el protagonismo del equipo de salud y lograr una articulación entre curación y prevención que modifique el peso de práctica asistencialista. La sociedad civil encuentra en esta propuesta un lugar central: participación comunal, intercambio de saberes populares y profesionales, programas que no sean verticales y que partan de las necesidades de la población, que se apoyen en las comunidades de base incorporando las diversas formas de participación comunal, incluidas las de tipo político; todos ellos serían contenidos de este lineamiento. Por otra parte, la *atención primaria selectiva* (APS), que surge como corriente cuestionadora del anterior enfoque, al que califica de irrealizable y escasamente eficaz. Su propuesta consiste en seleccionar problemas prioritarios y actuar de manera focalizada a partir de la existencia de técnicas biomédicas baratas y eficaces (esta estrategia se aplicó a través del programa GOBI-FFF[4] apoyado por Unicef y el Banco Mundial en 1970 y 1980). Finalmente, la *atención primaria médica* (APM), que constituye la estrategia dominante, lo que se expresa claramente en la orientación del financiamiento centrada sobre todo en la atención curativa y en el segundo y tercer nivel de atención, y que ubica en un segundo plano a la prevención.

[4] El programa originalmente se centraba en cuatro intervenciones de salud infantil: monitoreo del crecimiento (G), terapia de rehidratación oral para la diarrea (O), promoción de la lactancia materna (B) e inmunizaciones infantiles (I). Posteriormente se agregaron el espaciamiento del parto / planificación familiar (F), la suplementación de alimentos (F) y la promoción de la alfabetización femenina (F) (GOBI-FFF). Fuente: https://www.who.int

Para Menéndez (1990), la API tuvo escaso desarrollo en el aparato médico sanitario de Latinoamérica. El mayor impulso estuvo dirigido a la APS y, sobre todo, a la APM combinada con algunas medidas de carácter preventivo.

Sin embargo, la API seguirá actuando como referencia y ello se manifiesta particularmente en las declaraciones y documentos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), uno de los organismos de referencia dentro del campo de la salud. Desde la declaración de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud de Alma Ata (1978), se reconoce que la atención primaria requiere de dos tipos de actores: aquellos que son identificados como profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, comadronas, asistentes sociales, médicos de cabecera) y la comunidad y los individuos. Asociada a estos actores sociales, y aunque no se desarrollan precisiones, se menciona la participación en la toma de decisiones (una idea que será recuperada con posterioridad). En el documento "Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud" (OPS/OMS, 1990) se plasma la perspectiva respecto de la APS y la participación de la población que va a ser considerada como referente a lo largo de la década de los 90. Allí se propone una estrategia conocida como sistemas locales de salud (SILOS) en la que la participación adquiere un lugar central. El documento la OPS/OMS de 2007 denominado "La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas" propone una revisión del legado de Alma Ata y la renovación de la APS, entendida como "Enfoque de Salud y Derechos Humanos". En cuanto a la participación, este documento la encuadra básicamente como mecanismo de control (en el nivel individual y social) y se apela a ella como medio para resguardar y garantizar el apropiado funcionamiento del sistema, pero desligándola de las relaciones sociales (y en consecuencia, de poder) constitutivas, y transformandola así en un mecanismo ficticio. La ficción se completa con una perspectiva

ingenua de las relaciones sociales, evidenciada en la consideración de la participación asociada a la experiencia de los individuos para manejar mejor su propia salud; de allí que se mencione la necesidad de acciones individuales y colectivas encaminadas al logro de estilos de vida saludables.

Frente a este enfoque no está de más señalar que los conjuntos sociales se encuentran inmersos y son constructores de relaciones de poder específicas, de manera que las capacidades de impulsar, resistir o imponer acciones que impacten en las condiciones de vida de la población mucho tienen que ver con fenómenos sociales de carácter estructural que involucran tanto a la sociedad civil como al Estado, y en particular a las relaciones de fuerza y los intereses de clase involucrados. En ese entramado de relaciones sociales es necesario ubicar las acciones de los individuos y de los grupos y conjuntos sociales. De no ser así, se transita el peligroso camino de la responsabilización en términos meramente individuales o microgrupales de los procesos salud-enfermedad-atención.

Por otra parte, junto a Menéndez (2009) se puede considerar que parte de los logros de la participación en salud se da en lo que concierne al propio proceso de salud-enfermedad-atención, y no de la transformación social en términos políticos de orden general, y que una parte del trabajo participativo —tanto en el nivel práctico como ideológico— solo se mantiene durante un escaso tiempo dada una multiplicidad de procesos involucrados.

De ser así, podría pensarse que la experiencia de la participación, más allá de la temporalidad corta, implica también un aporte al acervo que podrá ponerse en juego como recurso individual y colectivo en ciertos contextos de forma tal que trasciendan el orden microgrupal. Estas experiencias “silenciosas” son potencialmente constructoras de solidaridad y ciudadanía, aunque también pueden reproducir relaciones de poder tradicionales. En todo caso, nos encontramos frente a la dinámica propia de los procesos sociales. Los sujetos se construyen en

relaciones sociales, de allí que las acciones y relaciones que construyan y en las que se desenvuelvan —reproduciéndolas o transformándolas— implicarán tanto situaciones de mayor o menor simetría, procesos de colaboración y empatía, como situaciones de competencia, enfrentamiento y subordinación/resistencia.

Una aproximación a la política local en salud desde el análisis del caso del municipio de La Plata (2003-2015)

Es indudable que los señalamientos de la OPS/OMS han sido considerados como referencia para la formulación de las políticas públicas en diversos países y en diferentes niveles de gestión. Sin embargo, ello no implica ni una única fuente o directiva ni un único camino trazado, sino más bien una pluralidad de experiencias disímiles. Es por ello que resulta significativo aportar al análisis recuperando las experiencias locales.

Una de las consideraciones que es preciso asentar, es que ni la provincia de Buenos Aires ni la Municipalidad de La Plata han desarrollado programas de consolidación de los sistemas locales de salud (Silos) que promoviera la OPS/OMS en la década de los 90, con la incorporación de "la comunidad" en la toma de decisiones. Tampoco se plasmó la posición de la OPS/OMS en 2007, que si bien no mantiene el énfasis explicito en los SILOS, sí recupera a la participación comunitaria entendida como mecanismo de control y como elemento interviniente en los procesos de gestión de la APS.

No obstante, el municipio avanzó en el intento de afianzar el primer nivel de atención en forma sostenida, a partir del retorno de la democracia. Esto puede afirmarse si se considera que aumentó significativamente el número de efectores (pasaron a denominarse Centros de Salud), se incorporaron médicos generalistas con el objetivo de que operasen como médicos de referencia para el grupo familiar y a lo largo de la vida de sus integrantes, se alentó el desarrollo de activida-

des de educación para la salud en las escuelas, se procuró aumentar la oferta de servicios, se amplió el horario de atención, se establecieron guardias de enfermería, entre otras acciones (Pagnamento, 2007). A este paulatino interés por la consolidación de cierta APS se sumó, entre 2008 y 2015, la incorporación formal de un grupo de promotores de salud municipales. El promotor de salud ha sido históricamente aquel actor que encarnaba las acciones de atención primaria de la salud en toda Latinoamérica, y en ese lapso formó parte (al menos formalmente) de los equipos de salud del primer nivel de atención.

En el estudio de caso realizado entre 2003 y 2005 (Pagnamento, 2007) se advertía que las actividades orientadas a promover la participación de la comunidad se caracterizaban por la fragmentación tanto temporal como referida al tipo de actividades desarrolladas. Es decir, aun cuando algunos entrevistados (profesionales y auxiliares de salud) la reconocían como constitutiva de la APS, en los hechos se desarrollaba principalmente una atención primaria médica combinada con algunas actividades de prevención o promoción de la salud en las que la comunidad aparecía como un actor significativo. No es que no se identificaran cambios respecto de décadas previas: todo lo contrario, la "salida al terreno" era señalada como uno de los grandes cambios y ponderada, en general, de manera positiva.

> se intentó producir hacia la comunidad un criterio distinto al que se tenía en ese momento, en ese momento como ocurrió en muchos lugares del mundo y sobre todo en Argentina, el centro de salud o unidad sanitaria estaba esperando que llegara la clientela, entonces a partir de ese momento y de determinado cuál era el criterio de la atención de la salud que era un criterio de prevención y educación para la salud y de resolver el tema de la enfermedad como un elemento complementario, porque lo más importante era la educación de la salud, porque eso implicaba abarcar el 100% del universo que tenía destinado cada centro, mientras que la enfermedad era estar esperando a que alguien se enfermara en esa

comunidad y en ese momento brindarle un servicio (Entrevista N.º 20/TM. Exfuncionario de Salud Social de la Municipalidad de La Plata).

Aunque se insiste con el hecho de que no se estaba (ni se estuvo) más adelante frente a los mecanismos de participación en la gestión propuestos por la OPS/OMS, aun así, se promovió un cambio en las actividades de los centros de salud, que procuraron dejar de operar cual si fueran centros de atención médica —emulando los consultorios de los hospitales— para pasar a realizar "actividades en campo": es decir, por fuera del espacio edilicio del centro. Esas actividades incluían sobre todo charlas y talleres (llevados a cabo en particular en las escuelas de la zona), pero también se mencionó la realización de encuestas que intentaban relevar la situación socio-ocupacional y de salud de las personas que residían en la zona geográfica de referencia del Centro de Salud. Estos relevamientos por encuestas y estudios similares se hacían (y se hacen aún hoy) mediando vinculaciones con distintas cátedras de diversas Facultades y centros de estudios terciarios o universitarios que proponen este tipo de actividades a sus estudiantes.

Hemos tenido actividades espasmódicas con la comunidad, como puede ser algún taller. Generalmente se trata viste, o se articula con el, con los colegios, jardín de infantes, donde han participado madres de los chicos, donde va el médico y habla sobre un tema... (…) O sea, no hay una, una actividad eh... continua en esto (Entrevista N.º 18/TM. Médico generalista. Jefe Centro de Salud).

Todos los años nos planteamos objetivos o metas a alcanzar durante el transcurso del año y después hacemos la mitad de las cosas. El año pasado hicimos un taller de prevención de Hantavirus en el Jardín N° XX donde participaron los padres (…) Después hicimos lo mismo con alumnos del colegio. Después hicimos otro de Hepatitis. (…) me olvidaba de decirte, la enfermera de la tarde

junto la médica del CS N° X está desarrollando un programa para la Diabetes (…) (Entrevista Nº 12/TM. Pediatra. Jefe Centro de Salud).

Algunos de los entrevistados mencionaron también que determinados centros de salud contaban con "promotores", formados en distintas circunstancias: desde programas nacionales/gubernamentales hasta capacitados por algún jefe de Centro, o en organizaciones de la sociedad civil en las que participaban profesionales de diversas áreas. Entre los actores identificados como promotores se incluía desde personas que recibían un plan social ("Jefas y jefes de hogar") hasta profesionales de trabajo social, pero sus tareas se consideraban como auxiliares de la atención clínica —principalmente identificar niños no vacunados o mujeres sin control o con controles incompletos de embarazo— o suplían las deficiencias derivadas de que los médicos "no salieran a terreno" (la demanda de atención clínica tradicional dentro del centro de salud ocupaba todo el tiempo de trabajo de estos profesionales, más allá de su participación en algún taller abocado a brindar información especialmente en escuelas), o bien colaboraban en las actividades vinculadas a la asistencia prevista en los programas sociales —sobre todo, entrega de leche. Una de las actividades que aparecía mencionada con frecuencia por los jefes de los Centros de Salud (en las que "la comunidad participaba") eran las cooperadoras, que en ese momento constituían la manera de lograr algún tipo de apoyo económico para que los centros de salud pudieran hacer frente a las más mínimas necesidades de mantenimiento que se encontraban sistemáticamente desatendidas. Las cooperadoras recibían una ponderación negativa si se evaluaba que excedían el fin de propiciar un apoyo económico, y se sospechaba que viabilizaban una intrusión en la organización de actividades de los centros de salud.

[respecto de promotores de salud] eso salió de 2 trabajadoras sociales que están cubriendo el Area X (…) ellas hicieron una con-

trapropuesta: en vez de salir casa por casa, revisar libretas, lo pueden hacer básicamente en el centro de salud, por qué no hacemos en el centro de salud, a gente que tiene planes "trabajar", "jefes", no hacemos jornadas de capacitación para que ellas sí sean agentes de salud y puedan tomar conciencia y a su vez hacer tomar conciencia a otras, con distintos talleres y ellas a su vez también han hecho talleres, se les ha enseñado a hacer talleres, de salud, de vacunación. Como para que no sea una encuesta para..., también les pidieron determinados requisitos, leer y escribir, un mínimo porque no podés poner a un analfabeto a hacer promoción de la salud. Es una realidad, no es que quiera discriminar (Entrevista N.º 10/TM. Trabajadora social).

Porque en general la gente es muy invasiva, y empiezan a hacerse dueños de espacios que no les corresponden, y la administración del centro es exclusivamente del que se hace cargo, del responsable, si empezás a recibir opiniones y manejos de gente que está afuera del ámbito entran a ver las cosas de distinta manera, que a lo mejor puede ser positivo o no, pero bueno, uno conoce el paño, sabe con quién está trabajando, sabe lo que son las limitaciones del centro, veo además las dificultades que hay por ejemplo con la cooperadora, con la gente que forma parte de la cooperadora, porque se hacen dueños, entonces entran a cuestionar (…) Es complicado (Entrevista N.º 11/TM. Médica generalista. Jefa Centro de Salud).

En 2008 se propuso explícitamente, y así se informaba en la página web del municipio, "un abordaje integrador de la salud con políticas de inclusión a través de la participación comunitaria" y se presentó la estrategia de Formación de Promotores como una herramienta central en el primer nivel de atención. Según los datos oficiales del municipio, se formaron 86 promotores. Estos "nuevos" actores y estas funciones prometían una línea diferente de acción respecto de lo que se venía desarrollando hasta ese momento. Sin embargo, ello no implicaba una

ruptura sino más bien cierta continuidad en el decurso de las transformaciones que se desarrollaban en los hechos. Entre las transformaciones "silentes" o en los márgenes, encontramos la progresiva incorporación de actividades y de sujetos que desempeñaban distintas tareas en los centros de salud —más allá de su reconocimiento formal dentro del sistema— abriendo el juego de las interacciones concentradas en la medicina y la enfermería y una atención imitativa de la hospitalaria.

Las funciones que se asignaban a los promotores de salud a partir de 2008 trascendían el ámbito de la educación en salud. Se mencionaban, por ejemplo, la gestión de espacios colectivos de participación barrial o la contribución en la construcción de un diagnóstico y planificación participativos.

De esta manera, por un lado, los lineamientos del municipio parecían entrar en mayor sintonía con las directrices del Plan Federal de Salud (2004-2007) en particular por contemplar la gestión de los espacios colectivos de participación barrial. Sin embargo, y más allá de estas menciones, no se desplazaba la preeminencia del saber médico en lo relativo a la prevención, promoción y cuidado de la salud, en el sentido de que los equipos técnicos aparecían aportando saberes y conocimientos que permitirían una revisión de las prácticas de la comunidad, que entonces —se entiende— debía ser "educada". El sentido clásico de educación para la salud emerge en sintonía con la perspectiva provincial, en la que ocupaba un lugar central en documentos como el del programa de Capacitación de Promotores Comunitarios en Salud del año 2006. En este sentido la estrategia municipal entre 2008 y 2015 se ubica en línea con la idea de la "alfabetización sanitaria de la población" (presente en el Programa Salud en Movimiento, de 2006). Tanto en el nivel municipal como en el nivel provincial[5] se

[5] Tal como se desprende del documento "Cien logros de gestión-2015" (publicado en la página web del Ministerio de Salud de la provincia, diponible hasta el cambio de gestión), el mayor número de efectores y la formación de recursos humanos que desarrollan actividades de educación para la salud, resultan ejemplos de la orientación

registra la ausencia de mecanismos participativos concretos para que la comunidad intervenga en la gestión y la toma de decisiones en torno a las políticas de salud.

En este sentido, se está frente a lo que Morgan (1993) señalara como rasgo característico de la APS en Latinoamérica, es decir, la existencia de un patrón histórico de falta de participación de la población en la toma de decisiones en materia de salud que, para la autora, se expresa en la poca relevancia de las opiniones de las comunidades locales para los planificadores de salud. Este señalamiento de Morgan es especialmente significativo si se considera que en el nivel local y más allá de los cambios identificables en el desenvolvimiento de acciones públicas en el primer nivel de atención, no se desarrollaron mecanismos concretos para que los grupos sociales a los que se dirigen las acciones intervengan en la discusión y formulación de las líneas de acción. La poca importancia para los planificadores puede relacionarse en parte con el hecho de que la salud se asume como ámbito de referencia de expertos médicos (cuya *expertise* se asienta en la dimensión biológica y en las "enfermedades") y relega tanto a otras áreas de conocimiento científico como a los legos, con sus saberes desconfiablemente subjetivos a los ojos de la medicina, como señalara Freidson (1978),[6] máxime cuando pertenecen a los sectores subalternos.

general de la política de salud de la provincia de Buenos Aires entre al menos 2006 y 2015.

[6] Según Freidson (1978) al paciente se le asigna un rol de cooperación y aceptación de las indicaciones y decisiones del médico, a quien se supone a la vez capacitado y generador de respuestas objetivas y neutrales (la constracara son las respuestas "desconfiablemente subjetivas" del paciente). Esta caracterización del médico se desdibuja si se considera que las interpretaciones de síntomas y la terapéutica elegida responden a distintas escuelas o concepciones médicas; que las observaciones del médico manifiestan preferencia subjetivas, y que distintas características sociales del médico (religión, etnia, sexo, clase social) y situaciones (características del ambiente de trabajo, el tipo de pacientes que ve más frecuentemente, su relación con colegas) operan en sus propias prácticas profesionales, es decir, en el sentido de las elecciones y respuestas que da. Aun cuando podamos asumir que en el último tiempo la circu-

Wolhein et al. (2011), Bertolotto y colaboradores. (2011), Cosovschi (2006), entre otros, reportan la exclusión u omisión de la participación de la comunidad en la toma de decisiones para los casos que analizan. Esto supone, entre otras cuestiones, circunscribir la APS a los profesionales de la salud, y el recorte de un problema social y colectivo como un mero problema técnico-médico contribuyendo a su despolitización. Tomando el caso que analizamos, la participación de la comunidad en la definición de la propia política municipal de salud en el primer nivel resulta inexistente, de allí que —según los lineamientos concretos— sobre la figura del promotor de salud descanse la articulación con la comunidad y las formas de participación. Esta manera de entender las funciones del promotor contribuye a la reproducción de la forma más tradicional de prestación del servicio médico en el primer nivel de atención, esto es, circunscrito principalmente a la práctica clínica y a la difusión de información en temas fijados por la medicina.

La discusión que queda abierta, sin embargo, es la que trajera Ugalde (1985) al plantear que en términos históricos se encuentran límites a los procesos participativos toda vez que las demandas recuperan el plano político y colectivo de la salud. Asimismo, cabe recordar el señalamiento de Belmartino y Bloch (1984) sobre la posible concientización política y el cuestionamiento respecto a la sectorización de soluciones, que puede acontecer de la mano de la incorporación de la población y los temores que ello suscita. Finalmente, podría considerarse que es necesario rediscutir las modalidades de organización de los procesos participativos a la luz de la pregunta que introdujera Ugalde (1985) sobre si los mecanismos de participación de la comunidad —toma de decisión, planificación, administración y elección de

lación de información a través de distintos soportes tecnológicos, ha contribuido a redefinir los términos de la interacción entre profesional y lego, ello no elimina la existencia de una relación de poder, que cuenta además con matices asociados a la clase social de los sujetos.

comités de salud y similares— no corresponden más bien a cuerpos políticos electos y de funcionamiento regular, con derechos y obligaciones. Se trata de un debate necesario y que, al menos desde la instancia municipal, no fue sometido a una discusión política amplia.

Para el caso de nuestro país, uno de los problemas a tener en cuenta remite a las áreas de acción que quedan delimitadas en función de los programas y planes de salud en el campo de la atención primaria. Considerando los aportes de Bloch et al. (1992), Chiara et al. (2008), Bertolotto et al. (2011), puede subrayarse que existe una dificultad relativa a los problemas de salud y los grupos específicos (etarios o de otro tipo) que se enfocan en función de los planes y/o programas y que agudizan las inequidades en el área de APS.

Si se observan los resultados de la investigación realizada en el municipio de La Plata durante el período 2008-2015 (Pagnamento, 2017), surgen problemas de salud —no necesariamente de "enfermedad"— que son abordados de manera parcial (o directamente no son contemplados) por programas específicos: adicciones y violencias son los que han sido más identificados. Según los profesionales de la salud y promotoras entrevistadas, estos forman parte de las demandas de la propia población o de algunas instituciones ubicadas en el barrio (escuelas, espacios de recreación); sin embargo, los propios profesionales destacan que involucran problemas que exceden su ámbito de injerencia en relación con su formación. Ello alerta sobre la necesidad de que se constituyan equipos interdisciplinarios de salud, que incorporen profesionales de otras áreas, particularmente profesionales formados en el área social (psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, etc.), que resultarían de provecho no solo en términos de las respuestas que pudieran generarse desde el sector salud, sino también en función del intercambio de saberes que podría desarrollarse para construir abordajes más integrales a los problemas. De la misma manera, podrían aportar aproximaciones al conjunto de problemas sociales que los propios equipos médicos ni siquiera delimitan como tales

o como áreas en las que es posible una intervención en pos de mejorar la calidad de vida de las personas.

> [hablando de abuso infantil] …lo difícil que es de abordar, hasta para una médica obstétrica, se necesita una psicóloga, un trabajador social, alguien experto en violencia, un pediatra entrenado, necesita un seguimiento, necesita un ginecólogo infantil si es niña, un cirujano a veces, y después toda la parte legal, es muy complejo (…) (Entrevista N.º 14/TD. Pediatra. Jefa de CAPS).

> Eh, no, porque en general la mayor demanda tiene que ver con cosas que ya venimos viendo desde hace mucho tiempo, tiene que ver con violencia, con adicciones, que en realidad es por lo que consulta la gente, la gente no viene y te dice "vengo porque no tengo donde vivir o no tengo trabajo" porque sabe que el sector salud, justamente la gente es la que lo tiene más claro, el sector salud no puede responder a eso (Entrevista N.º 2/TD. Médica generalista. Jefa CAPS).

Otro punto a destacar es que existen distintas concepciones acerca de qué es la APS y, en consecuencia, ello tendrá relación con las acciones posibles a realizar, incluida la participación comunitaria que es uno de sus elementos constitutivos. Se puede reconocer la existencia de diversas concepciones sobre la atención primaria de la salud y sobre la participación de la comunidad en salud (Menéndez, 1990; 2006 y 2009). Varios son los trabajos que aluden concretamente a esto, tales como Delgado Gallego et al. (2005); Maceira et al. (2006); Cejas (2007); Pagnamento (2007); Bertolotto et al. (2011); Castrillo (2013), y puede añadirse que es mencionado también en el documento de 1990 de la OPS/OMS.

Las concepciones acerca de qué es la APS y en particular qué se entiende por participación en salud, y las acciones que en este marco se generen en pos del logro de la participación de la comunidad, implican considerar tanto los sentidos como las prácticas asociadas. Este

punto no es menor cuando se toman en consideración los trabajos que señalan la existencia de experiencias en las que no hay participación o bien esta es escasa, tal como refieren Anigstein (2008), Ariovich y Jiménez (2009), Pagnamento (2007), Cejas (2007); Bertolotto et al. (2011), Ardila Gómez et al. (2012), Castrillo (2013). Entre estos estudios, algunos señalan casos en que la APS queda reducida a la atención médica incluso cuando es reconocida formalmente como estrategia en la política de salud local.

En el estudio de caso realizado en el ámbito de La Plata, al considerar las representaciones construidas en torno a la participación social en salud, encontramos que si bien algunas de las definiciones de los responsables de los CAPS se acercan a los contenidos que pueden ser asociados a una atención primaria integral, emerge en los discursos una conceptualización ligada más bien a la atención primaria médica y selectiva, y a prácticas participativas acotadas. Entre los correspondientes al primer polo (atención primaria integral) sobresale la mención a que la salud excede las acciones desarrolladas por el sector sanitario y remiten a una concepción de aquella que, tal como indica la conocida definición de la OPS/OMS, supera la mera ausencia de enfermedad. En esta perspectiva, es posible identificar referencias a las condiciones de salud relacionadas con las condiciones de vida y trabajo de los conjuntos sociales, y a distintas formas de reclamo de derechos ciudadanos que abonan la idea de colaboración y acompañamiento a las acciones decididas por la población por parte de los equipos de salud.

> es la búsqueda de respuesta o de solución a los problemas de salud de toda la comunidad, como respuesta autogestiva, digamos, es la decisión de, la toma de decisiones y debiera ser también en el uso de los recursos, eso es una verdadera participación, el resto de lo que la gente habla de que colaboran para limpiar, para pintar el centro de salud, para limpiar zanjas eso es utilización de la gente como mano de obra barata o no calificada. Si no hay una verdadera

> toma de decisiones en lo que la gente decide qué hacer, cómo hacerlo y cómo usar los recursos que tiene a nivel comunitario para buscar alguna solución, creo que es esa la única participación que para mí es real (Entrevista N.º 14/TM. Médica generalista. Jefa Centro de Salud).

> Significa que tengan un protagonismo y que decidan sobre su propia salud. Decidir qué hacer con la situación que se vive, con el análisis de situación de esa comunidad, ¿qué hacemos? No que lo decida exclusivamente el sector salud. Creo que la salud excede al sector salud, que el sector salud está para atender la enfermedad y hacer en algún punto prevención de la enfermedad; pero el tema de la salud, entendiendo la salud con todo lo que implica: lo físico, lo mental, lo espiritual, lo social, pero sobre todo con el accionar permanente de los conflictos, es fundamental que participemos todos, así que me parece fundamental que participe la comunidad (Entrevista N.º 2/TD. Médica generalista. Jefa de CAPS).

Pero también se encuentran concepciones restringidas de los procesos participativos. Una forma visible de estas remite a la mención al trabajo conjunto de la población con el personal del centro de salud y a la de la participación entendida como el conjunto de actividades que realizan los promotores de salud. En estos casos, los canales por los cuales la población "participa" (según la identificación de los sujetos entrevistados) pueden catalogarse de no participativos. Ejemplos elocuentes son: la propia atención médica (la práctica médica en consultorio), o la asistencia a eventos que difunden información sobre patologías o problemas de salud (definidas mayormente desde los organismos municipales con capacidad decisoria: dengue, IRAb, lactancia materna, cáncer de mama, etc.).

Si se consideran las prácticas concretas referidas por los entrevistados y los significados de la participación asociados, emergen límites en los procesos participativos. Algunas prácticas identificadas como

participativas por los profesionales de los CAPS y los promotores de salud, quedan circunscriptas a la provisión de atención médica (controles, asistencia clínica, vacunación) y a la difusión de información sobre enfermedades (charlas, folletería, información brindada en el momento de la consulta médica o en el tiempo de espera previo a recibir atención profesional), que se pueden englobar dentro de la APS entendida como atención primaria médica/selectiva y que atañen a solo una parte de lo que las propias definiciones de la OPS/OMS identifican dentro de la atención primaria.

En el conjunto de actividades de los CAPS de La Plata analizadas, la atención médica constituye una de las principales actividades, no es la única, pero ocupa un lugar central en el conjunto. Particularmente, en el proceso de la atención médico-clínica se desarrollan actividades que los profesionales entrevistados identifican como preventivas y de promoción de la salud. Estas actividades se contextúan en la relación médico-paciente durante la consulta e implican información provista por los médicos y una serie de consejos (morales y valorativos). Dentro del edificio de los CAPS se desarrollan, además, las formas más clásicas de prevención en salud: vacunación, actividades de difusión de información como breves charlas durante el tiempo de espera y/o entrega de folltería. También se despliegan actividades por fuera de los CAPS, en instituciones diversas —escuelas, comedores, asociaciones vecinales, centros comunitarios, etc.— ubicadas en las cercanías. Estas actividades "por fuera de los muros" suponen distintas modalidades de organización, en las que se despliegan disímiles recursos, y se pone en juego un conjunto también diverso de relaciones. En particular, son centrales aquí aquellas relaciones construidas por el personal de los centros de salud con otros actores sociales: las actividades implican desde invitar a personas o grupos, difundir la actividad y convocar, proveer algún tipo de refrigerio, etc.

Respecto de los temas que se desarrollan en el conjunto de actividades de difusión de información, se destacan aquellos atinentes a

la prevención de un conjunto acotado de enfermedades, y se dirigen de manera prioritaria a las mujeres madres y a las adolescentes. Ello evidencia una forma restrictiva de entender los procesos de salud-enfermedad-atención aun tomando como parámetro los últimos lineamientos de la OPS/OMS de 2007. Estas situaciones coinciden con las apreciaciones de Bloch et al. (1992) y Bertolotto et al. (2011), que han alertado sobre los grupos y los problemas de salud que quedan por fuera de las acciones emprendidas en materia de atención primaria de la salud.

Entre las interpretaciones sobre por qué no hay participación o esta es más bien restringida, hay que considerar varios aportes. Por un lado Morgan (1993) ubica el problema en un plano general relativo a la estructura de poder y a los procesos de desigualdad social, que permiten afirmar la existencia de un patrón histórico de falta de participación de la comunidad en la toma de decisiones en materia de salud. Anigstein (2008) sugiere el problema del autoritarismo, visible en dos núcleos problemáticos: el del desarrollo de los procesos democráticos dentro de la sociedad y su importancia como modo general de convivencia, y las características del modelo médico hegemónico, que determinan una relación asimétrica entre profesionales y usuarios del sistema de salud. Bertolotto et al. (2011) refieren las dificultades asociadas a las lógicas de formación tradicional en salud, que entrarían en coincidencia también con uno de los obstáculos de la acción participativa identificado por Frankel (1988), relativo a la dificultad de los profesionales de la salud en compartir su conocimiento.

El análisis de caso que se realizó permite pensar, por un lado, que en el nivel de los procesos democráticos en un sentido amplio, la participación comunitaria en salud puede ser ubicada en un proceso histórico mayor, con participación restringida en la toma de decisiones en materia de salud, y que queda en evidencia en la ausencia de mecanismos concretos para que efectivamente se produzca. Esto se visibiliza, en el ámbito local, en la clara ausencia de mecanismos para

que la población participe en la toma de decisiones relativas a las políticas de salud aun cuando se puedan identificar intentos por "abrir el juego" e incorporar problemas y sujetos/actores en el escenario de discusiones y prácticas concretas. El ejemplo más evidente es que no existen instancias equivalentes a las estrategias Silos propuestas por la OPS/OMS, fuera de las críticas al respecto. Pero podría pensarse que va más allá de este hecho puntual y constituye una problemática más general que compete en particular a las organizaciones políticas (pocas de las agendas de estas organizaciones toman este tema o incluyen problemas de salud como ejes sustantivos en sus propuestas), si se entiende que constituyen parte de los mecanismos legítimos que recogen las demandas de la población.

Por otra parte, en cuanto al segundo plano mencionado por los autores citados, es posible aportar con relación a ciertas características de la práctica médica inscripta en el modelo médico hegemónico. Al respecto es importante considerar por un lado la formación de los profesionales médicos, dado que no son equivalentes las especializaciones en clínica médica, medicina comunitaria u odontología. En este sentido, la formación en medicina comunitaria constituye un ítem no menor en la orientación y organización de las actividades que se desarrollan en los CAPS. Igualmente importante resulta considerar la manera en que es representada la propia comunidad por parte de aquellos profesionales en quienes descansa la organización de actividades, dado que es frecuente una mirada estigmatizada y estigmatizadora de la población que asiste a los CAPS, muy vinculada con la situación de pobreza y con la formación educativa formal alcanzada.

Ambos temas están estrechamente relacionados con la percepción de los límites a las acciones que se pueden desplegar en la atención primaria de la salud. En relación con el primero —la formación de los profesionales— emerge una ponderación positiva de la formación que incluye el trabajo con la comunidad (la de los médicos generalistas o de los médicos comunitarios) o de las experiencias

a lo largo del ejercicio profesional que incluyen el trabajo con la comunidad, más allá del título académico. Las áreas de especialidad marcan una primera diferenciación entre los profesionales que trabajan en los CAPS, y redundaría en el tipo de trabajo que se desarrolla con la comunidad así como en la ponderación de elementos o la consideración de factores más allá de lo estrictamente biológico. Además encontramos la mención a problemas que requieren la atención de los médicos pero ante los cuales refieren una formación deficitaria (por ejemplo, las violencias o las adicciones) y que abren el espacio de trabajo hacia otros profesionales para realizar acciones conjuntas. Si aceptamos que la formación de los profesionales médicos se orienta particularmente hacia la explicación biológica de los problemas de salud-enfermedad, los recursos con que cuentan para pensar y operar sobre los problemas sociales que afectan la salud de la población serán, cuanto menos, limitados, lo cual amplía las posibilidades para el trabajo interdisciplinario o al menos junto a otros profesionales.

Lo que sí surge explícitamente es el límite que los propios profesionales adjudican al sector salud: pueden identificar problemas sociales y aventurar soluciones, aunque indican que caen fuera de las acciones de este sector y de los profesionales médicos en particular. En los relatos de los médicos y promotores de salud se mencionan las condiciones de vida, de trabajo o las políticas públicas de promoción de bienestar, incluido el saneamiento ambiental, tópicos que se señalan como claros indicadores de que las acciones del sector salud a través de sus agencias y agentes, resultan restringidas. Ubicar las posibles respuestas al/los problema/s por fuera del área de salud conlleva tanto la consideración de la responsabilidad del Estado (en alguno de sus niveles) como la responsabilización de los individuos. Esta forma de abordar el problema coincide con la aproximación de la OPS/OMS, que tempranamente indicó que la mejora en la salud implica trascender las acciones del propio sistema de salud:

> yo voy al barrio y le pregunto ¿Cuál es el problema? –el problema es que los chicos tienen diarrea y nosotros no tenemos agua corriente y no tenemos cloacas. ¿Detrás de eso qué viene? ¿Qué tiene que venir? Un estudio, una decisión política de hacer cloacas y agua corriente. Cuando no viene esa decisión política, fracasa todo, porque la promoción no sirve como promoción misma, alcanza para decirle "tenés que controlar a tu hijo" pero no alcanza para lo otro, porque ese chico controlado en ese medio donde está la zanja en la puerta, no tiene agua corriente, hay agua contaminada, es un chico que se va a enfermar a pesar de que cumpla con las vacunaciones y con los controles… (Entrevista N.º 7/TD. Ginecólogo. Jefe CAPS).

> O sea una cosa es lo que vos ves acá y otra cosa es adentro. Adentro vos vas por la calle XX y es horrible, te da lástima ¿viste?, porque casitas muy precarias, calle de tierra, todos chicos descalzos, desnutridos, sucios; o sea las necesidades básicas son esas de la gente: trabajo fundamental, porque es toda gente que anda con carro, alimento, control de natalidad sería importante también porque es toda gente que anda con un montón de chicos, y una vivienda digna, y bueno, un montón de cosas (Entrevista N. º 15/ TD. Promotora de salud).

En términos generales, el proceso de reconocimiento/desconocimiento de lo social opera en forma de tensiones, que se manifiestan en las acciones concretas e implican un posicionamiento (político) que recupera con énfasis diferenciales los argumentos técnicos en pro de la neutralidad o los compromisos propugnadores de cambios. En ese proceso actúa además el hecho de que la propia población busca primordialmente la atención médica, algo que los profesionales de la salud identifican como la "demanda", y que también aparece como argumento en la justificación de ciertos cursos de acción. En realidad, esto no obstaculiza que una parte de los problemas "sociales" se invisibilicen al caer en la órbita de la práctica médica, aun cuando se encuentren entre aquellos para los cuales la formación y recursos de los

profesionales se visualizan como deficitarios (es el caso de situaciones de violencia familiar, abusos y drogadicción).

Asimismo, la prevención en particular permite vislumbrar que el proceso salud-enfermedad excede el accionar técnico-médico. Es decir que parte de las acciones que buscan evitar el desarrollo de problemas de salud se ubican cara a cara con las condiciones de vida en las que se generan los padecimientos y daños a la salud, y de esta manera potencialmente se resitúa la dimensión sociopolítica del proceso.

En el camino de tratar de entender por qué no hay participación o esta es más bien restringida, se consideraron las relaciones de poder que se construyen en el interior de los equipos de salud. Esta dimensión de análisis reviste particular importancia dado que los lineamientos políticos del municipio incluían a los promotores de salud como parte de una estrategia que pretendía lograr procesos participativos, aun cuando presentaran restricciones, si se toma como punto de referencia a las recomendaciones de la OPS/OMS.

La aproximación a la dinámica en la construcción de los procesos participativos se realizó considerando las representaciones acerca de los promotores de salud y de los saberes que se ponen en juego, que involucran en forma central al saber médico. La asociación prevención-saber científico médico permite recordar el lugar de no saber en que el conocimiento médico ubica a los legos, y por tanto como sujetos que deben ser educados, tutelados e identificados para ser conducidos a la instancia de la prestación del servicio médico. En los relatos en los que sobresalen las actividades de educación como centrales en las iniciativas de prevención y promoción de la salud, y en los que las tareas de los promotores los construyen como auxiliares médicos que identifican y conducen a los pacientes al control médico, la centralidad del saber médico es innegable. Se refuerza una concepción en la que el saber idóneo sobre la salud, y la prevención y promoción de la misma, descansan en el saber médico (como sabemos, concentrado en la enfermedad y en fenómenos biológicos).

La comunidad, los individuos, son pensados como sujetos pasivos que "deben entender" o "deben conocer" lo que se propone desde el CAPS. Se impone la idea, por parte del equipo técnico, de la necesidad de conducir, educar y controlar a una población que carece de recursos educativos y sobre la que se construye cierta sospecha respecto de sus capacidades para la toma de decisiones, la demanda de acciones relevantes o el derecho a opinar acerca del servicio que brindan los CAPS. La posición paternalista y autoritaria que de allí se desprende tiene amplias chances de ser reproducida en el conjunto de acciones proyectadas y llevadas adelante junto a —o por los— promotores de salud. Así, algunos de ellos manifiestan una concepción de minusvalía de la comunidad, en la que se refuerza el componente paternalista aun cuando emerja —a diferencia de lo que encontramos en los relatos de los médicos— la consideración de un conjunto de problemas asociados a las condiciones de vida de la población: la cantidad de hijos, la falta de trabajo, la carencia de pareja, entre otros, surgen como justificativos de la necesidad de acompañamiento y de control por parte de los promotores de salud. La percepción que los entrevistados tengan respecto de la comunidad que toman como referencia es de crucial importancia a la hora de la consolidación de espacios participativos, cuando se trata de instituciones en las que las relaciones de asimetría son históricas, como también lo son los procesos de disciplinamiento social de los sectores subalternos.

> porque cuando vos transcurrís dos generaciones de familias que vienen sin el trabajo sino con la ayuda social y la asistencia social, nada más y no hay desarrollo social acompañando eso, vamos a tener un problema. Ahora hablamos más de pobreza estructural que antes. Ahora tenés generaciones de gente, una generación de personas, que ni siquiera sabe cuáles son sus propias habilidades. (…) son arriados; para aquí y para allá, por dos pesos, por cincuenta pesos, por una botella de aceite, un paquete (Entrevista N.º 4/TD. Médica generalista. Jefa CAPS).

> en el caso mío tengo un beneficio muy grande porque tengo una promotora de lujo, que es esta muchacha, pero en otros centros de salud, los promotores no entienden mucho lo que significa la figura del promotor, por ahí son gente de muy bajos recursos intelectuales, entonces eso afecta muchísimo la comprensión de su papel y del rol que desempeñan ¿no? (...) (Entrevista N.º 13/TD. Pediatra. Jefa CAPS).

Los equipos de salud pueden considerarse como colectivos en los que se construyen relaciones de poder, las cuales deben tenerse en cuenta para analizar las políticas en el primer nivel de atención. En este sentido hay que estar atentos a la relación entre el no saber (legos) y el saber médico, así como al perfil de la formación profesional y los marcos ideológico-valorativos. En cuanto a los perfiles, se puede plantear la existencia de una diferencia entre los CAPS al frente de los cuales se encuentran médicos especializados en medicina general o medicina comunitaria, y aquellos encabezados por profesionales cuya formación se orienta a otras áreas de especialización médica. Más allá de los matices, se encuentran profesionales que ponen en juego marcos ideológico-valorativos con mayor disposición a formas de participación más cercanas al sentido integral de la APS que otros. Esto podría llevar a repensar la idea del autoritarismo como rasgo definitorio de la relación médico-paciente, que además se supone que se traslada a otras esferas, en particular la del trabajo con la comunidad. Ese rasgo podría pensarse más bien como constitutivo de la formación y la práctica profesional médica, y que, sin embargo, puede estar sujeto a redefiniciones con grados de variación diversos. Ello explicaría en parte la asunción de los lineamientos menos conservadores de los postulados de la APS que registran mayores predisposiciones a la participación y a formas de acción novedosas o disruptivas, aunque enmarcadas en las posibilidades que deja abierta la OPS/OMS y que se plasman en las series documentales que emite.

En el plano de los saberes y los marcos ideológico-valorativos, se han identificado situaciones diversas que por un lado tienden a reforzar la centralidad de la atención médica y por otro confluyen en reforzar (particularmente en el plano ideológico) la *reducción*, atinente a las prácticas y sentidos, de la participación. Se trata de saberes que son desvalorizados —aun los obtenidos por los promotores en las capacitaciones— o situados en clara subordinación respecto del saber de los profesionales médicos; el planteo de la necesidad de controlar las actividades de los promotores evitando acciones autónomas, basadas en sospechas que remiten al saber técnico médico o a las relaciones de poder que pudieran constituirse y que eventualmente desafiaran a los profesionales de los centros de salud; la consideración y calificación de "políticos" en un sentido despectivo y vinculado a intereses personales, demandas o acciones en las que aparecen involucrados los promotores de salud u otros líderes o referentes barriales. Es necesario resaltar aquí que los promotores de salud en general residen en el barrio y pertenecen al mismo sector social que los pacientes y usuarios de los CAPS.

En particular, la relación de subordinación de los promotores de salud respecto del equipo médico repercute en las acciones concretas desarrolladas por estos actores, cuyos márgenes de acción se definen y redefinen en función de una relación de poder en la que el saber (con su plano ideológico) y la práctica médica tienen un lugar sobresaliente. La posición subalterna puede reconocerse detrás de la apelación al trabajo en equipo: si bien es frecuente que en los relatos tanto de los médicos como de los promotores se aluda a un trabajo conjunto en la definición y realización de las acciones, surge en los testimonios de los promotores una ponderación especialmente acusada del lugar prominente del equipo técnico. Se alude a "prestar ayuda", a "no sobrepasar", y a prácticas que indican relaciones de subordinación al momento de la incorporación a los centros que al final se van redefiniendo, aunque sin redefinir por completo la relación de poder asimétrica legitimada por el saber técnico-médico.

Considerando las características del trabajo de los promotores de salud —desde la perspectiva de los actores involucrados—, *a priori* hay que destacar que en no pocas oportunidades se ha denunciado la asignación de escasos recursos a la APS, lo cual repercute en las condiciones de trabajo del conjunto del personal, y ello tiene manifestación concreta para nuestro caso en los CAPS analizados. Es posible reconocer una cierta precariedad en la situación laboral de los promotores de salud —aun cuando ha habido cambios en los últimos años en la política municipal, en el sentido de que contaban con contratos y un salario— si se observa particularmente la marcada inclusión de mujeres y la escasa remuneración que reciben por sus tareas.

Si se consideran las percepciones subjetivas de las promotoras de salud sobre su trabajo encontramos que este se valora en alusión a preferencias personales y sobre todo la "vocación por la ayuda a los demás". En ambas valoraciones es posible reconocer la persistencia de la relación tradicional de género, claramente identificable en el hecho de que las tareas que por tradición se asignan a las mujeres aparecen como sustrato para el desempeño de sus actividades.

> Y qué sé yo, porque por ahí, no sé como decirte, para mí es más en los hechos de ser mamá, en los chicos, en lo que es los cuidados, en los controles y del bebé y de un montón de cosas. Por ahí es porque somos más sensibles, qué sé yo. Ese es mi punto de vista (Entrevista N.º 1/TD. Promotora de salud).

> No lo tenés que buscar por un sueldo, porque nuestro sueldo no es rentable, te tiene que nacer ayudar a la gente y saber hasta qué punto podés ayudar también (...) a veces necesitan hablar con vos nada más, te cuentan toda su vida y ellas se sienten tranquilas y ya no necesitan ir al psicólogo, ni hacer otras cosas. Y que vos las comprendas, no las juzgues tampoco (…) O sea la promotora tiene que ser alguien común y alguien que llegue a la gente, que le guste, porque sino no va a dar (Entrevista N.° 8 /TD. Promotora de salud).

En las referencias de las personas entrevistadas surge el rol tradicional de la mujer como cuidadora —en principio, de los integrantes del grupo familiar, y potencialmente extensible a otros— y las actitudes de abnegación que se espera de ellas: sensibilidad, predisposición a la escucha, acompañamiento desinteresado, etc. En este sentido, resurge el problema de que los cuidados de la salud o, más específicamente, los cuidados frente a la enfermedad y/o los padecimientos, abarcan no solo aquellos que se entroncan con las acciones técnico-médicas específicas —con un rasgo de despersonalización creciente en la relación profesional del médico con los "pacientes"—, sino también aquellos que refieren a las necesidades de las personas en un sentido amplio (sujetos que son algo más que el objeto de intervención médica). Así, el *cuidado femenino de la salud* otorga contenidos, en cierta forma compensatorios a la impersonalidad de la práctica médica, reinstalando una suerte de vinculación subjetiva y contenedora desplegada por mujeres, tan propia de las relaciones de género hegemónicas.

Asimismo, en este contexto es posible identificar acciones que no entrarían dentro de las actividades pautadas para los promotores de salud, pero en las cuales tiene importancia el hecho de formar parte del grupo de estos agentes. En este sentido se construyen espacios de relativa autonomía en cuanto al conjunto de acciones desarrolladas por los promotores de salud, parte de los cuales podíamos englobar —en referencia a los datos empíricos recogidos— aludiendo a cierta ayuda humanitaria ante situaciones extremas.

> Me pasó de un caso que bueno, yo estaba haciendo el seguimiento de una embarazada y cuando nace el bebé, muere, y me llama a las 10 de la noche a mi casa y yo estuve una hora consolándola por teléfono, porque se sentía bien conmigo, ella me decía que se sentía apoyada; entonces al otro día la cité a ella, al marido, y bueno, hablamos con la obstetra y se lo comuniqué a la jefa y ahí se dio cuenta de lo importante que soy yo para la gente (Entrevista N.º 12/TD. Promotora de salud).

Sin embargo, hay que destacar que estos espacios y actividades, al entrar en la esfera de lo personal, se tornan subalternas respecto del conjunto de actividades desarrolladas por las promotoras que están enmarcadas en la trama de relaciones de poder en los CAPS. Hay que destacar también que las promotoras de salud construyen un conjunto de relaciones (incluidas las personales) en las que el saber técnico adquirido en las capacitaciones, su pertenencia a los CAPS, y su posición de "llegada desde adentro" a los profesionales del centro de salud, las ubican como actores clave dentro del barrio, en el contexto de construcción de recursos necesarios en el proceso de reproducción social de los sectores subalternos. No se trata solo de una cualidad moral de solidaridad, sino de prácticas que operan como parte de los recursos de la población.

En algunos casos el trabajo de las promotoras de salud se asocia a cierto compromiso con un proyecto de orden colectivo, identificado como parte de un proyecto político en algunos casos o como proyecto de ciertas personas que impulsan acciones variadas, en otros; de tal manera que el sentido de "la ayuda" (a las personas del barrio o al propio equipo técnico) se dispersa en un arco amplio que incluye la consideración de individuos, grupos de trabajo y acciones orientadas a la comunidad (los vecinos del barrio). La trayectoria de las mujeres en actividades colectivas o barriales y sus relaciones respecto de los aparatos políticos en sus instancias formales e informales, tienen un peso relevante a la hora de considerar tanto el proceso de construcción de poder como las posiciones valorativas sobre las tareas de las propias promotoras de salud. Surge en los relatos un diagnóstico diferencial (respecto de las que no han desarrollado actividades barriales vinculadas a los aparatos políticos) sobre el tipo de necesidades de las personas del barrio, que supera ampliamente las cuestiones médicas y resitúa el problema de la salud en las condiciones de vida de las personas

Encontramos finalmente alusiones a experiencias en las que hay mayores márgenes de participación. Algunos trabajos remiten al logro

de experiencias participativas, tal como en Ruiz (2007), Maceira et al. (2006), Cejas (2007), Cosovschi (2006), Frankel (1988), Pagnamento (2007), Castrillo (2013) y Bertolotto et al. (2011). Permiten vislumbrar la existencia de experiencias bifurcadas, es decir, aquellas en las que se promueven cambios o en las que se resisten las formas tradicionales de prestación del servicio de salud en el primer nivel de atención, y abren nuevas prácticas sociales que por supuesto no llegan a ser las mayoritarias, pero ensayan otros caminos posibles.

En el análisis de caso señalamos que, aunque el enfoque de la atención primaria integral no es el que se puede identificar en el nivel empírico, emerge como referencia de prácticas y sentidos más integrales sobre la participación en salud que los que antes caracterizamos como restringidos.

Durante el relevamiento realizado entre 2003 y 2005 se encontró un caso en el que se unió el interés y la orientación de la responsable de un centro de salud con la experiencia desarrollada por un grupo de mujeres pertenecientes al Plan Jefes y Jefas de Hogar, que realizaron actividades de capacitación asociadas a una organización no gubernamental, y se incorporaron de manera informal a las actividades que desarrollaba el CAPS como promotoras de salud. Ese centro de salud en particular contaba además con un contacto regular con equipos de extensión universitaria que desarrollaban tareas en la zona y con estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de La Plata que realizaban prácticas en el marco de una cátedra. En este contexto se desarrolló mediante un censo un mapa del barrio identificando características sociodemográficas y principales problemas de salud, y se organizaron reuniones para reflexionar sobre esos problemas y las acciones para encararlos. Esta experiencia contrastaba con las acciones desarrolladas en otros de los centros relevados en ese momento y aparecía como una experiencia bifurcada, en el sentido de que si bien se realizaban las actividades que regularmente se desarrollaban en otros CAPS estudiados, se sumaba una dinámica diferente cuya continuidad

se vió afectada en el momento en que se produjo un cambio en la persona responsable de la dirección del centro de salud.

En el relevamiento realizado entre 2010 y 2015, momento en el que el municipio contaba con la figura de los promotores de salud, se encontraron dos experiencias contrastantes con las de la mayor parte de los CAPS relevados. La trama de relaciones (actores que participaban), la lógica de trabajo grupal (modalidad de trabajo), los temas abordados (tanto los que se incluían en el debate como las acciones que se planificaban), resultaban de una concepción más amplia de la participación en salud y de las actividades en APS que el mero tratamiento de las enfermedades y la prevención como control clínico anticipado a la emergencia de un padecimiento, aun cuando no se hubieran desarrollado instancias en el nivel municipal que canalizaran debates amplios en los que la población pudiera no solo opinar sino intervenir en la definición de acciones en la política de salud.

Los relatos de los entrevistados (médicas y promotoras de salud) en estos casos incluyen entre las actividades desarrolladas (además de la atención clínica en consultorio y actividades conexas), contacto y trabajos conjuntos con proyectos de extensión universitaria y reuniones mensuales o con cierta regularidad por zonas con vecinos, líderes barriales e instituciones, para identificar en conjunto los problemas y decidir cursos de acción. Las prácticas participativas en estas experiencias contrastaban de manera visible con aquellas circunscriptas a la atención médica y sus variantes asociadas, que aun sin excluirlas, claramente las trascendían. En consecuencia, se registraron —asociadas a estas experiencias— caracterizaciones de los espacios participativos más amplios y, en cierta medida, más cercanas a formas de participación vinculadas a la atención primaria integral.

> Bueno, nos reunimos tal día, como acá, por ejemplo, la última reunión fue el viernes pasado; ahora nos volvemos a reunir el 28 de mayo, acá en el centro de salud. La vez pasada la reunión fue en el comedor “Pan de día”. Nos reunimos acá en el centro de salud

y lo que hacemos es eso, la lluvia de ideas al principio, eso originariamente decimos bueno pum pum pum; priorizamos, sacamos qué es lo más importante ahora, más urgente: el agua; bueno, ¿qué podemos hacer nosotros para resolver eso? (…) Entonces, como vecinos ¿qué hacemos? Bueno, algunos de nosotros hace una nota; nos ofrecemos a redactar una nota y luego la presentamos a los organismos que corresponden a la delegación municipal, a aguas sanitarias, a lo que sea, pidiendo... (Entrevista N.º 4/TD. Médica generalista. Jefa CAPS).

con la Mesa Intersectorial lo que hicimos fue crear los centros comunitarios de extensión universitaria que funciona acá en el comedor "Pan de Vida", de hecho este viernes a las 16 hs., tenemos reunión de mesa porque lo que vamos a hacer ahora que termina el curso de repostería, que estuvo muy bueno, en el barrio y con salida laboral, ahora traemos el de electricidad, también con salida laboral, son dos años, donde la escuela de oficios universitaria te da los kits y demás y donde la gente puede tener salida laboral, hemos hecho el de plomería también y todo esto, ahora hay uno para gestionar el riesgo medioambiental, trabajan también los alumnos de la facultad con los chicos de la escuela, la Facultad de Psicología por ejemplo trabaja con las embarazadas, la de Derecho que tiene toda la parte de asesoría por violencia de género, entonces frente a necesidades barriales, como formamos parte de este centro barrial, y a partir de las necesidades que se vayan presentando podemos dar alguna respuesta con recursos que desde el centro de salud solo no lo podríamos hacer, de ahí la importancia de las redes integrales… (Entrevista N.º 22/TD. Médica generalista. Jefa CAPS).

En principio estas experiencias hablan de actores que conforman equipos en los que confluyen intereses individuales, personales, valorativos y posiciones políticas e ideológicas que se plasman en el desarrollo de líneas de acción proclives a construir espacios participativos

que superan las formas de participación instrumentales al desarrollo de la práctica médica en su sentido más técnico. Se podría pensar entonces que ciertos actores con intereses que manifiesten coincidencias aunque sea parciales y en contextos favorables (en este caso, lineamientos de políticas que incluyen algún grado de participación), pueden dar lugar a espacios más amplios para el desarrollo de experiencias participativas y/o a mantener cierto espíritu crítico o de potencial contrastación respecto de las actividades que mayormente se realizan en los CAPS, en los que la participación restringida parece emerger como la situación más típica. Aun así, también hay que reconocer que en estos casos, la experiencia de trabajo está sujeta a diversos vaivenes y presiones político-institucionales que determinan que las acciones desplegadas no descansen exclusivamente en las apuestas de ciertos actores, sino en un entramado mayor de relaciones en las que el plano político-institucional marca improntas en los márgenes de acción. Podría considerarse que estas experiencias guardan cierta similitud con aquellas que Bertolotto et al. (2011) identifican como desviadas o desmarcadas, en el sentido de que promueven cambios respecto de las formas tradicionales de práctica médica en el primer nivel de atención. Pero al igual que lo señalado por estos autores, esas experiencias continúan en los márgenes, sin llegar a consolidarse como tendencias mayoritarias.

Conclusión

Considerando el escenario en conjunto, compuesto por experiencias con distintos grados de participación —y siempre teniendo en cuenta que no se desarrollan las características de participación en la toma de decisiones y funciones de control de la comunidad de los Silos—, a la vez que se reproduce una APS con formas de participación restringidas y un marcado componente técnico-médico, se encuentran atisbos de la apertura potencial de un escenario de discusión, no ya únicamente técnico-médica, sino política, con resultados abiertos tan-

to en contenidos como en el tipo de acciones y actores involucrados o interpelados y sus posiciones ideológico-valorativas y políticas.

Así como encontramos situaciones que obturan cualquier disidencia respecto de las formas más clásicas de prestación del servicio médico y formas participativas restringidas, en otros casos es posible identificar posiciones en las que los lineamientos y las propias acciones desplegadas en los CAPS dan cabida a formas de participación más abarcadoras. Sin embargo, hay que tener presente que la reducción de la participación que se construye en un entramado de relaciones sociales e institucionales, involucra la propia definición de acciones ("lo que es posible hacer"), su justificación (técnico–médica e ideológica) y la puesta en acto (actualización concreta) y opera la marcada tendencia a la reproducción (funcional) de la participación acotada. Es necesario subrayar entonces que, al menos en el caso analizado, si bien podría identificarse una tendencia encaminada a la constitución de prácticas con participación restringida de la población, también emergen prácticas o experiencias que se bifurcan —al menos en parte— y permiten entrever la heterogeneidad de las prácticas concretas, aun asumiendo su falta de persistencia en el tiempo.

El redescubrimiento en los últimos años de la participación de los conjuntos sociales en la APS se ha estructurado, por un lado, sobre la base de la recuperación (por imposición o decisión) de los lineamientos de organismos internacionales, pero también en relación con situaciones particulares en los contextos nacionales, regionales y locales. En este sentido no puede obviarse tanto la persistencia de las recomendaciones de dichos organismos en lo que a APS se refiere, como la consolidación de líneas de acción en el nuevo escenario sociopolítico y económico de nuestro país en el primer tramo del siglo XXI. Más allá de que pueda argumentarse la existencia de una situación de mayor inclusión social en Argentina entre 2003 y 2015 en comparación con la década de los 90, en el campo de la salud, y en particular en el primer nivel de atención, las políticas públicas han transitando por un

modelo que, más allá de lo explicitado, en su basamento combina formas de ciudadanía restringida, apela a la autoorganización comunitaria y realza el supuesto empoderamiento de los sectores más vulnerables (principalmente como recurso), modelo que se complementa con la responsabilización individual de los problemas de salud y resulta funcional a la atención primaria médica y atención primaria selectiva que identificara Menéndez (1990).

Sin embargo, si consideramos la construcción de políticas públicas como un proceso social, el contexto de su implementación abre un espacio a lo no previsto, que remite a objetivos, motivaciones o demandas de distintos actores y conjuntos sociales. Esto es particularmente significativo cuando tales procesos dan lugar a prácticas que se bifurcan de las directrices que el Estado, en sus distintos niveles, imprime a sus políticas, programas y acciones, y se inscriben entre los recursos de los sujetos sociales al menos como experiencias o expectativas de nuevos horizontes posibles.

En esas intersecciones, las experiencias toman y retoman desafíos que quedaron truncos o que se renuevan y reinterpretan como marcos para construir nuevos contenidos políticos y desplegarlos en prácticas concretas. Es difícil pensar que surjan experiencias absolutamente novedosas; más acertado parece considerar que se nutran del conjunto de experiencias, expectativas y perspectivas construidas por distintos sujetos sociales y en contextos diferentes. El desafío que entraña la APS abarca un amplísimo abanico: la discusión sobre la salud y el bienestar —y no solo respecto a lo atinente a la enfermedad, los padecimientos o la atención médica, ni la prevención entendida desde los parámetros exclusivamente biomédicos—; los actores convocados; las decisiones sobre los objetivos a alcanzar; las herramientas más adecuadas; los problemas y la manera de abordarlos (que engloban un conjunto de actividades que excede a la profesión médica), entre otras cuestiones. Por supuesto, la APS seguirá ganando adeptos y detractores. Será, como ha sido desde su surgimiento, objeto de debates y disputas, sim-

plemente porque implica una discusión política en la que los derechos en sentido amplio —sociales y humanos—, las condiciones de vida, de trabajo y de ocio, el acceso a ciertos bienes y servicios, las relaciones interpersonales respetuosas, entre otros puntos de relevancia, forman parte de aquello a ser pensado.

Refrencias bibliográficas

Abramovich, V. y Pautassi, L. (diciembre 2006). *Dilemas actuales en la resolución de la pobreza. El aporte del enfoque de derechos.* Ponencia presentada en Jornadas Justicia y Derechos Humanos: políticas públicas para la construcción de ciudadanía. Unesco-Secretaría de Derechos Humanos y Universidad Nacional Tres de Febrero, Buenos Aires, Argentina.

Acuña, C. H. y Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Recuperado de www.bibleduc.gov.ar

Alonso, G. V. y Di Costa, V. (2013). *Más allá del principio contributivo: cambios y continuidades en la política social argentina, 2003-2011*. Documentos de Trabajo de la Escuela de Política y Gobierno. Nueva Serie / Ricardo A. Gutiérrez. San Martín: Unsam Edita.

Anigstein, M. S. (2008). Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. *Revista Mad*, *19*, 77-88. Recuperado de http://www.revistamad.uchile.cl/19/Anigstein_05.pdf

Ardila Gómez, S.; de Paepe, P.; Luciani Conde, L. y Stolkiner, A. (2012). La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires. *Saúde em Debate*, *36*(94), 436-448.

Ariovich, A. y Jiménez, C. (2009). *Las políticas sanitarias en el nivel local: los desempeños de la estrategia APS en tres casos del conurbano Bonaerense*. Ponencia presentada en V Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos

Aires, Buenos Aires. Recuperado de http://repositorio.sociales.uba.ar/collections/browse

Ase, I., y Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, Buenos Aires, *5*(1), 27-47.

Bang, C. (2011). Debates y controversias sobre al concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica. *Revista Eä*, *2*(3), 1-23.

Belmartino, S. y Bloch, C. (1984). Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales*, 27.

Belmartino, S. y Bloch, C. (1985). Economía, sociedad y política de salud en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales*, 31.

Belmartino, S.; Bloch, C. y Quinteros, Z. (1981). El Programa de estabilización Económica y las Políticas de Salud y Bienestar Social: 1976-1980. *Cuadernos Médico Sociales*, 18.

Bertolotto, A.; Bagnasco, E.; Fucks, A.; Rovere, M.; Jait, A. (2011). *La estrategia de APS en Argentina; crecimiento desordenado, componentes reprimidos y conflicto de modelos. Una reconstrucción a partir de testimonios, huellas y rastros en un estudio espacial y temporal*. Ponencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de debate Interdisciplinario en Salud y Población, Facultad de Ciencias Económicas, UBA.

Bloch, C.; Godoy, C.; Luppi, I.; Quinteros, Z.; Troncoso, M. (1992). Evaluación del programa de Atención primaria de la salud en la ciudad de Rosario. *Representación OPS/OMS Argentina, 34*.

Cardarelli, G. y Rosenfeld, M. (1998). *Las participaciones de la pobreza. Programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Paidós.

Castrillo, B. (2013). *Participación comunitaria en salud. El caso de Berisso*. (Tesina de la Licenciatura en Sociología). FaHCE-UNLP, La Plata, Argentina.

Cejas, C. (2007). Participar en salud: un proceso en permanente construcción. En Maceira, D. (comp.) *Atención primaria de*

la salud. Enfoques interdisciplinarios. Buenos Aires: CEDES/ Paidós.

Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Miraglia. M. (2008). Tensiones y dilemas en torno a la Gestión Local en Salud en el Gran Buenos Aires. En Chiara, M.; Di Virgilio, M. M.; Medina, A. y Miraglia, M. (organizadores) *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias.* Universidad Nacional de General Sarmiento.

Cosovschi, A. (2006). Las prácticas participativas en salud. El caso de los Municipios Saludables: el Municipio de General Rodríguez. *Cuadernos de CLASPO*, Argentina.

Delgado Gallego, M. E.; Vázquez Navarrete, M. L., Zapata Bermúdez, Y. y García, M.H. (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Revista Española de Salud Pública, 79*(6).

Fassler, C. (1979). Transformación social y planificación de salud en América Latina. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud.*

Frankel, A. (1988). Hacia una definición participativa en salud: atención de los sectores populares del Conurbano Bonaerense. *Cuadernos Médico Sociales*, 44.

Freidson, E. (1978). *La Profesión Médica*. Barcelona: Península.

Grassi, E., Hitze, S. y Neufeld, R. (1994) Políticas sociales. Crisis y ajuste estructural. Buenos Aires: Buenos Aires.

Hintze, S. (1996). Problemáticas, enfoques y técnicas en el estudio de las políticas sociales. En *Políticas sociales. Contribución al debate teórico-metodológico*. Colección CEA-CBC. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones UBA.

Maceira, D.; Cejas, C.; Olavaiaga, S. y Kremer, P. (2006). Enseñanzas y desafíos de las iniciativas de participación comunitaria en atención primaria de la salud. *Documento de políticas públicas, CIPPEC, Buenos Aires*.

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.

Menéndez, E. (2006). Participación social en salud: las representaciones y las prácticas. En Menéndez, E. y Spinelli, H. (Coords.). *Participación Social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.

Morgan, L. (1993). Participación comunitaria en salud. La política de Atención Primaria en Costa Rica. Cambridge University Press.

OMS (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. ALMA-ATA, URSS. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf

OMS (2007). *De Alma-Ata a la Declaración del Milenio. Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la Atención Primaria. Declaración de Buenos Aires.* Reunión de OPS/OMS; Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://www.paho.org/

OPS/OMS (1990). Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social. Estudio de casos.

OPS/OMS (1993). Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud.

OPS/OMS (2003). Renovación de la APS en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS.

OPS/OMS (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf

OPS/OMS (2008). Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca.

Pagnamento, L. (2007*). La Atención primaria de la salud (APS) y la participación: tensiones entre las políticas diseñadas y las acciones concretas. Análisis de caso: el punto de vista del personal de los Centros de Salud de La Plata*. (Tesis de Maestría), CEDES/ FLACSO, Argentina.

Pagnamento, L. (2010). Políticas participativas en salud: ideales y realidades. El caso de los promotores de salud en el Municipio de La Plata. *VI Jornadas de Sociología de la UNLP.* La Plata, Argentina. ISBN 978-950-34-0693-9

Pagnamento, L. (2012). El trabajo de las Promotoras de salud municipales y la participación social. Análisis de caso. *VII Jornadas de Sociología de la UNLP*. La Plata, Argentina. ISSN 2250-8465

Pagnamento, L. (2014). Mujeres atendiendo mujeres: el trabajo de las Promotoras de Salud en el Municipio de La Plata. En María Susana Ortale, Amalia Eguía y Juan Piovani (Comp.). *Género, trabajo y políticas sociales: estudios de caso en el gran La Plata, Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.

Pagnamento, L. (2017). *La construcción social de políticas públicas en salud: la participación comunitaria asociada a la atención primaria de la salud desde la perspectiva de los agentes de salud. Análisis de caso (CAPS de La Plata, 2008-2015)*. (Tesis de Doctorado). FAHCE-UNLP, La Plata, Argentina.

Repeto, F. (2001). *Gestión Pública y desarrollo social en los noventa. Las trayectorias de Argentina y Chile*. Buenos Aires: Prometeo.

Ruiz, V. (2007). *Organizaciones comunitarias y gestión asociada. Una estrategia para el desarrollo de ciudadanía emancipada*. Buenos Aries: Paidós. Tramas sociales.

Topalov, C. (1979). Las contradicciones de la urbanización capitalista. México: Edicol.

Ugalde, A. (1985). Las dimensiones ideológicas de la participación en los programas de salud en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 41.

Wolhein, L. E.; Jacquier, N. M.; Centeno, J. (2011). Representación del sistema municipal de salud y el derecho a la salud en San Javier, Misiones, Argentina. *Diprosul*, Brasil.

Trayectorias de atención: de la autoatención a la consulta biomédica. Un estudio antropológico de los problemas respiratorios infantiles

Diana Weingast

Introducción

Este trabajo pone el foco en las diversas formas de atención a los padecimientos desde una perspectiva antropológica que recupera los desarrollos conceptuales de Eduardo Menéndez (2003, 2005, 2009). El punto de partida es considerar que las maneras en que los sujetos y los grupos enfrentan sus padecimientos y enfermedades está en relación con condiciones económicas, políticas, técnicas y científicas, como también por sus adscripciones religiosas, étnicas, que dan lugar al desarrollo de modalidades diferenciadas de cuidado y atención que pueden ser utilizadas de forma complementaria; aunque, en ocasiones, suelen ser visibilizadas y/o consideradas como opuestas y contradictorias.

El modelo de autoatención, como lo plantea Menéndez (2003, 2005, 2009) representa el primer nivel real de atención, el que se efectúa a través de los sujetos o grupos de manera autónoma o teniendo como referencia a los otros modelos de atención (modelo médico hegemónico y modelo alternativo subordinado). Para este autor, la autoatención puede ser pensada en dos niveles: amplio y restringi-

do, distinción que solo opera como un ordenador de la realidad. En sentido amplio, la autoatención refiere a las actividades que realizan los grupos para asegurar la reproducción biológica y social de los sujetos. Las mismas son efectuadas a partir de los objetivos y las normas culturales del grupo, e incluyen tanto la atención y prevención de los padecimientos como las actividades relacionadas con la preparación y distribución de alimentos, la obtención y utilización del agua, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo. También involucran el aprendizaje en relación con la muerte: el cuidado del moribundo, ayudar a morir o el manejo del cadáver. En sentido restringido, la autoatención remite a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente por el grupo al proceso de salud-enfermedad-atención-prevención.

En este trabajo recuperamos estos sentidos y consideramos que el concepto de autoatención refiere a una estrategia de acción de los sujetos y los grupos ante los padecimientos que se realiza con relativa autonomía en el hogar e involucra, en función de los saberes que estos manejan, diferentes actividades que conducen a detectar, diagnosticar, curar, cuidar en el ámbito doméstico los diferentes eventos de enfermedad, antes y después de haber tomado la decisión de consultar a un curador profesional, y decidir tanto a qué curadores consultar como la continuidad o no de los tratamientos (Menéndez, 2003, 2005).

Las diferentes actividades de autoatención, condicionadas por la situación estructural en la que se encuentran los hogares, conforman una síntesis dinámica, conflictiva y hasta contradictoria de diferentes saberes. Dichos saberes provienen del aprendizaje (internalización de qué, cuándo y cómo hacer ante un evento de enfermedad) que a lo largo de la vida se realiza a través de diferentes instancias y ámbitos (familia, curadores, medios de comunicación, espacios comunitarios de capacitación, etc.), de la experiencia propia o de otros (familiares, vecinos) ante situaciones consideradas como similares y también del uso combinado de diversas formas de atención (pluralismo médico)

según posibilidades materiales, simbólico-valorativas y de accesibilidad física a los recursos para la salud.

La autoatención, como expresa Menéndez (2005), muestra la capacidad de acción, de creatividad de los sujetos y grupos para buscar algún tipo de solución a sus padecimientos, aunque no sea una práctica eficaz y acertada. En el hacer cotidiano de los grupos es donde observamos el proceso de autoatención. Un proceso en continua modificación en función de la puesta en práctica de saberes y experiencias de los sujetos con otras formas de atención que también evidencian un proceso constante de cambio.

El proceso de autoatención incluye como elementos constituyentes a la automedicación y el autocuidado. La automedicación refiere al uso de sustancias producidos por la industria farmacéutica, pero también a toda sustancia (hierbas, alcohol, marihuana) y actividades (masajes, cataplasmas, ventosas) que son elegidas y usadas por los sujetos y microgrupos con autonomía relativa para actuar respecto de sus padecimientos o para estimular ciertos comportamientos (Menéndez, 2009). El autocuidado (*self-care*), término que desde la biomedicina y el salubrismo se utiliza como equivalente al de autoatención[1], remite a las acciones realizadas por los sujetos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y favorecer algunos aspectos de salud positiva.

La preferencia por el concepto de autoatención radica en que, en su sentido restringido y pensado en términos de proceso, devela las transacciones que los sujetos y grupos realizan con las otras formas de atención. De modo que permite articular de manera relacionada el cuidado y la atención como partes de un mismo proceso y evita caer en la dicotomía cuidado y atención como eventos que involucran

[1] Menéndez (2005) indica que para la biomedicina y el salubrismo, el término autocuidado se desarrolló en relación con el de "estilo de vida"; presenta connotaciones individualistas y omite o excluye las condiciones socioeconómicas que posibilitan reducir o eliminar los riesgos.

a distintas personas (madres cuidan; médicos atienden)[2] y diferentes ámbitos (cuidado doméstico; atención profesional). Su abordaje en términos de proceso de autoatención invita a recuperar las prácticas, los recursos utilizados, las diferentes explicaciones, que de manera complementaria y conflictiva manejan, articulan y utilizan los sujetos y los grupos cotidianamente dentro y fuera del ámbito doméstico para hacer frente a los padecimientos y las enfermedades. Asimismo, permite acercarnos a los roles asumidos por el grupo y las tensiones que generan no solo en el ámbito doméstico sino en el espacio público, como también las redes informales que involucra.

A partir de estas consideraciones conceptuales, en este texto, producto de un prolongado trabajo de campo realizado en una localidad periurbana del Gran La Plata, reconstruimos las prácticas de autoatención y los itinerarios de atención desplegados ante los eventos respiratorios de los/as niños/as menores de cinco años. Se trata de conocer cómo actúa la familia/grupo doméstico ante los problemas respiratorios de los niños/as, cómo se los atiende en el hogar, pero también de qué manera se busca evitarlos y/o prevenirlos, cuándo se decide actuar y por qué, cuáles son los procedimientos técnicos que las familias implementan. Estas preguntas no pueden obviar tanto las condiciones estructurales de los hogares como las relaciones que los sujetos mantienen con el personal de salud, ya que en ocasiones los eventos respiratorios son atendidos en los servicios públicos donde se aprende procederes técnicos, pero también están sujetos a discursos, mandatos y estereotipos respecto al cuidado-atención materna.

La elección de los problemas respiratorios, aquellos que la clasificación biomédica involucra como Infecciones Respiratorias Agudas

[2] Osorio Carranza (2001), retoma a Finnerman para indicar que la mujer-madre es la “curadora olvidada”, ya que frecuentemente su imagen es recuperada en términos de “cuidadora”, protectora, educadora, pero pocas veces considerada como terapeuta (no profesional) que forma parte de los recursos de atención, como agente estratégico de detección, diagnóstico, curación, prevención y rehabilitación en la familia.

bajas (IRAb), se debió a que constituyen uno de los problemas más significativos y evitables, tal como lo expresan diversos organismos y comités de expertos. Pero también porque su frecuencia, recurrencia y naturalización induce a que los grupos domésticos implementen diferentes tipos de acciones, se apropien y combinen distintas terapéuticas e incorporen mandatos preventivos (inducción a nuevas vacunas, a implementar medidas higiénicas, etc.) inculcados principalmente desde el sector público de salud.

El texto comienza con el apartado "La autoatención: opciones y elecciones conceptuales", a partir de la selección de algunos autores del campo antropológico (Kleinman, 1978; Good, 2003; Menéndez, 1981, 1992, 1994, 2005; Haro Encina, 2000) que contribuyeron con herramientas teóricas-metodológicas que orientaron en la fundamentación, reflexión y análisis en torno a la autoatención. Le sigue el apartado, "Mirar, conocer y comprender el contexto local", donde se detallan algunas cuestiones referidas al abordaje empírico y se presenta una caracterización del contexto local basada en el procesamiento de datos locales del último censo nacional 2010 y las observaciones registradas en territorio respecto de las condiciones estructurales de las familias que recuperamos. En el tercer apartado, "Entender y atender los problemas respiratorios infantiles", nos acercamos a las prácticas de autoatención y los itinerarios de atención biomédica que realizan las familias ante los problemas respiratorios de niños/as menores de cinco años. Por último, cerramos el capítulo con una reflexión sobre el cuidado/atención en el campo de la salud.

La autoatención: opciones y elecciones conceptuales

La autoatención ha sido un ámbito de interés marginal dentro de las ciencias sociales y de la medicina. Esta última, a lo largo del proceso histórico que condujo a su legitimación, institucionalización y a la hegemonización de su saber, pasó de no cuestionar e incluso incorporar los saberes populares, a excluirlos y designarlos como supersticiones,

como un no saber. Mientras que para las ciencias sociales su marginalidad se sustentó, por un lado, en la distinción entre conocimiento y creencia, lo racional y lo no racional, entre certeza y rectitud de juicio versus la incertidumbre y el error, dicotomías legitimadas desde cierto discurso científico. Por otro lado, en la manera en que se concibió al sujeto, como mero objeto de reproducción del orden social. Estas son cuestiones relevantes, ya que nos posicionan en cómo situamos las representaciones y prácticas; esto es, los saberes que construyen los conjuntos sociales.

Hace más de treinta años, las sociólogas francesas Herzlich y Pierret (1988) señalaron:

> A lo largo de la última década, el punto de vista y las concepciones del enfermo sobre su estado, han adquirido una importancia nueva en la sociología de la enfermedad y de la medicina. (…) Este interés que se despierta en los sociólogos aparece también entre los médicos y, actitud que no era frecuente hace veinte años, éstos aceptan sin condenar el hecho de que la "enfermedad" del paciente no coincide con la "enfermedad" del médico. A través de estos diversos enfoques, el "punto de vista del enfermo" adquiere entonces poco a poco una nueva dignidad: a la idea de una percepción profana concebida como simple distorsión y empobrecimiento del saber médico, mezclado con algunas nociones tradicionales sin gran interés, sucede aquella de un modo de pensar autónomo, de una "lógica" o de una teoría profana que tiene su propia coherencia y cuyo análisis puede constituir para el sociólogo un objetivo intrínseco (…) En sociología esta tendencia se sitúa en el contexto del desarrollo de enfoques, en sentido amplio, fenomenológicos; fue también influenciada por los trabajos de los antropólogos acerca de la diversidad de las concepciones de la enfermedad en otras sociedades (p. 21).

A fines de 1970 diversos antropólogos expresaron que la biomedicina y sus productos constituyen uno de los tantos objetos de in-

dagación e interpretación antropológica. En este sentido, Kleinman (1978)[3] señaló, por un lado, que la biomedicina debe ser analizada como cualquier otro sistema médico, con sus propias reglas de juego, valores, prácticas y conocimiento, que configuran su papel en el contexto sociocultural general. Esto le permite relativizar las categorías médicas occidentales considerándolas como elementos constituyentes de un sistema cultural. Por otro lado, planteó la necesidad de construir un modelo analítico que permita entender la salud, la enfermedad y su atención sobre la base de la noción de sistema cultural[4]. El término sistemas de atención a la salud (*Health Care System*) es utilizado para dar cuenta de las actividades de atención a la salud, en los cuales la enfermedad, expresada como lenguaje cultural, se vincula con las creencias sobre las causas, la experiencia de los síntomas, los patrones de comportamiento, las decisiones sobre los tratamientos, las prácticas y la evaluación de los resultados terapéuticos, estableciendo sus relaciones. Estructuralmente identificó tres ámbitos —popular o doméstico, profesional y *folk*— en los que se experimenta la enfermedad y se reacciona contra ella. La identificación de estos ámbitos le permitió reconstruir distintas formas de la realidad social considerando que los mismos organizan subsistemas particulares que legitiman creencias, expectativas, roles y relaciones. Además, separar la legitimidad social que adquieren los contextos de enfermedad y curación de la realidad

[3] Trabajo preparado para la Conferencia sobre Teoría en Antropología Médica. National Science Foundation, Washington, 1976, publicado en *Social Science and Medicine* (1978). (Traducción propia).

[4] El punto de partida es que la salud, la enfermedad y su atención, en cuanto aspectos de las sociedades, se articulan como sistema cultural, y al igual que otros sistemas culturales (el parentesco, los sistemas religiosos, los sistemas simbólicos) son construidos a partir de los significados, valores y normas de comportamiento. Se trata de entender cómo la cultura, en cuanto sistema simbólico de significado que da forma a la realidad social y la experiencia individual, interviene en los sistemas médicos y se constituye en un determinante importante de los contenidos, efectos y cambios que se experimentan.

clínica, que son construidas culturalmente y reflejan cambios sociopolíticos y culturales del sector de atención (Kleinman, 1978).

Asimismo, consideró que en cualquier sistema de atención se identifican modelos explicativos de un episodio particular de enfermedad que, en su calidad de productos históricos y sociopolíticos, se vinculan con sistemas específicos de conocimientos y valores de los diferentes sectores sociales y de los subsectores del sistema de atención a la salud (Kleinman, 1978). Se trata de las explicaciones que sobre la etiología, los síntomas, las fisiopatologías, las trayectorias de la enfermedad y sus tratamientos, construyen los profesionales, el enfermo y su familia. Los modelos explicativos de los profesionales y de los pacientes pueden distinguirse, pero ambos interactúan y constituyen un componente central en el proceso de atención. La noción de modelo explicativo le permite al autor estudiar y comparar las diferentes explicaciones, los sistemas cognitivos y las posiciones en la estructura social, los conflictos y las transacciones cognitivas del cuidado de la salud entre los pacientes (incluidos sus familias) y los profesionales, además de hacer visible los problemas de comunicación (relación médico-paciente) producto de la construcción de diferentes realidades clínicas[5]. *Disease*[6] e *Illness*[7] constituyen ejemplos de modelos expli-

[5] Interpreta la disimetría de esta relación como problema comunicativo, de "entendimiento" entre las partes y coloca en un segundo plano las relaciones de dominación/subordinación que se generan.

[6] Denota un mal funcionamiento y/o mala adaptación a los procesos biológicos y/o psicológicos. Se trata de un tipo de explicación de la enfermedad, una construcción social de la realidad, asociada con el modelo de explicación de los profesionales relacionada con teorías sobre la causa y nosología en términos abstractos, técnicos e impersonales (Kleinman, 1978, p. 88, traducción propia).

[7] Significa la experiencia de la enfermedad o su percepción y la reacción social a la misma. *Illness* es el modo en que la persona enferma, su familia y su red social percibe, etiqueta, explica, evalúa y responde a la enfermedad. Remite a los modelos explicativos de la cultura popular donde la enfermedad es asociada con lo personal, no técnico e involucra problemas de la vida (Kleinman, 1978, p. 88, traducción propia)

cativos de la enfermedad que construyen tanto los profesionales como los pacientes y sus familias.

Con esta propuesta Kleinman considera que se puede estudiar el pluralismo médico así como las dimensiones individuales y sociales de las creencias y prácticas de cuidado y atención a la salud. Por su parte, Good (2003) señala que la enfermedad requiere ser entendida como un modelo explicativo que pertenece a la cultura y que, en cuanto realidad culturalmente constituida, solo puede ser inteligible a través de actividades interpretativas. Desde el paradigma interpretativo, la biología, las prácticas sociales y el significado se interrelacionan en la organización de la enfermedad como objeto social y experiencia vivida. Se trata de indagar cómo el significado y las actividades interpretativas se hallan en interacción con los procesos sociales, psicológicos y fisiológicos para producir diferentes formas de enfermedad y trayectorias de dolencias (Good, 2003). En este sentido, los estudios se focalizaron en las estructuras simbólicas y en los procesos asociados con la enfermedad en la cultura popular y en varias tradiciones terapéuticas, con el aporte central de las redes semánticas[8], la *experiencia de la enfermedad* donde la historia y las relaciones sociales imprimen su marca en el cuerpo (Good, 2003).

[8] Good (2003) señala que "Las redes semánticas son profundas asociaciones culturales que, a los miembros de una sociedad, les parecen simplemente que forman parte de la naturaleza o que son una variante endógena del mundo social y que por lo tanto están insertas estructuras hegemónicas" (p. 309) "(...) son perdurables y generadoras del discurso popular y profesional como del comportamiento. Los nuevos elementos, sean enfermedades o formas de terapia, sólo pueden ser incorporadas a un sistema médico si son integrados en las redes semánticas existentes o mediante la condensación de nuevas series de relaciones". Su análisis, aportó un medio para registrar los ámbitos de significado asociados a síntomas y símbolos básicos en un léxico médico, ámbitos que reflejan y provocan formas de experiencia y relaciones sociales y que constituyen la enfermedad como un 'síndrome de significados y experiencia'" (Good, 2003, pp. 112-113).

En función de lo señalado, se puede sugerir que para estos autores los relatos de los individuos ocupan un lugar central a partir del cual es posible analizar el significado de la enfermedad, ya sea que tomen la forma de una red semántica (Good, 2003) o de modelo explicativo (Kleinman, 1980).

La perspectiva analítica que propone Menéndez, tal como se puede advertir en la introducción, es una referencia central a la hora de reflexionar y analizar la salud–enfermedad y sus formas de atención. La misma se construye desde una revisión crítica de la producción teórica elaborada por la antropología clásica y los posicionamientos culturalistas posteriores, que centraron la mirada en la estructura de significados, el simbolismo y su interpretación secundarizando la estructura social donde se inscriben y construyen. Para Menéndez (1994), las condiciones y relaciones económico-políticas de producción y uso de significados constituyen un punto clave en los análisis. Sostiene que en las sociedades la estructura social y de significados incluye condiciones de diferenciación y desigualdad que se expresan a través de los diferentes sujetos y de las relaciones sociales que se desarrollan entre ellos en función de las posiciones de clase, las pertenencias religiosas, étnicas, de edad, género. Por lo que es en el marco de las interacciones, micro y macrosociales, donde se establecen relaciones de diferenciación, desigualdad y también se generan procesos transaccionales.[9]

Sostiene que los procesos de salud-enfermedad-atención constituyen un universal que opera de manera diferencial en todas las sociedades y en los conjuntos sociales, y propone que deben ser leídos, descriptos y analizados considerando tanto la estructura social (que remite a las dimensiones económico-política, a procesos de urbani-

[9] El término *transacción*, como lo plantea Menéndez (1981), debe ser entendido en el marco de las relaciones de dominación/subordinación construidas históricamente y que requieren de la obtención de consenso por parte de los sectores subalternos para asegurar el poder y la hegemonía establecidos. Supone la aceptación y "solución" de los problemas dentro de los límites impuestos por las clases dominantes.

zación, migración, etc.) como las significaciones sociales que, construidas colectivamente, explican sus causas, orientan las prácticas y legitiman instituciones (Menéndez, 1994).

Este punto de partida, atento a la consideración del proceso de construcción histórica y sociocultural de la enfermedad, los enfermos y la conformación de instituciones en Occidente, invita a asumir en los diferentes conjuntos sociales la existencia de un pluralismo médico. Esto es, el uso e integración de varias formas de atención no solo para diferentes problemas de salud sino para el mismo.

¿Cómo atienden las personas sus padecimientos?, sean estos dolores episódicos o leves, resfriados o molestias transitorias, temperaturas, dolores del alma, estados de tristeza, ansiedades o pesares momentáneos. ¿Cómo los sujetos y los grupos, en función de su diagnóstico presuntivo y de los factores de accesibilidad física y económica, resuelven o demandan un tipo de atención? Si la forma en que se procede no resulta eficaz, ¿cómo varían, se resignifican los diagnósticos, los tratamientos y se buscan o se eligen otras formas de atención? Estas preguntas permiten registrar, a través de las prácticas cotidianas de los sujetos, los itinerarios de atención que dan cuenta de la variedad de formas de atender que se utilizan, sintetizan, yuxtaponen y articulan para reducir, morigerar o solucionar los problemas de salud y que se convierten en actividades de autoatención.

La autoatención constituye una de las actividades básicas y constantes del proceso salud-enfermedad-atención realizadas por los sujetos y los grupos en forma autónoma o teniendo como referencia a las otras formas de atención. Por ello debe ser entendida como un proceso necesario en toda sociedad, ya que contribuye a asegurar la reproducción biosocial. A partir de los saberes que los sujetos y los grupos manejan, sus experiencias ante los padecimientos y enfermedades y las condiciones materiales de existencia, deciden la autoprescripción y/o el uso de un tratamiento de manera autónoma o relativamente autónoma; pero también pueden no hacer nada o solo conversar con alguien

y dejar que el paso del tiempo los solucione. En función del desarrollo que adquiere el padecimiento, sus condiciones sociales y las experiencias con las formas institucionalizadas de atención, se resuelve la intervención directa (o no) de un curador profesional. Pero la autoatención también remite a la implementación de acciones que apuntan a prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y favorecer la salud.

Advertimos entonces que la propuesta de la autoatención se orienta hacia la salud colectiva, cuyas prácticas apuntan tanto a la prevención o a la potenciación de la salud como a la asistencia o morigeración, para solucionar los daños a la salud. Su abordaje permite visibilizar la capacidad de acción, la síntesis creativa[10] y la búsqueda de soluciones por parte de los sujetos y los grupos, más allá de los aciertos o no de sus explicaciones causales, de los diagnósticos y la eficacia o no de los tratamientos. Pero también permite develar las relaciones de poder que se instituyen en el interior de los microgrupos (por ejemplo, las unidades domésticas) y las relaciones transaccionales que se establecen con otras formas de atención (Menéndez, 2005).

Observar y describir estas articulaciones en los grupos domésticos permite comprender la lógica de apropiación de ciertos productos y técnicas, y hacer visible cómo ciertas prácticas biomédicas se naturalizan y se convierten en comportamientos legitimados mientras que los mismos en un contexto diferente se cuestionan, se condenan, se estigmatizan. Estas cuestiones están presentes en los casos analizados.

Las diversas investigaciones que se centraron en la autoatención en sentido restringido mostraron que más de las tres cuartas partes de los síntomas percibidos son resueltos en el propio domicilio (Zola, 1966 citado en Haro Encina, 2000); que en sociedades occidentales y no occidentales el 70 % y 90 % de las enfermedades son maneja-

[10] Menéndez (2005) nos recuerda que si bien cada grupo incluye en sus actividades de autoatención explicaciones y sobre todo prácticas y productos procedentes de diferentes orígenes, la biomedicina constituye una de las principales fuentes de estas actividades a pesar de cuestionarlas.

das dentro del contexto familiar (Kleinman, 1978); que es en el hogar donde se da el mayor número de detecciones, diagnósticos, actividades de atención, promoción/prevención y curación (Menéndez, 1992). Por ello la familia o el grupo doméstico no pueden ser soslayados y requieren ser conceptualizados como ámbitos clave del proceso de autoatención.

La familia/grupo doméstico constituye un grupo social cuyos miembros convivientes comparten las tareas cotidianas de mantenimiento y reproducción tanto en el plano de lo económico-social como en lo simbólico-ideológico. En su interior se instituye una división de tareas y de responsabilidades para sus miembros según diferenciaciones de edad, sexo y parentesco. La copresencia de intereses colectivos y personales de los miembros que la componen, la relativa autonomía de algunos de los integrantes, las trayectorias individuales e interdependientes de los sujetos, son fuente potencial de conflicto, lucha y negociación, y posicionan a estos de manera diferencial y desigual según su participación en la generación de ingresos (trabajo extradoméstico) y en la responsabilidad por lo doméstico (trabajo doméstico). No se puede soslayar —como lo expresó Jelin (1998), entre otros autores— que sobre la familia/grupo doméstico repercuten de manera directa tanto las políticas públicas que caracterizan a un determinado contexto social como las intervenciones y controles de las diversas instituciones estatales y de las organizaciones de la sociedad civil. Y también se encuentra sujeta a las ideas, concepciones y valoraciones que se imponen y legitiman en cada época.

Atentos a estos planteos y recuperando los señalamientos de Menéndez (1992) respecto a las características multifuncionales de la organización doméstica y su mantenimiento o reforzamiento en la atención de la enfermedad y los padecimientos, se considera que a través del trabajo cotidiano de sus miembros —principalmente de las figuras femeninas (esposa-madre)— se realizan actividades de cuidado-prevención y atención-curación articulando diversos saberes, recursos,

e incluso se toman las decisiones de qué hacer ante la enfermedad y con el sujeto enfermo. Además, la familia o el grupo doméstico constituyen el lugar donde se organizan, articulan, gestionan las principales redes sociales para el cuidado-atención ante la enfermedad. Sin embargo, como recuerda este autor, han sido planteados como los principales lugares de la difusión de enfermedades infectocontagiosas, como ámbitos donde se expresan algunas pautas culturales que reducen el efecto de las medidas sanitarias y se ha considerado que algunos tipos de estructuras familiares posibilitan la emergencia de sufrimientos emocionales.

Así sea que se ponderen los aspectos positivos o negativos, la realidad empírica muestra que es en el ámbito de la familia/grupo doméstico donde se realizan las primeras actividades tendientes al cuidado–atención de los sujetos, aunque es la mujer —en su rol de esposa/madre— la encargada de realizar la mayoría de las actividades del proceso salud-enfermedad-atención. Como advierte Menéndez (1992), el papel de la mujer en dicho proceso aparece como una pauta universal que se evidencia porque constituye la principal informante tanto del médico[11] como de los antropólogos. Otras autoras (Módena, 1990; Osorio Carranza, 2001) muestran que la madre de familia o una figura femenina sustituta incluyen en sus actividades cotidianas la atención de las dolencias familiares, sumada a la de los hijos/as pequeños/as, en el momento de su irrupción. También el papel de las mujeres fue resaltado en los estudios centrados en el cuidado doméstico a personas dependientes (niños, ancianos, enfermos). Desde el campo de la antropología médica y con un enfoque feminista Esteban (2003) señala que se trata de una responsabilidad invisibilizada y no recono-

[11] En los casos analizados son las mujeres-madres las que llevan a los hijos/as a la consulta. Además, se las concibe como las interlocutoras "naturales" al brindarles las indicaciones, pero también se las condena en caso de no efectuar lo prescripto. Desde el discurso y actuación médica el varón se constituye en un ausente, más allá de que esté físicamente presente.

cida socialmente porque se la asocia a funciones del ámbito privado, por su componente afectivo y contenido moral, el cual contribuye a la subestimación de las actividades que requieran tiempo, dedicación y un aprendizaje de ciertos saberes técnicos, y por la naturalización de la división del trabajo según un sistema de género.

Cabe destacar que, para contextos europeos, algunos autores expresan que "se están produciendo cambios en la organización de la atención personal, desde un modelo asignativo sobre la mujer hacia un modelo negociado entre los miembros de la red familiar" (Rodríguez Cabrero, 1999a, p. 42, citado en Esteban, 2003, p. 3). No obstante, como lo expresó Menéndez (1990), en el contexto latinoamericano, la participación de las mujeres en el mercado de trabajo no significó el abandono ni la delegación de la autoatención en el varón. Algunas actividades son delegadas en servicios de los sistemas de salud o en la familia (abuelas, hijas mujeres) pero sin que ello suponga una modificación radical. Incluso la inserción laboral de la mujer incrementó la autoexplotación femenina a través de la doble jornada y de la destinación sus ingresos para cubrir las necesidades básicas de sus hijos/as; todas ellas problemáticas que se registraron durante el trabajo de campo.

En el cotidiano, las familias y los grupos domésticos establecen vínculos con vecinos, parientes y amigos que en situaciones específicas se constituyen en relaciones sociales predecibles de intercambios informales, de ayuda mutua y de apoyo emocional. Se trata de la conformación de redes sociales, término que la literatura de las ciencias sociales utiliza para dar cuenta de las interacciones regulares en situaciones de intercambios no institucionalizados y que permiten hacer frente a sus problemas. En este sentido, las redes sociales operan bajo ciertas condiciones como la cercanía física, la confianza, la voluntad de quienes participan en dar y recibir. Esto último remite a la reciprocidad de los intercambios en el tiempo y también a la asimetría de los mismos. A través de las redes circulan y se intercambian bienes

materiales (incluido dinero), servicios (cuidado de niños/as, ancianos/as, alojamiento, etc.), información, conocimientos, apoyo emocional (compañía, consejos).

En esta línea, Haro Encina (2000) señala que ciertos autores hablan de redes sociales para referirse a diferentes entidades (familias extensas, nexos de amistad y compadrazgo, compañeros de trabajo o estudio, paisanos, vecinos) que brindan asistencia en caso de enfermedad o de cualquier padecer, e integran el modelo de autoatención cuando se produce ocasionalmente su activación. Estas redes informales "suelen ser más naturales que provocadas, su vínculo es primordialmente afectivo, su contacto directo, de acceso más bien cerrado y de organización informal" (Haro Encina, 2000, p. 114). Lo que acerca a las redes sociales al proceso de autoatención son estos intercambios no institucionalizados, ya que la institucionalización de los mismos remite a la noción de grupo de autoayuda (Menéndez, 1997), en cuanto grupo organizado en torno a una problemática específica: desde un padecimiento crónico o degenerativo hasta estigmatizaciones sociales.

En este sentido, Bronfman (2001) entiende a la red social como el entramado de intercambios no institucionalizados cuya finalidad es solidaria: prestar ayuda, proporcionar apoyo y servir de soporte moral. También distingue dos elementos centrales para la construcción de tipos analíticos de redes: la estructura (densidad, conectividad, porosidad) y su funcionamiento, que depende de la combinación de los elementos estructurales y de condiciones objetivas como el lazo social que organiza, la accesibilidad, tipo de intercambio; aunque reconoce que pueden constituirse en apoyos ante la necesidad o fuentes potenciales de riesgo.

Si bien la propuesta analítica de este autor remite a la problemática de la mortalidad infantil, como se podrá apreciar más adelante, resulta significativo considerar que "el funcionamiento adecuado de las redes tiene una importancia crucial cuando se presentan situaciones inesperadas o de crisis, y las familias demandan cierto tipo de bienes y/o servicios" (Bronfman, 2001, p. 121), como también el reconocimiento

de que “las familias de origen son casi la única red con que cuentan muchas de las familias y que pueden ser percibidas como ‘entorno’ en la rutina de la vida cotidiana y también como parte del ‘nosotros’ ante situaciones problemáticas” (p. 122).

Mirar, conocer y comprender el contexto local

El primer acercamiento a la localidad se realizó en julio y agosto del 2009, en un contexto signado por la declaración de la emergencia sanitaria ante la gripe A,[12] y la aproximación a las familias fue a través de las promotoras del centro de salud, que eran oriundas y residentes de la misma. Durante los años 2010 al 2014, en los meses de abril y septiembre —época en que prevalecen los eventos respiratorios— visitamos algunas familias con las que construimos un vínculo que permitió acceder a sus hogares (conocer las condiciones materiales de vivienda), compartir sus rutinas, escuchar sus preocupaciones y demandas. Además, las continuas charlas informales en diferentes espacios (hogares, calle/barrio y centro de salud) constituyeron insumos significativos de la información registrada.

Las mujeres, en su rol de madres, fueron nuestras interlocutoras principales (en menor medida los varones-padres). Esto se debió a que se encontraban en sus hogares y se autoidentificaban como las encargadas de los cuidados y atención de sus hijos/as. Pero también dicho rol les fue adjudicado por sus parejas, quienes remitieron a ellas para conversar sobre esos temas.[13] No obstante, en algunos casos contamos con las voces masculinas, particularmente en lo referente al cuidado y atención en situaciones de internación de sus hijos/as pequeños/as.

---

[12] En la provincia de Buenos Aires, el Ministro de Salud declaró en julio del 2009 la emergencia sanitaria que habilitó la reorganización de los recursos humanos, la contratación de personas y la compra directa de insumos.

[13] En la sala de espera del centro de salud registramos una mayor presencia de mujeres con sus hijos/as los días y horarios de atención pediátrica y cuando se realiza la vacunación.

Las familias que colaboraron para este estudio habitan en una localidad periurbana del partido de La Plata con características significativas respecto a las condiciones de vida de su población, así como de los servicios con que cuentan. Algunos datos, elaborados a partir de las bases del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 y de las observaciones de campo, muestran que habitaban 4029 personas (51 % varones y 49 % mujeres), el 44 % de la población se encontraba en situación NBI, lo que constituía a esta como una de las zonas más críticas del partido de La Plata.[14] El mayor porcentaje (63 %) de población se ubicaba entre los 15 a 64 años, predominando los varones (n = 1344) respecto de las mujeres (n = 1209), y le seguía con el 33 % el grupo de 0-14 años. El 3 % eran mayores de 65 años, en su mayoría varones. La condición de actividad —único dato que muestra el censo en relación con el trabajo— reveló, sobre un total de 2786 personas, que el 73 % eran ocupados, el 3 % desocupados y el 24 % inactivos. Al relacionar la condición de actividad con el sexo se observó una situación de desventaja para las mujeres en las distintas categorías.[15]

De un total de 1123 hogares, el 80 % (n = 904) eran multipersonales, predominando los nucleares con hijos (47 %). El 10 % de los hogares presentaba hacinamiento[16] y el 41 % de los mismos una situación de NBI, lo cual quintuplicaba el valor correspondiente al partido (8 %). Las viviendas contaban con la posibilidad de acceso al servicio eléctrico, no así de gas natural, por lo que dependían del gas envasado o leña para cocinar y calefaccionar. No había agua de red y algunos pozos estaban contaminados o “vacíos”, por lo cual algunos utiliza-

[14] En el partido los datos indican que en esta condición se encontraba el 11 % de la población.

[15] Del total de ocupados (n = 2032) el 39 % eran mujeres, del total de desocupados (n = 75) el 79 % eran mujeres y de la totalidad de los inactivos (n = 679) el 70 % también lo eran.

[16] Valor que supera ampliamente al registrado en el nivel del partido, que era del 2,2 %.

ban una canilla comunitaria o recurrían a vecinos que poseían bomba (Weingast, 2012). Ninguna de estas cuestiones puede ser soslayada a la hora de pensar y analizar los cuidados y atención de la salud que efectúan las familias.

La localidad solo contaba con un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) dependiente de la municipalidad, que brindaba servicios de ginecología, obstetricia, odontología, medicina general, pediatría, psicología, enfermería durante las 24 horas, y vacunación mayoritariamente de mañana.[17] El hospital de derivación y lugar de referencia para la población, de jurisdicción provincial, se ubica a 45 minutos en transporte público (una línea de colectivos pasaba cada una hora a partir de las 6:00 hasta las 22:00), y para trasladarse al Hospital de Niños de La Plata (centro asistencial de preferencia de las familias y del personal de salud) se requiere combinar dos líneas de transporte público.[18] No había servicios privados de atención biomédica y tampoco farmacias, por lo que la población en ocasiones se desplazaba a las localidades vecinas o al casco urbano de La Plata.

En cuanto al reconocimiento de curadores fuera del ámbito de la biomedicina, en los diferentes encuentros y diálogos con las familias no se registró ninguna persona que fuera reconocida como curador/a dentro de prácticas alternativas,[19] pero sí la mención al uso de infusiones, ungüentos y tés preparados con eucaliptus medicinal (planta que se encuentra en la localidad), miel y algún otro elemento. Ante esto, y como se tomó conocimiento de la existencia de una feria —"El True-

[17] El CAPS no contaba con servicio de ambulancia. Cuando se lo solicitaba, la espera era de más de una hora.

[18] "si no tenés plata tenés que irte en colectivo. Si un remisse te cobra re caro. (…) 60 $… cualquiera te cobra eso [refiere hasta Hospital de Romero]. Hasta el Hospital de Niños son 120 $. Y mirá que te deja en la puerta y se fue, si vos querés volver tenés que llamar a otro" (Mirta, 24/9/12).

[19] Esto no significa que las familias no hayan expresado que en alguna ocasión asistieron al curandero y/o a la señora que cura el empacho.

que"— donde se adquieren vía ingresos diferentes productos (ropa, alimentos, verduras, entre otros), se concurrió en varias oportunidades y se registró solo un puesto que, entre productos diversos, vendía diferentes ungüentos (tipo *Mentisan*; Grasa de Iguana) y jarabes para distintas dolencias (estómago, pulmón) procedentes de Paraguay y de Bolivia. La vendedora, feriante en otras localidades, indicó que no es un lugar donde se consumieran estos productos, a pesar de que muchos de los pobladores son oriundos de esos países. Estos recursos de atención forman parte de las opciones y elecciones posibles al momento de resolver los padecimientos.

Las familias seleccionadas para este trabajo se caracterizaban por ser nucleares, con al menos un/a niño/a menor de un año (nacidos/as durante el 2012 o 2013). En todos los casos tenían otros hijos, aunque en dos de ellas, los hijos mayores convivientes no eran hijos biológicos de la pareja actual sino que las mujeres habían tenido experiencias anteriores de maternidad[20] y no sus parejas.

Asimismo, presentaban ciertas diferencias en aspectos centrales al momento de considerar tanto las condiciones materiales de vida como sus experiencias en relación con los procesos de enfermedad. Las diferencias respondieron a:

1) Las desiguales condiciones laborales de los responsables adultos que marcan las contribuciones económicas al hogar. En un caso el varón poseía una relación formal de trabajo mientras que el resto se encontraban en condiciones informales de empleo, aunque en algunos la situación de informalidad presentaba cierta continuidad en tanto se desempeñaban como empleados en las cooperativas municipales; otros solo hacían changas en quintas. La mayoría de las mujeres no realizaban trabajo extradoméstico; las que lo hacían (dos casos) efectuaban changas en su casa (trabajo a domicilio) relacionadas con las

[20] Esta situación fue significativa cuando las madres acompañaban a su hijo/a enfermo en el hospital, cuando se evaluaba dónde consultar y ante cuestiones de dinero en un contexto de escasos ingresos.

quintas[21] y en un caso la pareja trabajaba en la quinta sembrando su propio invernáculo alquilado. La mayor parte de estas familias percibían la Asignación Universal por Hijo (AUH) por algunos/as de los/as suyos/as. Algunas contaban con el Plan Más Vida.

2) Las condiciones de la vivienda: en un marco de precariedad habitacional se verificaban desiguales condiciones de vulnerabilidad en la que vivían estas familias. En la mayoría de los casos las viviendas, asentadas en terrenos bajos, eran precarias en cuanto a sus materiales de construcción (casillas de madera y plástico,[22] con piso de tierra[23]) y en el acceso a servicios básicos (en algunas la provisión de agua era a través de la canilla comunitaria). En muchos casos no contaban con

[21] "sí, estoy haciendo plantines. De vez en cuando, cuando hay. Como en invierno no brotan las plantas así que no, no sale. En verano sí, es todos los días, pero en invierno es 2 veces por semana nada más. (…) Ayer y si terminamos hoy ya cobramos y ya no hay más. Cada bandejita te paga 3$ y cada bandejita te lleva a hacer 20, en media hora. (…) Los lunes, capaz si brota me traen los lunes y después a mitad de semana, miércoles o jueves por ahí. Es lo único, si…" (Vera, 27/6/13).

"No me voy a trabajar afuera estoy con mis chicos, a mis hijos los mando al colegio. Y la verdad que ellos vienen del colegio, me vienen y me dan una mano (…) sí, trabajo acá, en mi casa, haciendo plantines. Plantar o replicar como se puede decir, agarras una plantita así, y de a uno plantas… Esto es apio y empezas a hacer así, plantas, plantas, plantas y ya está. Esta bandeja se paga 2,80 $; cada bandeja. 25, 30… 37 pesos tengo acá (…) yo sola voy a hacer, hago veinte por día (…) me ayudan los chicos (…) y tengo plata en mi casa, no voy a trabajar ni ajeno, trabajo en mi casa" (Mirta, 19/4/12).

[22] "Esta vuelta, mi casa se voló. En la cocina no tengo ni techo, ni nada…Pero ya voy a conseguir, ahora haciendo esto voy a conseguir para comprarme unas chapas o algo…" (Mirta, 19/4/12).

[23] "una madera, después tiene una membrana. Cuando viene el viento lo levanta (…) cayeron ahí granizo y lo rompió todo, la membrana. Cuando llueve pasan chorros". (Respecto a las paredes) "…entra frio. Hace poco le hice poner un nylon que tiraron los vecinos, ahí atrás, para que no entre tanto viento… pero igual" (Delia, 17/5/12). (Refiere al cambio de lugar de la casilla) "Hace frío, se siente. Ahí arriba no tenía nylon a la vuelta. Así que, igual. Siento que es más frío, pero será porque no está el nylon tapando (…) de adentro lo puse, pero igual siento que es muy frío. Pero bueno, no falta mucho para el verano. Me arreglo como puedo" (Delia, 18/6/13).

baño propio y solo tenían un único espacio para dormir, cocinar y comer. En un caso, la vivienda era en su mayor parte de material con paredes sin revocar por dentro y fuera, aunque algunas estaban cubiertas internamente por un plástico que cumplía la función de protección de los ladrillos y del frío; con el contrapiso de cemento. Ninguna contaba con sistemas para calefaccionar las viviendas y algunas familias no hacían fuego dentro de las casas por considerar que el humo es perjudicial para las/os hijas/os. Solo la vivienda de material incorporó en la cocina una salamandra, pero garantizando una buena ventilación[24].

Esta breve descripción de las condiciones de la vivienda permite acercarnos al por qué de las recurrencias de enfermedades y padecimientos de los/as hijos/as más pequeños/as, cuestiones que no siempre se hacen visibles, aunque en ocasiones surge la reflexión sobre la frecuencia de los problemas de salud infantil: "se me llenó de humedad el baño, yo ahí a los chicos no los puedo bañar ahí, porque se me enferman. Entonces, ahora, tengo que calentar agua y bañarlos en la pieza. La gorda ya tiene principio de bronquiolitis, estaba muy atacada" (Fabiana, 23/5/2013).

"Tenemos que hacer de material para tener a esta nena, si no mucho tiene que estar en el hospital" (Delia, 13/8/12).

Entender y atender los problemas respiratorios infantiles

¿Cómo se identifican los problemas respiratorios?, ¿qué se hace ante los mismos?, ¿cuándo y por qué se evalúa y decide recurrir a otras formas de atención?, son preguntas que remiten a las experiencias ante los padecimientos, permiten reconstruir las formas e itinerarios de atención, pero también acercarse a los recursos materiales y simbólicos, la disponibilidad de redes sociales y visibilizar las

[24] "la pusimos en junio… más por ella tengo que tener más calentito, todo eso. (Se refiere al humo) …se va por el caño, donde yo veo que entra así, la saco a ella y la pongo en la otra pieza, no la dejo venir para acá… Así que hasta ahora, no le hizo mal…, es el cambio, es la humedad" (Fabiana, 30/9/13).

limitaciones estructurales y coyunturales. El material etnográfico, transformado en descripción analítica, permitió focalizar, por un lado, en la identificación de signos que se convierten en padecimientos y enfermedades, y pueden (o no) merecer ser tratados; por otro, en el hacer, en las prácticas (modos de actuar) desplegadas en el hogar y, en relación con ello, los itinerarios de atención que en ocasiones involucran un recorrido por los diferentes servicios de salud.

Detectar, identificar, nombrar. Los relatos maternos

Al centrarse en los padecimientos se recuperan los saberes que se ponen en juego ante los eventos de enfermedad. Se trata de nociones, conocimientos, creencias, valoraciones y actitudes que se construyen socialmente en las interacciones que los sujetos tienen a lo largo de su vida y en las diferentes experiencias propias o de otros. Los saberes en salud son elaboraciones cuyos contenidos pueden articular los conocimientos y las creencias de diferentes formas de atención, que se reformulan, modifican en relación con los cambios que ellas generan y con las experiencias vividas. Esos saberes se expresan en los discursos (descripción de los eventos de enfermedad) y su puesta en acto se da a través de las acciones implementadas.

En los casos que se recuperan, las mujeres-madres identificaron los problemas respiratorios por la aparición de determinados signos (mocos, tos fuerte/ronca/fea/seca, ahogos, "se pone morado/a" —cambio en el color de la tez—, ruido en el pecho) considerados no habituales y por alteraciones en el estado de ánimo del niño/a (inquieto/a, duerme mucho, llora, no sonríe, no quiere tomar la teta o comer) que se convierten en marcadores de que algo anda mal o que constituyen señales de alarma por su no habitualidad o por desconocimiento:

> estaba molesta, tenía mocos, muchos…, estornudaba y no era como estaba siempre... estaba medio inquieta… (Delia, 17/5/12) (…) la sentí media atacadita, …se pone cansadita, llora y molesta (Delia, 13/8/12).

> yo me asusté porque devolvía la leche y no durmió en toda la noche. Y ella no se reía, nada, nada de nada. Nada, te miraba, te seguía con la mirada nada más. (…) estaba distinta la nena a las primeras veces que le había agarrado. Si, re distinta porque, le cambió el color de la piel, las uñitas las tenía todas blanquitas, toda la piel estaba blanca, le tocabas la piel y no le hacía el pocito y todas esas cosas que se le hace cuando la sangre está en la piel, fría estaba, fría. No tuvo fiebre, tuvo 36, 37, 35,… no le agarró fiebre, esa la ventaja que ella tuvo… (Fabiana, 24/7/12).

> empezó a toser, mucha tos… le empezó a salir moco y ya estaba con su caquita con moco y empezó a levantar fiebre**,** y ya no tomaba la teta, nada (Mirta, 2/8/10).

La fiebre es uno de los síntoma que se identifica a través de distintos signos (cuerpo caliente, transpiración, llanto, los "cachetes" colorados),[25] que es fácil de detectar y adquiere un lugar destacado en la elaboración del diagnóstico presuntivo, como también actúa cual marcador para poner en tela de juicio, en función de su experiencia, un posible diagnóstico médico.

En algunos casos, la fiebre fue asociada con infección y registrada como un mecanismo corporal de defensa. Por lo que, al decir materno, es bueno que no tenga fiebre porque "la infección no llegó a dónde tenía que llegar o a los pulmones. A los bronquios sí, pero al llegar a los bronquios la fiebre no produce ahí, pero al llegar a los pulmones produce fiebre, porque ella se defiende con la fiebre…" (Fabiana, 24/7/12).

El ruido (silbido) en el pecho aparece como un signo cuya percepción es producto de una destreza en la escucha que se va adquiriendo

[25] "tuvo fiebre. Yo le toqué así, la palma de la mano y ella así medio temblaba. Tenía 38 y medio de fiebre" (Mirta, 2/8/10). "Porque estaba muy caliente, la cabeza, todo. Tenía rojos los cachetes. Yo la toco y quema. Entonces, es fiebre y le doy el jarabe" (Delia, 18/6/13).

mediante la práctica de atención materna. Se trata de un "oído alerta", de un "ojo atento" que hace visible ciertos gestos y movimientos corporales que no son esperables: "se le hundían las costillas y no podía respirar bien" (Fabiana, 18/10/12).[26]

Estos estados infantiles algunas veces se convierten en motivo de conversación con personas de confianza, en busca de una opinión que oriente las formas de actuar o que ayude a corroborar la decisión de consultar con un profesional de la biomedicina. Tanto el ámbito en el cual se inicia la consulta, los tiempos de la intervención (el cuándo) como las maneras (el cómo) de las acciones a realizar son variables:

> el bebé se puso todo azul y el bebé no tiene que estar así. Sí, me asusté, lo llevé, enseguida lo lleve al Hospital de Niños. Es más, el oeste [línea de transporte público], nos fuimos, agarramos el oeste. (…) y ahí seguía así, una señora se dio cuenta y le dijo al chofer y me llevaron a la sala de San Carlos… (Lidia, 21/6/12).

> ella empezó a toser, una tos rara que noté, no solía tener. Entonces yo agarré la llevo a la salita y la pediatra me dijo que podía ser principio de bronquiolitis, entonces que le haga nebulización… yo le hacía así cada seis horas por tres días le hice, hasta que se le fue esa tos. Y después cuando, a la semana o semana y media que estuve en la salita, empezó a toser más fuerte y es como que se ponía moradita. Cuando se puso moradita yo agarré y la llevé al hospital. Deje, deje, ese día yo dije de paso la llevé a control de los ojos y los oídos porque ella no tiene ese control… Entonces yo la llevaba para eso y me dice la pediatra "no, pero no te vas, mamá, hoy. Esa nena está con Bronquiolitis", me dice. Me hizo quedar... (Fabiana, 25/6/2012).

[26] La observación del movimiento de la caja torácica fue parte de las recomendaciones realizadas por una estudiante de medicina que, en el marco de sus prácticas, visito a la familia luego de la primera internación. En la visita domiciliaria le explicó a la madre ante que signos debía estar alerta.

Las reiteraciones de algunos signos son significadas como "recaídas", situaciones que inducen a la etiquetación de los mismos bajo una categoría médica conocida y a la puesta en práctica de los saberes aprendidos. El entrenamiento materno[27] es lo que permite ir evaluando el estado de salud del/la niño/a que, en función de la edad y las posibilidades económicas, orientar las decisiones y los posibles caminos a seguir. Eventos recurrentes de tos y fiebre son relacionados y se instalan bajo la nomenclatura médica de broncoespasmos, bronquiolitis o neumonía, y en ocasiones son objeto de consulta. Mientras que la tos, los ahogos, junto con el cambio de color en la tez ("Tosía mucho y se ponía morado"; "… se puso todo morado"), se asignaron bajo la categoría diagnóstica médica de coqueluche o tos convulsa, ya que la conjunción de estos signos no formaba parte del repertorio materno de padecimientos ("Tos convulsa me dijeron que era, era la primera vez que lo escuchaba"), y en estos casos prima la atención biomédica.

El porqué de la recurrencia de estos padecimientos en sus hijos/as no siempre es objeto de reflexión, quizá porque lo que se pondera es alcanzar una resolución técnica rápida más que la indagación sobre sus causas. Las condiciones climáticas (el calor, el frío, la humedad, el viento) aparecen como primera mención de causalidad,[28] factor inmodificable que encuentra en la implementación de determinados comportamientos ("estar adentro y no salir") la forma posible de evitarlos. La reiteración de los eventos es lo que pone en tela de juicio este tipo de causación explicativa y, en algunos casos, adquirieron importancia las condiciones deficitarias de sus viviendas. En otros, se mencionó la

[27] "…Lo escuchaba yo. Porque yo con eso estoy a tono. Con ella igual, noto cuando respira más rápido, mi marido me dice: 'cómo te das cuenta, para mí está bien', le digo: 'no ves que ella respira de otra manera, aparte es como que se desespera más para respirar, ¿no te das cuenta?', 'no' me dice" (Fabiana, 25/6/12).

[28] "…porque el tiempo estaba cálido como ahora, pero después fuimos a la Iglesia y cuando salimos empezó a correr viento y seguro que ahí le agarro porque él andaba jugando por afuera" (Vera, 27/6/13).

fragilidad biológica que caracteriza a los recién nacidos y al tiempo cronológico como clave para su fortalecimiento.

Qué hacer: una mirada desde los relatos maternos

La descripción de lo que se realiza ante la identificación de los primeros signos permite hacer visibles los modos de actuar antes, durante y después de la consulta con un curador profesional. Pero también muestra cómo, en el quehacer cotidiano, las prácticas curativas biomédicas van adquiriendo cierta autonomía, se las utiliza en situaciones percibidas como similares, y también se las recrea, modificándolas en función de sus usos, que no siempre coinciden con los paradigmas vigentes de la medicina oficial. Los modos de actuar que se presentan muestran las estrategias curativas y preventivas de acción familiar junto con los itinerarios de atención.

Las prácticas (vapores, nebulizaciones, PAF) y sus usos preferenciales cambian en función de los diferentes consejos y ponderaciones médicas que las madres se apropian y recrean cuando identifican y verifican su eficacia en la morigeración y/o resolución de los problemas de salud infantil y que evitan, al menos temporalmente, la internación. Cabe aclarar que el tipo de padecimientos sobre el que focalizamos así como la edad de los/as niños/as hacen que sea frecuente el uso de la atención biomédica pública y, en estos casos, con episodios de internación.

> solo vapor, con agua caliente en la olla y le tapo con una toalla la cabecita y la dejo horas hasta que le destape la nariz, que tiene toda la nariz atrancada. Y así la tenía, pero semanas. Sí, mucho tiempo. Después le agarró la bronquiolitis, primero; después, le agarró la neumonía… la pediatra que la atiende a ella me dijo que le haga los vapores (Mirta, 2/8/10).

Los vapores son un tipo de práctica que las madres implementan por su cuenta ante agitaciones o la presencia de secreciones nasales

(“mocos”), pero que también se prescriben en los centros de salud. Se trata de una práctica que parece fácil de realizar en los hogares, aunque ciertas condiciones de infraestructura de la vivienda hacen que se desestime o se efectúe de manera esporádica y selectiva según la edad de los/as hijos/as. La cuestión central es cómo hacerlo sin que ellos/as se quemen, por lo que se implementan estrategias diferenciales según la edad:

> de arribita no más… que no la pegue tanto al vapor porque si no quema… de arribita no más y sin taparlo, los más grandes se tapan (Delia, 17/5/12).

> me dijeron que le haga vapor porque tenía mocos. En una olla hiervo agua y lo tengo que tener arriba de la olla tapándolo con una frazada, una sábana, algo, cosa de que el vapor no salga y lo aspire bien (…) Lo hago yo, le digo que se pare al lado de la olla y que se quede quieto. Después yo lo tengo a él, lo tengo agarrado. (…) No, a él [se refiere al niño más pequeño] no, siempre nebulizaciones (Vera, 31/8/12).

La realización de vapores por su cuenta es producto del consejo de familiares directos; se pondera la confianza en quien lo sugiere, el reconocimiento de cierta eficacia pasada y una mejoría inmediata. En algunos casos, se incorporan hojas de eucaliptus o sal:

> le había hecho eucaliptus, me dijo mi mamá que le haga. Le hago hervir en una olla y cuando hierve me tapo con una frazada yo y él, y el vapor lo tiene que aspirar él… ¡ah! eso cierto que lo había calmado un poco también (…) La mitad de agua y las hojas de eucaliptus, allá en la esquina había, que habían bajado árboles y había sacado yo. Se pone la hoja, pongo un par de hojas en la mitad de la olla y ahí le hago el vapor de eso (…) Yo y él, y mi otro nene que también andaba con tos, nos poníamos los tres (…) Yo me ponía parada con mi nene y salía el vapor, ponía una toalla para que no salga el vapor por el costado porque tenía que entrarle todo (…) Yo le hacía eso y como que ya dormía bien. Porque él dormía

> y se le tapaba la nariz, y esa noche cuando yo le hice ya durmió bien, no se levantó nada, no se le tapo la nariz. Y después al otro día lo lleve a la salita… (Vera, 27/6/13).

> con agua y sal. No sé, me dijeron así que le ponga. Agua con sal. En la familia, que es mejor (Delia, 17/5/12).

Si con la aplicación de vapores los signos percibidos se mantienen y no se logra morigerar el padecimiento, la decisión materna se orienta a la búsqueda de otro tipo de solución en el marco de la atención biomédica. Esta puede ser la atención pediátrica en el CAPS, lugar donde se obtienen los insumos para la aplicación del PAF y los antipiréticos, o la consulta en un centro de mayor complejidad.

> yo agarre la llevo a la salita y la pediatra me dijo que podía ser principio de bronquiolitis, entonces que le haga nebulización cada seis horas con salbutamol, tres gotitas de salbutamol. Bueno, yo le hacía así cada seis horas por tres días le hice, hasta que se le fue esa tos. Y después cuando, a la semana o semana y media que estuve yo en la salita, empezó a toser más fuerte y es como que se ponía moradita. Cuando se puso moradita yo agarré y la llevé al hospital... (Fabiana, 25/6/12).

Las nebulizaciones son otro procedimiento que habitualmente se prescribe para los problemas respiratorios y que las madres van incorporando, y adquieren habilidad para su administración a medida que las llevan a cabo con sus hijos/as. Se trata de una práctica que realizan en su hogar con sus propios insumos y también en las instituciones de salud, ya sea en situaciones de internación o ambulatorias.

> (En el hogar) (…) Entonces por eso lo llevé al Hospital de Romero, ahí me dijeron que tenía bronquiolitis, pero me dieron para que le haga el paf en mi casa, no, nebulizaciones. Primero nebulización, cada cuatro horas, diez gotas de salbutamol con solución fisiológica (Vera, 26/7/12).

> (En las instituciones de salud) (…) lo tenía que hacer yo. Había un aparato y un tanque de oxígeno, y ya con eso se la hacía. Una máscara, abría el oxígeno y le echaba cinco gotas de solución fisiológica. Y con eso le ponía hasta que terminara todo el líquido (…) Yo lo sabía porque a mi nene le tuve que hacer también, al más grande. Cuando tenía tos lo llevaba a la salita, me decían que le haga y yo le hacía (Vera, 31/8/12).

En algunos casos el nebulizador se adquirió antes o con el nacimiento del primer hijo. Se presenta como parte de los objetos que hay que tener, aunque su uso sea esporádico:

> Lo compré cuando nació mi otro nene por las dudas, casi nunca lo usaba porque nunca se enfermó (…) con él lo empecé a usar (Vera, 26/7/12).

> Con nebulizador. Lo compré cuando nació D. (…) porque él tenía moquito cuando nació, a los dos meses (…) Entonces tuvimos que comprar porque el pediatra nos dijo. Nos venía bien porque ya quedaba en la casa y no teníamos que andar pidiendo prestado y demás (Fabiana, 25/6/12).

La adquisición "por las dudas" resulta interesante pues permite reflexionar sobre la naturalización de los problemas respiratorios infantiles, pero también lleva a preguntarse por qué las familias asumen que el nebulizador es un elemento que se debe poseer a pesar de no haberse convertido en una necesidad. Se podría pensar que su posesión se relaciona principalmente con que evita que las familias, en caso de prescripciones domiciliarias, recurran varias veces al día al CAPS a realizar lo indicado. Además, se constituye en un elemento que distingue a las familias, dado que puede ser objeto de préstamo para otros; el nebulizador sirve para ser utilizado con todos/as los/as niños/as aunque con mascarillas de uso individual por la diferencia de tamaño y como forma de evitar contagios. En otros casos que se pres-

cribió la realización domiciliaria de nebulizaciones con salbutamol, las madres recurrieron a sus allegados para la obtención del aparato.

> me prestaba un vecino la nebulizadora (…) Unos días sufrió porque no quería que le apreté con la cara, nada. La nebulización no se dejaba hacer, pero yo igual le hacía, lloraba, mucho… le hacía a la mañana, al medio día y a la tarde la máscara. Y después iban pasando las horas, si empezaba con la nariz más tapadita, de vuelta así, traía el señor la nebulizadora y le enfocaba, le hacía la nebulización. Pero lloraba mucho, porque no se dejaba hacer (risas)… (Mirta, 2/8/10).

En cada aplicación, según lo prescripto, se utiliza con agua, solución fisiológica y, a veces, salbutamol.

> porque lleva agua y lleva la solución, entonces al agua no le pongo fría, le pongo tibia y la solución también, le pongo un ratito en la pava para que tome la temperatura, porque a mí se me hace que el humo ese que sale es frío (…) a mí se me hace como que se enfría ella de adentro, nada más, no sé si será así… (Fabiana, 30/9/13).

La efectividad de la práctica recae en el conocimiento y en la pericia para su realización, ese saber-hacer materno, que es naturalizado por el personal de salud:

> yo pensé que se usaba sólo eso, no más. No, no me dijeron. No, me dieron sólo las gotitas no más, bueno, yo pensé que era eso. Y me dijeron que no se van a curar nunca así, con las gotitas no más. Y ahí me dieron la agüita para poner con eso (María, 16/7/12).

Si bien se puede leer este relato como un testimonio del desconocimiento de cómo funciona el procedimiento terapéutico, también devela la ausencia de diálogo en el ámbito de la atención clínica, ya que los médicos dan por supuestos ciertos saberes maternos, principalmente cuando las madres no son primerizas, y no abren la posibilidad

de la duda, de la pregunta. Por su parte, en la consulta, las madres se inhiben de preguntar ciertas cosas que se supone que deberían conocer y saber manejar.

Cabe señalar que, en el caso citado, la reiteración del procedimiento y su nula efectividad fue lo que llevó a revisar el procedimiento materno y reajustarlo según requerimientos médicos. Una vez aprendido su "buen uso", se convirtió en una práctica que reiterada y autonomizada ante eventos evaluados como similares en todos/as sus hijos/as:

> ya lo sé usar. Lo agito primero, después lo pongo ahí, cuento hasta diez y aprieto (Delia, 17/5/12).

> le estoy dando, le empecé a hacer un PAF, le estoy haciendo cada cuatro horas… Siempre que voy allá y me hacen hacer los PAF. Entonces digo, porque no se los empiezo a hacer aquí… (Delia, 18/6/13).

> desde que ella estuvo internada el PAF. Que eso también me dijo la pediatra que use (…) Me lo dieron en el hospital, de la nena y la de la más grande me lo dio la salita (…) (Fabiana, 25/6/2012).

El PAF es una práctica que las madres inicialmente realizaban por prescripción médica, pero se fue instalando un uso más generalizando y autónomo porque observaron resultados efectivos en los/as diferentes hijos/as. Se trata de un aprendizaje en contacto con el personal de las instituciones de salud y que, ante la indicación médica, se requiere que sea administrado en el hogar, para lo cual se facilita el acceso a los insumos (aerosol y aerocámara).

> le daba el paf y con eso estaba bien (…) Una aerocámara, se lo pongo en la boca y apretás dos veces. Yo tenía una porque me dieron una en el Hospital de Niños cuando estaba y después una en Casa Cuna (Vera, 31/8/12).

Los relatos expresan que las madres saben cómo proceder para su aplicación y conocen la frecuencia temporal con que debe ser

suministrado. Su experiencia les permite construir un registro inicial de prescripción cada cuatro horas; asumen que la modificación temporal está condicionada por la necesidad del/la niño/a, que menor tiempo entre las aplicaciones significa que este/a se encuentra en una mala situación.

> era cada cuatro, pero dijo que necesitaba bastante, entonces le tengo que hacer cada tres (…) Allá (CAPS) me le estuvieron haciendo cada quince minutos… cada quince minutos la hicieron así y mejoró. Estaba mejor, la revisaron después y estaba mejor. Entonces se lo tengo que hacer cada tres horas… (Delia, 17/5/12).

La utilización del PAF en el ámbito de los servicios de salud (CAPS y hospitales), conocido como rescate,[29] contribuye a esa valoración positiva y a su empleo con cierta autonomía. Algunos relatos maternos reflejan que el PAF se presenta como una práctica preventiva**,** que debe ser usada dos veces al día (durante la mañana y por la noche):

> Tengo que usar el paf preventivo, todos los días. A la mañana y a la tarde, cuando se levanta y otro para dormir. Lo muevo y lo agito primero y después le hago. Tengo que usarla sólo con ella [se refiere a la máscara del PAF] y, a veces, limpiarla. Me dijeron que lo use con ella. Que la máscara es de ella, para ella. A los otros no (…) me dan el spray. Me dieron una sola vez la máscara, después tengo que ir a la salita a pedir el preventivo (Delia, 18/6/13).

También como una práctica que se puede prescribir a otros cuando se identifican signos y síntomas que son conocidos o cuando se quie-

[29] Término utilizado por el personal de salud para referirse a la realización de nebulizaciones con oxígeno controlando el estado respiratorio del paciente. Es una actividad que se realiza en el primer nivel de atención y que permite al profesional evaluar si se requiere el traslado a un centro de mayor complejidad o se puede continuar con un tratamiento domiciliario.

re aliviar situaciones respiratorias que se presentan durante la noche: "cuando anda un rato mal ya le hago los PAF y se le pase… con el PAF, le doy mejoralito… eso, y se le pasa…" (Delia, 22/8/13), o cuando se decide postergar, al menos momentáneamente, la consulta pediátrica.

En los casos aquí analizados las aerocámaras y los aerosoles les fueron suministrados a las madres por los servicios públicos de salud donde algunos de sus hijos fueron internados o se efectuaron los "rescates". No obstante, cuando no hay en el hogar se recurre a familiares o vecinos para que presten el aerosol hasta su adquisición mediante la compra, o hasta la entrega gratuita en diferentes instituciones públicas (CAPS, el Hospital, también el hospital móvil[30] de la provincia de Buenos Aires).

Otro tipo de prácticas utilizadas para aliviar la tos, que recupera consejos y prácticas familiares, fueron la frotación de la espalda con un ungüento de venta libre compuesto por menta, alcanfor y eucaliptus (*Vick Vaporub*, *Mentisan*) o la preparación de un jarabe casero basado en miel y aceite caliente.

> le pongo ivaporuk ese de menta en el pecho a la noche, le afloja el catarro, no tose tanto (…) Si le pongo eso tose menos (…) Sino con miel con aceite… mi hermana una vez hizo, le hacía miel con aceite para la tos. Ella le calentaba la miel con el aceite, tipo el almíbar, le entibiaba y ahí se le daba a la noche… en cuchara, se le calienta un poquito en tibio y con la miel. Después se le da. Eso le afloja, le saca todo el catarro (…) A la noche, porque a la noche también es donde más ataca la tos y todos los días, le tengo que hacer (María, 27/6/13).

[30] El 2 de agosto del 2013 se instalaron en la localidad diferentes servicios móviles (documentación; pescado para todos, el hospital móvil). Ese día, una de las madres junto a sus tres hijos más pequeños se acercó al hospital móvil con el objeto de solicitar el aerosol para el PAF previo control médico de salud. Se trató de una estrategia materna para poder obtener un insumo que utiliza asiduamente con uno de sus hijos y al que le resulta difícil acceder con sus propios ingresos.

Algunas madres consideraron que la aplicación del ungüento en los/as niños/as es selectiva según la edad,[31] y que este es un insumo adicional para ocasiones especiales. La selectividad etaria es producto de la experiencia materna con sus hijos mayores[32] y con la concepción de cómo actúa el producto sobre el cuerpo humano: "… no estaba atacadita como para cosas adicionales. Encima eso te calienta todo por dentro. No estaba atacada, para hacerle eso" (Mirta, 24 /9/12).

Como se aprecia, las prácticas efectuadas en el hogar, aprendidas en la relación con los servicios de salud, muestran el actuar materno ante signos conocidos. Pero, ¿qué se hace ante la presencia de signos desconocidos o cuando se evalúa que el propio accionar es ineficaz o no resuelve el problema de salud? Responder a ello introduce los itinerarios de atención, los diferentes recorridos que las familias realizan en busca de una solución. En estos casos la consulta a los servicios de atención de la biomedicina se presenta como el camino que se debe seguir, y esto —como lo ha hecho visible una de las madres— no solo se relaciona con que los que requieren atención son niños/as menores de cinco años, sino con la imagen/representación de la institución médica y su personal como agentes de control social:

> No quiera medicarla así sola, tampoco quería darle una medicación sin que la doctora me diga. Porque a veces sale mal, y después vas a la pediatra y la pediatra te reta porque vos haces sin autorización de ella (…) Porque yo no quiero medicarla así nomás, sin que la doctora o alguien me diga por ahí me sale mal y, me sale mal a mí medicarla así porque es chiquitita y tengo que correrme

[31] (Respecto al niño de 7 meses) "No, nunca le puse. Porque es chiquito todavía para eso" (Mirta, 24/9/12).

[32] (Refiere al uso que realizó con su hija que tiene 2 años) Un año, por ahí. Uno, porque a veces tengo miedo, no sé si le puede agarrar tipo alergia la primera vez. A ella la primera vez se le puso toda la piel roja. Tenía todo rojo. Ahí fue cuando la llevé la primera vez al dermatólogo, al Hospital de Niños. Me dijo que era eso, que le tenía que poner muy poquitito porque eso era muy fuerte (Mirta, 24/9/12).

> hasta el hospital Romero, de vuelta, con ella y no va a estar lindo que le diga "no, si le di medicamentos ya". Si ellos no me dieron nada (Mirta, 2/8/10).

> acá si yo no aparezco en la sala ellos me mandan a citar o me mandan alguien que yo tengo que estar sí o sí presente en mi casa (Mirta 19/4/12).

Las trayectorias de atención de los problemas respiratorios comienzan con el reconocimiento de signos desconocidos o que son reiterados en un lapso de tiempo, evaluados como preocupantes y que ameritan una consulta profesional en el marco de la atención biomédica. En algunos casos se acude al primer nivel de atención (CAPS), en otros se prefiere la intervención de instituciones de mayor complejidad (hospitales públicos generales o de especialidad) a pesar de la distancia geográfica. Esta última elección no significa que se descarte el CAPS, sino que se lo considera como un lugar para la realización de los controles de rutina, para la vacunación y la atención de situaciones evaluadas como de poca urgencia. En estos centros de salud la continuidad del personal, particularmente del servicio de pediatría, convierte al profesional en el médico de referencia de sus hijos/as.

Aquellos que optan por el CAPS lo hacen por su relativa cercanía, por la entrega de la medicación, pero también porque los eventos y la decisión de consulta se enmarca dentro de los días y horarios de atención del personal médico, ya que se sabe que durante la noche y los fines de semana solo se cuenta con un servicio de enfermería. Los que deciden trasladarse al hospital público ponderan el conocimiento previo de la institución porque facilita moverse en ese entorno, la distancia y frecuencia del transporte público y las recomendaciones de los familiares. También influye la experiencia adquirida en el CAPS, que hace que consideren que ese será el camino que indicará el profesional. Además, trasladarse al hospital significa disponer de tiempo (una

hora y media para llegar al Hospital de Niños de La Plata; cuarenta y cinco minutos al Hospital de Romero.), dinero y estar dispuestos a esperar para ser atendidos:

> hacía comentarios con mi mamá, mi hermana. Les decía que tosía mucho y cada vez que lloraba se ahogaba. Más por eso lo había llevado, porque se ahogaba. Me decían que lo tenía que llevar al hospital (…) lo que pasa es que como yo no conocía el Hospital de Niños, como es grande no sabía si ir para acá o para allá. Pero sí, me atendieron a las 9, 9 y media (…) Le pregunté al guardia, después le pregunté a una señora. Después me mandaron para arriba, ahí saqué turno y me atendieron ahí (…) (Vera, 31/8/12).

> cuando ella levanta fiebre lo más cercano que tengo es el hospital de Romero o la salita de acá que le baja la fiebre… Porque hasta llegar al Hospital de Niños mi hija se muere. Si no tenemos un transporte de acá que te lleve directo al Hospital de Niños. Me queda más cerca ahí (…) Te atienden muy bien, demasiada paciencia le tienen a los chicos, te atiende bien Romero (Mirta, 2/8/10).

El traslado nocturno a una institución de salud requiere, para quienes no tienen vehículo, conseguir que alguien los lleve, sea un remís o algún vecino con auto y buena predisposición para realizar el viaje, porque no hay frecuencia de transporte público. Esto constituye un problema para estas familias, y hace que se entienda por qué preocupa que sus hijos/as se enfermen durante la noche:

> Como se agitaba mucho lo llevé el miércoles a la noche. Y ahí lo dejaron internado, porque era bronquiolitis, pero estaba muy avanzada era para una internación. Y ahí me lo dejaron internado… En un remís, bah, no conseguí remís, detrás de mi casa vive un hombre que tiene un auto y él me llevó hasta el hospital de Romero (Vera, 26/7/12).

> De aquí fui con mi marido que nos llevó en el remís, después se volvió. Fuimos a las tres de la mañana, porque a la noche se puso mal (…) Yo notaba que sí. Llegué allá, me la tuvieron nebulizando y no mejoraba, con el paf, nada, le dieron corticoide y seguía así. Entonces me dijeron que la iban a internar (Delia, 18/6/13).

Como se evidencia en la cita anterior, la consulta en el centro de mayor complejidad puede desembocar, en función de la evaluación médica, en una internación**.** No obstante, para las madres esta última no siempre aparece como una alternativa posible; puede convertirse en una situación desafortunada no solo porque no se está emocionalmente preparado para ella, sino por los desarreglos domésticos que genera, principalmente en hogares en donde la figura de la mujer madre constituye el eje de su funcionamiento.

> Yo cuando el médico me dijo eso "parece que te quedás". Yo ahí, al toque le mandé un mensaje y lo llamé. Yo le dije tengo que hacer llamadas porque no estoy sola, le digo "estoy con el nene de 6 años y la beba". Y ella tenía un hambre, me acuerdo ese día, porque yo no le había dado la leche por miedo a que devolviera todo (…) Los cuatro días estuve allá… No, no volví. Llamaba, así como estaban, si necesitaban algo. Trataba de avisar a mi familia que llamen o que si puedan venir… (Fabiana, 25/6/12).

> Me dijeron que le faltaba oxígeno (…) Yo me quedé con él. Estaba mi hermana, yo me venía y después me quedaba todas las noches con él (…) Estuve una semana en Romero, y de ahí pedí la derivación para ir a Casa Cuna porque en Romero me dijeron que no había internación, no hay sala de internación y no podía estar ahí con los nenes. O sea, él estaba internado y al lado mío atendían a los otros chicos enfermos que venían, estaba en el consultorio porque no tenían cama ni nada (Vera 31/8/12).

> Me complica cuando uno queda internado, con los otros chicos me complica mucho. Porque si yo me quedo internada ellos ya se

> quedan acá en casa ajena, ¡no. Bah!, y como uno no está no sabe cómo están, no es que los traten mal, pero viste, no es como uno, no es lo mismo que estar conmigo. Son terribles, viste (María, 16/7/12).

La responsabilidad del cuidado del/la niño/a hospitalizado/a recae en la figura femenina, ya sea la madre o alguna parienta cercana. Y esto porque, entre otras cuestiones, la institución hospitalaria no brinda las condiciones favorables para que el varón/padre ejerza la corresponsabilidad en el cuidado del/la niño/a internado/a. La primera limitación que establece es horaria, lo ubican en el lugar de visita:

> Iba a visitarlo no más. Porque no dejaban, la primera vez que estuve en el Hospital de Niños no dejaban a los padres, sólo a mujeres (…) Fui a Romero y de Romero me derivaron a Casa Cuna. (Allí) tampoco, de visita sí… fue de visita (…) A veces, iba un lunes y no trabajaba iba al hospital, después no iba martes, miércoles iba al hospital, día por medio iba… (Vera, 26/7/12).

> El hospital no me dejaba quedarme a mí, porque el hospital no quería que quede a la noche, solamente de día y nada más. De ocho a cuatro, depende el horario (…) Yo pedía permiso [en el trabajo] y me lo daban, pero si yo no llevaba un certificado, me descontaban el día. A veces, no me daban nada a mí... me descontaban lo faltado… (X, padre de las niñas, 11/7/12).

En un solo caso registramos que el padre del/la niño/a solicitó autorización para quedarse durante noche porque consideró que su pareja debía descansar y estar con sus otros hijos/as. Pero se trata de una decisión poco frecuente tanto institucional como familiarmente.

> Me quedaba yo en el hospital. Después, una noche se fue mi marido y se quedó él..., se quedó con él, fue para que yo descansara (…) Se puede quedar el padre también. Tiene que pedir, el doctor tiene que dar un papel, orden, para que se quede (…) Y sí, él me

dijo porque me dijo que yo me venga a descansar para que él se quede, estaba cansada yo (Lidia, 21/6/12).

En la internación las madres aprenden y se apropian de ciertos términos técnicos que utilizan para relatar el accionar médico[33] y participan de manera activa en la atención de sus hijas/os, convirtiéndose en expertas. Además, reciben consejos sobre cómo deben cuidar a los/as niños/as para evitar las reiteraciones:

> despierta continuamente porque cada tres horas le tenía que hacer el PAF, tomarle la temperatura a las 10 de la noche, a las 6 de la mañana y a las 2 de la tarde. (…) El digital…, aprendí en el hospital. Sí, porque yo estoy acostumbrada al otro, con el común, porque acá con los chicos, todo con el común. Pero eso lo aprendí a usar ahí. Me dice mi marido "te hiciste enfermera" (risas)… (Fabiana, 28/8/12).

> Estar con ella, cuidar a ellas, por ahí te dan un remedio que vos le tenés que dar y te dicen "a tal hora tenés que darle" y vos tenés que darle la leche, estar ahí con ella. El otro día estaba con las dos, todo el día (María, 16/7/12).

Las recomendaciones médicas, que para las familias se presentan como palabras autorizadas en el tema, siempre apuntan a instalar entre los miembros del hogar ciertas conductas individuales, pero soslayan tanto las cuestiones estructurales de las viviendas como también las condiciones y posibilidades reales que las familias tienen para llevarlas a cabo:

---

[33] "Le pusieron el oxígeno al 100 % dos días estuvo, dos días al 100 %. No quería levantar, no quería levantar se quedaba ella, sentía que se quería quedar así ella. Después le bajaron a 50 porque saturaba 86, 84, con oxígeno. Entonces, después a los dos días le bajaron al 50 %, ya ahí empezó a tener color en la piel, tomaba leche con la bomba, tomaba. (…) En la bigotera tenía un litro y medio de oxigeno por día. (…) porque te sacan el oxígeno y te dejan 24 horas en observación, si ella se agita o algo le vuelven a poner. Entonces, como ella saturaba 96, 97 sin oxígeno, le sacaron" (Fabiana, 24/7/12).

> Ella [se refiere al personal médico] me dijo que tenía que cuidarla mucho, no sacarla tanto, que cada vez que nos acerquemos a ella tenemos las manos limpias, no toser sobre ella, no fumar sobre ella, todas esas cosas, acá nadie fuma. Acá nadie fuma, nadie toma, entonces eso me dijo. Yo le había preguntado a una doctora de ahí si tenía que hacer un arreglo especial en mi casa, porque yo tengo piso de cemento todavía y a veces levanta mucho polvo, las cosas se llenan de tierra. Afuera tengo calle de tierra, tengo la mitad de material y la mitad de casilla. Qué podía hacer con la estufa, o si puedo poner una salamandra, algo. Me dijo que todo, pero lejos de ella, que ella no absorba nada (Fabiana 25/6/12).

A modo de reflexión

En función de lo expresado se puede señalar que cuidar y atender son dos actividades que las madres realizan frecuentemente, a pesar de que se visibilice que ellas solo cuidan y que la atención recae de manera exclusiva en el campo de lo profesional o profesionalizado.

En el discurso materno ante los problemas de salud infantil, atender y cuidar tienen límites borrosos, remiten a esas actividades invisibilizadas que se realizan cotidianamente y que tienden a generar y propiciar aquellas condiciones necesarias para alcanzar el bienestar de los otros, incluyendo la aplicación de ciertos procedimientos técnicos y de las recomendaciones médicas.

Se trata de saber escuchar, de observar con atención, de estar alerta y vigilante para poder controlar y actuar ante situaciones adversas mediante la realización de acciones pertinentes en los momentos oportunos y con dosis adecuadas. A partir de los relatos maternos se puede develar la lógica que opera en el proceso de construcción del padecimiento, en el cual el reconocimiento y la valoración diferenciada de signos implican que algunos adquieren un lugar y un peso más importante que otros, y así generan la necesidad materna de actuar. Las mujeres/madres esperan que con el transcurrir del tiempo ciertos signos desaparezcan, se eliminen o se terminen naturalizando; mientras que

otros se convierten en marcadores de gravedad y claves para decidir la consulta a un profesional. Sin embargo, su valoración diferencial está sometida a modificaciones y resignificaciones según lo experimentado en la vida cotidiana (aprendizaje experiencial), el aprendizaje adquirido en contacto con los servicios de salud biomédicos, pero también con las condiciones materiales que operan flexibilizando los sentidos valorativos respecto a determinados signos y síntomas y a las opciones institucionales de atención.

El hacer materno, la realización de las prácticas prescriptas o la recreación creativa de las mismas en contextos percibidos como similares, expresan la puesta en práctica de un saber a través del despliegue de diferentes estrategias curativas y preventivas acordes a sus posibilidades materiales de realización. Las madres aprenden de y con el personal de salud, se convierten (y las convierten) en las interlocutoras válidas para enfrentar y resolver, cuidar y atender, los problemas de salud infantil. Sin embargo, desde el sector salud se cuestiona y descalifica el hacer materno cuando se realiza sin su intervención: esto expresa no solo la contradicción que opera en la propia práctica médica sino un sutil modo de ejercicio del poder.

Referencias bibliográficas

Bronfman, M. (2001). *Como se nace se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.

Esteban, M. L. (2003). Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución. *Congreso Internacional SARE: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. Recuperado de https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/Genero_y_cuidados.pdf

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica.* Barcelona, España: Bellaterra.

Haro Encina, J. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En Perdiguero, E. y Comelles, J. (Eds.)

Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina (pp.101-162). Barcelona, España: Bellaterra.

Herzlich, C. y Pierret, J. (1988). De ayer a hoy: Construcción social del enfermo. *Cuadernos Médico Sociales, 43*, 21-30.

Jelin, E. (1998). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Kleinman, A. (1978). Concept and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural systems. *Social Science and Medicine, 12*, 85-93.

Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.

Menéndez, E. (1990). Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes. En Menéndez, E. *Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, D.F.: Cuaderno de la Casa Chata 179.

Menéndez, E. (1992). Grupo doméstico y proceso de salud-enfermedad-atención. Del teoricismo al movimiento continuo. *Cuadernos Médicos Sociales, 50,* 3-18.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación Qué es medicina tradicional? *Alteridades, 4*(7), 71-83.

Menéndez, E. (1997). Antropología Médica. Espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología XV, 51,* 83-103.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva, 8*(1), 185-207.

Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social, 14,* 33-69.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.

Módena, E. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. México: Ediciones de la Casa Chata.

Osorio Carranza, R. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: Ciesas-INI-INAH.

Weingast, D. (2012). Las relaciones de género y los cuidados de salud infantil: a propósito de las infecciones respiratorias agudas. En *Actas de las VII Jornadas de Sociología. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP*. Recuperado de http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar/actas/Weingast.pdf/view?searchterm=None

Envejecimiento y políticas de cuidado

Karina Dionisi

Introducción

La problemática central que se presenta en este capítulo refiere a la constatación de un nuevo fenómeno sociodemográfico: el proceso de envejecimiento que afecta a las sociedades actuales, incluyendo a nuestro país. En relación con esto, se estipula que el incremento de la esperanza de vida está acompañado del desarrollo de nuevas patologías degenerativas o enfermedades crónicas, que llevan a la aparición de altos porcentajes de adultos mayores con distintos tipos y grados de dependencia. Ante ello y en el marco de las modificaciones de la estructura (roles) y composición (integrantes) de las familias, por un lado, y del desarrollo en las últimas décadas de políticas e instituciones dedicadas a la cobertura de las necesidades de los adultos mayores, por el otro, surgen los siguientes interrogantes: ¿quiénes dan respuesta al cuidado y la atención de los adultos mayores, especialmente de aquellos que necesitan de la ayuda de terceros?, ¿cómo lo hacen y con qué dispositivos?, ¿qué diseños programáticos de abordaje a esta cuestión elaboran e implementan las instituciones dedicadas a la protección de los adultos mayores?

A manera de presentación de la temática del envejecimiento y los cuidados de las personas adultas mayores dependientes, comenzaremos por introducirnos en los perfiles sociodemográficos globales y nacionales y en las nuevas condiciones sanitarias de esta población,

hasta llegar a la historia de conformación de los sistemas de la seguridad social destinados a este sector poblacional. Finalizaremos con el análisis de los programas sociales y sus diseños en el diagnóstico y los abordajes de los problemas del cuidado y la atención de los adultos mayores, especialmente de aquellos con dependencia del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), organismo representativo de este sector social.

Este análisis estará atravesado por las discusiones actuales sobre las categorías de cuidado, envejecimiento, autonomía y dependencia.

Envejecimiento poblacional: más adultos mayores

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto en el siglo XX. Se trata de un proceso universal, por lo que la Argentina no escapa a esta realidad; además, nuestro país se caracteriza por ser uno de los más envejecidos de Latinoamérica (después de Chile, Brasil y Uruguay).

Los análisis sociodemográficos presentados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización de los Estados Americanos **(**OEA), el Instituto Nacional de Estadística y Censos (Indec), han demostrado estadísticamente las transformaciones en la estructura de edad de las poblaciones en el eje temporal y espacial. Desde el criterio del tiempo cronológico se clasifica a las sociedades en grupos de edad; así, podemos medir el impacto estructural del tipo de pirámide poblacional en la evolución y la organización de las sociedades humanas. Esta transformación demográfica es uno de los fenómenos más importantes del siglo XX y lo que va del siglo XXI.

En 1982, la Asamblea Mundial del Envejecimiento realizada por la ONU, delimitó como parámetro de inicio de la vejez (paso de la madurez a la senectud) los 60 años de edad cronológica. Abarca todos aquellos grupos etarios —clasificados como tercera edad, viejos, ancianos o adultos mayores— que congregan a las personas que alcan-

zan y rebasan las seis décadas. Estos modos de denominar a este ciclo de la vida están impregnados de connotaciones socioculturales, por lo cual se opta por el concepto de *adultos mayores* porque tiene menor negatividad en la carga valorativa; esta es, por otra parte, la denominación elegida por los organismos internacionales. Las clasificaciones por edad son categorías socioculturales que enmarcan a las personas en dimensiones de un tiempo socialmente regulado e individualmente experimentado; es decir, en una combinación entre el tiempo social y el biográfico, vivido en un tiempo histórico y en un sujeto cuerpo.

Al hablar de vejez es inexorablemente referirnos al paso del tiempo, en nuestro caso a la última etapa de la vida. La vejez es considerada desde este punto de vista como una medida cronológica de una edad de la vida, mientras que por envejecimiento entendemos el proceso de envejecer, que sucede muy tempranamente y, tras la infancia y la adolescencia, transcurre a lo largo de la vida y afecta las distintas dimensiones de lo humano (biológica, psicológica, social y cultural).

La OEA (2015) define el envejecimiento como "un proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y el medio" (citado por Peláez, Monteverde y Acosta, 2017, p.3). Las transformaciones en la dinámica demográfica mundial trajeron como consecuencia el surgimiento del denominado "proceso de envejecimiento poblacional", es decir, un aumento de la proporción de personas mayores con respecto al total de la población: en 1950 la población mayor de 60 años constituía el 8 % de la población mundial, en 2015 ese porcentaje se elevaba al 12,2 %, y está previsto que supere el 21 % en 2050 (Peláez, Monteverde y Acosta, 2017, p 3).

En términos estadísticos, los mencionados autores consignan los siguientes datos que esquematizan este logro y muestran diferenciaciones según género y territorio. En 1950 la esperanza de vida mas-

culina mundial se situaba en 45,4 años para los hombres y 48,3 para las mujeres, mientras que para el año 2015 la esperanza de vida masculina era de 69,5 años y la femenina 73,9 (Naciones Unidas, 2015, citado por Peláez, Monteverde y Acosta, 2017, p 3). Los informes de las proyecciones de población de las Naciones Unidas sostienen que la tasa global de fecundidad pasó de 5,04 hijos por mujer en 1950 a 2,49 hijos por mujer en 2015. Es decir que, a nivel mundial, en 65 años se ganaron más de 24 años de esperanza de vida y se redujo en casi más de la mitad el número de hijos por mujer (Peláez, Monteverde y Acosta, 2017, p 3).

En nuestro país, la esperanza de vida en ambos sexos pasó de 61,4 años en 1950 a 76,5 en 2015. Mientras que la fecundidad se redujo de 3,2 hijos por mujer en 1950 a 2,3 en 2015. El ritmo de disminución tanto de la fecundidad como de la mortalidad ha sido más lento que en muchos otros países de la región, por lo que nos encontramos con un adecuado bono demográfico. En términos absolutos, la población adulta mayor en nuestro país pasó de 0,7 millones a 4,2 millones entre 1950 y 2010 y ascendería a 10 millones en 2050 (Indec, 2015, citado por Peláez, Monteverde y Acosta, 2017, p, 3).

Según información del Censo poblacional de 2010, nuestro país se caracteriza por un proceso de envejecimiento urbano y femenino, del 10,4 % de la población que tiene más de 60 años, un 60% son mujeres (Golbert y Roca, 2014, p. 16).

En la actualidad, Argentina se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzado, que se evidencia por el incremento del 31,9 % en términos relativos entre los años 2001 a 2010 de personas de 80 años y más (Ceminari y Stolkiner, 2016, p 42). El aumento de este grupo etario nos interroga acerca del surgimiento de nuevas necesidades, muchas de ellas ligadas a diferentes tipos y grados de dependencia, que requieren de formas de cuidado y atención específicas, sin la seguridad de poder ser cubiertas por los sistemas actuales de cuidado familiares y sociosanitarios.

Como sostienen Golbert y Roca (2014) "el creciente número de personas, que por haber disminuido su autonomía requiere de cuidados de terceros, plantea una nueva problemática en el campo de las políticas públicas" (p. 13) y en la vida familiar. La literatura gerontológica nos proporciona un marco de abordaje del proceso de envejecimiento que apuesta a un esquema progresivo de atención a la dependencia.

Como argumentan Sánchez Martínez y Díaz Conde (2009):

> si la vejez (interesa a las ciencias sociales) es, sobre todo, por su carácter de categoría institucionalizada, es decir creada y mantenida dentro de un cierto orden social que la va reproduciendo y transformando. No existe, sociológicamente hablando, una vejez al margen de las acciones y órdenes sociales, al margen de los campos en que se instala y de los hábitos que la sostienen. O bien, dicho de otro modo, existirán múltiples formas de vejez, dependiendo de los sentidos y prácticas que les den vida y las mantengan (p. 10).

El cuidado y los adultos mayores: rol de las familias y del Estado

La noción de cuidado refiere a las actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad. Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos) y la gestión del cuidado (coordinar horarios, realizar traslados a centros educativos y a otras instituciones, supervisar el trabajo de la cuidadora remunerada, entre otros). El cuidado permite atender las necesidades de las personas dependientes por su edad o por sus condiciones/capacidades (niños y niñas, personas mayores, enfermas o con discapacidades) y también de las personas que podrían autoproveerse dicho cuidado (Pautassi y Zibecchi, 2013, citado por Rodríguez y Marzonetto, 2015, p. 105).

La reproducción cotidiana de la vida de las personas y de los sistemas sociales depende en gran medida de las formas de organización del cuidado de las personas dependientes según determinadas circunstancias. Esta temática puede comprenderse mejor a partir del concepto de organización social del cuidado (OSC), que refiere a la manera en que las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias, producen y distribuyen el cuidado de manera interrelacionada (Ravazzi, citado por Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015, p. 106). La noción de OSC se emparenta con la de *diamante de cuidado*, como representación de la arquitectura a través de la cual se lo provee; esto implica una serie de relaciones y una secuencia de actividades, trabajos y responsabilidades (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015). Este complejo conforma una red de cuidados donde se dan una multiplicidad de encadenamientos de actores, escenarios y actividades. Estas redes las constituyen las personas que dan cuidado y las que lo reciben, así como los actores institucionales, los marcos normativos y las regulaciones, la participación mercantil y también comunitaria.

En este sentido, Pérez Orozco y Domínguez (2014) sugieren hablar de redes de cuidado aludiendo a los encadenamientos múltiples y no lineales que se dan entre los actores que participan en el cuidado, los escenarios en los cuales esto sucede, las interrelaciones que establecen entre sí, y, en consecuencia, lo densa o débil que resulta dicha red. Según esta autora, en América Latina en general, y en Argentina en particular, la evidencia existente demuestra que la OSC es injusta porque las responsabilidades de cuidado se encuentran distribuidas de manera desigual. En síntesis, el trabajo de cuidado es asumido mayormente por los hogares, y, dentro de estos, por las mujeres.

Esta situación está íntimamente entrelazada con una concepción de roles de género y de una división sexual del trabajo que ubica a las mujeres en el ámbito de la reproducción —y por ende del cuidado— como propio de su naturaleza. Lejos de ser una capacidad natural, se

trata de una construcción social sustentada por las relaciones patriarcales de género, que se fundamentan en valoraciones culturales reproducidas por diversos mecanismos como la educación, los contenidos de las publicidades y otras piezas de comunicación, la tradición, las prácticas domésticas cotidianas, las religiones, las instituciones (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015).

Estamos frente a un cambio demográfico marcado por el aumento de la población envejecida, al que se suma el incremento de las necesidades de cuidado de aquellos adultos mayores que presenten durante este ciclo de vida, determinados tipos de dependencias. Lo que se constata es que este proceso no es acompañado por un aumento de las capacidades de respuesta tanto desde el ámbito familiar como del sociosanitario, sino más bien, de su descenso (Ceminari y Stolkiner, 2016).

Esta situación ha generado la denominada "crisis del cuidado", entendida como el resultado de la conjunción entre un aumento de personas dependientes que requieren de cuidados y una disminución de personas en condiciones de ejercer esa función (Cepal, 2009). Las estadísticas retomadas por la Cepal (2015) revelan que el núcleo familiar es el que sustenta la mayor carga del trabajo de cuidado de las personas dependientes, y que dentro de ese núcleo son las mujeres quienes concentran la mayor carga de trabajo de cuidado. La presencia del Estado es débil y cubre parcialmente la provisión de cuidados (Findling, 2015, citada por Ceminari y Stolkiner, 2016, p. 106). Los resultados de la Encuesta nacional sobre calidad de vida de los adultos mayores del año 2012 son contundentes en este sentido: el 77,4 % de los adultos mayores recibe los apoyos y cuidados de su entorno familiar, un 12,2 % cuenta con ayuda de empleada doméstica o cuidadora no especializada, un 5,5 % recibe colaboración de un amigo o vecino y solo un 3,5 % tiene una cuidadora especializada (Ceminari y Stolkiner, 2016, p. 42).

El envejecimiento, agregan Parenti y Ceminari (2013),

> es un proceso histórico y social. Pero también es un proceso subjetivo que afecta a la persona y a su grupo familiar. Los cambios en el adulto mayor impactan en la convivencia. Las estrategias familiares de vida tanto pueden favorecer la protección, o intensificar la fragilización del adulto mayor, según como se desarrollen los cuidados y las acciones cotidianas. En diversas oportunidades, el grupo familiar no es continente y se inicia un proceso de desgaste en los vínculos que puede llevar al aislamiento del adulto mayor. Esta situación empeora y profundiza las pérdidas acontecidas en este momento del ciclo vital (p. 172).

Estado, derecho y cuidado de las personas mayores

A lo largo del siglo XX y en el marco de la conformación de los Estados de bienestar en los países capitalistas, se han desarrollado esquemas de protección social destinados a garantizar a los ciudadanos una red básica frente a los principales riesgos sociales.

Los cambios económicos y sociales vinculados a las transiciones posindustriales, expresan Roffman y Apella (2016), han traído consigo nuevas necesidades que afectan a la gente a lo largo de su trayectoria vital, demandas que han sido agrupadas como nuevos riesgos sociales a proteger a lo largo de las últimas décadas. Sin embargo, las políticas destinadas a hacer frente a las situaciones de dependencia han permanecido, en términos generales, considerablemente fragmentadas y poco desarrolladas. A lo largo de la historia, las familias han sido las principales proveedoras de atención a los miembros que necesitaban dichos cuidados; mientras que las administraciones públicas adoptaban un rol estrictamente subsidiario, tanto en el plano de la financiación como en la provisión de cuidados. Tan solo durante los últimos años los cambios sociodemográficos han forzado un incremento de la visibilidad del tema y han conducido a la discusión, diseño y aplicación de nuevos programas de cuidado de personas dependientes.

Roffman y Apella (2016) sostienen que la Argentina forma parte de los países pioneros en América Latina en cuanto al desarrollo de los

sistemas de protección social, junto con Chile, Cuba y Uruguay. Estos países introdujeron en su legislación la creación de seguros de vejez y fallecimiento para algunos grupos de trabajadores organizados a principios del siglo XX. El desarrollo de la protección social se realizó de forma gradual y vinculada al empleo formal, y de este modo excluyó a los trabajadores desocupados e informales. Los programas de seguridad social del sector formal incluyen transferencias por pensiones, asignaciones familiares y seguros de desempleo. Estos programas se originaron en negociaciones entre los sindicatos de trabajadores y sus empleadores y derivaron a lo largo del siglo pasado en esquemas nacionales gestionados por el Estado a través de los sistemas de la seguridad social.

Los autores diferencian los alcances entre la seguridad y la protección social. La seguridad social es definida como el conjunto de programas y políticas —denominadas seguros sociales— que tienen como objetivo cubrir determinados riesgos de pérdida de ingresos de los hogares. En términos generales, la seguridad social es instituida con el fin de proveer certidumbre y asegurar a las personas frente a los riesgos de pérdidas de ingresos o *shocks* de gastos asociados con el retiro a la vejez, invalidez, enfermedad, accidente o fallecimiento. Por otra parte, la protección social abarca un campo más amplio que el de la seguridad social, ya que incluye no solo los tradicionales seguros sociales contributivos, sino también otros esquemas no contributivos de transferencias de ingresos (Roffman y Apella, 2016).

Desde una perspectiva de ciclo de vida, las transferencias monetarias en concepto de protección social alcanzan a la población de diferentes maneras según grupos etarios. El incremento del número y proporción de la población mayor de 60 años genera interés por el impacto de esta tendencia sobre la demanda al sistema de seguridad social, cuyos ejes principales son la garantía de percibir un haber jubilatorio y la cobertura de una obra social, entidades constituidas para atender a los adultos mayores.

En Argentina existen varias instituciones públicas, detalladas en el Informe del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (Cippec, 2017), que conforman el sistema público de la seguridad social. Se pueden mencionar la Administración Nacional de Seguridad Social (Anses), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (Dinapam), la Comisión Nacional de Pensiones, la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y el Consejo Federal de Adultos Mayores. Algunas de estas instituciones cuentan con sedes provinciales y locales, mientras que otras implementan programas en articulación con organizaciones locales. En el mismo informe se agrega también el aporte de las organizaciones de la sociedad civil, que son muy heterogéneas e incluyen centros y clubes de jubilados, federaciones provinciales y nacionales, entre otras.

Por otro lado, existen instituciones dedicadas al cuidado de adultos mayores, ya sean públicas, privadas, comunitarias o mixtas, que se centran en la atención sociosanitaria de los mismos. Entre ellas se pueden mencionar las unidades de cuidados domiciliarios, las residencias tuteladas o protegidas, los hogares de día, los centros de media y larga estancia, los centros de rehabilitación, los hogares geriátricos y los hospitales generales con unidades de geriatría. Cada tipo de institución ofrece actividades y servicios diferentes con niveles de calidad muy heterogéneos.

En términos generales, la constitución de los derechos y la conformación de determinados regímenes de bienestar y sus formas de organización del cuidado están fuertemente influenciadas por las definiciones de los organismos internacionales y sus marcos jurídicos. El surgimiento de los derechos de los adultos mayores como jurisprudencia específica ha tenido (y tiene) un fuerte impacto en el diseño de las políticas públicas.

En los años 90 se inició un importante debate sobre los derechos de los adultos mayores, así como respecto a las maneras de dar res-

puesta a los requerimientos de cuidado para las personas con diferentes grados de dependencia. Desde los organismos internacionales se impulsaron una serie de instrumentos jurídicos vinculados a la protección de los derechos de las personas mayores que incorporaron la responsabilidad estatal y pública como garantes de su cumplimiento.

En el año 2003 se lanzó la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre envejecimiento. Desde ese momento se reafirma la postura, basada en derechos, de generar condiciones para todas las edades, que erradique todas las formas de discriminación y violencia hacia las personas mayores.

En 2015 se produjo un hito en lo que respecta a la normativa jurídica internacional, con la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Uruguay, Argentina, Brasil y Costa Rica fueron los cinco países firmantes. La Convención, señalan Ceminari y Stolkiner (2015, p 43-44) reconoció a las personas mayores como un grupo específico para la protección de sus derechos y superó la dispersión normativa existente hasta entonces. Fue el primer instrumento que planteó las desigualdades de género en la vejez y que incorporó temas que habían sido tratados de forma marginal, como la violencia y el maltrato, así como los derechos de las personas mayores a recibir servicios de cuidado a largo plazo. Esto significó un gran avance en el cambio de paradigma que concibe a las personas mayores en su integralidad y como sujetos de derecho, con un mandato a los Estados partes para el cumplimiento de sus ejes estratégicos. En este marco jurídico aparece la idea de cuidar y ser cuidado como un derecho humano básico y universal, que lo aleja de una idea de protección a un grupo vulnerable y lo acerca a una concepción de derecho ligado a la conformación de sistemas de seguridad social. Desde el enfoque de derechos se cuestiona el papel del Estado como subsidiario, destinado a compensar las prestaciones que no se obtienen en el mercado, y se favorece el rol del

Estado como garante de derechos. Por tanto, los tres pilares clásicos del bienestar, vinculados a la salud, la educación y la seguridad social, se complementan con el denominado "cuarto pilar", que reconoce el derecho de recibir atención en situaciones de dependencia (Batthyany, 2015, p. 36).

Las posturas incluidas dentro de la denominada ética del cuidado conciben al cuidado no como una actividad especial para aquellos en situación de vulnerabilidad, sino como una práctica que forma parte de la vida humana, lo que conlleva a asumir la interdependencia de la existencia y experiencia humanas (Orozco y López Gil, 2011, citado por Cerri y Alamillo-Martínez, 2012). Conceptualmente, el cuidado deja de ser percibido como una actividad unidireccional, en la cual un cuidador activo e independiente "cuida" a un receptor pasivo dependiente, y se presenta como una actividad que necesita de relaciones entre más de dos individuos:

> Comprender la importancia del cuidado en la vida humana, supone reconocer de manera más realista, que la dependencia y la vulnerabilidad no son unos accidentes que se presentan en el camino y que les llegan solo a los otros, cualesquiera sean: son rasgos característicos de la condición de todo el mundo, aunque los más favorecidos tienen la capacidad de atenuar o negar su intensidad (Paperman y Laurgier, 2011, citado por Cerri, 2015, p 15).

En esta línea, el modelo del *Social Care*[1] (cuidado social) aparece, según Martin Palomo (2009), como una de las propuestas más suge-

[1] Los enfoques desarrollados en el ámbito europeo, impulsados por los debates sobre protección social en torno al *care*, están cuestionando los enfoques fragmentados y parciales que proporcionó la modernidad, y se plantea la necesidad de generar nuevos modelos de análisis y de intervención social. Así ocurre, por ejemplo, con el *social care*, un modelo integral para la provisión de cuidados que toma en consideración los mercados, las familias, los Estados y la sociedad civil. No obstante, este modelo solo puede desarrollarse de la mano de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en las familias (Martin Palomo, 2009).

rentes, porque concibe al cuidado como una responsabilidad y una necesidad compartida que va más allá del espacio privado y que se expande hacia su entorno social más amplio. Esta propuesta sostiene que es necesario reconsiderar el problema de la separación entre lo público y lo privado. Dicha separación contamina todo el pensamiento de la justicia, y lleva a una ceguera en la observación de las actividades y de los gestos necesarios para el mantenimiento de las personas; así, contribuye a que la justicia sea una conversación entre adultos competentes e iguales relacionados con los demás solamente de manera voluntaria, contractual y por asuntos específicos. Desde el punto de vista del cuidado, dicha concepción circunscribe de manera artificial toda clase de relaciones sociales y políticas cubiertas por la sombra de la justicia. Integrar el cuidado[2] en un enfoque ético, social y político general, que no sea reservado a las mujeres, sino que sea una aspiración para todos y por el mismo concepto de justicia. Agrega que definir el cuidado de esta manera significa "concebirlo como un tipo de trabajo fundamental que, como todos los demás trabajos, merece ser socialmente problematizado, justamente repartido, culturalmente respetado y correctamente remunerado" (Cerri 2015, p. 136).

Vejez, funcionalidad y dependencia

El progresivo deterioro biológico y consecuente aumento de problemas de salud asociados al envejecimiento individual, son el resultado de la interacción de factores biomédicos y contextuales, los que incluyen estilos de vida, hábitos de alimentación, actividad física y

[2] El término *care* reúne dos facetas: 1) el *care* como actividad, ocupación o trabajo (*caring for*); y 2) el *care* como disposición / preocupación (*caring about*). En su primera acepción, el *care* es más fácilmente medible, aunque sea difícil disociarla de los aspectos afectivos o morales (Feder Kittay, 2002, p. 260). Patricia Paperman sugiere que, si bien la articulación de los cuidados como práctica y los cuidados como sentimiento dificulta su análisis, y por ello el *care* se torna tan escurridizo (Paperman, 2004, pp. 414-427), precisamente el interés que tiene esta noción puede tener mucho que ver con dicha indeterminación (Paperman, 2005, citado por Martin Palomo, 2009).

presencia de enfermedades, entre otros. Este deterioro progresivo puede manifestarse de diversas formas y en general se asocia con una declinación de las capacidades funcionales y de la autonomía de las personas mayores. Los niveles básicos de funcionalidad son las acciones que una persona realiza en forma cotidiana para su propia subsistencia y autocuidado. La capacidad para realizar estas acciones permite al individuo mantener su independencia y permanecer en la comunidad, integrado a su entorno habitual y cumpliendo su rol social. El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y dependencia, por lo que su evaluación adquiere especial relevancia (Cepal, 2015).

Existe una pluralidad de formas de entender la dependencia que están ligadas a las diferentes tradiciones nacionales de gestión de riesgos sociales, así como al distinto papel jugado por el conjunto de actores sociales en la definición de dichos riesgos y en la inclusión, de una u otra forma, en la agenda social y política. Cualquier intento de planificación requiere un estudio de las personas en situación de dependencia a partir de una clara definición de los conceptos involucrados, de la clasificación de los mismos y de una escala para cuantificar la gravedad del problema.

En la 54° Asamblea Mundial de la Salud, la OMS aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) como una herramienta que facilita el diagnóstico y la valoración del funcionamiento y la discapacidad asociados a condiciones de salud de las personas. Se trata de un instrumento que simplifica y unifica terminologías y sistemas de graduación de todos los problemas de salud de las personas relacionados con la discapacidad. En el mismo, el concepto de dependencia se sitúa dentro de los factores contextuales ambientales y de ayuda personal y técnica. De esta manera, la dependencia sería una situación específica de discapacidad en la que se suman dos componentes: 1) una limitación (más o menos severa) del individuo para realizar una determinada actividad, y 2) la

necesidad de ayuda personal o técnica para interactuar con los factores concretos del contexto ambiental.

El tipo y grado de dependencia se evalúa a partir de la capacidad funcional para desarrollar las actividades básicas —desplazarse, comer, higienizarse, vestirse solo o con ayuda— e instrumentales —manejo del dinero, administración de medicamentos— de la vida diaria. Ambas no implican necesariamente pérdida de autonomía en las decisiones personales. Estas mediciones tienen en cuenta además el tipo y la intensidad de la ayuda que necesita la persona para desenvolverse en la cotidianeidad.

En Argentina y según datos relevados por la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaVIAM, 2015), alrededor del 10 % de los adultos mayores presenta dependencia básica. Esta cifra aumenta a medida que avanzan los años, y las mujeres con este tipo de dependencia duplican a los varones en todos los grupos de edad. Respecto a la dependencia instrumental, el 22 % de los adultos mayores experimenta por lo menos una de estas limitaciones. El Indec (2012) constata que un 13 % necesita ayuda para hacer las compras, 12 % para realizar tareas del hogar y 11 % para viajar en transporte público o privado.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) coincide en definir a los cuidados de largo plazo como la atención médica y no médica que reciben las personas que no pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria. Los tipos de ayudas incluyen la prevención, la rehabilitación y los servicios de cuidados paliativos. La OCDE agrega, además, que este tipo de cuidado puede ser combinado con la asistencia doméstica para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (Cepal, 2018).

Los cuidados de larga duración (CLP) se diferencian de los cuidados intensivos y de las intervenciones sanitarias tradicionales fundamentalmente en que no tienen la finalidad de curar o sanar una enfermedad, sino que se centran en los siguientes objetivos:

- favorecer la mayor calidad de vida posible;
- minimizar, restablecer o compensar la pérdida del funcionamiento físico o mental;
- favorecer que la persona mayor alcance y mantenga el mejor nivel de funcionalidad posible;
- permitir vivir de la forma más independiente posible;
- ayudar a las personas mayores a completar las tareas esenciales de la vida diaria, y
- mantener los limitados niveles de funcionalidad, salud y bienestar mental y social al máximo posible (Cepal, Huenchuan, 2018).

La concepción de envejecimiento saludable de la OMS (2015, citado por Peláez, Monteverde y Acosta, 2017) establece dos mecanismos posibles para la consecución de dicho estado desde el punto de vista de la capacidad intrínseca o funcional: 1) la optimización de la trayectoria de la capacidad intrínseca de la persona; 2) la compensación de la pérdida de capacidad mediante el suministro de la atención y el apoyo del entorno necesarios para mantener la capacidad funcional en un nivel que garantice el bienestar.

Los CLP constituyen por lo tanto las ayudas formales e informales de terceras personas para actividades básicas o de la vida diaria, a fin de que los individuos en situación de dependencia continúen desarrollando su vida con la mayor calidad posible. Dichos cuidados se caracterizan por ser requeridos por períodos prolongados de tiempo e incluir un amplio rango de servicios, entre los que se incluyen: a) la atención en residencias de larga estadía; b) los servicios con base comunitaria, que permiten que la persona en situación de dependencia continúe viviendo en su hogar y abarcan los servicios en el domicilio, en centros de día y servicios de apoyo a distancia mediante el uso de tecnologías (como teléfono, internet); c) las transferencias monetarias a las personas mayores en situación de dependencia o a sus familiares,

para que satisfagan la necesidad de cuidados ya sea de manera directa (el propio familiar brinda la ayuda) o para contratar ayudas externas (profesionales o no profesionales).

Los programas de prevención y promoción de la autonomía se incluyen dentro de este tipo de ayudas porque constituyen un pilar clave para el logro del objetivo de envejecimiento saludable, pero dada la amplitud de este tipo de acciones en el marco de la salud pública, no siempre es posible clasificarlos de forma exclusiva como cuidados de largo plazo.

Sistemas de cuidados desde la seguridad social

Nos centraremos aquí en la política de sistemas de cuidados llevada a cabo por la principal obra social de nuestro país dedicada a la atención de los adultos mayores.

La obra social para los adultos mayores es una entidad pública creada por la Ley N.° 19.032 hace 40 años, bajo el nombre de Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Se trata de un organismo de carácter autárquico, especializado en la atención de los mayores, que se financia mediante el aporte de los trabajadores activos, de los empleadores y de la retención obligatoria a jubilados y pensionados, además de aportes del Tesoro nacional vía recaudación de impuestos. Cuenta con casi cinco millones de afiliados y brinda cubertura médica y social al 82 % de las personas mayores de 60 años y a más del 96 % de las personas mayores de 70 años de la Argentina, de allí su relevancia. Cabe destacar el alto nivel de cobertura previsional y de salud alcanzado por este grupo poblacional en la última década: según la información arrojada por el censo del 2010, solo un 9,8 % no está incluido en el sistema de la seguridad social (Peláez, Monteverde y Acosta, 2017).

Esta institución señala en sus prerrogativas los factores globales ligados a la condición particular del proceso de envejecimiento, que inciden en las complejas problemáticas sociosanitarias que presenta

este sector de la población. En este sentido, parte de considerar que el debilitamiento de las instituciones sociales tradicionales de cuidado, ha incrementado la gama de riesgos que enfrentan las personas mayores (Prosar, 2008, INSSJyP)

> la sociedad actual ha incrementado la sensación de inseguridad, incertidumbre y desprotección frente a los cambios abruptos o acelerados en las esferas macro y micro económica, ambiental, social y cultural. Frente a estas situaciones, los sujetos se disgregan, produciéndose un debilitamiento de las instituciones sociales tradicionales, lo cual agranda la gama de riesgos y disminuye la posibilidad de predecirlos (Prosar, Resolución 1490/2008, p 4).

El Instituto manifiesta, entonces, que el proceso de envejecimiento se desarrolla en espacios concretos como el familiar, social y comunitario, entendidos como entramados de redes sociales, lo cual permite indagar acerca de los recursos materiales y simbólicos con los que cuenta el adulto mayor y su familia para afrontar el envejecimiento (Parenti y Ceminari, 2013). En este sentido, considera que la situación de salud de las personas mayores puede deberse a las condiciones de inequidad actuales, como también al efecto acumulativo de las inequidades a lo largo de su vida. De esta manera, resulta de particular importancia, como sostienen Peláez, Monteverde y Acosta (2017), que las políticas de salud tiendan a superarlas en todas las etapas de la vida.

Las prestaciones brindadas por esta obra social se dividen entre el área médica y el área social. Como la temática del cuidado es la línea de trabajo elegida para este capítulo, nos centraremos en el análisis de las categorías que se utilizan en el diseño programático de las prestaciones sociales dirigidas a adultos mayores bajo el esquema de la atención progresiva a la dependencia, con el objetivo de caracterizar las políticas de cuidados.

Los diseños programáticos del área social se basan en un tratamiento integral e interdisciplinario del adulto mayor. Tienen como fin

primordial obtener un diagnóstico del "caso individual" a partir de la aplicación de parámetros de medición sociales y sanitarios, que será la base para el diseño de acciones de intervención acordes a las realidades particulares. El objetivo principal es la inclusión de los afectados en un abanico de programas específicos orientados a minimizar los riesgos existentes, desde intervenciones que articulan la red prestacional, la comunitaria, la familiar y al propio beneficiario, para el logro de un proceso de transformación vital, familiar y social.

Las prestaciones sociales brindadas van desde programas basados en prestaciones colectivas de carácter comunitario como las actividades de autocuidado y preventivas (servicios que se brindan a través de los centros de jubilados u otro efector comunitario), la cobertura alimentaria (por medio de la compra comunitaria y entrega de bolsón alimentario), ayudas para refracción o adecuación de la vivienda (según patología), hasta la participación en actividades de socioestimulación en clubes y centros de día locales. Como se puede observar, este conjunto de programas específicos tiene por objetivo generar un marco de inclusión social de carácter comunitario a su lugar de pertenencia.

Uno de los programas más extendidos y que está referido a la cobertura de situaciones de vulnerabilidad social y necesidades de cuidado es el otorgamiento de un subsidio económico (Prosar, 2008) de carácter individual, no reintegrable, único o por un tiempo determinado acorde a la persistencia de la necesidad (se incluyen los subsidios para atención domiciliaria y para necesidades básicas). En aquellos casos en que los cuidados no pueden ser cubiertos en el marco de su grupo familiar, se estipula el ingreso a una residencia de larga estadía para la atención de adultos mayores (para las personas mayores de 60 años, semi o dependientes que requieren cuidados personales) o en otros casos, a las prestaciones de club o centro de día, concurrencias que son de asistencia diurna y ambulatoria.

Dos conceptos aparecen como claves para la determinación de la categoría "alto riesgo sociosanitario", que involucrará a la población

destinataria del programa de asistencia Prosar, el de fragilización y el de vulnerabilidad social, entendidos como la combinación de insuficiencia de ingresos o situación de pobreza en un contexto de incontinencia familiar o social, ya sea por ausencia de grupo referencial o por falta de capacidad de los mismos para brindar ayuda o cuidados.

El concepto de vulnerabilidad es definido en los programas diseñados para la atención de adultos mayores como "un proceso multidimensional en el que confluye el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado y la insuficiencia o falta de recursos para afrontar tales riesgos" (Prosar, 2008). Esta conceptualización coincide con los lineamientos de los organismos internacionales como la Cepal, para la cual la vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos aunada a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse de manera activa.

En América Latina, durante los primeros años del siglo XXI se avanzó en la implementación del marco teórico del enfoque de la vulnerabilidad social señala Gonzalez (2009), su análisis nos permite articular las diferentes concepciones sobre sus causas y sus correspondientes soluciones.

Un concepto básico, utilizado para la evaluación de la vulnerabilidad social es el de riesgo social, entendido como la posibilidad de que una contingencia (ocurrencia o presencia de un evento, característica o proceso) entrañe efectos adversos para la comunidad, hogar, persona, empresa, ecosistema, etc. De la lectura de las definiciones de distintos organismos internacionales surge que el riesgo no alude a un solamente a un acontecimiento intrínsecamente negativo, sino a uno que puede generar daño o incertidumbre y cuyas consecuencias pueden ser ambiguas o mixtas, combinando adversidad y oportunidad.

Para la Cepal, la población adulta mayor enfrenta una serie de factores de riesgo que potencian su vulnerabilidad social como individuos. El primer factor es su edad. Desde el punto de vista fisiológico, los individuos acumulan con la edad situaciones que los van haciendo

gradualmente dependientes; por ejemplo, la disminución de la fuerza física, de algunas capacidades como la visual, auditiva, cognitiva, de habilidades, disminución que les impide tener una vida independiente (desde alimentarse y vestirse por sí mismos hasta saber orientarse en la vía pública). Desde el punto de vista económico, la disminución o pérdida de un ingreso tiene como consecuencia la merma de la capacidad de respuesta a cualquier contingencia, hasta la más básica —comer, vestirse—, o más compleja, como pagar medicamentos en caso de enfermedad. Desde el enfoque antropológico, el ser viejo en las sociedades modernas es casi sinónimo de pérdida, carencia y enfermedad o deterioro. Como se puede ver, los factores de riesgo individuales se suman a otros definidos por el entorno político, económico, social y cultural.

Lo que surge de la lectura especializada es que hay una coincidencia general en considerar a la vulnerabilidad social como una condición de riesgo o indefensión, la susceptibilidad a sufrir algún tipo de daño o perjuicio, o de padecer la incertidumbre. A partir de allí, los autores tienden a concentrarse en las dos principales interpretaciones de la vulnerabilidad social: como fragilidad o como riesgo (Moreno Crossley, 2008).

La primera concepción asume que la vulnerabilidad es un atributo de individuos, hogares o comunidades que están vinculados a procesos estructurales que configuran situaciones de fragilidad, precariedad, indefensión o incertidumbre. Se trata de condiciones dinámicas que afectan las posibilidades de integración, movilidad social ascendente o desarrollo. Las mismas están correlacionadas con procesos de exclusión social, que se traducen en trayectorias sociales irregulares y fluctuantes. En esta línea se identifican los trabajos realizados por agencias regionales de la Organización de las Naciones Unidas, tales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), y autores como Rubén Kaztman (Moreno Crossley, 2008).

La segunda interpretación se concentra en el efecto conjunto de factores de riesgo que aquejan a diversas unidades sociales. Desplaza su atención de los atributos hacia el plano de la distribución de riesgos, que son consecuencia de procesos colectivos de toma de decisiones y que se confrontan con las concepciones vigentes sobre la seguridad. Un individuo, hogar o comunidad es vulnerable como resultado del efecto conjunto de múltiples factores de riesgo que configuran una situación o síndrome de vulnerabilidad social. Si bien estos factores están asociados a la distribución desigual de bienes y recursos, el foco está puesto en la forma en que se distribuyen los factores de riesgo en una sociedad. Esta concepción está emparentada con los desarrollos teóricos en torno al riesgo realizados por sociólogos como Niklas Luhmann, Ulrich Beck, Anthony Giddens y Gosta (Gónzalez, 2009, p 3-4).

Hasta aquí podemos constatar que, las políticas dirigidas a la población adulta mayor vulnerable caracterizan, los riesgos, según componentes (alimentario, habitacional, cuidados, reinserción social, patología compleja, adicciones, catástrofes o siniestros y necesidades básicas, entre los principales) y articulan con programas que den respuesta a las necesidades detectadas. Estos últimos conforman un sistema que institucionaliza la protección social como una responsabilidad colectiva solo en aquellos casos que presentan vulnerabilidad socioeconómica o debilidad o ausencia de redes de contención familiar. No llegan a constituirse en políticas de cuidado que lo consideren un derecho universal a ser trabajado, ni en políticas públicas que modifiquen el contexto (económico, social, familiar, simbólico), entendido como las principales barreras sociales para el desarrollo independiente de los adultos mayores.

Con el fin de focalizar las políticas de atención al cuidado, se aplica un protocolo de diagnóstico basado en la determinación del tipo y grado de dependencia. Este se realiza a partir de la Guía de Valoración Integral de la Dependencia en personas mayores (GIVD), un

instrumento de medición cualitativa organizado en componentes y variaciones que permiten identificar situaciones de riesgo sociosanitario (indicadores), los cuales orientan la derivación precisa a diferentes servicios o programas acordes a las necesidades de cuidado. La GIVD es considerada una herramienta para la evaluación de la dependencia funcional, que abarca los aspectos nutricionales, cognitivos, de desempeño, forma de realización y necesidades de ayuda para las actividades de la vida diaria en sus tres dimensiones (avanzadas, instrumentales y básicas), así como la situación de la red efectiva de apoyo (capacidad real de cuidado) (Disp. INSSJyP N.° 733/14). La aplicación de la guía, según expresa la normativa, es una instancia posterior a la caracterización del tipo y grado de vulnerabilidad sociosanitaria, y su objetivo es detectar en su especificidad y complejidad la dependencia funcional a fin de adecuarla a un esquema de atención progresiva. Es decir que primero se evalúa la red vincular que contiene al adulto mayor dependiente en sus necesidades, y posteriormente se diagnostica su nivel de funcionalidad, con lo cual se combina necesidad con ayuda.

Frente a un modelo clásico de aproximación biomédica a la vejez con el que se diagnosticaban las patologías/dependencias de los adultos mayores, y se indicaban tratamientos reducidos a la atención de aspectos biofisiológicos; surge otro, con el que trabaja esta obra social, que se basa en un enfoque multidimensional a partir de una evaluación integral (biopsicológica, social y funcional), con el fin de lograr un diagnóstico completo para elaborar las intervenciones específicas en un plan de tratamiento global, con un uso adecuado de los recursos y con el seguimiento de los casos en la trayectoria de implementación de los dispositivos seleccionados.

Las normativas de los sistemas de atención a los adultos mayores de esta obra social son muy completas y ofrecen un abordaje multidisciplinario e integral que enriquece la perspectiva sobre el envejecimiento. Los fundamentos teóricos de las mismas incluyen no solo el enfoque de la vulnerabilidad social con los grados de fragilidad de los

adultos mayores y la medición de la valoración gerontológica integral con su correspondiente determinación de tipo y nivel de dependencia, sino que también aporta una mirada de curso de vida, que articula los aspectos biográficos de la persona con su entorno y el contexto (Blanco, 2011). Todo lo cual nos permite pasar a un diagnóstico global y múltiple, que no reduce la condición de la vejez a un estado clínico, de carencia o deterioro, sino a un proceso contextualizado.

Como conclusión podemos decir que, en el nivel normativo, se encuentran muy pormenorizados los instrumentos de diagnóstico de la fragilidad y vulnerabilidad en adultos mayores y las formas institucionales de abordar las problemáticas, con el diseño de un tipo de evaluación personal, dinámica, situacional y contextualizada; es decir, que recupera los aspectos individuales y la red de apoyo del sujeto a fin de dar cobertura a las necesidades evaluadas desde el nivel institucional.

Sin embargo, el abordaje de la temática del cuidado aún sigue siendo insuficiente en cuanto a su conceptualización y a los apoyos otorgados, y reducido su reconocimiento a un subsidio económico para aquel sector de la población adulta mayor demandante y con ingresos mínimos. Estos programas están más circunscriptos a la concepción de vulnerabilidad desde un enfoque focalizado e individual. No vemos aún indicios de un tratamiento más estructural de esta temática, que se enfoque en las transformaciones de las organizaciones familiares, en la consideración de la perspectiva de género, las maneras de ampliar la cobertura prestacional, el incremento de su financiación, ni en las formas de creación de redes comunitarias de cuidado y sostén. Es decir, con una tendencia a reformar el sistema de organización del cuidado de manera global y colectiva. Se sigue sosteniendo una perspectiva de riesgo social, vinculada a la existencia de un problema contingente y singular, que ubica la problemática del cuidado fundamentalmente en el ámbito familiar. Lo institucional se constituye como un dispositivo de gestión de los riesgos sociales de las personas adultas que reúnan las condiciones de vulnerabilidad social y dependencia funcional, con

una política basada en la transferencia de ingresos para necesidades de cuidado y de menor cobertura, con servicios dedicados al cuidado.

Este camino seguramente se encuentra abierto, puesto que el nacimiento de esta institución estuvo basado en una concepción social y sanitaria de la salud de los adultos mayores, que en su trayectoria ha incorporado los lineamientos de los organismos internacionales de reconocimiento de los derechos de esta población.

Consideramos que la sanidad y la seguridad social son componentes fundamentales en los sistemas de protección social. Estos servicios de atención social y médica son esenciales para la protección de la vida, de los derechos humanos y de la dignidad de los adultos mayores en general y de los dependientes en particular.

Referencias Bibliográficas

Batthyany, Karina (2015). Las políticas de cuidado en América Latina. Chile: CEPAL.

Blanco, M. (2011). *El enfoque de curso de vida: orígenes y desarrollo.* México: CIESAS.

Ceminari, Y. y Stolkiner, A. (2016). *El cuidado de personas mayores en la Argentina: de cuestión familiar a cuestión de derechos*. UBACyT, UBA, Argentina.

Cerri, Ch. y Alamillo-Martínez, L. (2012). La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada. *Gazeta de Antropología*, *28*(2).

Huenchuan, S. (ed.) (2018). *Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. Naciones Unidas: CEPAL.

Cerri (2015). Dependencia y autonomía: una antropología desde el cuidado de los mayores. *Revista de Pensamiento e investigación social*, *15*(2), 111-140.

CIPPEC (2017). Desayunos sobre políticas de cuidado en la Argentina. Avances y desafíos en el cuidado de adultos mayores. Principales

resultados. Serie Estudios INDEC n° 46. Instituto Nacional de Estadística y Censos. República Argentina.

ENCaVIAM (2015). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. Principales resultados. Serie Estudios INDEC n° 46. Instituto Nacional de Estadística y Censos. República Argentina.

Golbert, L. y Roca, E. (2014). Políticas públicas destinadas a las personas mayores. El caso argentino. *Desarrollo, Economía y Sociedad*, *3*(1), 11-22.

Gonzalez, Leandro M. (2009). Orientaciones de la lectura sobre vulnerabilidad social. En

Leandro M. González (comp.) y otros, *Lecturas sobre vulnerabilidad y desigualdad social*; Córdoba, Centro de Estudios Avanzados (U.N.C.) – CONICET, 2009, ISBN 978-987-23989-5-8, págs. 13-29.

INSSJyP (2008). PROSAR: Normativa y Boletin oficial Resolución 733/2014.

Martin Palomo, M. T. (2009). El "care", un debate abierto: de las políticas de tiempos al "social care". *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (4), 325-355.

Parenti, M. y Ceminari, Y. (2013). Club de día para adultos mayores: promoviendo el derecho a envejecer con dignidad en la propia comunidad. En *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Peláez, E., Monteverde, M., y Acosta, L. (2017). Celebrar el envejecimiento poblacional en argentina. Desafíos para la formulación de políticas. *SaberEs*, *9*(1).

Resolución 1490/2008 y Disposición 733/2014, Normativas del Instituto Nacional de Servicios sociales para jubilados y pensionados (INSSJyP).

Rodríguez Enríquez, C. y Marzonetto, G. (2015). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Perspectivas de Políticas Públicas, 8*.

Rofman, R. y Apella, I. (2016). La protección social en Argentina en un contexto de transición demográfica. Apuntes. Revista De Ciencias Sociales, 43(78), 89-120. https://doi.org/https://doi.org/10.21678/apuntes.78.836

Pérez Orozco y Domínguez (2014). Por qué preocuparnos por los cuidados. Informe para las Naciones Unidas, ONU.

Sánchez Martínez, M. y Díaz Conde, P. (2009). Análisis sociológico de la vejez en las sociedades occidentales actuales. En Torralba F., Giménez-Salinas J. C. (coord.). *La ancianidad en nuestro mundo, más allá de los tópicos.* Barcelona: Prohom Edicions. Colección Cátedra ETHOS, 14-15.

Una aproximación al concepto de cuidado asistido por el recurso informático Atlas. Ti con énfasis en las prácticas biomédicas y no biomédicas de autocuidado de la salud

Jimena Luz Coniglio

Introducción

En la construcción de un estado de la cuestión sobre las distintas formas de cuidado de la salud y la enfermedad con énfasis en las prácticas biomédicas y no biomédicas,[1] hemos observado que en la bibliografía académica el concepto de cuidado es abordado desde distintas áreas temáticas y hace referencia a múltiples y diferentes cuestiones. Es un concepto al que se le han otorgado distintos significados.

Para lograr mayor especificidad y dar cuenta del contexto amplio en que debe pensarse el cuidado como concepto analítico, proponemos realizar un análisis sobre su extensión semántica, observando la presencia y los usos del mismo en la bibliografía académica del campo de las ciencias sociales.

[1] Este capítulo recupera elementos presentados en la tesis de Diplomatura de Posgrado en Técnicas de Investigación Social titulada "Una aproximación mixta para el abordaje de las prácticas biomédicas y no-biomédicas asociadas a cuidar|prevenir|mantener la salud y curar|tratar|atender la enfermedad" (Coniglio, 2020), Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

La propuesta es un aporte para la revisión y el ordenamiento del corpus teórico disponible, analizado desde una perspectiva marcadamente inductiva, de tipo interpretativo, que utiliza Atlas.Ti, la herramienta para el análisis cualitativo de datos.

En este trabajo se describen en primer lugar los aspectos metodológicos, y se hace referencia a las mediaciones técnico-operativas sobre el uso del soporte informático. Luego se presentan los resultados del trabajo de sistematización de los distintos marcos interpretativos del cuidado, a partir de un proceso de categorización desde lo general a lo particular. Con esto como referencia, se profundiza en los antecedentes de investigación sobre las prácticas biomédicas y no biomédicas de cuidado de la salud con y sin presencia de enfermedad, en el marco de las distintas modalidades que asume el proceso de salud/enfermedad/atención y cuidado en el contexto actual.

Decisiones metodológicas para el abordaje del cuidado

El diseño metodológico para el abordaje de la presencia y los sentidos del concepto de cuidado en la bibliografía académica implica asumir un conjunto de decisiones respecto de la construcción del objeto de estudio: la delimitación del problema a investigar (el qué) y a las decisiones de selección, recolección y análisis (el cómo). Como anticipamos, el qué refiere a la sistematización de la extensión semántica del concepto de cuidado, que proponemos analizar y ordenar con fines analíticos.

En cuanto a sobre qué se relevará información, la bibliografía académica fue seleccionada del repositorio MinCyT, de revistas académicas y del buscador de Google. La búsqueda se realizó teniendo en cuenta tres palabras claves: “cuidar”, “cuidado de la salud” y “cuidados”, entre el 5 de agosto al 6 de septiembre de 2018. Para filtrar la búsqueda y acotar los resultados se tuvieron en cuenta tres criterios:[2] 1) que el trabajo fuera del campo de las ciencias sociales; 2)

[2] Los mismos fueron decisiones arbitrarias para recortar los resultados de la búsqueda.

que hubiera sido escrito en los últimos 20 años (desde 1998 al 2018); y 3) que estuviera escrito en español.[3] Bajo estas condiciones se hallaron 152 textos académicos, que conforman nuestro corpus teórico.[4]

Con respecto a las decisiones sobre la recolección, relacionadas con la elección de las técnicas a utilizar para la producción de los datos, se definió utilizar como soporte la herramienta Atlas.Ti. Este *software* asiste en el proceso de análisis cualitativo de datos, especialmente cuando se trabaja con un gran volumen de datos, cuyo manejo y organización mediante procedimientos manuales resultarían costosos en términos de tiempo. En el análisis, el/la investigador/a aplica tareas conceptuales por medio de un proceso marcadamente inductivo como es la producción de categorías de codificación y relaciones entre las categorías. A su vez emplea tareas mecánicas, que consisten en manipular los procesos de análisis, a través del almacenamiento, la organización y la recuperación de datos mediante categorías de codificación. Esta tarea puede realizarse de manera eficiente con la ayuda de un soporte informático como el *software* Atlas.Ti (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012).

Las decisiones sobre el análisis definen un tipo de diseño metodológico cualitativo, marcadamente inductivo, de tipo interpretativo. Es de interés analítico específico poder reconocer los sentidos en los que es nombrado el concepto cuidado. Para ello, se partió de crear la unidad hermenéutica —la principal estructura de datos con que se trabaja en el programa— (Requena, Miras y Carrero, 2012).

---

[3] Por lo tanto, la recolección de datos tomó como referencia a todos los textos de habla hispana.

[4] Se observó que sin aplicar el filtro de la fecha de publicación la mayoría de la producción académica pertenece a la última década. Además, durante el proceso de búsqueda, se evidenció que el concepto aparece en los títulos de las publicaciones con distintos significados.

Gráfico 1. Nube de palabras

Fuente: Elaboración propia con Atlas.Ti 8

Lo primero que se realizó fue un análisis lexicométrico a través de una nube de palabras (Gráfico 1), para observar de forma interactiva cuáles aparecen con mayor frecuencia.[5] Como resultado, la palabra *cuidado* aparece 9732 veces; le siguen *trabajo* (6691 veces) y *mujeres* (5466 veces). Luego, para facilitar el proceso de codificación teórica se utilizó la herramienta Autocodificación con base en los conceptos de *cuidado* y *cuidados*. Estimulando el proceso inductivo, se codificó sobre la base de citas textuales, lo que permitió recuperar el uso del concepto en contexto. Esto se realizó porque se tiene la premisa de que el contexto en el que se usa el concepto indicaría el significado, el sentido (Strauss y Corbin, 2003). Una de las mayores ventajas[6]

[5] Se excluyeron artículos, preposiciones y conectores.

[6] Sobre las ventajas y desafíos del análisis con Atlas.Ti, ver Valles (2002) Ventajas y desafíos del uso de programas informáticos (e.g. ATLAS.ti y MAXqda) en el análisis cualitativo. Una reflexión metodológica desde la grounded theory y el contexto de la investigación social española.

del programa, además de permitirnos trabajar con un gran volumen de textos, es poder recuperar en cuestión de segundos fragmentos significativos de texto, previamente codificados en forma de citas y/o códigos, para poder examinarlos en su conjunto, lo que posibilita encontrar relaciones entre los mismos. Las citas textuales se agrupan por temas elaborando categorías o dimensiones; estas emergen de los datos, para conformar grupos de documentos (o familias). Una vez conformados los grupos de documentos, el proceso consistió en ir de lo particular a lo general, ordenando esas subdimensiones en dimensiones específicas asociadas a dimensiones generales.

¿De qué hablamos cuando hablamos del cuidado? El análisis de la extensión semántica del concepto

Como resultado del análisis cualitativo de datos, ordenamos los textos en función de lo que ellos nos dicen. Algunos/as autores/as se centran en los debates conceptuales del cuidado y las implicaciones del concepto, con el propósito de realizar un aporte que busca resolver el dilema analítico que presenta debido a la amplitud de su definición e implicancias; por ejemplo, Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez (2014); Offenhenden (2017); Voria (2015). Sin embargo, advertimos que otro conjunto de autores/as utiliza el concepto de cuidado desde distintas dimensiones generales y específicas. En efecto, aparece ligado a tres dimensiones generales que llamamos dimensión política, dimensión ética y dimensión práctica; y dentro de esta última aparecen dimensiones específicas asociadas a lo que denominamos el cuidado para otros y el cuidado para sí.

Dimensión política del cuidado

Algunos/as autores/as analizan el concepto desde una dimensión donde el cuidado aparece como un derecho que necesita ser regulado con políticas públicas. En términos generales, cambios sociales tales como la diversificación de los arreglos familiares, la disminución de los hogares con amas de casa de tiempo completo, el aumento de ho-

gares monoparentales, inciden en la posibilidad de que las crecientes demandas de cuidado puedan ser insatisfechas en el seno de las familias. De allí que el cuidado es visto como un nuevo derecho de ciudadanía que tiene que garantizar el Estado, ya que la mercantilización del mismo crea y reproduce desigualdades sociales. En efecto, en línea con esta necesidad de cuidado, se ha desarrollado un heterogéneo sector de servicios mercantiles que ofertan cuidados para niños/as pequeños/as, adultos/as mayores dependientes y enfermos/as con muy desiguales niveles de calidad.

El cuidado deja de ser visto como una cuestión individual y privada para ser planteado como una responsabilidad colectiva, asociada al reclamo de un derecho a un servicio de cuidados accesibles y profesionalizados. A su vez, significa reconocer material y simbólicamente el valor de los cuidados como pieza clave para el bienestar y la reproducción social. Según esta perspectiva, las políticas públicas deberían, entonces, apuntar a la creación de redes de cuidado entre el Estado, el mercado y las familias. El Estado tiene la obligación de garantizar el cuidado, que consiste en la transferencia desde un componente de algún sistema social —especializado o no— de los mecanismos necesarios para que los individuos generen por cuenta propia las atenciones necesarias. Para ello se deberán desarrollar marcos normativos, económicos y sociales con el objetivo de que esta dimensión de la ciudadanía no esté sesgada por el género, la clase social, el lugar de residencia ni la etnia, entre otras muchas intersecciones. Asociado a esto, los argumentos en torno a la cuestión del cuidado como problema público están atravesados por la perspectiva feminista. A esta dimensión la nominaremos *política* y dentro de ella encontramos los trabajos de Aguirre (2014); Aguirre, Batthyány, Genta y Perrotta (2014); Batthyány, Genta y Perrota (2013); Batthyány (2015); Bazo (1998); Carral Miera (2015); Cena (2017); Cerri (2015); Colanzi (2016); Comas D'Argemir (2015); Comelin (2014); Gómez Urrutia y Jiménez Figueroa (2015); Krmpotic y De Ieso (2010); Krmpotic (2016); Leiva

Gómez (2017); López Estrada (2007, 2017); Muñoz Franco (2016); Rodríguez Enríquez y Marzonetto (2015); Salcedo Medina (2014); Vega y Gutiérrez Rodríguez (2014).

Dimensión ética del cuidado

Por otra parte, algunos/as autores/as focalizan sus trabajos en la cuestión de *la ética* del cuidado. Sostienen que con la inclusión de los valores del cuidado en el ámbito político-social, se adquieren los valores y las prácticas de la ética del cuidado, se consigue un cambio en los roles de género y, en consecuencia, una sociedad más equitativa. En este sentido, la ética del cuidado apela a la transformación de la sociedad, la política, las leyes, la familia y las relaciones personales más allá de las asunciones del patriarcado. El cuidado está asociado a principios morales, aparece en los textos concebido como un ejercicio permanente, como la relación que establecemos con el cuerpo, con los/as otros/as y nuestro entorno. Agrupamos un conjunto de autores/as que sostienen que el cuidado habla de la interacción entre partes, ambas tienen un "contrato" y construyen conjuntamente el cuidado. A esta dimensión la nominaremos ética, y los trabajos que encontramos en esta línea son los de Comins Mingol (2009, 2015); Franco Muñoz (2009); Gil Claros (2012); Garcés Giraldo y Giraldo Zuluaga (2013); González Hinojosa y López Santana (2016); Molinier y Legarreta (2016); Terrón (2012); Vaca (2015); Valencia e Hincapié (2016).

Dimensión práctica del cuidado

En otra dimensión temática, que llamamos *práctica*, englobamos un conjunto de textos que ordenamos en dos dimensiones específicas: el cuidado para otros/as y el cuidado para sí. Dentro de la primera se analiza el cuidado como trabajo —remunerado o no, formal o informal— entendido como cualquier actividad que genere bienes o servicios para el mercado. Al ser vista como un servicio, la prestación de cuidados se asocia a un bien económico cuya provisión se realiza a través del mercado laboral (en servicios sociales, domésti-

cos, en educación) o del Estado (en una institución de salud pública o educativa). El estudio sobre las ocupaciones del cuidado ha cobrado creciente relevancia en la agenda feminista de la última década: para algunos/as autores/as, estas ocupaciones están altamente feminizadas y generan oportunidades de empleo para muchas mujeres. El cuidado aparece asociado en general a una habilidad femenina, se encuentra socialmente devaluado como trabajo y esto hace que, muchas veces, las condiciones laborales sean precarias. A esta dimensión la nominaremos *cuidado como trabajo*, y podríamos ubicar en ella los estudios de Aspiazu (2017); Borgeaud Garciandía (2015, 2016); Díaz Fernández, Llorente Marrón y Dema Moreno (2018); Elepe, (2008); Esquivel y Pereyra (2017); Faur (2010); Findling, Lehner, Venturiello y Cirino (2015); Guimarães e Hirata (2016); Marco Navarro (2006); Martín Palomo (2008); Mingo (2016); Molina (2004); Moreno-Colom, Recio Cáceres, Borràs Català y Torns Martín (2016); Moré Corral (2013); Romero Almodóvar (2015); Rodríguez Enríquez (2012).

A su vez, en la línea del cuidado como trabajo hay distintas dimensiones específicas en las que es utilizado el concepto. En efecto, encontramos un conjunto de bibliografía que vincula el trabajo remunerado de *cuidados con la migración*; algunos de ellos refieren a la circulación laboral de mujeres migrantes entre los trabajos de cuidados, otros al cuidado de algún miembro de la familia a otro/a, cuando el padre o la madre migran a otro país. Entre otros/as, las/os autoras/es que han estudiado esta esfera del intercambio mercantil son Gómez, Mansilla Agüero y Comelin Fornes (2017); Hernández Cordero (2016); Hernández y Baca (2016); López Montaño (2012); Makridou (2016); Mallimaci (2016); Riquelme Brevis (2014); Skornia y Cienfuegos Illanes (2016); Zapata Martínez (2016).

Otra dimensión ampliamente trabajada es la del *cuidado como trabajo doméstico*, que abarca las actividades que se realizan en los hogares y garantizan la reproducción de los miembros (mantenimiento del hogar, administración, cuidado de personas dependientes, coordina-

ción de horarios, traslados a centros educativos y otras instituciones, entre otras). Esta dimensión, al igual que las anteriores, está fuertemente atravesada por la perspectiva feminista. La cuestión de género aparece al observar el reparto desigual del trabajo de cuidado en el interior de los hogares, en tanto que las desigualdades de género atraviesan el mercado de trabajo y también los hogares. La feminización del cuidado se sostiene por medio de las representaciones sociales del mismo, y es producto de la construcción social de género en torno a lo femenino, donde la función materna del cuidado se encuentra alienada al mandato de género.

En las familias se establecen redes de cuidados realizados de manera voluntaria, lo que en parte está asociado a una oferta estatal escasa de infraestructura para este, que hace que recaiga en las familias la responsabilidad del cuidado y dentro de ellas, solo son interpeladas las mujeres. La organización de actividades de cuidado difiere en función de la clase social, que determina las distintas posibilidades de acceso y goce de niveles de bienestar. Por tanto, los/as autores/as que trabajan esta dimensión argumentan que la organización social del cuidado se convierte en sí misma en un vector de reproducción de la desigualdad socioeconómica y de género. En efecto, las mujeres han conquistado espacios en el dominio de lo público, pero sin dejar sus responsabilidades tradicionales en lo privado. Entre los/as autores/as que han trabajado esta perspectiva se encuentran: Aguirre (2009); Aspiazu (2013); Batthyány, Genta y Perrotta (2017); Batthyány (2010); Batthyány y Scavino Solari (2018); Batthyány y Scuro (2010); Carrasquer (2012); Carrillo (2013); Cavallone (2016); Caro, Saracostti,; Kinkead y O. Grau (2017); Castilla (2017); Cerletti y Santillán (2018); Flores y Tena Guerrero (2014); Fernández Álvarez (2006); Figueroa Perea y Flores Garrido (2012); Gonzálvez Torralbo (2016); Gómez Urrutia, Arellano Faúndez, y Valenzuela Contreras (2017); Gutiérrez y Voria (2014); Hernández Tezoquipa, Arenas Monreal y Valde Santiago (2001); Izquierdo (2003); Jociles Rubio y Leyra Fatou

(2016); Krause y Bonetto (2013); Leyton y Valenzuela (2016); López, Findling, Lehner, Venturiello, Ponce, Mario, Cirino y Champalbert (2015); Magaña, Calquín, Silvay García (2011); Masanet y La Parra (2011); Moreno-Roldán, Agudelo-Bedoya y Alzate-Pulgarín (2018); Muñoz y Zea (2017); Pasarin (2011); Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014); Prieto, Leggire, Lorenzo y García (2016); Robles Silva y Rosas García (2014); Solari (2017); Torns (2008); Triana, Ávila y Malagón (2010); Venturiello (2012); Weingast (2014).

Asimismo, dentro de la dimensión del trabajo, destacamos investigaciones que se han ocupado específicamente del *cuidado en las personas mayores* en cuanto cuidadores/as y receptores/as de cuidado a la vez. En algunos casos, si bien para determinadas personas la privatización ha contribuido a mitigar la carga de las tareas de cuidado en los hogares, la gestión sigue recayendo habitualmente en los/as descendientes. Por otra parte, la vejez avanzada se configura como una etapa de la vida en la que las variaciones del estado de salud de los individuos pueden llegar a tener efectos tanto en la autonomía de estos como en la demanda de cuidados informales hacia sus familiares, especialmente a las mujeres. Entre los/as autores/as que trabajan sobre esta relación se encuentran Aguirre y Solari (2016); Arriagada (2010); Arroyo Rueda (2010); Batthyány, Genta y Perrotta (2013); Bermejo Caja y Martínez Marcos (2005); Bianchi Pernasilici y Piras (2015); Buján (2014); Criado y Domènech (2015); Pelcastre (2012); Osorio Parraguez, Navarrete y Briones (2018); Partidas (2004); Rogero García (2009); Vázquez y Mayobre (2015).

Por último, dentro de este uso del concepto de cuidado como trabajo, hay un conjunto de estudios que efectúan su recorte temático específicamente en el *cuidado como trabajo comunitario* y las prácticas comunitarias de cuidado. Se refieren a este como el que se realiza por fuera del mercado y en su mayor parte sin remuneración, sujeto a reglas de ejercicio profesional o desprovisto de estas. Ante la falta de cobertura de las prestaciones de cuidado en las políticas públicas, en

el caso de hogares de menores posibilidades económicas, la provisión es una responsabilidad asumida por mujeres y por las organizaciones comunitarias territoriales (por ejemplo, organizaciones barriales, comedores comunitarios, centros de día, entre otros). Entre los/as autores/as que desarrollan esta temática figuran Bedoya Hernández (2012, 2013, 2016); Fournier (2016); Ierullo (2015); Roffler (2017); Zibecchi (2013, 2014 a, b y c).

Dentro de la segunda dimensión específica, "el cuidado para sí", existe un conjunto de bibliografía que tiene que ver con una dimensión de autocuidado que analiza por un lado el *cuidado en situación de salud*, y por otro, el *cuidado en situación de enfermedad*. El primero se asocia al cuidado a través de las prácticas y los hábitos de vida saludables, la búsqueda del bienestar, del equilibrio emocional. De acuerdo con los/as autores/as, estas prácticas se vinculan con el mandato social y el imperativo moral de mantener hábitos que son definidos por la biomedicina como saludables y que colocan al sujeto en un rol activo en el cuidado integral de su salud. Coloca el énfasis en lo individual, la salud aparece asociada a la disciplina y al destino, y el esfuerzo personal que representa el trabajo sobre sí es un logro a alcanzar en un contexto que demanda mayor responsabilidad por el propio curso de la vida. Aquí aparecen no solo las prácticas alopáticas, sino un conjunto de estrategias de cuidado de la salud que son no convencionales, alternativas y complementarias.

Al mismo tiempo, esta temática se articula con un ideal de corporalidad que responde a valores estéticos de delgadez, belleza y juventud. En este contexto, para mejorar y mantener la salud ha surgido una oferta de bienes y servicios, un escenario con una creciente pluralidad de opciones, una industria del bienestar aún en expansión. También aparece aquí la dimensión de la desigualdad tanto de clase como de género; en efecto, el cuidado no juega un rol central en la construcción de la identidad masculina, y sí en la femenina; por otro lado, las posibilidades de desarrollar hábitos de vida saludables y el acceso al

mercado de la salud están atravesadas por el poder adquisitivo. Dentro de esta temática encontramos los trabajos de Borda (2015); Bordes (2012, 2014, 2015); Algranti y Bordes (2009), Collin Harguindeguy (2006); Freidin (2013); Freidin y Abrutzky (2011); Freidin y Ballesteros (2012); Freidin, Ballesteros y Wilner (2017); Freidin, Ballesteros, Krause, Borda (2016); Freidin, Ballesteros, Borda, Krause y Bonetto (2014, 2017); Findling, Mario y Champalbert (2014); Keijzer (2003); López, Findling, Lehner, Ponce, Venturiello, Mario y Champalbert (2010); Menéndez (2003); Rodríguez Zoya (2015); Soraire y Trimano (2013).

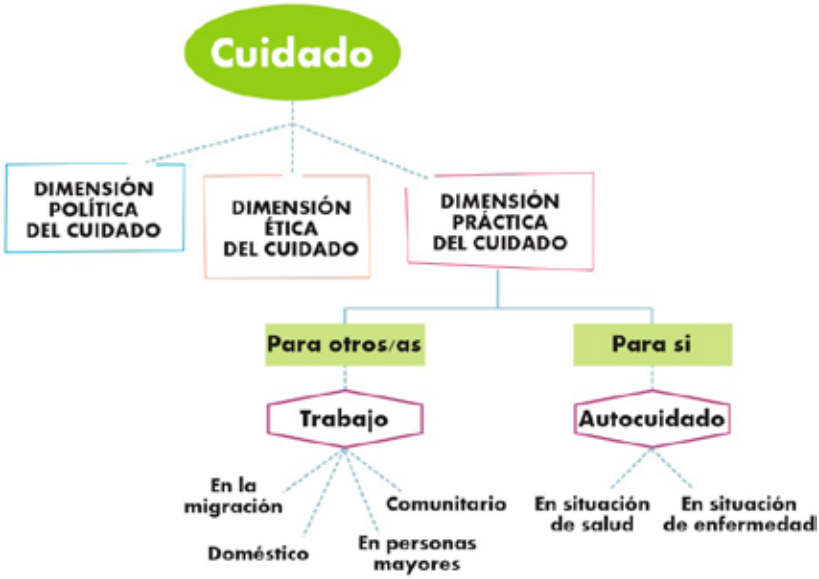
Por otra parte, existen algunos trabajos que se focalizan en las formas de atención y prácticas de cuidado en situación de enfermedad. Aparece en los textos el concepto de cuidados paliativos asociado a enfermedades crónicas y terminales. En el caso de las últimas, se registra el concepto del buen morir, las lógicas y rutinización de los cuidados, la experiencia de la enfermedad y el sentido de la muerte. Se trata también de un aspecto atravesado por múltiples desigualdades, dado que el acceso a mejores cuidados paliativos es una alternativa para los sectores mejores posicionados económicamente. Aparecen también la dimensión relacional y la cuestión del derecho de acceso al cuidado en el transcurso de una enfermedad. Se ocupan de esta temática los/as autores/as: Alonso y Menezes (2012); Alonso (2009); Barragán Solís (2011); Castilla y Ferrari (2015); Castilla, Olsen y Epele (2012); Krmpotic (2010); Laza Vásquez (2011); Luxardo, Alonso y Cruz Esquivel (2013); Wainer (2009); Weingast (2012).

Si a estas dimensiones de autocuidado las denominamos acciones de *cuidado para sí*, a la utilización del concepto de cuidado como trabajo lo denominamos, por oposición, *cuidado para otros/as.*

En resumen, de acuerdo con cómo los/as autores/as utilizan el concepto de cuidado, podemos decir que hay una dimensión política, una dimensión ética y una dimensión práctica de cuidado para otros/as y para sí. Estos últimos presentan dimensiones específicas de trabajo:

en la migración, doméstico, en personas mayores, y comunitario; y de autocuidado: en situación de salud y en situación de enfermedad. En el gráfico 2 se expresa la utilización del concepto de cuidado.

Gráfico 2. Las dimensiones de la categoría de cuidado



Fuente: Elaboración propia

El autocuidado en la salud y en la enfermedad con prácticas biomédicas y no biomédicas. Algunos conceptos claves

Dentro de lo que denominamos la dimensión práctica/de acción para sí del autocuidado en la salud y en la enfermedad, haremos referencia a la utilización de prácticas biomédicas y no biomédicas. A la hora de cuidar/prevenir/mantener/no-enfermar/curar/tratar/atender[7] la

[7] Este concepto se retoma de la tesina de Licenciatura en Sociología (Coniglio, 2016) "Prácticas, percepciones y articulaciones -biomédicas y no-biomédicas- vinculadas a 'cuidar|prevenir|mantener|no-enfermar|curar|tratar|atender' la salud y la en-

salud y la enfermedad, los sujetos ponen en juego un conjunto heterogéneo de prácticas biomédicas (asociadas a un profesional biomédico de la salud) y no biomédicas (caseras, alternativas, tradicionales) de cuidado de la salud y atención de la enfermedad.

Por prácticas biomédicas entendemos aquellas que se vinculan con la prevención de los padecimientos —con consultas y controles médicos anuales—, lo que la medicina hegemónica denomina medicina clínica preventiva y que viene de la mano con una de las funciones del Modelo Médico Hegemónico (MMH)[8]: la curativo-preventiva, en la que se manifiestan todas las otras funciones del MMH (normalizadoras, de control y de legitimación) que solo pueden ser asumidas en la medida en que sus objetivos sean por lo menos formalmente curativos-preventivos. El hecho de prevenir un padecimiento supone normalizar y controlar (Menéndez, 1985). Las prácticas biomédicas provienen, entonces, de la biomedicina (del MMH) aunque en algunas ocasiones están asociadas con la autoatención. La biomedicina valora positivamente el autocuidado y genera toda una serie de actividades que impulsan la automedicación.

Más allá de que esta sea cuestionada o vista de manera negativa, es la propia biomedicina la que ha promovido campañas de promoción de la salud por ejemplo, con el uso del preservativo no solo como

---

fermedad. Una propuesta para su abordaje y un instrumento para su relevamiento" (FaHCE/UNLP).

[8] "El MMH se constituye y se instituye en los países capitalistas centrales, coetáneamente con el proceso de obtención de hegemonía por parte de la burguesía, y cuando la relación de clases fundamentales en dichas sociedades se establece a través de las relaciones burguesía-proletariado. (…) En un nivel manifiesto dicho modelo aparece asociado en su desarrollo a la lucha y abatimiento en toda una serie de padecimientos que pueden ser vinculados con las condiciones de vida de las clases subalternas. (…) La necesidad de saneamiento y de abatimiento de la morbimortalidad tiene que ver con un fenómeno de protección clasista que se convierte en posible protección colectiva; pero también tiene que ver con el aseguramiento de procesos que aseguren una mayor productividad" (Menéndez, 1985, p. 3).

técnica anticonceptiva, sino también como mecanismo preventivo respecto a enfermedades de transmisión sexual); ha impulsado que el sujeto aprenda técnicas sencillas para el tratamiento de enfermedades crónicas (autoinyectarse insulina; leer glucosa en orina o sangre); o ha logrado que muchos sujetos incorporen o se apropien de equipamiento como el termómetro, el tensiómetro, el nebulizador, entre otros. También ha conformado pacientes con gran cantidad de información técnica, que no solo cuestionan/discuten/no cumplen las prescripciones del médico —abandonan o modifican tratamientos, toman decisiones sobre aumentar, reducir, espaciar dosis— sino que debido a la gran cantidad de información que poseen, escuchan y obedecen a la experiencia de su propio cuerpo con el tratamiento recetado (Menéndez, 2005). A este tipo de paciente le interesa mejorar y controlar su salud a partir de la información que posee y de su experiencia. Este "se conoce como el caso del "paciente bien informado" (…) [que] no suele cuestionar el 'poder médico' ni la eficacia de la biomedicina; por el contrario, puede ser un fuerte partidario de ella" (Menéndez, 2005, p. 64).

En este sentido, entre las dos formas de atención de los padecimientos y de cuidado de la salud dominantes en las sociedades actuales —la biomedicina y la autoatención[9] (Menéndez, 2005)— opera una relación dinámica; estas son fundamentales en el proceso de salud/enfermedad/atención, dado que lo que acontece en la autoatención es fundamental para las decisiones posteriores que tome el sujeto, por lo que a partir de esta se definen las articulaciones con las otras formas de atención. La biomedicina impulsa, favorece, incorpora o acepta formas de autoatención, incluidos ciertos tipos de automedicación (Menéndez, 2005), y al mismo tiempo las cuestiona. Esto es importante mencionarlo, debido a que muchas de las acciones de cuidar/

[9] Menéndez (1983, 1985, 1990) propuso tres modelos de atención, en cuanto instrumentos metodológicos para explicar las formas de atención de la enfermedad: el modelo médico hegemónico (MMH), el modelo alternativo subordinado y el modelo de autoatención.

curar/tratar/atender la salud y la enfermedad que efectúan los sujetos son prácticas que han sido impulsadas por la biomedicina, que incluso ha hecho lo propio también con el uso de prácticas no biomédicas en combinación con prácticas biomédicas.

> Si bien cada grupo incluye en sus actividades de autoatención explicaciones y sobre todo prácticas y productos procedentes de diferentes orígenes, debe asumirse que la biomedicina constituye actualmente una de las principales fuentes (…) de las actividades de autoatención (Menéndez, 2005, p. 61).

En este contexto, la autoatención implica no solamente la automedicación con fármacos desarrollados por la industria farmacéutica (consumo de aspirinas, antibióticos, analgésicos), sino la ingesta de distintos tipos de sustancias (como infusiones con plantas medicinales, anabólicos, cannabis medicinal) y todo un conjunto de acciones que realizan los sujetos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos o solo porque consideran que favorecen algunos aspectos de salud positiva (Menéndez, 2005). En este sentido, la autoatención alude a

> las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 2005, p. 54).

Para el autor, entonces, “las actividades de automedicación y autocuidado son parte del proceso de autoatención, pero no su equivalente, ya que autoatención constituye el concepto y proceso más inclusivo” (Menéndez, 2005, p. 56). Es “una de las actividades básicas del proceso s/e/a, siendo la actividad nuclear y sintetizadora desarrollada por

los grupos sociales respecto a dicho proceso" (p. 54), y se erige como "el medio a través del cual los sujetos y grupos evidencian su capacidad de acción, creatividad y [de] encontrar soluciones. Por ello es un mecanismo potencial de afianzamiento de ciertos micropoderes, así como la validez de sus propios saberes" (p. 63).

En síntesis, dentro de lo biomédico englobamos todo un conjunto de acciones que realizan los individuos para cuidar la salud y prevenir enfermedades, entre las cuales podemos mencionar también los hábitos alimenticios saludables (OMS, 2010, 2015), la inocuidad de los alimentos (OMS, 2015), la realización de actividad física (OMS, 2014), un ambiente sin contaminación (OMS, 2014), la salud mental (OMS, 2014), los controles médicos preventivos (OPS, 2010).[10]

Por prácticas no biomédicas entendemos las que se encuentran asociadas a significantes como los del autoconocimiento, la conciencia de sí y el registro del cuerpo (Bordes, 2014), que se inscriben en lo que Eva Illouz (2010) denomina "nuevo estilo emocional". Estas terapias tienen en común el hecho de contribuir a forjar en las sociedades contemporáneas un nuevo estilo cultural que insta a la preocupación por las emociones. El sentido de lo terapéutico se despega aquí de la connotación de la medicina hegemónica para dar cuenta de un abanico de acciones —algunas eclécticas— que estaban instaladas en la medicina tradicional o doméstica (como por ejemplo, la cura por la palabra) y otras que están incorporándose desde la década pasada a nuestra cultura (como los libros de autoayuda, grupos de apoyo, programas de reafirmación personal, entre otros) (Illouz, 2010). Dentro de este abanico de prácticas no biomédicas se puede observar todo un mercado no solo de gimnasios, estudios de la técnica Pilates, danza terapia, centros de *reiki*, sino también vegetales

[10] Debemos advertir sobre estas cuestiones normativas, que se trata de los estándares universales de salud de la OMS, pero nada dicen de las desigualdades ni diversidades genéricas, étnicas, etarias, culturales, etc.

orgánicos, dietéticas, medicamentos herbolarios "una parte de los cuales pueden ser comprados en mercados 'populares', en cadenas internacionales de supermercados o en tiendas naturistas" (Menéndez, 2015, p. 311); una industria de la "vida saludable". Además de los alimentos, el nicho de mercado de productos y servicios abarca los de higiene personal y del hogar, así como el turismo terapéutico antiestrés y la indumentaria apropiada para correr o hacer yoga (Freidin, 2017).

Por otro lado, también podemos encontrar una serie de prácticas y saberes tradicionales, como la curación del mal de ojo (Menéndez, 2015), el empacho y prácticas caseras que se utilizan en los hogares para aliviar dolores (por ejemplo, mojar un algodón con whisky y colocarlo en la muela para el dolor, entre otras). En efecto, las estrategias de cuidado de la salud y atención de la enfermedad con prácticas no biomédicas son aquellas que provienen fundamentalmente de las medicinas alternativas complementarias, tradicionales, no convencionales y otras modalidades asociadas a estilos de vida saludables. Es decir que hablamos de una gran diversidad de estrategias ligadas a la búsqueda del bienestar que van desde las prácticas alternativas (*reiki*, reflexología, yoga) hasta "formas terapéuticas menos estructuradas y sistematizadas (en el sentido de su clasificación de 'terapéuticas')" (Sarudiansky, 2010, p. 908) como natación, gimnasia, baile y *running*. Estas estrategias de cuidado de la salud se enmarcan dentro de la autoatención y se vinculan algunas veces con la elección de un estilo de vida. Dentro de lo no biomédico, se entiende por prácticas alternativas aquellas que no integran el paradigma del modelo dominante y tampoco son tradicionales en el caso de la sociedad argentina. Conforman un grupo muy heterogéneo que tiene aspectos en común —como el abordaje holístico de la salud y las nociones de espiritualidad, energía, armonía— y que en las últimas décadas se han difundido con mayor intensidad, sobre todo en contextos urbanos y en sectores medios y altos.

Para categorizar la heterogeneidad que existe dentro de las medicinas alternativas[11] vamos a distinguir, de acuerdo con el NCCIH,[12] entre: a) los sistemas médicos alternativos, como la acupuntura, la *ayurveda*, la homeopatía, la medicina china; b) las terapias basadas en el cuerpo y de manipulación del cuerpo o terapias del cuerpo, como Pilates, masajes, quiropraxia, osteopatía, entre otras; c) las terapias del cuerpo y la mente, que incluyen un grupo amplio y diverso de procedimientos o técnicas administradas o enseñadas por un/a profesional capacitado/a o profesor/a, como meditación, yoga, *tai chi*, *reiki*, biodanza, reflexología, danza terapia, entre otras; y d) las terapias basadas en la biología, ya sea modificando la dieta y hábitos alimenticios (dieta vegana, vegetariana, macrobiótica, *ayurveda*, *Raw-Food*) como también incorporando a la dieta productos naturales diversos (como suplementos dietarios, Omega 3, Ginseng, Ginkgo biloba, té verde, hierbas medicinales, levadura de cerveza, espirulina, semillas, suplementos vitamínicos, leche de almendras). Otros métodos complementarios que no están incluidos en estas categorías son las prácticas de curanderos/as tradicionales y chamanes/as.

En las últimas décadas, se ha evidenciado un creciente desarrollo y difusión de medicinas y terapias[13] no biomédicas en todo el mundo, que expresa una tendencia que enfatiza la necesidad de combinar la biomedicina con otros enfoques terapéuticos.[14] Es importante aclarar

[11] Si una práctica no convencional se utiliza junto con la medicina convencional, se considera "complementaria". Si una práctica no convencional se utiliza en reemplazo de la medicina convencional, se considera "alternativa" (NCCIH). https://nccih.nih.gov/node/3768

[12] La caracterización presentada fue tomada del NCCIH (National Center for Complementary and Integrative Health). Si bien estas categorías no están definidas formalmente, resultan útiles para describir las prácticas de medicina complementaria y alternativa.

[13] La diferencia entre medicinas y terapias hace referencia a que en el caso de las últimas no hay un sistema médico que respalde la práctica (D`Angelo, 2012).

[14] En este contexto, en el ámbito de las ciencias sociales existe actualmente un

que “la consulta médica [con un/a representante de la biomedicina] no es el eslabón final de una cadena, sino un nodo que permite circular por y reproducir la red” (Freidin, Ballesteros y Echeconea, 2013, p. 52). Esta idea refiere a que los/as pacientes forman parte de un circuito al que acceden a través de las sugerencias de sus conocidos/as y personas que los/as rodean, o por recomendaciones de otros/as especialistas de la red. El/la médico/a convencional conecta a los/as pacientes con otros nodos de la red; o un/a especialista no convencional, como un/a instructor/a de yoga, suele conectar al/la usuario/a con productos naturales, dietas ayurvédicas, masajistas, preparadores de viandas, y un conjunto de actividades para profundizar la práctica. Así, las formas de atención —y con esto nos referimos “no sólo a las actividades de tipo biomédico sino a todas las formas de atención, que en términos intencionales buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado” (Menéndez, 2005, p. 34)— se complementan. En importante mencionar que las formas de atención funcionan en términos de exclusión y de articulación. En efecto, entre ellas no solo hay transacciones armónicas, sino también conflictos y antagonismos. Las diferentes formas de atención suponen la existencia entre ellas de procesos de hegemonía/subalternidad.[15] De acuerdo con Menéndez (2005), las articulaciones entre las formas de atención

importante debate respecto de los condicionantes que inciden en este fenómeno, así como sobre los posibles factores explicativos (Sarudiansky, Bordes y Saizar, 2009).

[15] Los modelos de atención no solo están orientados “a las actividades de tipo biomédicas, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan, prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado” (Menéndez, 2003, p. 186). La idea fundamental que postula Menéndez (1991) es que, en el proceso de atención de la salud, el MMH intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de las mismas, que cada vez en mayor medida constituyen procesos derivados de las relaciones conflictivas y/o complementarias construidas a partir de la hegemonía obtenida por el Modelo Médico.

operan en dos niveles. El primero hace referencia a la relación entre diversas formas de atención a través de uno de diferentes operadores de las mismas (por ejemplo, la biomedicina cuando se apropia de la acupuntura o retoma la tradición herbolaria). El otro nivel alude a la integración de dos o más formas de atención; esto se observa especialmente en la denominada "carrera del enfermo" o en sujetos con enfermedades crónicas no transmisibles. La aparición de las diferentes formas de atención deviene de procesos sociales, económicos y culturales, a partir de las necesidades y posibilidades de los conjuntos sociales (Menéndez, 2003). Si bien las articulaciones entre las diversas formas de atención son generadas por las actividades que impulsan los sujetos y grupos sociales (Menéndez, 2005). "En la actualidad [es] la medicina alopática la que establece las condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan las relaciones con los otros saberes" (Menéndez, 2009, p. 98). Mientras, el resto de los saberes y formas de atención, al menos en los países occidentales, no cuentan con la legitimación y, sobre todo, con los apoyos económicos y políticos oficiales (Menéndez, 2009).

Revisión de los antecedentes de investigación sobre el cuidado de la salud

Cuando se revisa la bibliografía sobre esta temática y se toma como referencia la perspectiva metodológica que se ha utilizado para clasificarla, desde un abordaje *cuantitativo*, se destacan los trabajos académicos que emplean relevamientos por encuesta con muestras no probabilísticas para indagar sobre el uso de medicinas alternativas y complementarias (MACs). Estos cuestionarios son aplicados a usuarios de servicios de salud, y no a la población en general. Algunas investigaciones aplican el dispositivo a pacientes que concurrieron a hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires (Franco y Pecci, 2003; Idoyaga Molina y Luxardo, 2005; Eymann, 2009; Ikonikoff, 2003); otra, en hospitales privados de Córdoba (Fiorentino, 2007). Los

pacientes pertenecían en algunos casos a subgrupos específicos: niños (Eymann, 2009), pacientes con cáncer (Idoyaga Molina y Luxardo, 2005) y pacientes con reuma (Fiorentino, 2007). Estas investigaciones provienen del campo de la biomedicina, excepto la de Idoyaga Molina y Luxardo (2005) que procede de la antropología. Podemos agregar, además, dos investigaciones, una que indaga la actitud de los médicos frente a la utilización de MACs (Brescia, 2004), y otra que hace lo propio con pacientes que presentan asma bronquial (González et al., 2014).

Por otra parte, desde un abordaje cualitativo, predominan investigaciones académicas con una perspectiva fenomenológica y hermenéutica, que privilegian el punto de vista de los sujetos y la profundización de los significados, representaciones, discursos. Utilizan el método etnográfico, a partir del cual los materiales recabados se producen con la realización de entrevistas en profundidad, abiertas y recurrentes a informantes calificados y mediante la observación participante.

La mayoría de las investigaciones están ancladas territorialmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Arteaga y Funes, 2010; Algranti y Bordes, 2009; Bordes, 2006, 2007, 2008 a y b, 2009, 2012, 2014, 2015; Bordes y Saizar, 2014; Carozzi, 1996; Freidin, 2010; Freidin y Abrutzky, 2010, 2011; Freidin, Ballesteros y Echeconea, 2013; Funes, 2007, 2012 a y b; Idoyaga Molina y Funes, 2011; Idoyaga y Sarudiansky, 2011; Korman y Garay, 2007; Pitluk, 2006; Sarudiansky, 2010; Sarudiansky, Bordes y Saizar, 2009; Sarudiansky, Saizar y Korman, 2013; Saizar, 2006, 2007, 2008, 2009; Viotti, 2010). En algunas de ellas, las entrevistas y observaciones que realizan se producen en un hospital determinado o en alguna unidad donde se trabaje con determinada terapia, en determinados casos a pacientes/usuarios con alguna dolencia en particular (Algranti y Bordes, 2009). En otros casos, a especialistas (Bordes, 2008 a y b; Bordes y Saizar, 2014; Freidin, 2010; Sarudiansky, Bordes y Saizar, 2009) o también teniendo

en cuenta a ambos: especialistas y usuarios (Sarudiansky, Bordes y Saizar, 2009; Sarudiansky, Saizar y Korman, 2013).

Asimismo destacan producciones académicas que fueron realizadas en distintas regiones donde la medicina está ligada a la cultura local, es decir, donde perdura el uso de la medicina tradicional —sobre todo el curanderismo— y es propio de la cultura contar con un acervo de conocimientos sobre medicina popular o doméstica. Por ejemplo, en el noroeste argentino (Bejarano, 2004; Colatarci, 1999; Idoyaga Molina y Romero, 2008; Idoyaga Molina y Sarudiansky, 2011; Viotti, 2003), en La Pampa (Arteaga, 2006, 2009, 2010, 2012), en las poblaciones rurales de San Juan (Idoyaga Molina, 1999), de Santa Fe (Disderi, 2004) y de Catamarca (Strasser, 2014). Hay pocos trabajos sobre medicina tradicional focalizados en grandes urbes, pero destacamos el de Arteaga y Funes (2010) que se desarrolla en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Sobre las diferentes formas de atención retomamos a Menéndez (2009), que propuso una clasificación dinámica sobre los comportamientos de los grupos sociales respecto a sus padecimientos, a partir de los cuales se distinguen cinco saberes y formas de atención:[16] 1) de tipo biomédico, implementado por médicos, que incluye saberes preventivos de carácter biomédico; 2) de tipo popular y tradicional, llevado a cabo por curadores especializados como brujos, curanderos, hueseros, parteras, espiritistas, yerberos, chamanes. Aquí debe incluirse también el componente religioso, tanto cristiano como de otros cultos, así como las actividades curativas desplegadas por grupos religiosos; 3) de tipo alternativo, paralelo o *new age*; donde se incluirían las terapias alternativas y complementarias; 4) derivadas de

[16] Hay distintas clasificaciones sobre las formas de atención, sin embargo, dada la trayectoria de Menéndez en la temática, nos parecía sustantivo retomar la suya. Otra clasificación idónea podría haber sido la de Idoyaga Molina (2005) que también propone cinco categorías de medicinas: biomedicina, medicinas alternativas y complementarias (MACs), medicina tradicional, religiosa y autotratamiento.

otras tradiciones médicas, medicinas alternativas y complementarias (MACs) como acupuntura, *ayurveda*, medicina china, etc; 5) de autoatención, que se manifiestan a través de dos tipos básicos, las centradas en el grupo doméstico y las organizadas en grupos de autoayuda referidos a padecimientos específicos: Alcohólicos Anónimos, clubes de diabéticos, etc.

Tomando como referencia esta clasificación, en el análisis bibliográfico, se destaca una investigación del campo de las ciencias sociales[17] que estudia la vida cotidiana con VIH y hepatitis C y las dimensiones asociadas al diagnóstico y tratamiento (Pecheny, Manzelli y Jones, 2002). Dentro del tipo popular y tradicional destacan las investigaciones que se interesan por el estudio de la medicina tradicional, donde se efectúan recortes sobre determinados padecimientos, por ejemplo, el daño (Disderi, 2004); el daño, hechicería y brujería (Arteaga, 2006; Viotti, 2003); el ojeo o mal de ojo (Disderi, 2004; Idoyaga Molina, 2013; Idoyaga Molina y Gancedo, 2013, 2014); el curanderismo (Idoyaga Molina y Sarudiansky, 2011; Strasser, 2014). Algunos autores comparten la preocupación por la medicina religiosa y las búsquedas religiosas en el campo de la salud (como Bordes y Algranti, 2007; Funes, 2007). Otros están vinculados a algún tipo de práctica religiosa concreta, por ejemplo, la práctica budista (Catón Carini, 2011), los centros Sai Baba (Puglisi, 2009), la práctica umbanda (Viotti, 2002).

Dentro de las terapias alternativas, encontramos producción académica sobre terapias y medicinas en particular, es decir, que establecen un recorte sobre una práctica específica como la reflexología (Bordes, 2006, 2007, 2008 a y b, 2009, 2012, 2015), arteterapia y el Arte de Vivir (Funes, 2012 a y b respectivamente), yoga (Saizar, 2006, 2007, 2008, 2009; D`Angelo, 2012), *shiatsu* (Pitluk, 2006). Sobre me-

[17] Hay escasas investigaciones de origen nacional sobre prácticas biomédicas provenientes del campo de las ciencias sociales.

dicinas alternativas, los autores también establecen recortes temáticos, por ejemplo, en acupuntura (Freidin, 2010; Freidin y Abrutzky, 2010, 2011) y a*yurveda* (Freidin y Ballesteros, 2012; Freidin, Ballesteros y Echeconea, 2013).

Respecto de la autoatención, Menéndez (1990) ya había introducido la idea de que esta corresponde al primer nivel de atención de la salud: "permea la estructura de la sociedad y es su primer nivel real de atención" (Menéndez, 1990, p. 89). Describe la autoatención como una de las formas dominantes de atención de los padecimientos en las sociedades actuales, junto con la biomedicina (Menéndez, 2005).

Otras investigaciones se interesaron por el fenómeno de la complementariedad terapéutica, ya sea entre medicinas no convencionales, por ejemplo, medicina religiosa y alternativa (Bordes y Alegranti, 2009) o complementando medicina alopática con MACs (Freidin, 2010; Sarudiansky, Bordes y Saizar, 2009; Sarudiansky, Saizar y Korman, 2013; Bordes y Saizar, 2014), y con medicina tradicional (Bejarano, 2004). También entre MACs y terapias cognitivas provenientes del campo de la psicología (Korman y Garay, 2007). Idoyaga Molina (2005) denominó al fenómeno de la complementariedad terapéutica como "traslapo" de medicinas, y afirmó que el desarrollo de las estrategias en la atención de la salud y la enfermedad es un hecho que tiene que ver mayoritariamente con diferencias étnicas, culturales y/o socioeconómicas. La autora sostiene que los sujetos con mayores ingresos y mayor nivel educacional son quienes recurren a la gama más amplia de posibilidades terapéuticas. Considerando las características de las dolencias, Idoyaga Molina (2005) observó que es recurrente que personas con malestares en la columna, artritis, diabetes y trastornos de ansiedad, practiquen yoga; o que personas con problemas cardíacos, Parkinson y depresión, practiquen *reiki*; también identificó casos en los itinerarios terapéuticos de sufrientes de enfermedades como el cáncer que utilizan formas de autotratamiento particulares (aconsejados por el especialista biomédico o no) como el consumo de gorgojos

(coleópteros: *Coleotero Palembus Dermestoides*) y también combinan los tratamientos biomédicos con algunas de las terapias que tienen bases científicas o seudocientíficas —como la crotoxina, el método Hansi y el Crescenti—, que son sugeridas y hasta recomendadas por especialistas biomédicos. Otro ejemplo de complementariedad, respecto de los tratamientos para el VIH y la hepatitis C, se vincula con la asistencia a grupos de autoayuda (Pecheny, Manzelli y Jones 2002).

En términos metodológicos, además de los trabajos que utilizan como recurso las entrevistas en profundidad, se destaca una investigación que utilizó grupos focalizados, realizada por un grupo de autores coordinado por Freidin (2017), que se propuso indagar las prácticas sociales de cuidado preventivo de la salud en la Ciudad de Buenos Aires como imperativo social y mandato cultural del contexto social actual: comer de manera saludable, hacer ejercicio, realizar los controles médicos preventivos, evitar el consumo de tabaco, alcanzar el bienestar emocional, es parte integral del imperativo moral de la salud.

A partir de la revisión y sistematización de bibliografía se evidencia que en la producción académica predomina un abordaje cualitativo, desde una perspectiva fenomenológica y hermenéutica; los materiales recabados se producen en su mayoría con la realización de entrevistas en profundidad, abiertas y recurrentes a informantes calificados.

Consideramos que, desde la dimensión del autocuidado, es pertinente incluir toda una serie de estrategias y posibilidades que utiliza la población en búsqueda de salud, sin presencia de enfermedad; para aliviar, solucionar, prevenir procesos de enfermedad; para curar y atravesar la enfermedad hasta volver a un estado de salud.

Conclusiones

Con este trabajo se intentó realizar un aporte conceptual al análisis crítico del concepto de cuidado, tomando como objeto de estudio un corpus teórico exhaustivamente seleccionado, analizado a través de Atlas.Ti.

En la aproximación al concepto se observó su carácter polisémico, en tanto se encuentra trabajado desde distintas áreas y por gran cantidad de autores y autoras. Se planteó un ejercicio exploratorio de bibliografía sobre el cuidado que, sin pretender ser exhaustivo, propone un orden posible de la misma y una aproximación a la extensión semántica del concepto, con uso del soporte informático.

Del tratamiento de los textos se desprenden los siguientes puntos: 1) gran parte de las investigaciones están atravesadas por la cuestión de las desigualdades sociales, económicas y de género; 2) hay algunas temáticas más estudiadas que otras y nos encontramos con que la más indagada es la que aborda el cuidado como trabajo doméstico, que se ejerce en el interior de los hogares; 3) los temas se relacionan entre sí; en efecto, el orden que se presenta es solo operativo, no se pretende separar a los/as autores/as, sino poder observar la versatilidad que tiene el concepto de cuidado, en función de los distintos componentes semánticos que se le han otorgado de acuerdo a la perspectiva o dimensión desde la que se trabaje.

Además, se profundizó en la dimensión práctica/de acción para sí del cuidado en la salud y en la enfermedad utilizando prácticas biomédicas y no biomédicas. Los grupos sociales, de acuerdo con las intervenciones del Modelo Médico Hegemónico, llevan a cabo distintas prácticas de cuidado de la salud y de atención de la enfermedad. A partir de la revisión de los antecedentes de investigación sobre la temática, se evidencia que los trabajos académicos existentes sobre el cuidado para sí documentan que distintas formas de dar respuesta a las cuestiones relativas a la salud y la enfermedad son ampliamente utilizadas en Argentina fuera del sistema de salud oficial o, en algunos casos, en vinculación con este. Desde este punto de vista, las estrategias de cuidado de la salud y la atención de la enfermedad involucran tanto a las prácticas biomédicas (frecuentemente asociadas con un profesional biomédico o con prácticas de la medicina convencional) como a las no biomédicas (alternativas, tradicionales, caseras), frente

a un estado de salud o a uno de enfermedad; es decir, durante todo el proceso de salud/enfermedad/atención y cuidado, que supone siempre respuestas sociales, formas de atención.

Referencias bibliográficas

Aguirre Cuns, R. (2009). *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay.* Montevideo: Aguirre R. (Editora).

Aguirre Cuns, R. (2014). La política de cuidados en Uruguay: ¿un avance para la igualdad de género? *Revista Estudos Feministas*, *22*(3), 795-813.

Aguirre, R. y Solari, S. S. (2016). Cuidar y ser cuidado en la vejez: desigualdades de género en Uruguay. Papeles del CEIC. *International Journal on Collective Identity Research*, *2016/1*(150).

Aguirre, R., Batthyány, K., Genta, N., Perrotta, V. (2014). Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. *Íconos*, *50*, 43-61.

Algranti, J. y Bordes, M. (2007). *Búsquedas médicas, búsquedas religiosas: claves para interpretar la emergencia de nuevas ofertas terapéuticas en contextos de modernidad*. Ponencia presentada en *IV Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani*, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Algranti, J. y Bordes, M. (2009). Observaciones sobre las estrategias de producción de sentido frente al cambio social. *Argumentos*, 22(61), 159-185.

Alonso, J. (2009). El cuerpo hipervigilado: incertidumbre y corporalidad en la experiencia de la enfermedad en cuidados paliativos. *Cuadernos de Antropología Social*, 29, 103-120.

Alonso, J. P. y Menezes, R. A. (2012). Variaciones sobre el “buen morir”. Un análisis comparativo de la gestión del final de la vida

en cuidados paliativos en Argentina y Brasil. *Intersecciones en antropología*, *13*(2), 461-472.

Arriagada, I. (2010). La crisis de cuidado en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, *27*, 58-67.

Arroyo Rueda, M. (2010). El cuidado en la vejez avanzada: escenarios y tramas de violencia estructural y de género. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, *10*, 1-21.

Arteaga, F. (2006). Procesos de daño y contradaño en La Pampa (Argentina). *Scripta Ethnologica*, *28*, 79-94.

Arteaga, F. y Funes, M. (2010) "Sanadores tradicionales en contextos interculturales del Área Metropolitana de Buenos Aires" (Argentina). Trabajo presentado en la 26a Reunión Brasilera de Antropología, realizada entre los días 01 y 04 de Junio, Porto Seguro, Bahía, Brasil.

Arteaga, F. (2009). Los procesos rituales en la práctica de la medicina casera de la provincia de La Pampa. *Ketzalcalli*, *2*, 103-119.

Arteaga, F. (2010). Rituales y remedios naturales: las prácticas del autotratamiento en La Pampa (Argentina). *Mitológicas*, *XXV*, 9-26.

Arteaga, F. (2012). El proceso de iniciación al curanderismo en la Pampa (Argentina). *Chungará (Arica)*, *44*(4), 707-715.

Aspiazu, E. (2013). Trabajo y cuidado: la promoción de la justicia a través de políticas de conciliación con perspectiva de género. *Trabajo y sociedad*, *21*, 363-371.

Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, *28*, 11-35.

Ballesteros, M. S.; Freidin, B.; Borda, P.; Krause, M. y Bonetto, M. J. (2014). *Sentidos, motivaciones, estrategias y barreras vinculadas con la realización de actividades físicas y deportes entre sectores de clase media del AMBA*. Ponencia presentada en VIII Jornadas de Sociología de la UNLP 3 al 5 de diciembre de 2014

Ensenada, Argentina. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.

Ballesteros, M. S., Freidin, B., y Wilner, A. (2017). Esperar para ser atendido: Barreras que impone el sistema sanitario y recursos que movilizan las mujeres de sectores populares para acelerar la resolución de las necesidades de salud. En Pecheny, Mario y Palumbo, Mariana, *Esperar y Hacer esperar*. Buenos Aires: Teseo.

Barragán Solís, A. (2011). La metáfora raíz como categoría de análisis en las representaciones de los cuidados paliativos. *Cuicuilco*, *18*(52), 133-153.

Batthyány, K. (2010). El cuidado infantil en Uruguay y sus implicancias de género: análisis a partir del uso del tiempo. *Revista de Ciencias Sociales*, *23*, 27, 20-32.

Batthyány, K., (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales. *CEPAL - Serie Asuntos de Género*, 124.

Batthyány, K., Genta, N., Perrota, V. (2013). El discurso experto sobre el cuidado desde una perspectiva de género: Análisis comparativo entre el cuidado infantil y de adultos/as mayores en Uruguay. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, *25*, 23-46.

Batthyány, K., Genta, N., Perrota, V. (2013). Un mirada de género a las representaciones sociales del cuidado de las personas mayores. *Revista Latinoamericana de Población*, *7*(13), 149-172.

Batthyány, K., Genta, N., Perrotta, V. (2017). El aporte de las familias y las mujeres a los cuidados no remunerados en salud en Uruguay. *Revista Estudos Feministas*, *25*(1), 187-213.

Batthyány, K., Solari, S. (2018). Valorización económica de los cuidados no remunerados en salud: un aporte al reconocimiento del trabajo invisible de los hogares y las mujeres. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, *17*(34), 13.

Batthyány, K., Scuro, L. (2010). Uso del tiempo, cuidados y bienestar. Desafíos de Uruguay y la región. *Revista de Ciencias Sociales, 27*, 7-9.

Bazo, M. T., (1998). Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *Papers,* 56, 143-161.

Bedoya Hernández, M. (2012). Niños y niñas cuidados: el reconocimiento mutuo en la experiencia de las madres comunitarias antioqueñas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, *36*, 262-286.

Bedoya Hernández, M. (2013). Redes del cuidado: Ética del destino compartido en las madres comunitarias antioqueñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, *11*(2), 741-753.

Bedoya Hernández, M. (2016). Madres comunitarias antioqueñas y su vocación por el cuidado. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, *1*(47), 113-127.

Bejarano, I. (2004). Lo culto y lo popular. Medicina letrada/medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.* Universidad Nacional de Jujuy, *24*, 13-22.

Bermejo Caja, C. y Martínez Marcos, M. (2005). Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Investigación*, 11.

Bianchi Pernasilici, G. y Piras, G. (2015). Emigración y cuidados: ambigüedades, cambios y continuidades desde la perspectiva de las abuelas cuidadoras en Colombia. *Papeles del CEIC*. International Journal on Collective Identity Research.

Borda, P. (2015). El cuidado de sí y la búsqueda de bienestar en la diversificación psicoterapéutica contemporánea. *Argumentos*, *17*.

Bordes, M. (2006). El fluir de la energía en las teorías etiológicas de la enfermedad. El caso de la reflexología. *Mitológicas, 21*, 69-91.

Bordes, M. (2007). Reflexiones sobre los límites de la kinesiología desde la perspectiva de usuarios de terapias alternativas. *Scripta Ethnologica*, XXIX, 91-108.

Bordes, M. (2008a). *Biomedicina y terapias alternativas: fundamentos cosmovisionales de dos modelos interpretativos del cuerpo*. Ponencia presentada en IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.

Bordes, M. (2008b). *Diversidad institucional, búsquedas individuales. Algunas claves para abordar la configuración de la práctica terapéutica en especialistas alternativos*. Ponencia presentada en V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.

Bordes, M. (2012). Las "terapias alternativas" como espacio social de oportunidades: trayectorias entre el mundo laboral y el cuidado. *Trabajo y sociedad, 20*, 375-394.

Bordes, M. (2012). Entre el tratamiento de la dolencia y el trabajo sobre sí. Un análisis del juego de valoraciones sobre la eficacia terapéutica en el marco de las terapias alternativas. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, 11*, 32.

Bordes, M. (2014). "Escuchar el cuerpo y creer en eso". Exploraciones en torno a la noción de registro de sí en el marco de las medicinas alternativas (Buenos Aires, Argentina). *Antípoda, 19*, 143-167.

Bordes, M. (2015). "Esto de 'alternativo' no tiene nada". La construcción de la razonabilidad del uso de una medicina no convencional desde la perspectiva de sus usuarios en Buenos Aires, Argentina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *25*(4), 1229-1249.

Bordes, M. y Algranti, J. (2009). Observaciones sobre las estrategias de producción de sentido frente al cambio social. *Nueva época*, *22*, 61.

Bordes, M. y Saizar, M. (2014). ¿Hospitales New Age o terapias alternativas biomedicalizadas? Alcances y límites de los hospitales generales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). En *Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE*, Varios autores. Universitat Rovira I Virgili.

Bordes, M., Saizar, M. M. y Sarudiansky, M. (2009). *La complementariedad terapéutica y el sistema oficial de salud. Una propuesta para el estudio de un campo emergente.* Ponencia presentada en I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Borgeaud-Garciandía, N. (2015). Capacitación y empleo de cuidadoras en el marco del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de Adultos Mayores. *Trabajo y sociedad, 24*, 285-313.

Borgeaud-Garciandía, N. (2016) Intimidad, sexualidad, demencias. Estrategias afectivas y apropiación del trabajo de cuidado en contextos desestabilizantes. *Papeles del CEIC*. International Journal on Collective Identity Research.

Brescia, S. (2004). Actitud y opinión de los pediatras ante las medicinas alternativas. *Archivos argentinos de pediatría, 102*(2), 88-95.

Buján, R. M. (2014). ¡El trabajo doméstico cuenta! Características y transformaciones del servicio doméstico en España. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones, 36*, 275-305.

Carini, C. E. (2011). *Etnografía del budismo zen argentino: rituales, cosmovisión e identidad.* (Doctoral dissertation). Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP.

Caro, P., Saracostti, M., Kinkead, A., O. Grau, M. (2017). Niñez y adultez. Diálogos frente a tensiones familiares, laborales y del cuidado. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, *15*(1), 267-279.

Carozzi, J. (1996). Las disciplinas de la New Age en Buenos Aires. *Lecturas sociales y económicas*, *3*(9).

Carral Miera, C. (2015). La responsabilidad de cuidar a personas en situación de dependencia, una propuesta teórica para la elaboración de políticas públicas. *Encrucijadas*, *10*, a1005.

Carrasquer, P. (2013). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de relaciones laborales*, *31*(1), 91-113.

Carrero, V., Soriano, R. M. y Trinidad, A. (2012). Teoría fundamentada *grounded theory*. CIS, 37.

Carrillo Hernández, E. (2013). ¿Quién "puede" o "debe" cuidar de los infantes? La construcción social del cuidado de hijos e hijas. *Intersecciones en antropología*, *14*(1), 423-432.

Castilla, M. V. (2017). Maternidad, cuidados y castigos en barrios marginales y vulnerables de Buenos Aires. *RUNA, Archivo Para Las Ciencias Del Hombre*, *38*(2), 37-51.

Castilla, M. V., Ferrari Mango, C. (2015). Tuberculosis y lógicas de cuidado en barrios marginales y vulnerables de Buenos Aires, Argentina. *Revista Pilquen-Sección Ciencias Sociales*, *18*(3), 36-49.

Castilla, M. V., Olsen, M. C. y Epele, M. E. (2012). Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires, Argentina. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, *14*, 209-229.

Cavallone, D. (2016). *La imposición social de cuidar*. (Tesina de Grado para la Licenciatura en Trabajo Social). Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales.

Cena, R. (2017). Programas de Transferencias Condicionadas de Ingresos en Argentina: tensiones entre la provisión del bienestar y los cuidados. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, *14*, a1406.

Centro Nacional de Salud Complementaria e Integral (NCCIH) https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/D347_05-25-2012.pdf

Cerletti, L. y Santillán, L. (2018). Responsabilidades adultas en la educación y el cuidado infantil: Discusiones histórico-etnográficas. *Cuadernos de antropología social*, *47*, 87-103.

Cerri, C. (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, *15*(2), 111-140.

Colanzi, I. (2016). *"No trabajo: soy ama de casa". El derecho al cuidado: tiempo para sí y tiempo para otro.* (Trabajo Final de la Especialización en Educación, Género y Sexualidades). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata.

Colatarci, M. A. (1999). Reflexiones sobre la iniciación de los curanderos en el NOA. *Scripta Ethnologica*, *21*, 141-154.

Collin Harguindeguy, L. (2006). New Age: representaciones del cuerpo y el cuidado de la salud. *Mitológicas*, *21*, 9-22.

Comas D'Argemir, D. (2015). Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. Revista de Antropología Social. *Revista de Antropología Social*, *24*, 375-404.

Comelin Fornés, A. (2014). ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? *Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, *50*, 111-127.

Comins Mingol, I. (2009). Filosofía del cuidar. Una propuesta coeducativa para la paz. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, *5*, 589-594, ISSN: 1699-597X.

Comins Mingol, I. (2015). De víctimas a sobrevivientes: la fuerza poiética y resiliente del cuidar. Convergencia. *Convergencia*, *22*(67), 35-54.

Coniglio, J. L. (2016). *Prácticas, percepciones y articulaciones-biomédicas y no-biomédicas-vinculadas a 'cuidar prevenir mantener no-enfermar curar tratar atender' la salud y la enfermedad: Una propuesta para su abordaje y un instrumento*

para su relevamiento. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Coniglio, J. L., (2020) "Una aproximación mixta para el abordaje de las prácticas biomédicas y no-biomédicas asociadas a cuidar|prevenir|mantener la salud y curar|tratar|atender la enfermedad". (Tesis de Diplomatura de Posgrado en Técnicas de Investigación Social inédita). Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

Criado, T. S. y Domènech, M. (2015). ¿Personas mayores en autonomía conectada? Promesas y retos en la tecnologización del cuidado. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (REIS), *152*(1), 105-119.

D'Angelo, A. (2012) Difusión mediática de discursos bio-psi y técnicas corporales de

origen oriental: Transformaciones en los procesos de salud-enfermedad-atención [en

línea]. *VII Jornadas de Sociología de la UNLP*, 5 al 7 de diciembre de 2012, La Plata,

Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1814/ev.1814.pdf

Díaz-Fernández, M., Llorente-Marrón, M., Dema-Moreno, S. (2018). Tratamiento económico y modelización del cuidado. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, *76*, 37-56.

Disderi, I. (2004). Corporizando el daño. Las experiencias de brujería en la pampa santafesina (Argentina). *Scripta Ethnologica*, (26), 99-116.

Epele, M. E. Privatizando el cuidado: desigualdad, intimidad y uso de drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, *6*, 293-312.

Esquivel, V. y Pereyra, F. (2017). Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al

análisis de tres ocupaciones seleccionadas. *Trabajo y Sociedad*, *28*, 55-82.

Eymann, A., Bellomo, M. M., Catsicaris, C. y Wahren, C. (2009). Utilización de medicina alternativa o complementaria en una población pediátrica de un hospital de comunidad. *Archivos argentinos de pediatría*, *107*(4), 321-328.

Faur, E. (2010). Desencuentros entre oferta y demanda de servicios de cuidado infantil en Buenos Aires. Lógicas en tensión. *Revista de Ciencias Sociales*, *27*, 68-81.

Fernández Álvarez, M. I. (2006). Cuidar la fábrica, cuidar a los hijos. Roles de género, trabajo y acción colectiva a partir de un proceso de recuperación de fábricas de la Ciudad de Buenos Aires. *Runa*, XXVI.

Figueroa Perea, J. G. y Flores Garrido, N. (2012). Prácticas de cuidado y modelos emergentes en las relaciones de género: La experiencia de algunos varones mexicanos. *La ventana. Revista de estudios de género*, *4*(35), 7-57.

Findling, L., Lehner, M. P., Venturiello, M. P., y Cirino, E. (2015). *Cuidar a otro: comparando recursos morales y afectivos de las familias y de los cuidadores*. Ponencia presentada en XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Findling, L., Mario, S. y Champalbert, L. (2014). Cómo cuidan y se cuidan las mujeres del Gran Buenos Aires. *Población de Buenos Aires*, *11*(20), 39-59.

Fiorentino, M. S., Cuestas, E., Saurit, V., Alvarellos, A. y Caeiro, F. (2007). La utilización de la medicina alternativa en pacientes con artritis reumatoidea. *Revista Argentina de Reumatología*, *18*(4), 31.

Flores R. y Tena Guerrero, O. (2014). Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: un tejido en tensión. Íconos. Revista de Ciencias Sociales, *50*, 27-42.

Fournier, M. (2016). La labor de las trabajadoras comunitarias de cuidado infantil en el conurbano bonaerense ¿Una forma de subsidio de "abajo hacia arriba"? *Trabajo y Sociedad*, *28*.

Franco Muñoz, E. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud colectiva, 5*, 391-401.

Franco, J. y Pecci, C. (2003). La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. *MEDICINA*, *63*, 2. Departamento de Salud Mental, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Freidin, B. (2010). Perspectivas de los médicos acupuntores sobre su práctica y el potencial de la medicina integrativa. *Eä - Revista de Humanidades Médicas y Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología, 1*(3), 1-28.

Freidin, B. (2013). *El uso de grupos focalizados para el análisis de la recepción de discursos sobre la vida saludable y la exploración de prácticas de cuidado de la salud*. Ponencia presentada en X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Freidin, B. (coord.) (2017). *Cuidar la salud. Mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires*. Buenos Aires: Imago Mundi.

Freidin, B. y Abrutzky, R. (2010). Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios. *Documento de Trabajo*, *54*.

Freidin, B. y Abrutzky, R. (2011). Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, *15*, 505-518.

Freidin, B. y Ballesteros, M. (2012). La difusión transnacional de medicinas alternativas: la presencia del Ayurveda en la prensa argentina. *Papeles de Trabajo*, *6*(10), 128-159.

Freidin, B., Ballesteros, M. y Echeconea, M. (2013). En búsqueda del

equilibrio: salud, bienestar y vida cotidiana entre seguidores del Ayurveda en Buenos Aires. *Documento de trabajo, 65*.

Freidin B.; Ballesteros, M.; Krause, M.; Borda, P. (2016). La práctica de actividad física entre varones y mujeres de clase media en el AMBA: motivaciones, percepción de beneficios y limitaciones para su continuidad. *Educación Física y Ciencia*, 18(2), e.

Funes, M. (2007). Mito y ritual: terapeutas religiosos en el contexto del catolicismo en el área metropolitana (Argentina). *Mitológicas*, 22, 55-68.

Funes, M. (2012a). *El arte-terapia en los procesos de selección y combinación de medicinas en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. Ponencia presentada en IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Funes, M. (2012b). Notas sobre el concepto de estrés como clave de interpretación del mundo en el arte de vivir. *Mitológicas*, *27*, 61-73.

Garcés Giraldo, L. y Giraldo Zuluaga (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. Discusiones Filosóficas, *14*, 22, 187-201.

Gil Claros, M. F., (2012). El cuidado de cara a la ética, la política y la pedagogía vivencial para la vida. *Entramado*, *8*(1), 178-187.

Gómez Urrutia, V. y Jiménez Figueroa, A. (2015). El conflicto trabajo-familia ante los derechos al cuidado de niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 13*(1), 7.

Gómez Urrutia, V.; Arellano Faúndez, O.; Valenzuela Contreras, C. (2017). Negociaciones en familia: género, trabajo y cuidado en Chile. *Estudos Feministas*, *25*(2), 661-682.

Gómez, S.; Mansilla Agüero, M.; Comelin Fornes, A. (2017). Condiciones laborales de migrantes bolivianas que realizan trabajo

de cuidado en Iquique. *Si Somos Americanos, Revista de Estudios Transfronterizos*, *17*(1), 11-37.

González Hinojosa, R. y López Santana, L. (2016). Pierre Hadot: el cuidado de sí y la mayéutica socrática como ejercicio espiritual. *CIENCIA ergo-sum: revista científica multidisciplinaria de la Universidad Autónoma del Estado de México*, *23*(1), 26-34.

González, C. D., Barth, M. A., Precerutt, J. A., Ortiz, M. C., Pascansky, V. D., Sáenz, C. B. y Lara, A. (2014). Asma bronquial y Medicinas complementarias-alternativas. *Revista americana de medicina respiratoria*, *14*(3), 252-258.

Gonzálvez Torralbo, H. (2016). El 'trabajo de parentesco' que realizan las familias en Santiago de Chile. Revista de Antropología Social. *Revista de antropología social*, *25*(1), 153-169.

Guimarães, N. A. y Hirata, H. (2016). La frontera entre el empleo doméstico y el trabajo profesional de cuidados en Brasil. Pistas y correlatos en el proceso de mercantilización. *Sociología del Trabajo*, *86*, 7-27.

Gutiérrez, M. A. y Voria, A. (2014). Autonomía en disputa: el cuidado en el marco de las relaciones familiares. *Zona Franca. Revista de estudios de género*, *22*(23), 11-20.

Hernández Cordero, A. (2016). Cuidar se escribe en femenino: Redes de cuidado familiar en hogares de madres migrantes. *Psicoperspectivas*, *15*(3), 46-55.

Hernández, L. y Baca, T. N. (2016). El trabajo de cuidado como elemento constitutivo de las comunidades transnacionales en la migración México-EU. *Si Somos Americanos*, *Revista de Estudios Transfronterizos*, *16*(2), 101-126.

Hernández Tezoquipa, I., Arenas Monreal, M. D. L. L. y Valde Santiago, R. (2001). El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Revista de Saúde Pública, 35*, 443-450.

Idoyaga Molina, A. (1999). La selección y combinación de medicinas

entre la población campesina de San Juan (Argentina). *Scripta Ethnologica, 21,* 7-33.

Idoyaga Molina, A. (2005). Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica, 27,* 111-147.

Idoyaga Molina, A. (2013). Las manifestaciones del mal de ojo en Iberoamérica. Reflexión crítica sobre la posibilidad de orígenes indoamericanos. *Scripta Ethnologica, 35*, 109-222.

Idoyaga Molina, A. y Funes, M. (2011). Las búsquedas de salud y la terapia católico-ritual de los grupos de oración en el área metropolitana de Buenos Aires. *Mitológicas*, *26*, 59-83.

Idoyaga Molina, A. y Gancedo, M. (2014). El mal de ojo como enfermedad: elitelore y folklore en Iberoamérica. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, *69*(1), 77-93.

Idoyaga Molina, A. y Luxardo, N. (2005). Medicinas no convencionales en cáncer. *Medicina* (Buenos Aires), *65*(5), 390-394.

Idoyaga Molina, A. y Romero, F S. (2008). En torno al uso de ensalmos terapéuticos en el noroeste argentino y sus fundamentos mítico-religiosos. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, *3*(2), 185-217.

Idoyaga Molina, A. y Sarudiansky, M. (2011). Las medicinas tradicionales en el noroeste argentino: Reflexiones sobre tradiciones académicas, saberes populares, terapias rituales y fragmentos de creencias indígenas. *Argumentos*, *24*(66), 315-337.

Ierullo, M. (2015). La crianza de niños, niñas y adolescentes en contextos de pobreza urbana persistente. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, *13*(2), 671-683.

Ikonikoff, M., Alderete, M. y Vásquez, F. (2003). Uso de medicinas complementarias en atención primaria en una población Argentina. *Plan de Salud, Hospital Italiano Buenos Aires, Argentina.*

Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna. Terapias, emociones y la cultura de la autoayuda.* Buenos Aires: Katz.

Izquierdo, M. J. (2003). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Congreso Internacional SARE 2003.* Disponible en: https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/Socializacion_del_cuidado.pdf

Jociles Rubio, M. I. y Leyra Fatou, B. (2016). Las comunidades virtuales como marcos de cuidados horizontales entre mujeres: el caso de las familias que acuden a la donación reproductiva en España. *Aibr. Revista de Antropología Iberoamericana*, *11*(2).

Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. *Lima, Perú: Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud*, 137-152.

Korman, G. P. y Garay, C. J. (2007). Complementariedad terapéutica: terapia cognitiva y yoga. *Investigación psicológica*, *12*(3), 85-96.

Krause, M. y Bonetto, M. J. (2013). *La conceptualización de la salud deseada por la clase media del AMBA*. Ponencia presentada en X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Krmpotic, C. S. (2010). Cuidados paliativos y experiencia de enfermedad. Razones para una refocalización del cuidar. *Scripta Ethnologica*, *32*, 29-44.

Krmpotic, C. S. (2016). El cuidado como objeto de políticas sociales. Su actual problematización en el contexto latinoamericano. *Sociedade em Debate*, *22*(1), 201-221.

Krmpotic, C. S. y De Ieso, L. C. (2010). Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género. *Katálysis*, *13*(1).

Laza Vásquez, C. (2011). Restableciendo el equilibrio: prácticas tradicionales para el cuidado de la salud en el Valle del Río Cimitarra. *Biblioteca Lascasas*, *7*(1).

Leiva Gómez, S. (2017). Organización social del cuidado en Bolivia y Chile: Estado y ciudadanía. *Revista Austral de Ciencias Sociales, 28*, 61-81.

Leyton, D. y Valenzuela, A. (2017). Trayectorias del cuidado de la salud infantil: El caso de la comunidad atacameña de Toconao. *Estudios atacameños*, *55*, 251-270.

López Estrada, S. (2007). Políticas de cuidado infantil, género y ciudadanía. El proyecto cai en Tijuana. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, (26).

López Estrada, S. (2017). Políticas de cuidado infantil en América Latina: Análisis comparado de Chile, Costa Rica, Uruguay y México. *Frontera norte*, *29*(58), 25-46.

López Montaño, L. (2012). El cuidado de las hijas y los hijos durante la migración internacional de los padres y las madres. Ánfora, *19*(32), 117-136.

López, E., Findling, L., Lehner, M. P., Ponce, M., Venturiello, M. P., Mario, S. y Champalbert, L. (2010). *Cuidado de la salud, prácticas preventivas y género en estratos medios de la Ciudad de Buenos Aires*. Ponencia presentada en VI Jornadas de Sociología de la UNLP, 9 y 10 de diciembre de 2010, La Plata, Argentina. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.

López, E.; Flindling, L.; Lehner, M. P.; Venturiello, M. P.; Ponce, M.; Mario, S., y Champalbert, L. (2015). Los cuidados en las familias: senderos de la solidaridad intergeneracional. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, *17*.

Luxardo, N.; Alonso, J. P. y Esquivel, J. C. (2013). La secularización de la asistencia al moribundo: del cuidado cristiano en hospices a la expertise técnica de la medicina paliativa. *Sociedad y Religión: Sociología, Antropología e Historia de la Religión en el Cono Sur*, *23*(40), 114-142.

Magaña, I.; Calquín, C.; Silva, S. y García, M. (2011). Diversidad

familiar, relaciones de género y producción de cuidados en salud en el modelo de salud familiar: análisis de caso en un CESFAM de la Región Metropolitana, Chile. *Terapia psicológica*, *29*(1), 33-42.

Makridou, E. (2016). Cuidados e itinerarios de migrantes. Aprender de la diversidad de situaciones. *Sociología del Trabajo*, *86*, 28-43.

Mallimaci Barral, A. I. (2016). Migraciones y cuidados. La enfermería como opción laboral de mujeres migrantes en la ciudad de Buenos Aires. *Universidad humanística*, *82*, 395-428.

Marco Navarro, F. (2006). Cuidado no remunerado y acceso a la protección social. *Nómadas* (Col), *24*.

Martín Palomo, T. (2008). Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, *26*(2), 13-44.

Masanet, E. y La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*, *85*(3), 257-266.

Menéndez, E. (1983). Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una antología médica critica. *Nueva Antropología*, *VI*(23).

Menéndez, E. (1985). Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médico Sociales*, *33*, 3-34.

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência y saúde coletiva*, *8*, 185-207.

Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, *14*, 33-69.

Menéndez, E. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones

prácticas. En Citarella, L. y Zamgari, A. (eds.) *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp. 87 - 122).

Menéndez, E. (2015). Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención "paralelas" y proyectos de poder. *Salud colectiva*, *11*, 301-330.

Michalewicz, A.; Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones*, *21*, 217-224.

Mingo Acuña Anzorena, M. E. (2016). Asalariadas en el sector agroindustrial: Pensar el lugar de responsabilidad colectiva en el trabajo de cuidado. *Revista de Ciencias Sociales*, *29*(39), 35-56.

Molina, B. L. (2004). Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*, *26*, 39-53.

Molinier, P. y Legarreta, M. (2016). Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político. *Papeles del CEIC, International Journal on Collective Identity Research*, *1*(1).

Moré Corral, P. (2016). Cuidados "en cadena": cuerpos, emociones y ética en las residencias de personas mayores. *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research, 1*, 1-29.

Moreno-Colom, S.; Cáceres, C. R.; Català, V. B. y Martín, T. T. (2016). Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde los discursos de cuidadoras. *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research, 1*, 1-28.

Moreno-Roldán, M. R.; Agudelo-Bedoya, M. E. y Alzate-Pulgarín, V. (2018). Voces a escuchar en el cuidado: ¿qué dicen los niños y las niñas? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, *16*(1), 227-237.

Muñoz Cardona, M. y Zea Herrera, M. (2017). Necesidad de cuidados culturalmente congruentes en personas con enfermedad

cardiovascular al final de la vida. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, *6*(1), 25-36.

Muñoz Franco, N. E. (2016). Cuidado de sí masculino o instrumentalización de los varones adultos jóvenes. Katálysis, *19*(1).

Offenhenden, M. (2017). La antropología en los debates actuales sobre el cuidado. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, *22*(2), 1-16.

Organización Mundial de la Salud (2010). Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2014). Actividad física. Nota descriptiva N.º 384.

Organización Mundial de la Salud (2014). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Nota descriptiva N.º 220.

Organización Mundial de la Salud (2015). Alimentación sana. Nota descriptiva N.º 394.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). Guía rápida para la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Tegucigalpa, Honduras, C. A.

Osorio Parraguez, P.; Navarrete Luco, I. y Briones Barrales, S. (2018). Perspectivas socioculturales de la autoatención y provisión de cuidados hacia personas nonagenarias y centenarias en zonas rurales en Chile. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, *31*, 45-63.

Partidas, R. (2004). Trabajadoras de la electrónica en Jalisco: las abuelas como proveedoras de cuidado infantil. *El Cotidiano*, *19*(125), 68-77.

Pasarin, L. (2011). *Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención. Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología*. Mendoza (Argentina): Editorial de la Universidad del Aconcagua.

Pautassi, L. C.; Arcidiacono, A. D. P. J. y Straschnoy, M. (2014). Condicionando el cuidado: La Asignación Universal por Hijo para la protección social en Argentina. Íconos. Revista de Ciencias Sociales, *50*.

Pecheny, M.; Jones, D. y Manzelli, H. (2002). Vida cotidiana con VIH-Sida y/o hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización. Seminario Salud y Política Pública 5, Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Recuperado de https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3878/1/SSPP200205.pdf

Pelcastre, A. J. (2012). Violencia en la vejez: el caso de las abuelas que cuidan a nietos y nietas en una localidad rural en el estado de Hidalgo. *El Cotidiano, 174*, 19-32.

Pitluk, R. (2006). Selección terapéutica y resignificación de medicinas exóticas en Buenos Aires. *Scripta Ethnologica*, XXVIII. 65-78.

Prieto, S. M.; Leggire, M. B. G.; Lorenzo, R. L. y Garcia, S. E. (2016). Generización del cuidado en situación de desempleo masculino. *Athenea digital*, *16*(3), 301-324.

Planes, V. C., Requena, A. T., y Miras, R. M. S. (2012). Teoría Fundamentada Grounded Theory: El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual. CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas. En la página 3 poner (Planes, Requena y Miras, 2012).

Puglisi, R. (2009). La ceniza vibhuti. Cuerpo, persona y cosmos en grupos Sai Baba. *Revista Ciencias Sociales*, *22*, 95-112.

Riquelme Brevis, H. (2014). Empleo doméstico en Navarra: reflexiones en torno a la percepción de mujeres sudamericanas inmigradas, sobre su experiencia en el ámbito del cuidado. *Universum (Talca)*, *29*(1), 139-152.

Robles Silva, L. y Rosas García, M. D. (2014). Herencia y cuidado: transiciones en la obligación filial. *Desacatos*, *45*, 99-112.

Rodríguez Enríquez, C. (2012). La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico? *Revista Cepal*.

Rodríguez Enríquez, C. y Marzonetto, G. L. (2015). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. Universidad Nacional de Lanús; Perspectivas de Políticas Públicas; 8; 6-2015; 105-134.

Rodríguez Zoya, G. (2015). Alimentación y medicalización: Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud. *Sociológica* (México), *30*(86), 201-234.

Roffler, E. (2017). Reflexiones en torno a la provisión de cuidados de los actores territoriales y su articulación con los programas sociales. Centro de Estudios de la Ciudad (CEC- Sociales) Universidad de Buenos Aires.

Rogero García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista española de salud pública*, *83*(3), 393-405.

Romero Almodóvar, M. (2015). El cuidado infantil en Cuba: especificidades de su desarrollo tras la nueva apertura del sector "cuentapropista". *Revista del CESLA*, *18*, 255-270.

Saizar, M. (2006). La eficacia terapéutica del yoga: nociones de usuarios y especialistas en el área metropolitana (Buenos Aires-Argentina). *Perspectivas latinoamericanas*, *3*, 198.

Saizar, M. (2007). Elecciones diferentes y una búsqueda en común. La selección de terapias en sectores medios y urbanos de Buenos Aires. Idoyaga Molina (comp.). *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires: CAEA-IUNA.

Saizar, M. (2008). Todo el mundo sabe. Difusión y apropiación de las técnicas del yoga en Buenos Aires (Argentina). *Sociedade e cultura*, *11*(1).

Saizar, M. (2009). La etiología de la enfermedad y el fluir de la energía. Relatos de usuarios y especialistas del yoga en Buenos Aires (Argentina). *Mitológicas*, *24*, 9-27.

Saizar M., Sarudiansky M. y Korman, G. (2013). Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos

hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. *Psicologia & Sociedade, 25*(2), 451-460.

Salcedo Medina, A. (2014). El Cuidado: ¿Derecho Reconocido en el Sistema Jurídico Venezolano? *Observatorio Laboral Revista Venezolana, 7*(14).

Sarudiansky, M. (2010). Entre la emoción y la enfermedad: Posturas biomédicas y elecciones terapéuticas en individuos ansiosos de Buenos Aires (Argentina). *RBSE, 9*(27), 889 a 921.

Sarudiansky, M.; Bordes, M. y Saizar, M. M. (2009). *La complementariedad terapéutica y el sistema oficial de salud. Una propuesta para el estudio de un campo emergente*. Ponencia presentada en I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Skornia, A. K., y Cienfuegos Illanes, J. (2016). Cuidados transnacionales y desigualdades entrelazadas en la experiencia migratoria peruana: una mirada desde los hogares de origen. *Desacatos, 52*, 32-49.

Solari, S. S. (2017). Cuidados y subjetivación de género. Un análisis de discurso de las mujeres que constituyen hogares monoparentales con hijos pequeños. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, 7*(1), 141-168.

Soraire, F. y Trimano, L. (2013). El sentido de territorialidad en Argentina: cuidar un lugar para cuidarnos. *OBETS: Revista de Ciencias Sociales, 8*(2), 343-362.

Strasser, G. (2014). La eficacia terapéutica desde el punto de vista de los sujetos en un contexto de pluralismo médico. El papel de la fe más allá de la cura religiosa. *Scripta Ethnologica,* XXXVI, 78-106.

Strauss, A., y Corbin, J. (2003). Bases de la investigación cualitativa técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia, *45*.

Terrón, J. M. M. (2012). Cuidar del mundo. Labor, trabajo y acción «en una compleja red de sostenimiento de la vida». *Isegoría*, *47*, 461-480.

Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico metodológicas desde la perspectiva de género. *Empiria. Revista de Metodología de las ciencias sociales*, *15*, 53-73.

Triana, A. N.; Ávila, L. y Malagón, A. (2010). Patrones de crianza y cuidado de niños y niñas en Boyacá. *RLCSNJ*, *8*(2).

Urrutia, V. G.; Faúndez, O. A. y Contreras, C. V. (2017). Negociaciones en familia: género, trabajo y cuidado en Chile. *Revista Estudos Feministas*, *25*(2), 661-682.

Vaca, M. (2015). El valor de las relaciones de cuidado. *Diánoia*, *LX*(75), 3-29.

Valencia Londoño, P., Hincapié Rojas, S. (2016). Ética del Cuidado: lecciones de las mujeres víctimas de minas antipersonal (MAP). *Opción*, *32*(81), 262-285.

Valles, M. S. (2002). Ventajas y desafíos del uso de programas informáticos (eg ATLAS. Ti y MAXqda) en el análisis cuantitativo: una reflexión metodológica desde la grounded theory y el contexto de la investigación social española (pp. 1-26). Fundación Centro de Estudios Andaluces.

Vázquez, I. y Mayobre, P. (2015). Cuidar cuesta: Un análisis del cuidado desde la perspectiva de género. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (REIS), *151*(1), 83-85.

Vega, C. y Gutiérrez Rodríguez, E. (2014). Nuevas aproximaciones a la organización social del cuidado. Debates latinoamericanos Presentación del Dossier. Íconos. Revista de Ciencias Sociales, *50*.

Venturiello, M. P. (2012). Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *22*, 1063-1083.

Viotti, N. (2002). Nuevas religiosidades, soluciones concretas y contextos de crisis: el caso de un templo Umbanda. *Mitológicas*, XVII, 25-43.

Viotti, N. (2003). Deshaciendo daños. Representaciones y prácticas de la brujería en el noroeste de argentina. *Scripta Ethnologica*, 117-140.

Viotti, N. (2010). El lugar de la creencia y la transformación religiosa en las clases medias de Buenos Aires. *Apuntes de Investigación del CECYP, 18*, 39-68.

Voria, M. A. (2015). Dilemas analíticos en torno a la categoría de "cuidado". *La ventana. Revista de estudios de género, 5*(41), 113-152.

Wainer, R. (2009). Sobre acciones, silencios y un sentido de humor particular en un equipo de cuidados paliativos. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, 4*(3), 409-442.

Weingast, D. B. (2012). *Las relaciones de género y los cuidados de salud infantil: a propósito de las infecciones respiratorias agudas*. Ponencia presentada en VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata. "Argentina en el escenario latinoamericano actual: debates desde las ciencias sociales" (La Plata).

Weingast, D. (2014). *Atender y cuidar: un trabajo cotidiano dentro y fuera del hogar.* Ponencia presentada en XI Congreso Argentino de Antropología Social, Facultad de Humanidades y Artes UNR. Rosario, Argentina.

Zapata Martínez, A. (2016). Madres y padres en contextos transnacionales: el cuidado desde el género y la familia. *Desacatos, 52*, 14-31.

Zibecchi, C. (2013). Organizaciones comunitarias y cuidado en la primera infancia: un análisis en torno a las trayectorias, prácticas y saberes de las cuidadoras. *Trabajo y sociedad, 20*, 427-447.

Zibecchi, C. (2014a). Entre el trabajo y el amor, el cuidado de niños en contextos de pobreza: el caso de las mujeres cuidadoras del ámbito comunitario. *Estudios sociológicos,* 385-411.

Zibecchi, C. (2014b). Mujeres cuidadoras en contextos de pobreza. El caso de los Programas de Transferencias Condicionados en Argentina. *Estudos Feministas*, 91-113.

Zibecchi, C. (2014c). Trayectorias de mujeres y trabajo de cuidado en el ámbito comunitario: algunas claves para su estudio. *La ventana. Revista de estudios de género*, *5*(39), 97-139.

Hacer partos: representaciones, prácticas y disputas en el campo profesional obstétrico platense

Belén Castrillo

Presentación[1]

Los procesos de embarazo y parto (PEP) se han constituido como hechos médicos en nuestro país desde el siglo XIX, cuando se dieron dos procesos conexos: la profesionalización de la atención, que pasó de parteras a médicos[2], y la institucionalización del parto, que se trasladó del hogar y el contexto familiar hacia el hospital. El objetivo de

[1] Por ser un trabajo eminentemente feminista, busqué *restituir* el lugar central a las mujeres a partir del uso del lenguaje inclusivo. En este caso en particular, escribí con "x" suplantando las vocales que asignan género a algunos sustantivos (por ejemplo la masculinización masiva con la "e" en trabajadores o la "o" en médicos). Asimismo, utilicé las comillas para todos aquellos fragmentos textuales y en ellos no intervine su utilización del lenguaje masculino "universal". Es decir, no modifiqué el lenguaje utilizado por lxs entrevistadxs ni intervine la transcripción de las entrevistas. Además, escribí este artículo en primera persona del singular, como un modo de asumir el compromiso académico y político de ser la persona que dice y afirma, sin por ello desconocer o renunciar a que el conocimiento es una producción colectiva.

[2] La feminización del término "parteras" y la masculinización del término "médicos" es arbitraria e intencional: refiere tanto a la exclusión de las mujeres para ingresar a la universidad en tanto la imposibilidad de aquellas mujeres parteras de profesionalizarse en un primer momento y, principalmente, alude a la masculinización del ejercicio del rol médico (Camacaro Cuevas, 2000; Pozzio, 2013).

estas dos ocurrencias estuvo ligado a disminuir las altas tasas de mortalidad materno-infantil, con la incorporación de principios como la asepsia, los controles prenatales y el seguimiento del trabajo de parto y posparto, entre otros. Una de las principales críticas es que este complejo proceso de medicalización construye a los embarazos y partos como eventos sanitario-hospitalarios, homogéneos, estandarizados, controlados y regulados por el personal de salud, con un aumento del uso de la tecnología entre sus intervenciones así como de estas mismas.

En el marco de una tesis doctoral que abordó las experiencias que mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud construyen alrededor de las intervenciones médicas en los PEP, este trabajo recorta una pregunta dirigida hacia el quehacer de médicas obstetras y parteras en dicha atención. En dicha tesis se reconstruye la disputa entre dos modelos típicos-ideales de atención obstétrica: uno hegemónico, caracterizado por ser intervencionista y propender a la medicalización de los PEP. El otro, subalterno, que desde un enfoque de género y derechos humanos busca devolver el protagonismo a las mujeres en la escena del parto y despatologizar el proceso. En este artículo me enfocaré en el análisis de la constitución y (re)producción del primero, esto es, en la problematización de las representaciones de profesionales de la salud obstétrica sobre el modelo intervencionista de atención, al que nomino, retomando la categoría nativa, como *hacer partos*, a modo de articulador del quehacer obstétrico. La propuesta es construir un mapa heterogéneo de representaciones y reconstruir las disputas internas del campo profesional obstétrico.

La pregunta por las representaciones sobre diversos aspectos que re-construyen las profesionales de la atención obstétrica[3] encuentra su importancia en su impacto y repercusión en la atención que dispensan.

[3] Justamente por el proceso de profesionalización que modificó la atención de los nacimientos hace más de un siglo, las entrevistadas cuentan con certificación académica para trabajar. Quedan fuera de esta investigación otro tipo de acompañantes no tituladxs (por ejemplo, *doulas*).

En otras palabras, porque "representaciones simbólicas que los profesionales relacionados con el proceso reproductivo poseen [repercuten] en las prácticas profesionales" (Arnau Sánchez y otros, 2012, p. 226). Se trata de representaciones de profesionales sanitarias que ocupan diversas posiciones en el campo profesional obstétrico: parteras, médicas obstetras, jefas de servicio de tocoginecología de maternidades públicas de la ciudad[4] y funcionarias del gobierno kirchnerista del Ministerio de Salud de la Provincia. Esta heterogeneidad de profesionales, disciplinas y campos de actuación no solo representa una decisión metodológica —en cuanto criterio de selección de la muestra—, sino que, principalmente, responde a la diversidad de agentes de salud que participan del campo obstétrico, lo (re)producen, cuestionan y describen.

Ubico esta propuesta de trabajo en las preguntas por los cruces entre género y salud. El análisis de la atención médica de PEP implica el estudio de un entramado de relaciones de poder que incluye a diversos sujetos e instituciones. En la atención específica, las relaciones asimétricas de poder y subordinación son características de la práctica médica y de las relaciones de género, por lo que se asume una perspectiva relacional, que se asienta en un doble atravesamiento: de género y de subordinación médicos-pacientes. La adopción de un enfoque de género y salud (Esteban, 2001; Valls Llobet, 2009; Sadler, 2004), contribuye a identificar las prácticas médicas en la atención del parto con instituciones o procesos sociales atravesados por la desigualdad de género, vinculados al control de las mujeres, sus cuerpos y sus procesos reproductivos. Fundamentalmente, este trabajo y la tesis de la que deriva, contribuyen a conocer las condiciones de posibilidad de la violencia obstétrica y los marcos relacionados de poder en que esta se produce.

[4] La ciudad de La Plata cuenta con cuatro hospitales públicos de gestión provincial que cuentan con área de maternidad y atención obstétrica. He realizado trabajo de campo en tres, que aquí nomino como "A" (es la más grande, con 4500 partos anuales y atiende alto riesgo), "B" y "C", para mantener el anonimato.

Tal como muestra la siguiente tabla (Figura 1), se realizaron entre 2015 y 2017 un total de 12 entrevistas en profundidad a profesionales de la salud que participan o participaron en la atención de embarazos y partos en distintos ámbitos (público, privado y domicilio).

Figura 1. Entrevistas a profesionales de la salud obstétrica

Nominación entrevista[1]	Profesión	Edad	Actividad profesional desempeñada en			Fecha de entrevista
			Maternidad publica	**Clínica privada**	**Domicilio**	
Bárbara	Partera	32	-	SI	SI	30/3/2015
Equipo de psicología de Maternidad		25-45	"A"	-	-	20/2/2017
Equipo de trabajo social de Maternidad		28-30	"A"	-	-	13/3/2017
Rocío	Médicaobstetra/ tocoginecóloga	42	"A"	SI	-	10/4/2017
Sandra	Partera	57	"A"	-	-	1/2/2017
Carla	Médica obstetra	34	"B"	SI	-	4/9/2016
Andrea	Neonatóloga - lactancia	49	"A"	SI	-	24/1/2017
Adela	Médica obstetra – Jefa de servicio de tocoginecología	56	"A"	SI	-	14/9/2015
Alicia	Médica obstetra – Jefa de servicio de tocoginecología	47	"B"	SI	-	1/10/2015
Marta	Médica obstetra – Jefa de servicio de tocoginecología	48	"C"	SI	-	30/9/2015
Elina	Pediatra - Funcionaria	52	Dirección de Maternidad e Infancia - MSPBA			10/9/2015
Fernanda	Neonatóloga - Funcionaria	49	Dirección de Maternidad e Infancia - MSPBA			6/8/2015

[1] Los nombres de las entrevistadas fueron cambiados para mantener el anonimato.

Fuente: Elaboración propia

Sus experiencias, prácticas y discursos permiten responder a la pregunta de investigación de este trabajo: ¿cómo se (re)produce y consolida el modelo intervencionista de atención a los PEP? Para problematizar, entonces, este *hacer partos*, se abordarán dos tópicos emergentes a partir del análisis de los datos recogidos en el trabajo de campo:

a) La construcción del *habitus* médico obstétrico hegemónico, como el aprendizaje de hacer partos: la reconstrucción de algunos eventos significativos en la formación médica y en la asistencia y la puesta en práctica de intervenciones clínicas y simbólicas.

b) El campo profesional obstétrico como espacio de disputa alrededor de la humanización de la atención y lxs (re)productores de la atención hegemónica, intervencionista y medicalizante.

La presentación de estos dos ejes no responde a una cuestión secuencial, por lo que el orden podría ser invertido. En tal sentido, primero se presentan cuestiones endógenas a la práctica profesional y a la cristalización del hacer partos como el tipo ideal hegemónico, para luego dar paso a reconstruir las disputas de ese modelo dominante y cómo las profesionales se posicionan en el marco de las tensiones de los paradigmas de atención.

Construcción del *habitus* médico obstétrico: aprender a *hacer partos*

El punto de partida elegido para analizar las prácticas y representaciones que (re)producen las profesionales de la salud entrevistadas, es considerarlas como discursos que dicen, articulan, actúan y performan un *habitus* médico. En este sentido, retomo los trabajos de Castro (2014), quien, con el objetivo de construir la violencia obstétrica como problema sociológico, propone estudiar las condiciones de posibilidad del autoritarismo médico, a través de aportes bourdieanos (campo y *habitus*) y foucaultianos (tecnologías del yo, poder, control y vigilancia).

Su postulado es que "a nivel de las interacciones microsociales [como son las relaciones médicx-paciente en la atención obstétrica] es posible rastrear relaciones de poder que resultan fundamentales por el papel que juegan en la producción y la reproducción de las relaciones de dominación" (Castro, 2014, p. 172). En este marco, construye una definición fundamental sobre el campo médico, del que afirma que:

> abarca el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre ellos relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. Así, junto con las instituciones de salud, son elementos centrales del campo médico las instituciones que forman los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a ser parte del campo (las facultades de medicina y los hospitales de enseñanza), los agentes que operan estas instituciones, y los profesores y estudiantes de las especialidades médicas (p. 173).

En su definición sobre el campo médico, Castro da cuenta de lo que aquí nomino como campo profesional heterogéneo (y que será mejor caracterizado en la segunda parte de este capítulo). Su propuesta conceptual se complejiza al pensar cómo ese campo médico "produce (y es, simultáneamente, el producto de) una serie de subjetividades" (Castro, 2014, p. 173), de las que destaca el *habitus* médico, al que describe como:

> el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la *incorporación* (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo —en primer lugar, los médicos— a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y

> en los hospitales de enseñanza. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas "razonables" y de "sentido común" posibles en tanto profesionales. La coincidencia entre el campo médico y el habitus médico da lugar a un *sentido práctico* propio del campo, es decir, a una práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, preconsciente (debido a su determinación social de origen), que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo (Castro, 2014, pp. 173-174).

Su argumentación da un paso más en la problematización del concepto y propone como tesis que en las características de ese *habitus* pueden encontrarse las ontologías de "la relación autoritaria que los médicos propenden a establecer con las mujeres durante la atención del parto" (Castro, 2014, p. 174). Postula así una relación directa entre el campo, el *habitus* médico y las relaciones médicx-pacientes que se entablan en la atención obstétrica:

> Postulo que existe una vinculación estructural entre el conjunto de mensajes, enseñanzas, conminaciones, recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones (de clase, de género, etcétera), que los estudiantes de medicina y los médicos viven en carne propia o atestiguan de cerca durante los años de formación, y los rasgos autoritarios que eventualmente exhiben durante su práctica profesional y que encuentran su vehículo más propicio en el habitus médico. Se trata de "tecnologías del yo" (cuya relevancia no ha sido dimensionada adecuadamente), por cuanto constituyen prácticas pautadas a través de las cuales el campo médico se legitima y se reproduce (Castro, 2014, p. 174).

A partir de esa referencia conceptual leo y analizo de qué modos ese *habitus* reproduce las características de los modelos intervencionista o respetuoso del quehacer obstétrico. Es decir, cómo el campo médico de la atención perinatal se encarna en formas de ser, ac-

tuar, concebir y abordar los PEP. En este sentido, para problematizar la constitución de dicho *habitus* es clave considerar las trayectorias formativas y asistenciales en torno a los currículums ocultos (Castro, 2014) de lxs profesionales de la salud obstétrica, para conocer cómo se constituyen en hacedorxs de partos. Es decir, a partir de la reconstrucción de los itinerarios formativos y profesionales de las entrevistadas, es posible advertir cómo aprendieron a hacer partos, esto es: la constatación de la vertiente hegemónica y medicalizada de la concepción y atención de los PEP. En pos de establecer qué es hacer los partos, en primer lugar describiré elementos que hacen a la construcción del *habitus* médico de estas profesionales de la salud a partir de su experiencia formativa y asistencial: las entrevistadas fueron invitadas a narrar el primer parto y el último en el que participaron (en general, primero como "público" o espectadoras, en rol de alumnas y con actitud expectante; y finalmente interviniendo o atendiendo en relación con el modelo al que adscriben); y la descripción o el detalle de las prácticas médicas que utilizan rutinariamente en la actualidad y cómo se componen **(**actorxs médicxs) las escenas del parto en la atención que dispensan. En otras palabras, en la reconstrucción cronológica es posible ir viendo cómo la estructura médica dominante que describe Castro se va estableciendo de tal modo en el quehacer profesional que se pasa de la actitud expectante a la acción intervencionista o de mando que exige el hacer partos. Considero que en su experiencia profesional, asistencial, formativa y docente, así como en su experiencia maternal (o no) y como usuarias del sistema de salud, tanto en la narración retrospectiva como en la visión crítica en retrospectiva, es posible encontrar y vislumbrar elementos que van dando solidez a su discurso como responsables de la atención obstétrica.

Formación: hacer(se) hacedorxs de partos

Siguiendo la propuesta de Castro antes descripta, el análisis de algunos elementos de la formación que reciben quienes están a cargo de

la atención obstétrica permite reponer ontologías que explican cómo y por qué se pare y se nace de tal modo en la actualidad.

En principio, al ser consultadas sobre la elección de carreras afines a la atención perinatal, las entrevistadas refieren diversas trayectorias personales, familiares y académicas pero que pueden pincelar un poco su experiencia y su formación. Por ejemplo Bárbara, partera, cuenta que su objetivo era estudiar medicina, pero al no lograr superar el examen eliminatorio de ingreso y al anoticiarse de que el curso de ingreso para la licenciatura en obstetricia "era más fácil" y "se podía pasar a Medicina en tercer año", tomó este atajo, aunque nunca realizó el pase ya que era un poco más dificultoso de lo que le habían mencionado. Lo interesante es que en la elección de este camino/atajo, ya hay simbólicamente algunos datos característicos de la profesión médica. La partería aparece como una "puerta trasera" de entrada al mundo sanitario, lo cual refuerza su rol secundario o subalterno en términos jerárquicos y de saber con respecto a lxs médicxs; así, las parteras se convierten, en algunos casos, en lxs "médicxs frustradxs" (Bárbara, partera).

Por su parte, Carla y Rocío —ambas médicas obstetras— narran influencias personales y familiares en la elección de estudiar medicina: la madre de la primera trabajaba en una obra social en el pueblo de Entre Ríos de la que es oriunda; y el padre de la segunda también "hace obstetricia" (en sus palabras). Ambas mencionan que una vez completado el tránsito por la formación básica en la universidad (dificultoso: una con problemas para estudiar por falta de estrategias, la otra por una doble maternidad adolescente); la elección de la especialización en tocoginecología devino por cuestiones de "gusto". En este sentido, Carla mencionó en la entrevista que eligió esa especialidad luego de ver un cuello de útero y maravillarse (se le llenaron los ojos de lágrimas durante la entrevista) y Rocío dijo haberla elegido porque combina sus gustos por la endocrinología, la cirugía y la atención de adolescentes.

Más allá de los tránsitos en la educación universitaria de grado, los discursos más interesantes se concentran en las innumerables tensio-

nes, dificultades y puntos de quiebre en la formación práctica que reciben en los hospitales escuela. En ellos, las disputas suelen centrarse en la figura del/la residente, quien parece tener (según surge unánimemente en las entrevistas) el protagonismo absoluto en la atención de partos del sistema público, bajo la excusa de que "está aprendiendo".

> Me puse a hacer unas guardias ahí [en el hospital escuela – maternidad pública "A"], después me fui obviamente porque me peleé con todos los residentes y todo, porque es un maltrato constante. Mecánico, yo creo que más allá que sí se dan cuenta porque son gente, es mecánico el maltrato que tienen como poner oxitocina. No aguanté más y me fui. Y ahí me contacté con Marta [partera que asiste partos domiciliarios] (Entrevista a Bárbara, partera).

Para la entrevistada, la formación tradicional en el hospital, que (re)produce la jerarquía de lxs médicxs, sean residentes o de planta —es decir, en formación o formadxs—, se vuelve expulsora de algunxs sujetxs, por generar aprendizajes en contextos de violencia o maltrato, o por no admitir otras visiones o modos de trabajo.

> Vos laburás como te enseñan en la universidad. Y encima vas a hacer una práctica a un lugar donde hay parteras que son intervencionistas o no laburan o que cuando laburan intervienen (Entrevista a Bárbara, partera).

Sobre la formación, lo dicho por Bárbara permite ver cómo en las residencias médicas se replica la grieta parteras/médicxs, y que quien tiene el poder de *hacer* los partos (que es el verdadero mérito) es el/la residente de medicina. Pareciera darse una disputa en el interior de la jerarquía médica por apropiarse de los trabajos de parto, los partos, las mujeres, los cuerpos y los procesos reproductivos como material didáctico/pedagógico.[5]

[5] Sobre esto, los estudios del campo se han pronunciado. "El cuerpo de la mujer, pierde su carácter de humano/a y pasa a ser un campo de estudio y de experimentación"

No me pelearía con los residentes por los partos. Viste que ellos se pelean por los partos.

¿Residentes de qué? ¿De obstetricia?[6]

De obstetricia. Vos controlás, uno se mata por controlar el trabajo de parto porque en realidad lo que quiere es hacer el parto, hacer. Que es lo que nos pasaba en [el hospital escuela en el que se formó], te clavabas haciendo trabajo de parto para… y eso conmigo no tienen problema, porque no me interesa para nada el parto. Yo prefiero el acompañamiento. Obviamente sí, entrar al parto, sí, pero yo prefiero el acompañamiento. Y prefiero estar con la mujer y después decirle al residente "che vení" y no me importa, entendés, no se pelearían conmigo por eso (Entrevista a Bárbara, partera).

Me pregunto si esta *preferencia* de Bárbara (partera) por el acompañamiento en trabajo de parto y la *preferencia* narrada por Sandra (partera) por el puerperio, no responden en realidad a la pérdida de lugar en la atención de los nacimientos. Y aunque la partera se refiera al lugar privilegiado de lxs residentes, a medida que se van considerando los testimonios recabados, se hace más tangible la presión de atender con la presión de la jerarquía en la cabeza, más que la de la disciplina o del saber:

Tenés dos jefes de guardia que son dos ginecológos, que ellos son los que deciden. ¿Por qué? Porque si pasa algo, el que se hace car-

(Camacaro Gómez, 2009, p. 223). "El conocimiento *'autorizado'* (científico) tiende a demandar una distancia frente a su objeto, por lo que los galenos acostumbran a ver a sus pacientes en términos de partes corporales que necesitan tratamiento (visión mecanicista que se presenta en la ciencia médica): Esta imagen de las tecnologías médicas es inculcada desde la misma formación de estos especialistas, ya que los textos obstétricos describen, por lo general, al cuerpo femenino en las labores de parto como si fuera una máquina de reproducción y el papel del médico se limita a *supervisor o administrador;* la madre se menciona muy poco y cuando ello sucede se hace de un modo básicamente fragmentario" (Cárdenes y Ugarte, 2002, p. 129).

[6] Mi voz en los fragmentos de entrevistas aparece diferenciada en cursiva y aparte.

go de lo que pase son ellos. Entonces vos como residente no podés hacer lo que vos querés, tenés que responder a lo que el médico que se va a hacer cargo después es el que dice. Si dice "se hace así", se hace así, y no se discute mucho.

¿Y en el hospital donde trabajás?

Y ha ido cambiando bastante. En nuestro hospital es bastante diferente. Vos tenés en otros hospitales donde se dirigen de "usted" al médico de planta, donde no hay mucha relación con el médico de planta, en otras épocas ni siquiera lo conocías, no hablabas, nada, no le dirigías la palabra. Nosotros no. Ellos están de guardia con nosotros. Nosotros preguntamos a nuestro compañero residente superior y le preguntamos a ellos directamente. Cambió muchísimo, son todos ex residentes (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Las diversas figuras del campo obstétrico se van entrecruzando, y los roles se van superponiendo en la escena del parto, que suele estar encarnada por el/la médicx obstetra, el/la pediatra o neonatólogx, la partera y la/el enfermerx. En los hospitales-escuela, que en nuestra ciudad son los cuatro del sector público, y algunos del sector privado, esta escena se complejiza por la presencia a su vez de residentes de 1.° y de 2.° año (los últimos enseñan/ acompañan/ controlan a los primeros) tanto de obstetricia, que hacen los partos, como de neonatología, que reciben a lxs recién nacidxs. Incluso pueden existir practicantes de partería y enfermería entre lxs presentes. A esta multiplicidad de actorxs, en los casos en los que se garantiza el derecho al acompañamiento (establecido por la ley de parto respetado), deberá sumarse la presencia del varón-padre o de la compañía elegida por la parturienta.[7]

[7] Camacaro Cuevas vincula esto a un proceso de falta de autocrítica: "De forma irrebatible, su imaginario no concibe a éstas como protagonistas del proceso, sino como sus objetos de trabajo. Así mismo, consideran que dicho procedimiento es válido porque sus maestros, los precursores de la obstetricia del siglo antepasado, así lo aprendieron y así lo enseñaron, ha sido un conocimiento heredado socialmente sin

En las preguntas por la formación y en el relato de estas disputas emerge constantemente la referencia a lo viejo, lo que pasaba, en términos del maltrato que se dispensaba. En este sentido, es relevante mencionar que la figura de la parturienta aparece en estos discursos como víctima de violencia obstétrica, y no tanto como la protagonista del evento.

> Vas guiando el trabajo de parto y es bastante intervenido, no como el parto respetado que está todo divino, que hay poca gente, que te van a esperar tus tiempos de parto. Acá es todo más, se va apurando. O sea, comparado como yo empecé la residencia, que este, escuchaba barbaridades, que las parteras decían "¡abrí las piernas, bien que te gustó y que las abrías!", esas barbaridades que se decían antes (Entrevista a Andrea, neonatóloga).

Estos relatos dan cuenta no solo de disputas con el pasado (en el que se maltrataba a pacientes) sino con el presente y la tensión con el modelo fisiológico. En este sentido, los discursos de las entrevistadas van mostrando cómo se configura su propio quehacer profesional en relación con otros modos de trabajo, que aparecen como exteriores del discurso. Asimismo, en el análisis de las trayectorias formativas, las entrevistadas no solo aparecen como alumnas, en roles pasivos, sino con roles docentes, lo que permite escudriñar la constitución o el cues-

---

cuestionamiento ninguno. Al respecto el obstetra Carlos Burgos (2001) manifiesta: "Los obstetras oponen una notable resistencia a verificar la eficacia de las prácticas que caracterizan su disciplina. Y ésta suele ser como tantas otras una disciplina de opiniones, donde 'la práctica aceptada' es a menudo un consenso desarrollado por una mayoría de profesionales en un determinado período y no siempre verificado por un método científico".(p. 6). Son evidentes las implicaciones que la racionalidad científica del modelo médico tiene en la conformación de la mentalidad del cuerpo médico, en tanto legitiman argumentos que se soportan solo en una visión reducida de la realidad, donde la fuerza de la jerarquía impide toda posibilidad de entender otra forma de relación humana. Parafraseando a Rigoberto Lanz podríamos decir que el discurso de la ciencia no es un modelo de producción de conocimiento, sino un criterio de autoridad para convalidar todas las formas de jerarquía" (Camacaro Cuevas, 2008, p. 303).

tionamiento a los *habitus* médicos hegemónicos. ¿Enseñan cómo (y lo que) aprendieron? ¿De qué modos pueden influir, en su rol docente, en los contenidos y en las formas de enseñanza?

> En mi guardia trabajamos de esta manera ¿sí? Y por otro lado yo también lo entiendo, acá, como es un hospital escuela, ¿sí?, los residentes que van rotando, un día están conmigo pero al otro día no y a la otra semana tampoco, entonces tienen muchas influencias. Entonces uno tampoco se puede plantar y decir "no, acá eso no se hace". Porque también les tenés que dar lugar a ellos que ellos elijan el camino que más les gusta, el que les queda más cómodo, dentro de lo médicamente correcto ¿sí? Yo no los puedo dejar hacer cualquier locura porque a ellos se les antoja, pero como que ellos también tienen que experimentar qué es lo que a ellos les gusta más. Y yo no me puedo poner a discutir, en realidad no debo ponerme a discutir con otro profesional que tiene sus convicciones y su manera de trabajar por algo en particular, digamos. No me puedo meter en otra guardia y decir "no, ustedes tienen que hacerlo así porque para mí es la mejor manera". Yo traté de, a los residentes, mostrarles todas las opciones. O sea ahora hago lo mismo, cuando estamos en la guardia yo les muestro todas las opciones que hay para manejar, o sea "bueno esto pueden hacer tal cosa pero también pueden hacer lo otro", o sea trato que vean y después cada uno elige su camino, su manera de hacer el parto, su manera de atender a las pacientes. No somos todos iguales, pero yo trato de que, sobre todo para los chicos que están en formación, de que vean que hay otras maneras por ahí de hacerlo, que no es todo tan… (Entrevista a Rocío, médica obstetra).

Este fragmento testimonial aporta cuestiones que complejizan y permiten ver las tensiones y los grises entre los modelos de atención que se enseñan, aprenden y (re)producen en las residencias. Así, como se menciona, al igual que lo que sucede en la atención, la adopción/puesta en práctica de una perspectiva más respetuosa o más interven-

cionista depende del/la instructor/a que toca. Y, en paralelo, se puede entrever que esta convivencia de diversas posturas, que en nuestra perspectiva implica ni más ni menos que el respeto o la violación a los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres, genera una reproducción del voluntarismo de lxs médicxs en formación ("que ellos decidan cómo atender"), por la falta de una política institucional de atención que respete las leyes y normativas ministeriales vigentes. Por último, en relación con esto, destaco que aunque la responsabilidad de lxs agentes de salud obstétrica es enumerar los derechos y alternativas de asistencia que tienen las mujeres —tal como establecen las normas—, esta situación y prerrogativa no aparece relatada en ninguna de las entrevistas, pero sí el paradójico muestrario de opciones a lxs médicxs. Se confirma así quién es protagonista de la escena del parto en el *habitus* dominante. Entonces, se le muestran alternativas a el/la residente y no a las parturientas, y se aprende y se experimenta sobre el cuerpo de ¡mujeres! En la atención en hospitales escuela (que responden mayoritariamente al sector público, por ende es mayormente utilizada por sectores populares) son públicos tanto las instituciones como los cuerpos y las mujeres. Es clara la ausencia de una perspectiva, política o cultura organizacional integral con perspectiva de derechos y de género, que permitiría romper con el personalismo del/la "médicx amigable/respetuosx" y con esta discrecionalidad a la hora de atender.

Primeros y últimos partos: trayectorias de atención y constitución del habitus

Con la intención de captar elementos del quehacer profesional de las entrevistadas y la consolidación del *habitus* médico hegemónico, las consulté por el primero y por el último de los partos en los que participaron, bajo el supuesto de que sería posible advertir en dicho relato el pasaje de espectadoras a encargadas de la atención, dado el tránsito por las cadenas de mando de la jerarquía médica a través de

los años: pasan de estudiantes o practicantes a médicxs o parteras de planta y se convierten en decisorxs o dirigentes de la atención.

Sobre los primeros partos existe cierta reiteración sobre el *choque* que les generó. A continuación transcribo un fragmento de la entrevista con Bárbara en la que es posible ver experiencias claves en la constitución del *habitus* dominante, que marcan a fuego la trayectoria formativa y personal de las entrevistadas.

> Fue asqueroso, inmundo, tuve que salir afuera, era una sala de parto inmunda, la mujer colgada, los pies atados ¿no? Que uno se da cuenta, con la cabeza coronando, yo después me doy cuenta que no había ni que decirle pujá, ni apretarle la panza. La enfermera, la estudiante, diez residentes, nosotros que éramos como tres o cuatro de obstetricia, los chicos de neonatología. Los chicos de neonatología que estaban estudiando partero, eh, o sea, pero estaban viendo el nacimiento, eh, nada.
>
> *¿Y algún familiar de ella había?*
>
> No, no, no (alargando las "o", en signo de obviedad). Se me empezaron a caer las lágrimas y me fui afuera y estaba la que era la partera de guardia, yo me senté pálida se ve y me dio un caramelo y me dijo "ya te vas a acostumbrar". Mucha, no sé, mucha sangre, horrible, horrible.
>
> *¿Era un parto vaginal?*
>
> Era un parto vaginal. Y nada, gracias a Dios, después me hicieron hacer otra guardia y no hubo parto. No vi nunca más un parto y después nos llevaban a hacer neonatología, viste, cuidado del recién nacido y al lado está la sala de parto, y yo no miraba por ejemplo. No, no. No me olvido más. Ponele que te diga que era una multípara, me acuerdo patente, porque se lo dejaron hacer a la residente… Yo digo debe ser normal que me descomponga y debe ser normal la situación (Entrevista a Bárbara, partera).

En este relato es posible advertir la multitudinaria sala de partos, las sensaciones físicas y emocionales de la partera, el hecho de que una partera formada le dice "ya te vas a acostumbrar" (¿a qué?, ¿a la sangre?, ¿al rol secundario?). El agradecimiento a Dios por no ver más partos (siendo que esa era su *vocación*) y, finalmente, la autoexigencia o autopresión por naturalizar y normalizar esa escena tan contraria a la esperada.

El relato del primer parto que presenció Carla[8] refiere a los efectos que causó no sobre su quehacer y futuro profesional, sino sobre su posible experiencia como madre:

> Me acuerdo que el primer parto que fui fue en [un hospital escuela del conurbano] que para mí me pareció terrible el primer parto, que fui con una de mis mejores amigas de la carrera. Y me acuerdo que estábamos una de cada lado mirando el parto y que terminó el parto y nos miramos las dos así y dijimos "no paro ni en pedo, ni en pedo tengo un parto". Y me acuerdo de la impresión que me dio ver salir la placenta, que era algo que ni me esperaba… Registré el momento del parto, eh y la impresión y la sensación de decir "no tengo un parto ni en pedo" (risas). Olvidate. La sensación de dolor, de "ni loca" (Entrevista a Carla, médica obstetra).

En la misma línea de estas experiencias negativas ("inmundo", "terrible") Sandra, la partera del hospital público, recuerda su primer parto como obstétrica en los siguientes términos: "me largaron un feto muerto". Esto se puede vincular con esos elementos que Castro describe del currículum oculto: los castigos, la jerarquía y el *pagar el derecho de piso*. Sandra menciona que lxs médicxs le dijeron "si quería

[8] Es interesante que al preguntarle por el primer parto, Carla lo relacionó con el primero que "hizo" (usó esta noción), y por ello afirmó: "Sí me acuerdo, por ejemplo, la primer sutura que hice, una de las primeras que tengo registro, pero porque me acuerdo. *[¿Sutura de episiotomia?]* De desgarro vaginal. Pero porque me acuerdo que la que estaba al lado mío con mucha paciencia explicándome era una partera".

trabajar" (la invitaban a participar) y que todxs (ellxs y la parturienta), excepto ella, sabían que se trataba de un feto muerto. Disciplinamiento médico-jerárquico inicial que implica, entre otras cosas, que quien decide cuándo entra a trabajar la partera es el equipo médico; y lo hará en circunstancias excepcionales, en las cuales la destreza y la atención médica no son necesarias. ¿No sería además, que se vincula(ba) el acompañamiento de parteras con elementos afectivos y femeninos que podrían contener mejor a una parturienta en condiciones de duelo perinatal?

En paralelo, Andrea (neonatóloga) y Rocío (obstetra) narran experiencias de primeros partos en términos más positivos. Andrea participó, antes que en la formación, en el parto de una amiga, y Rocío refiere una naturalización de estos eventos por vivir con un padre obstetra.

> El primer parto que vi lo vi en la facultad. La primera cesárea la vi con mi papá [obstetra]. El primer parto fue en la cursada, en el hospital [anonimizado, una maternidad de La Plata] cursaba yo obstetricia. A mí me gustaba mucho cuando cursé, la verdad que me gustó mucho la cursada porque eso nos permitía entrar a sala de partos y ver y... nada, qué se yo, yo igual en la facultad era bastante así como preguntona y activa y quería saber cosas, entonces también aprovechaba la cursada. Me pareció como una curiosidad viste porque uno, pero... Lo que pasa es que yo en mi casa en realidad desde que nací se habla del parto como si fuera algo normal, porque mi viejo hacía partos, entonces nunca fue una ciencia oculta, de hecho mi papá nos hablaba claramente cómo eran, cómo se hacía un bebé, cómo nacía un bebé, por dónde nacía un bebé y yo ya había tenido hijos, aparte. Entonces no me resultó, qué se yo, nada, no me resultó traumático ni nada. Sí, por ejemplo, cuando empecé a hacer parto acá lo que a mí me, más me molestaba e incluso ahora también es el olor que tiene la sangre, no me gusta, es como... y mirá que hago partos y partos y partos, pero tiene como, cuando sale la placenta yo le siento como un olor particular (Entrevista a Rocío, médica obstetra).

Aunque como entrevistadora no mencioné la idea del trauma, no deja de ser llamativo o relevante la referencia de Rocío, que creo responde a un sentido común entre colegas: para la mayoría, el primer parto es traumático.[9]

Ahora bien, considero que el último parto asistido, a veces con distancias de hasta 25 años del primero, permite vislumbrar el modelo y el modo de atención que dispensa cada profesional. Es el modelo asentado, el *habitus* consolidado, y es interesante ver cómo su relato (a diferencia de los que se refieren al primer parto) es breve, conciso. La hipótesis de trabajo es que en el primero se ve el quehacer y el modo de trabajo de otrxs profesionales, mientras que en el último se ve el propio.

El último parto ¿institucional?[10]

No, el que vos quieras. El último. ¿Esta semana tuviste algún parto?

Si, un parto en la clínica. Mujer descontrolada, segundo bebé, con peridural, hacia muchísimo que no veía una mujer con peridural y, nada, un parto hermoso.

¿La pidió ella la peridural?

Sí, a gritos. Porque en realidad, yo creo que estuvo mal (…) [el médico] la vio en la consulta y le creó la ansiedad de por ejemplo revisarla, al pedo, en una consulta. 39 semanas y te reviso no sé para qué (Entrevista a Bárbara, partera).

---

[9] El diccionario define el trauma como un "choque o impresión emocional muy intensos causados por algún hecho o acontecimiento negativo que produce en el subconsciente de una persona, una huella duradera que no puede o tarda en superar". Además, la medicina habla de "traumatismo" para referirse a una lesión o daño. Y esto podemos vincularlo al currículum oculto que Castro incluye en el análisis del *habitus* médico autoritario.

[10] Bárbara asiste partos domiciliarios además de los que acompaña en la clínica privada.

La ansiedad creada por el médico, en este caso, es ejemplo de una intervención simbólica que da cuenta de la iatrogenia que determina la experiencia de la parturienta y desencadena el comienzo de la cascada de intervenciones y de la incertidumbre de la mujer. Bárbara relata las idas y vueltas de la mujer hasta internarse, para cumplir con los centímetros de dilatación que impone como norma la institución para admitir a las pacientes. En este sentido, la ansiedad por vincularse a cuestiones temporales, también está muy presente en los relatos de mujeres, varones y profesionales.

Carla, Rocío, Sandra y Andrea, que trabajan en el sector público, refieren sus últimos partos en clínicas privadas. Esto tiene que ver con que la atención de partos en hospitales-escuelas está a cargo de lxs residentes.

> El último parto fue en [clínica privada] hace un montón. Yo ahora estoy como jefa de residentes así que no hago asistencia en el hospital, pero el último que vi, fue en [clínica privada] que fue un golazo. Fue tres pujos contados y nació (Entrevista a Carla, médica obstetra).

> Y el último fue anteanoche (risas). Pero no acá arriba [en la maternidad pública] sino en el hospital privado. Yo hago guardias en privado: en el hospital privado y en la clínica privada. Y el lunes a la madrugada, una y media de la madrugada, nació Magdalena en el Hospital Privado, un parto precioso también y la recibí yo, sí (Entrevista a Andrea, neonatóloga).

Sandra relata su último parto como obstétrica como un "parto que hice a una multípara, se hizo solo". Participó más como "acompañante de la paciente", se corrige, "no es paciente, es embarazada, no está enferma". Hace años dejó la sala de partos.

En paralelo, Rocío describe el último parto detallando elementos de su particular quehacer profesional.

> El último parto a ver ¿cuándo fue? Hace nada, unos días atrás. Un parto así muy eutócico, normal. Muy así como, poco traumático,

con nada, tranquilo. Yo soy bastante tranquila para hacer los partos, no me gusta el griterío ni estar enloquecidos, entonces como que a mí me gusta, de hecho el enfermero me carga porque a mí me gustan con la luz apagada, no a oscuras, no con la luz prendida de arriba, sino alguna luz pero no la luz directo en la cara ni en la mía ni en la señora, porque en realidad yo no necesito la vista para atender el parto tengo las manos, entonces como, como es mucho por tacto y es más hacerte la imagen que mirar. Eh, obvio que cuando tengo que suturar y eso, no. Pero, nada este fue un parto sin episiotomía, sin peridural. Una chica que ya tenía 4, 3 partos así que hermoso el parto (Entrevista a Rocío, médica obstetra).

En estos relatos de los últimos partos aparecen menciones a tendencias más respetuosas de atención, lo que marca no solo el cambio sociohistórico de la asistencia obstétrica, sino principalmente su quehacer profesional consolidado. Así, por ejemplo, las entrevistadas hacen mención a cómo les gusta/acostumbran trabajar, a las posibilidades reales de atención (solo en privado) y dan cuenta de una atención con parámetros más fisiológicos.

La atención de todos los días: puesta en práctica del habitus

Para conocer el *habitus* médico no basta con abordar lo que dicen las entrevistadas, que difícilmente se autoproclamen como ejecutoras de una atención intervencionista, medicalizante o irrespetuosa por el simple efecto de corrección política, sino que es necesario saber lo que hacen. En otras palabras: si en mi inserción de seis años en el campo he notado que está establecido que los índices de violencia obstétrica son muy altos y el diagnóstico de sobreintervencionismo médico es indiscutible: ¿mis entrevistadas son la excepción o me están diciendo *lo que quiero escuchar*? En este apartado, pero principalmente en el siguiente, daré cuenta de cómo se ubica en "otros" esa acusación de atención no humanizada.

Para abordar en qué consiste la atención hegemónica consulté sobre las prácticas o intervenciones innecesarias que se aplican por rutina y que constituyen violencia obstétrica, según nuestra legislación. La OMS establece que deberían existir índices de 10-15 % de cesáreas (lo actual en La Plata es 30-40 % en el sector público y 85 % en el privado); 10 % de episiotomías (por ejemplo, los hospitales públicos las realizan al 90 % de las primerizas por una cuestión pedagógica, y de los privados no hay datos) y 10 % de inducciones, cifra muy sobrepasada por la preeminencia del enfoque de riesgo y las fechas probables de parto acortadas, gestión de los tiempos reproductivos, etc. Asimismo, se desaconsejan el enema, el rasurado, la maniobra de Kristeller, la vía (suero) a todas las parturientas, inmovilidad, etc.

¿Cuáles son las técnicas de rutina?

Las, eh…

O intervenciones, no sé cómo le dicen

Ah, ¿en la clínica? Según el médico, suero, apenas entran, eh, tenemos un médico que pone antibiótico igual, por más que no tenga estreptococo, porque tuvo una vez en su vida un falso negativo… Eh, bueno, sí, suero, por las dudas que haga una hemorragia, por ejemplo. Si es multípara sí o sí un suero. Y después, no, monitor ahora nos obligan a hacer una tira de monitoreo…

¿Cuáles de esas hacés vos? ¿El monitoreo?

Yo hago monitoreo y si el médico pide le digo que le diga a la enfermera que ponga el suero, yo no (Entrevista a Bárbara, partera).

Bárbara, que asiste partos en el sector privado y en domicilio y mantiene una actitud crítica con el MMH, nombra *"episio, kristeller y alumbramiento"*[11] activo, manejado, dirigido, como las técnicas de

[11] Se refiere al corte entre la vagina y el ano (episiotomía), el empuje hecho por

rutina. Las dos primeras están explícitamente desaconsejadas por los principales organismos internacionales de regulación médica. Lo interesante es cómo el discurso médico articula hegemónicamente estas intervenciones y establece justificaciones médico-clínicas, pero también políticas, para realizarlas.

> *¿Cuál es la excusa de la episiotomía o la justificación? ¿Un desgarro conducido o quirúrgico para evitar un desgarro?*
>
> Sí, para evitar un desgarro mayor. Mmm, ahí no se está haciendo tanto. Ponele de 5 médicos que hay, 2 debe ser que son bastante cagones. Es miedo de ellos nada más.
>
> *¿Vos decís que la mayoría de las intervenciones tiene que ver con el miedo de los…?*
>
> ¡Pf, olvídate, sí! ¿Vos te pensás que les molesta desgarrar a la mujer? No, les molesta que la mujer se desgarre y después les haga juicio, porque te lo dicen los médicos y, te lo dicen, se lo preguntas y te dicen "porque vos tenés que pensar que después vienen, te hacen quilombo". Sí, todo es miedo (Entrevista a Bárbara, partera).

Miedo al devenir fisiológico y, principalmente, miedo al reclamo: medicina defensiva.[12] Lo relevante es que Bárbara narra que ella también traía miedos que tuvo que trabajar: por su propio miedo y rechazo

---

una persona sobre —literalmente— el abdomen de la parturienta que lleva al/la bebe/a hacia "la salida" (maniobra de Kristeller, desaconsejada por la OMS hace más de 40 años) y la extirpación manual de la placenta (alumbramiento activo).

[12] Al respecto Magnone Aleman (2013) establece "La radicalización del enfoque de riesgos está muy relacionada a la medicina defensiva. Los médicos/as tratan de hacer la mayor cantidad de pruebas objetivas y dejar constancia de ellas, por las dudas si en el futuro se abre una demanda sobre su práctica médica. Rodríguez (2006) plantea que cuando se ejerce guiado por la defensa, las decisiones médicas no se sustentan en la evidencia científica o en la experiencia del médico; el objetivo principal es la protección ante un eventual futuro reclamo del paciente" (p. 84).

al dolor, tendía a poner epidural y a anestesiar a las mujeres porque era ella quien no toleraba el dolor.

En otras profesionales noté resistencia a hablar de prácticas rutinarias; expresaban cierto recelo a cuestionar el quehacer médico o a permitir que se opine sobre su formación o su saber. Al respecto suelen esgrimirse argumentos que defienden intervenciones, porque criticarlas implicaría promover el descuido y el abandono de la atención sanitaria. De todos modos, Carla, por ejemplo, sí se refiere a estas prácticas en términos de "exceso de intervención" médica y lo explica así:

> Exceso de intervención es desde poner un suero a una paciente que no tiene indicación, que son muy pocas las que tienen indicación. O sea a toda paciente que entra a un hospital en trabajo de parto ponerle un suero es un exceso. Poner oxitocina para corregir de entrada estrictamente cada una hora ir aumentándole el goteo, es un exceso. Hacer una inducción de un trabajo de parto en una paciente de 38 semanas, es un exceso. Hacer una cesárea que no tiene indicación, es un exceso.
>
> *¿Vos lo ves en la práctica diaria eso?*
>
> Todo lo que te estoy diciendo es algo que sucede (…) El tener a una paciente ayunada por las dudas que vaya a una cesárea después, también es un exceso. ¿Me entendés? (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Por último, revisando su trayectoria asistencial, Sandra menciona que en el pasado rasuraba y hacia enemas, por lo que "no tiene vida" para pedirle perdón a esas mujeres pero ella "hacía lo que le decían". Menciona que por hacer mucha "kristeller para ayudar" ella misma se hizo mal por la fuerza ejercida.

Claramente la pregunta por la rutina o protocolos de atención desencadenó respuestas que tienden a ubicar a "lxs interventorxs" en otrxs. Esta es una constante que vengo describiendo en este trabajo,

en tanto que la intervención rutinizada y anexada en una cadena equivalencial a "innecesaria" o "acrítica" se ha convertido en un arma de acusación.

Dónde se atiende, cómo se atiende

Otro elemento que aporta características peculiares al campo y al *habitus* médico de lxs profesionales implicadxs en la atención obstétrica, es el ámbito donde dispensan dicha asistencia. Al igual que con respecto a las prácticas rutinarias, fue más fácil captar opiniones de las profesionales que no hacen referencia a su propio quehacer sino al de lxs otrxs.

Las condiciones de trabajo en el hospital público emergen constantemente como una apelación unánime e ineludible para explicar cómo se atiende/ pare/ nace en la actualidad en dicho sector. Una vez más, la clase de las mujeres (que puede asociarse de manera directa al acceso al sistema de salud público o al de seguridad social) parece determinar/condicionar la atención que recibirán, el modo en que se gestionarán (o no) los tiempos fisiológicos de los nacimientos y el tipo de relación médicx-paciente que se puede generar.

> Cuando vos tenés por día, 3 partos por día, 4, 5, ponele 3 partos y 2 cesáreas, 5 promedio por día, vos laburás con un ritmo tranqui, o sea no tenés que estar con la sala de parto con gente esperando e ir organizando a ver en qué momento van a pariendo quiénes, qué sé que en otras clínicas pasa, o sea es tanta la demanda que tienen que ir coordinando de alguna forma. De esa forma usan oxitocina y van viendo a ver en qué momento lo hacen. Es un laburo parecido a lo que pasa en el hospital público del conurbano, ponele. ¿Está? Tenés muchísimos partos y tenés que organizarlo y coordinarlo. Y si vos los dejás a todos que evolucionen espontáneamente, se te hacen seis partos juntos, no tenés dónde hacerlos y es un caos. Entonces por eso es que se van coordinando. En la clínica privada donde trabajo no pasa eso, es chiquita, te permite laburar recontra

> tranqui y si yo tendría que atender el año que viene, trabajaría re tranquila ahí, porque sé que podés hacer la obstetricia que vos quieras. O sea, de hecho un médico reconocido (anonimizado) labura ahí recontra tranquilo. O sea la gente que labura tranqui, labura muy tranqui ahí. No tenés nadie que te meta presión por ningún lado y haces lo que querés tranquilo. Bien, no es que hacés las cosas como querés, hacés las cosas como corresponde (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Esta gestión de los procesos de trabajo, y por tanto de los procesos reproductivos y los cuerpos de las mujeres, parece traducirse en la atención y el trato que dispensan lxs profesionales, porque como dijeron las trabajadoras sociales: "atendés como laburás".

> A veces uno desgraciadamente ve el mismo obstetra en privado y en público y no es el mismo trato, y eso no está bien. Sí, la diferencia cuando tiene que ver la plata y cuando tiene que ver el trato del hospital, que te trato mal porque sos no sé de otra raza, de otro país, no está bien. Yo trato con el mismo respeto a una mamá, yo trabajo en el privado, en la clínica más cara, con el mismo respeto a la mamá concheta que a la mamá… (Entrevista a Andrea, neonatóloga).

En el mismo sentido, Sandra se pregunta "¿por qué en el privado acariciás a una mujer y en el público no?". Critica a sus compañerxs por "dobles mensajes" que según ella generan "esquizofrenia": "La partera en el privado es Dios y acá no les servís". Ante la pregunta de cuál puede ser la causa de esto, aduce un "problema moral" vinculado a la "viveza criolla" porque lxs médicxs "no sé si quieren al paciente". Un problema moral por falta de registro del otro. Para ella la prioridad es la educación. Marton y Echazú (2010,) aportan otra mirada: "si bien los/as médicos/as (…) pueden circular entre el sistema público y el privado, lo hacen modificando su bagaje de *expertise* al trasladarse de uno hacia otro" (p. 131).

Rocío arriesga una explicación similar: la diferencia de criterios del mismo profesional en el hospital público y en la clínica privada.[13]

> Muchos de los que trabajan acá yo creo que vienen porque el público es un sueldo seguro para toda la vida, y no porque les guste la atención. Yo no discrimino entre lo que hago en público y lo que hago en privado en cuanto a cómo atiendo, qué estudios pido y todo. Sí reconozco que acá hay estudios que por ahí yo los pido y no se pueden hacer porque no hay disponibilidad. Pero mi manera de atender, mi manera de abordar un, es igual. O sea, yo sé que si tengo una hipertensa y le tengo que pedir esto, esto y esto, se lo voy a pedir acá o afuera. Le voy a pedir exactamente lo mismo. Pero qué se yo, se ven cosas acá que... Ha pasado, yo en una época me acuerdo, había un médico que no estaba a favor de la ligadura tubaria pero, eh, no estaba a favor para nada pero en privado ligaba las trompas, entonces vos decís "¿cómo es?, pongámonos de acuerdo". Si vos tenés un criterio, tenés un criterio acá y afuera, el mismo. Que podés tener matices porque la paciente no es el mismo tipo de paciente, eso es otra cosa, pero tu criterio no puede cambiar (Entrevista a Rocío, médica obstetra).

Es posible observar, entonces, que entre el sector público y el privado (y también en el domiciliario) no solo varían las condiciones de trabajo de lxs profesionales, sino que (y en relación) también varían ciertos criterios médicos/clínicos y morales/ideológicos que moldean su atención y la relación que establecen con lxs pacientes.[14]

[13] Así como Carla y Andrea, Rocío trabaja tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas. No es posible saber si esto que refieren a lxs otrxs, lo replican ellas en su quehacer profesional.

[14] Castro sostiene que es posible advertir diferencias en la atención de lxs profesionales entre ámbitos porque "en el caso de los hospitales privados, el habitus autoritario es mucho menos evidente: porque las características del campo son distintas, menos propicias para que los médicos puedan situarse, de manera automática, en la cúspide de todas las jerarquías (profesional, de clase, de género, de etnia, etcétera) potencialmente vigentes" (Castro, 2014, p. 192).

Finalmente, al hablar de ámbitos de atención y condicionantes económicos para la atención obstétrica, es necesario retomar las reflexiones de Carla sobre las prácticas y formas de trabajo institucionalizadas que no se cuestionan, combinadas con las preferencias personales de lxs médicxs para la realización masiva de cesáreas.

¿Es verdad el mito de que en los privados les conviene que haya cesáreas?

No. Mirá al obstetra, el único beneficio que le da la cesárea es que vos sabés en qué momento atendés a la paciente. Vos sabés que la atendés tal momento, tal día a tal hora y que lo que te pagan la cesárea te lleva una hora de laburo. El trabajo de parto no. El trabajo de parto te pagan lo mismo y te lleva 3 horas, 4 horas, depende el tiempo que vos estés hasta que nace ¿está? Ese es el único beneficio que yo veo para el médico hacer una cesárea y no un parto. Para la institución… yo te puedo hablar de lo que es la clínica en la que trabajo. Yo sé que no hay presiones en ese sentido. Que los que hacen cesáreas es porque no se fuman los trabajos de parto.

O sea, ¿los cuchilleros[15] existen?

Sí, obvio. El que hace un parto porque se le cae, en la jerga nuestra es eso. Porque no llegó a hacerle la cesárea. Hace un parto cuando se le cae sería.

¿En el público?

No, en el público no (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Este comentario de Carla permite ver cómo en la epidemia de cesáreas denunciada por la OMS hace décadas, inciden no solo cuestiones económicas, culturales y de formación médica, sino también —y con

[15] "Cuchilleros/as" o "carniceros/as" se les suele decir a lxs profesionales obstétricxs que tienen tendencia a realizar cesáreas innecesarias. La idea del cuchillo y la carnicería se vincula al acto quirúrgico.

un rol protagónico— la cuestión de los tiempos, la previsibilidad y el control del proceso. En relación con esto, Schwartz (2016) sostiene:

> la cesárea proporciona al médico la sensación de control total sobre el proceso del nacimiento y por eso es percibida como segura. A su vez, la sumisión de la paciente a la autoridad médica puede ser, en parte, atribuida al crecimiento tecnológico y a la creciente especialización de la biomedicina (p. 194).

Junto a estas reflexiones sobre los ámbitos de atención institucionales (públicos y privados), la cuestión del parto domiciliario es traída a escena por las entrevistadas como el otro espacio de nacimientos que está siendo escogido por algunas familias. La conceptualización que realizan sobre este tipo de parto se asienta en elementos morales-punitivos, en tanto se aleja del paradigma de institucionalización de los partos (y de riesgo obstétrico) promovido por la medicina científica hace 200 años.

> Eso creo yo, que el parto domiciliario viene como respuesta a lo que no se respeta en la institución. Por eso te digo, es lo que se encontró como opción al parto en institución, a todo lo que no se respeta (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Aunque se comprenda la elección del parto en casa como respuesta a la violencia obstétrica institucional, de todos modos su ponderación o valoración por parte de lxs médicxs incluye cuestiones de incumbencia profesional, de condena moral por la supuesta irresponsabilidad de quienes lo escogen, entre otros. Andrea (neonatóloga) cuenta el caso de una pareja (les dice “criaturas”) que tuvieron a su bebé en su casa y leyeron cosas en internet; disputa por la fuente de la información y por la falta de tutela, control, asistencia, en fin, por la presencia médica:

> Tampoco estoy de acuerdo con el parto en la casa sin obstetra, sin neonatólogo, sin ambulancia en la puerta. No, me parece un disparate absoluto. Ponés en riesgo dos vidas. Si vos querés hacer

> un parto en la casa respetado bueno que esté el obstetra, la partera y un neonatólogo con todo para reanimar por las dudas y con una ambulancia en la puerta, ahí sí, y con un lugar en alguna neo en algún sanatorio que tenga una cama disponible por si algo se complica. Ahí estamos bien. Pero esta cosa de "no, recibe la partera sola o el obstetra solo, ni siquiera llamamos al pediatra porque no hace falta", ninguna ambulancia, nada preparado, no, no, no, me parece una barbaridad (Entrevista a Andrea, neonatóloga).

La idea de "la ambulancia en la puerta" no solo refuerza el paradigma de riesgo reproductivo, del parto como evento explosivo y la primacía de la complicación que el modelo humanizado y fisiológico cuestionan, sino que también endilga a las familias que eligen este ámbito de atención cierta falta de solidaridad o respeto por lxs otrxs. Esto es: si la ambulancia está en la puerta de tu casa, cumpliendo tu capricho/deseo/elección, no estará salvando alguna vida en un accidente de tránsito o un incendio, por ejemplo. Lo interesante es que estas profesionales no asisten partos en casa y allí se vislumbra una crítica que se sustenta en el enfoque de riesgo y el prejuicio: no hacen falta ambulancias en las puertas de las casas sino derivación a clínicas, por si llega a ser necesario.[16] A través de la apelación a estas imágenes catastróficas o extremas se construyen concepciones que sancionan la elección del domicilio como ámbito de nacimiento de sus hijxs. Bárbara, que sí lo hace, narra en otros términos cómo fue su primer parto en casa:

> [La partera que la inició] me llevó a un parto en una casa me acuerdo, una casa de barro, impresionante, increíble, y ahí dije "pero,

[16] Y al igual que sucede con las mujeres que llegan a las guardias con abortos voluntarios en curso, las que llegan luego del intento de un parto en casa reciben el disciplinamiento y la violencia obstétrica acorde al castigo por salirse de la norma que establece el modelo médico hegemónico sobre cómo debemos parir/nacer.

¿cómo puede ser?". No, casi me muero. Es maravilloso. Sí, no, es una energía, es algo, no no sé, es inexplicable.

¿Pero podés hacer una comparación entre no sé…?

¿Entre eso y la clínica? Sí, no, es totalmente distinto. Ojo, una mujer empoderada, sí, empoderada, acompañada, puede llegar a parir en una clínica hormonalmente como en la casa. Sí, puede (Entrevista a Bárbara, partera).

El análisis del *habitus* médico incluye dimensiones sobre la formación, la asistencia, el quehacer profesional, las interrelaciones con colegas (atravesadas por jerarquías e incumbencias disciplinarias, como mínimo), disciplinamientos, reconocimientos y modos personales y colectivos de hacer partos. El *habitus* médico obstétrico, en cuanto disposición para actuar, confirma que alguien *sabe hacer partos*: que tiene la legitimidad para hacerlos, intervenirlos y conducirlos. Saber-hacer y poder-hacer son, entonces, dos elementos claves que articulan dicho *habitus*, encarnizado en un campo específico: el campo profesional obstétrico.

El campo profesional obstétrico como campo de disputa

Considerando que, como se ha descripto, el emblema de la atención hegemónica y medicalizada es este *hacer partos*, núcleo de una actividad profesional formada para intervenir, patologizar y mirar los procesos con ojo clínico, resulta interesante la sutil contradicción entre autonominarse como hacedorxs de partos pero criticar el modelo intervencionista del cual deriva. La muletilla de *hacer partos* reviste un carácter fundamental en la centena de páginas de transcripción de entrevistas, en tanto es la confirmación constante de la dominancia de un modo de pensar y actuar profesionalmente, aunque el resto del discurso apunte a un cambio. Rocío, médica obstetra, incluye en su cadena de equivalencias hacer obstetricia (su papá "hacía obstetricia"), hacer partos (ella) y hacer nacer (el médico que atendió su nacimiento).

Encontré en la sutileza del *hacer* una grieta en donde se rompen los discursos de corrección política en los que las entrevistadas sostienen que son antiintervencionistas.

Si hacer los partos es intervenirlos, en un campo atravesado por la tendencia hacia la humanización, ser "intervencionista" se vuelve una acusación. Y en ese sentido, las informantes tienden a acusar y ubicar en otrxs ("ellos") a los culpables de ese modo de atención basado en la patologización y sobreintervencionismo de los PEP.

"Ellos": representaciones sobre la atención obstétrica hegemónica

Ya se ha dicho mucho en las ciencias sociales sobre el proceso de identificación social que se construye a partir de la distinción nosotros-ellos. En el marco de la atención médica, cuando se habla de relación médicx-paciente podría sostener que en los dos términos de la relación ya está configurado el par dicotómico, pero lo interesante es que hay subdivisiones en el interior de cada uno, y sobresalen en el discurso de las profesionales.

Aunque se ha evidenciado histórica y socialmente la medicalización del parto y el exceso de intervencionismo, la casi totalidad de las entrevistadas se reconoce como opositora y resistente a ese tipo de atención hegemónica. En otras palabras: ninguna se reconoce como (re)productora del modelo de atención medicalizado e intervencionista, y en este sentido me pregunté quiénes sostienen el modelo. Ser intervencionista es, ahora, un estigma acusatorio. Las entrevistadas se refieren a lxs *sostenedorxs* en términos de un "ellos" construido en torno a un otro que es determinante en la atención obstétrica (jefas del servicio, o atención privada, o parteras, o residentes, u hospital escuela, según quien hable)[17]. Un *pasarse la bola* por la responsabilidad de una atención que violenta a las mujeres, concibe al proceso reproduc-

[17] La masculinización de los términos *nosotros* y *ellos* es arbitraria e intencional y respeta el lenguaje generizado que utilizan las entrevistadas.

tivo como una patología a intervenir, y perjudica la salud reproductiva de la población.

¿Quiénes son *ellos*?

a) El Ministerio-Estado en términos de las pésimas condiciones de trabajo-infraestructura de los hospitales, que sin duda son reales, pero que condicionan que las jefas de servicio adopten una actitud defensiva ante la "bajada de línea hacia la humanización". De algún modo el Ministerio, al no garantizar el modelo de atención que exige, terminaría garantizando la reproducción de la atención hegemónica intervencionista.

Al respecto, las psicólogas entrevistadas mencionan "hay que ver qué condiciones hay para implementar algunas cosas (…) que es lo mismo que nos pasa con la ley de salud mental" y marcan la diferencia entre el discurso de la ley y el "trabajo en campo", confirmando la sospecha de una brecha entre la letra muerta y la realidad concreta: "atrás del escritorio está buenísimo, y otra cosa es cómo ponerla en la práctica" (Entrevista 14, equipo de psicología de maternidad pública). Con estas palabras, a su vez, marcan la distancia entre la gestión política y lo que sucede en la trinchera de la atención pública, una idea que se repite en los testimonios de la mayoría de las entrevistadas.

En este sentido, si se amplía la mirada hacia la producción de condiciones aptas para el cambio de la atención hacia un paradigma de derechos, es sumamente relevante la inclusión del Estado (sobre todo, del Ministerio de Salud) como actor clave en dos sentidos. Primero, en cuanto productor de políticas y normativas que promocionan y establecen el paradigma del parto respetado como horizonte de trabajo; segundo, como obstaculizador de su realización concreta.[18] Sin nom-

[18] Es importante mencionar en tal caso el hecho de que, no ya en la prevención sino en lo posfáctico (con la atención del parto-nacimiento ya realizada), el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires aún no aplica sanciones administrativas ni de ningún tipo, ni estableció un protocolo a tal fin con respecto a las denuncias por violencia obstétrica.

bramientos de cargos, sin mejoras en la infraestructura, sin capacitación y estímulo, pero, principalmente, sin la financiación y la voluntad política de producir un lineamiento general, predomina más el segundo rol que el primero.

> Hoy es una realidad también que a nivel general, digo hoy porque estamos situadas en hoy pero es un arrastre bastante grande, se trabaja con mucha precarización laboral, con mucha falta de recurso humano, de infraestructura, de insumos, eso es una realidad, digamos. Y obviamente la gente atiende como labura, ¿no? (Entrevista a trabajadoras sociales, maternidad pública).

La asociación argumental entonces es: si el *ellos* estatal no transforma (o crea condiciones para transformar) la atención hegemónica intervencionista, la (re)produce y legitima. De todos modos, en este punto es preciso seguir los planteos de Castro y Erviti (2015) sobre las soluciones que ofrece la salud pública a la violencia obstétrica, que difieren de las propuestas académicas de las ciencias sociales. A partir de una operación reduccionista que vincula los problemas en la asistencia sanitaria a cuestiones económicas y de financiamiento, las soluciones serían técnicas y de reasignación de recursos. Lo que la sociología de la salud señala es que lo que está por detrás es la necesidad de un cambio estructural de paradigma de atención hacia uno de derechos humanos y de género.

b) Las guías y protocolos establecidos para el trabajo profesional, que aunque se presenten como promotores del cambio, reproducen principios del modo de atención cuestionado.

> A ver, partamos de la base de la bibliografía. Cuando vos vas a las guías del ministerio, de atención al trabajo de parto y parto (…) Ya te las plantea de que hay dos tipos de trabajo de parto: el conducido y el espontáneo. Vo fi, nada. Y así como te lo plantea ahí, te lo plantea la bibliografía, entonces como que ya te tiran dos opciones de laburo. O sea, podés hacerlo de esta forma o poder

hacerlo de esta otra. Hay instituciones en las cuales vos, por el exceso de trabajo, hay que hacerlo conducido, porque es un parto tras de otro que no está bien, o sea no está bien (Entrevista a Carla, médica obstetra).

*c) Los sectores "viejos" y "anquilosados" de las maternidade*s, en general en puestos jerárquicos, que tienen dificultades emocionales y profesionales para el cambio.

En general el detractor [del cambio de modelo de atención] es el que no quiere cambiar, el que no quiere cambiar, el que se aferra. Y el detractor muchas veces se aferra, muchas veces las personas tienen miedo al cambio y no tienen mucha capacidad de cambio. Ahí ya cuando uno habla de personas sueltas, cuando vos analizas la curva del cambio siempre hay un grupo de personas que ya con esos no podés, tiene que ver con cuestiones individuales y personales. En medicina es muy fuerte el cambio. ¿Por qué? Porque si yo hice los partos toda mi vida y me fue bien, porque soy un buen profesional y los hice así como lo aprendí y me fue bien, para que yo cambié después de muchos años de una práctica y que me fue bien es muy difícil, porque no estás hablando de pintar o de arreglar, estás hablando de personas. La mayoría de la gente tiene buena voluntad, siempre está el loco, pero digamos, la mayoría tiene buena voluntad y nosotros trabajamos con eso. Entonces mucha gente tiene que estar muy firme, sobre todo, porque por ahí es gente grande, que basó toda su vida en trabajar de una manera, vos le cambiás una estructura y algunos los desarticulás como persona, porque estructuraron su vida haciendo eso. Y hoy vas y les decís que está todo mal. Entonces hay que hacer un trabajo muy fino, muy personalizado y muy de convencimiento. Es muy duro, vos le decís a alguien que tiene, no sé, 60 años "todo lo que hiciste está mal". E hizo eso toda la vida entonces no puede aceptar, tampoco lo hizo a propósito. Entonces hay toda una cosa del cambio (Entrevista a Fernanda, directora de Maternidad Infancia en 2015, MSPBA).

> Tampoco puedo cambiar las prácticas del profesional porque este profesional está aferrado a lo que aprendió, porque a mí me da seguridad esto, si a mí me sacás de esta práctica yo entro en pánico, me angustio, no puedo y te voy a decir que no. O te voy a decir que sí, "ah qué linda la norma que me trajiste, qué linda" pero cuando te fuiste hago lo que yo sé porque es lo que a mí me da seguridad y, es más, es probable que me salga mejor. Siempre cuando haces algo con seguridad sale mejor. Cuando te digo seguridad es algo para analizar. Es cómo se siente esta persona, y a lo mejor esa seguridad es a un costo muy grande, de desconectarse. O sea vos pensá que hay todo un sistema médico, más avanzado y menos avanzado según las especialidades, quizás el núcleo más duro y más atrasado sea la obstetricia. El más terrible, yo tengo esa impresión (Entrevista a Elina, pediatra, funcionaria MSPBA).

Sumada a la visión de esas dos funcionarias ministeriales, una trabajadora del servicio social de la maternidad pública "A" lo describe de este modo:

> Es complejo el tema de pelearle a la hegemonía médica, digamos, más allá de que hoy no es lo mismo de que hace 30 años pero es difícil que una persona le pueda discutir al médico la información que decide darle. O en la práctica que decide realizarle. Incluso para nosotras es complejo pelearles algo, decirles "no, me parece que estás equivocado", imaginate para las mujeres que llegan en una condición que es "necesito parir" (Entrevista a trabajadoras sociales, maternidad pública).

Respecto a estos tres puntos, una primera referencia: la jerarquía médica en términos institucionales inter y extra hospitalarios (Estado/Ministerio–jefxs de servicio– médicxs/equipos de salud) encierra diversas disputas. Una de ellas refiere a quién es el encargado de garantizar el cambio hacia la humanización. Para las funcionarias estatales son lxs médicxs, principalmente lxs jefxs de servicio, propiciando una

línea de trabajo humanizada. Por su parte, para lxs jefxs de servicio, primero tiene que actuar el Estado cambiando las condiciones de trabajo tanto en términos de recursos humanos como materiales y simbólicos. Finalmente, lxs médicxs (desde un posición pasiva y a favor del *statu quo*) sostienen que el Ministerio lanza normativas ambiguas y que la principal traba son lxs jefxs de servicio, que no bajan lineamientos, que obstaculizan el cambio y acuerdan de algún modo con las funcionarias del Ministerio, con que sus características generacionales son limitantes para garantizar el cambio. Posiblemente la jerarquía médica que atraviesa sus trayectorias formativas y asistenciales cristalice estas actitudes de pasividad y subalternidad por las cuales no promueven acciones de cambio y sí las esperan de otrxs.

d) La formación universitaria de grado y en la residencia. Si a los tres factores anteriores se agrega la cuestión de la formación, se puede ver cómo la constitución de las disputas internas y el corpus de representaciones del campo profesional obstétrico van más allá de lo que sucede en una sala de partos. Con respecto a la formación de grado, existe un consenso entre las entrevistadas en cuanto a que son preparadas para intervenir, enseñadas en la patología y que desconocen aspectos claves de la fisiología.

En relación con la formación en la residencia de obstetricia, es relevante mencionar que las tres maternidades en las que trabajé funcionan como hospital escuela, y esto lleva a una característica sobresaliente del sistema de salud obstétrico público de la ciudad: las mujeres usuarias son instrumentos pedagógicos para lxs alumnxs residentes, que utilizan sus cuerpos para "aprender" técnicas como la episiotomía, la cesárea y el fórceps, entre otros. Asimismo, hablar de hospitales escuela implica tener en cuenta que la *escena del parto* —como decidí denominar el acto de *performance* que se da en el interior de la sala de partos— implica la actuación de diversxs agentes según jerarquía: residentes de primer año, residentes de segundo, médicxs de planta, parteras, enfermerxs, etc. Y si en un mismo hospital

también hay residencia de neonatología, como sucede en una de las maternidades en las que trabajé, se debe duplicar la presencia de personas en ese parto. Pero, y fundamentalmente, para la cuestión del campo profesional obstétrico, la situación hospital escuela es relevante en tanto agrega toda otra porción de jerarquías, mandos, autoridades y modos de trabajo que se entrecruzan y contradicen. Al respecto, son sumamente relevantes las argumentaciones de Castro (2014) sobre la generación del *habitus* médico autoritario en la etapa de formación médica.

> Es una batalla que hay que dar: formación universitaria, formación de la residencia. Ahora, la formación de la residencia es interesante, es un lugar de choque, porque vos vas a parar como residente a un servicio. ¿Quién manda en el servicio? El jefe. Pero a su vez pertenece a una residencia, con un jefe de residentes que negocia con el jefe [de servicio]. Entonces vos terminás formándote en la pelea, que está bueno, entre lo que vos estás estudiando y aprendiendo más moderno y a lo mejor el jefe que está aclerosado, que está coagulado en una práctica. Pero el problema es que vos te estás formando en un lugar que la práctica que vos quisieras hacer no la podés hacer. O sea nos ha pasado a todos (Entrevista a Elina, pediatra, funcionaria MSPBA).

> Ponele algunos te enseñan de una forma. Nosotros como residentes respondemos a lo que te indican los médicos de planta, algunos te dicen que hagas una cosa y algunos te dicen que hagas otra. Pero cuando vos haces esto que está mal siempre viene el otro y te dice eh "y pero por qué? Y pero por qué?". Después es difícil ir a cuestionarle al médico de planta, pero ellos lo saben. Ellos saben que durante nuestra formación nosotros respondemos a lo que nos dicen pero la idea es que cuando vos salís labures de la forma en que ellos te lo enseñan. ¿Entendés? Todas las cosas que criticaste no las hagas y la vas viendo (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Sobre esto es interesante resaltar el contexto contradictorio o ambiguo de formación: algunos médicxs que enseñan de forma intervencionista, otrxs que enseñan a cuestionar esa forma, pero otra no se puede hacer hasta no finalizar la residencia. O sea que se encierra a lxs residentes en un rol de acatamiento y obediencia combinado con una actitud crítica en silencio. Esta heterogeneidad de modos y formas de atención tienen como correlato ser una ruleta rusa para el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que termina resultando una cuestión de azar: "en la guardia de los lunes hay gente piola" o "si te toca la guardia de los viernes, cagaste", se reproduce en los grupos de mujeres que militan por el parto respetado. La esquizofrenia del quehacer obstétrico es tal que en lugar de estandarizar la atención para asegurar el acceso a los derechos humanos y el cumplimiento de las necesidades de las mujeres gestantes-parturientas, se estandarizan y normalizan los procesos reproductivos, comportamientos y expectativas de ellas.

e) Las parteras ¿chivo expiatorio? El rol que ocupan las parteras como colectivo ("ellas") en el discurso de las entrevistadas —y, por asociación, en el campo obstétrico— es ambiguo: por un lado, para el ideal que exponen las funcionarias ministeriales (y que se expresa en diversas guías nacionales e internacionales) ellas deberían ser la punta de lanza del cambio hacia la humanización, porque se supone que tienen una formación en el acompañamiento y en la fisiología del parto.[19] Por otro lado, para quienes son miembros de los equipos de salud, pueden ser la expresión de la desidia y del no trabajo, o, en paralelo, del trabajo intervencionista, con desgano. Sin duda, son el

[19] Sobre el quehacer obstétrico y las disputas profesionales de las parteras, recomiendo el trabajo de Gilligan y Salsa Cortizo (2016) en el cual concluyen: "las nociones de "acompañante" de un "proceso fisiológico", "normal", el "respeto de los tiempos de la mujer", exceden el papel de recurso de legitimidad moral. Estas nociones, encarnadas en prácticas cotidianas, conforman una estrategia política de creación de un "objeto" de intervención propio y de disputa por la autonomía profesional" (p. 15).

reservorio de muchos comportamientos esperados, resignadas al trabajo administrativo.

> Están muy acostumbradas [las parteras] a que la residencia labure. Años y años donde la residencia mueve la guardia y ellas actuaban o metían mano en el momento, tenía que desbordar todo demasiado como para que laburaran ellas, sino era rascarse la guardia entera (…) Las parteras más viejas, o sea el manejo que tienen es activo. O sea ellas sacan chicos (chasquea los dedos), es eso. O sea, están acostumbradas, nosotros somos los que les ponemos el freno para que no rompan bolsa, para que no las hagan pujar antes de tiempo. Siempre aparte ellas tampoco tienen ninguna responsabilidad, ellas actúan en el parto o en el trabajo de parto pero ellas no tienen ninguna responsabilidad legal. Es el médico el que sale después, ¿me entendés? El médico es el responsable de un parto y de un trabajo de parto (…) Entonces, yo lo he visto, o sea… ellas se manejan con impunidad y hacen cualquier cosa. No todas, obvio, pero yo he visto cosas que… Sí, son la punta de lanza del cambio, no leen una miercole… No te leen nada, no leen nada, no lo leen. No leen, no leen, ponen suero, no leen (risas) (…) ¿Cuántas? ¿Cuántas de las parteras se fuman un trabajo de parto entero? ¿Cuántas? ¡No! Ellas cuanto más rápido se hace mejor (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Carla expresa una visión más culpabilizadora de las parteras por la pérdida de su lugar;[20]Andrea marca la tensión parteras-residentes como explicativa del relego de la tarea de las primeras, y su explicación tiende a dividir responsabilidades.

[20] "Estas evidencias históricas invitan a repensar la visión romántica sobre los partos atendidos por parteras en un ambiente femenino y doméstico, y a reconocer el papel que tuvieron las propias mujeres en la cesión de confianza y poder a los médicos. Como sostienen estos estudios, para escapar de la muerte y del dolor cedieron tanto que luego fue difícil revertir la situación (Kholer Riessman, 1998)" (Felitti, 2011, p. 116).

Acá como es un hospital escuela, en realidad el que está digamos, en la primera línea de fuego, es el residente de primer año haciendo el parto normal, que está todo bien, con el residente de 2do atrás y la partera dando vuelta. Acá la partera perdió un poco la figura de estar ahí tanto. Está, se encarga de la patita, de la huellita, de la partida de nacimiento… [¿Cómo más un rol administrativo?] Exactamente. Acá perdió, bastante (Entrevista a Andrea, neonatóloga).

Rocío (médica obstetra) describe más ampliamente esta relación tensa con las parteras, reproduciendo choques entre comportamientos esperados y reales.

Me quedé pensando eso que dijiste de la partera, ¿por qué acá no participa tanto?

Por... tradición (risas), no sé, porque no quieren, porque no sé, porque se acostumbraron a que como hay residentes

¿Y qué hacen?

Papeles. Llenan el certificado de nacimiento, llenan el libro. Pero es muy raro que estén revisando pacientes, que estén asistiendo pacientes. En la guardia que estoy yo particularmente sí, pero porque las dos que están con nosotras, primero que nosotros se lo permitimos, nosotros las participamos para que sepan, lo que hay y cuando necesitamos es "por favor vayan a ver tal paciente, revisámela, controlala, fijate" o "ha internado tal cosa, a esta hay que ir a controlarla". Nosotras las hacemos partícipes de la atención, pero en todas las guardias no pasa lo mismo. Entonces si vos no le das el lugar y encima te toca alguna que está cómoda con no tener el lugar, listo. El resultado es que no hacen nada. No hacen nada digo. Pero, lo que pasa es que se acostumbran. Alguna que está en el privado y acá, yo en el privado las veo más activas desde el punto de vista de la atención del paciente. Acá yo sé que si les

pido que hagan un parto a esa misma partera, lo va a hacer. Que si le pido, pero se lo tengo que pedir, no le sale espontáneamente. Por ahí en privado, yo escribo los papeles y ellas están encima de la paciente. Igual acá escriben el papel, no te hacen la historia clínica. Lo que te escriben es el libro de partos, el certificado de nacimiento y la hoja de parto, que ahí pone los datos de la mamá, cómo fue el parto, datos del recién nacido, cuánto pesó, la edad gestacional, todas esas cosas. Pero no, no escriben la historia clínica, no bajan a la guardia... Antes lo hacían, mucho mucho antes de que yo ingresara, pero claro, al haber residentes ¿sí?, y como el residente de primero que está en, todos están en formación, entonces los chicos están mucho más, vos cuando sos residente como que querés estar en todos lados. Entonces eso un poquito fue desplazando la función, no la función, la actividad que tenía la partera, porque era preferible que en lugar de hacer el parto la partera que ya sabía, que ya había hecho no sé un montón de partos, le deje lugar al de primero que recién entró, que estaba aprendiendo. Entonces eh, bueno a muchas les ha quedado muy cómodo eso y lo aprovecharon y listo (Entrevista a Rocío, médica obstetra).

En este fragmento, Rocío describe cómo las tensiones, choques y superposiciones entre las incumbencias de distintxs actorxs del campo profesional obstétrico han ido delineando el lugar (relegado a lo administrativo) de las parteras en la atención. Lo cierto es que puede advertirse cierto tono peyorativo o culpabilizador, pero en su mismo relato se pueden encontrar razones múltiples, asociadas al lugar que la institución sanitaria les da a las parteras. De todos modos, reconoce distintos ámbitos de competencia, y piensa en el trabajo interdisciplinario o la complementariedad como horizonte de trabajo.

Yo creo que estaría bueno que participen porque se puede hacer, tienen una función distinta que la nuestra. Nosotros estamos formados más en lo médico y ellas están formadas más en lo que es psicoprofilaxis y ellas saben mucho más que nosotros, entonces

como que tienen otras herramientas que nosotros no las tenemos, que estaría bueno complementar, lo de uno y lo de otros.

¿Y eso cómo se podría hacer? ¿Es una decisión política?

Sí, yo creo que eso depende del jefe de servicio que es el que tiene que establecer las pautas de cómo tiene que funcionar el servicio (Entrevista a Rocío, médica obstetra).

En paralelo, las parteras entrevistadas también reconocen que en el hospital público ocupan un rol menor, en la mayoría de los casos por haber cedido el espacio a lxs médicxs, en otros por no haber podido sobrellevar la caza de brujas que se reactualiza diariamente. Es decir, por haber sido atravesadas por un discurso que deslegitima sus saberes y las somete o ubica por debajo o subordinadas a la decisión de lxs médicxs formadxs o en formación. ¿Cómo van a ser las responsables del cambio hacia la humanización si los equipos médicos no las estiman, si no tienen lugar (porque lo han cedido o lo han perdido) en el campo profesional obstétrico?

Pero la cuestión es que había muy pocos profesionales. Ponele, el más respetuoso que teníamos era [anonimizado, apellido de un doctor] y era uno. O sea… Después se empezaron a encaminar

¿Las parteras no son profesionales?

Sí, tratamos las parteras de encaminarnos pero ahí por más que nos pese, manda el médico. Ahí manda el médico (Entrevista a Bárbara, partera).

Otra partera, Sandra, menciona dos tipos de disputas interrelacionadas. Por un lado, las disputas internas: las diferencias jerárquicas y de conocimiento/experiencia con lxs residentes y lxs médicxs; sostiene que se manejan “criterios diferentes”. Por otro lado, las disputas jerárquicas: entre dirección, Ministerio, Gobernación. Cree que el Ministerio y la dirección deben bajar lineamientos. Paralelamente, la

trabajadora social sostiene "la corporación médica es un clan bastante particular, digamos, en sus modos de encarar, en sus modos de relacionarse con el resto, digamos, no sos médico y no sos nadie digamos".

Es importante remarcar que la construcción en el discurso de un "ellos" en el que depositar las críticas, me ha permitido describir lo que otrxs autorxs ya han detallado para otros contextos (Pozzio, 2013), en torno a la heterogeneidad de posturas médicas frente a la humanización del parto y las tensiones entre la estructura institucional y la voluntad de profesionales, que ayuda a complejizar la mirada y evitar lecturas reduccionistas que lxs ubican como lxs "malxs de la película". Sin duda, si en algunos casos me he encontrado con los que denomino *objetorxs de conciencia del parto respetado*, se debería incluir en la interpretación toda una serie de jerarquías médicas y condicionantes políticos, económicos y socioculturales que las implican y le dan un tinte diferencial a este campo profesional.

La respuesta a la pregunta sobre quiénes sostienen el modelo y, por ende, quiénes podrán modificarlo, debe tener en cuenta algunas de las claves que he descripto en forma provisoria y que es necesario seguir profundizando.

A modo de cierre y recapitulación: *hacer partos respetados*

Si tuviera que demarcar un aspecto ineludible en el discurso de las entrevistadas, que subyace y tiene una gran carga simbólica a la hora de representar su labor profesional, es la nominación de la tarea obstétrica como *hacer* los partos. Y entonces allí caben las preguntas: ¿no son las mujeres gestantes —y lxs bebxs por nacer— quienes *hacen* los partos? ¿Es lo mismo *hacer el parto* que parir? La normalización de este concepto que encierra en sí mismo una definición del quehacer profesional, deja fuera todo tipo de posibilidad de un rol protagónico de la mujer gestante en su propio proceso reproductivo. Asimismo, la acción de hacer el parto conlleva una visión intervencionista del evento perinatal, según la cual no existe la posibilidad de estar expec-

tante, acompañar, asistir, porque parecer ser que, tal como expresa Erviti (2010), los profesionales se presentan como "actores obligados a intervenir", responsables de evaluar el riesgo y "de definir las acciones" (p. 10).

En un campo profesional obstétrico atravesado por la búsqueda de la humanización de la atención perinatal y la erradicación de la violencia obstétrica, la transición entre modelos podría entenderse como un *hacer partos respetados*.

No es posible discriminar si el parto respetado como un elemento clave aparece en el discurso de las entrevistadas por efecto de la corrección política o por mera sinceridad, como una realidad que precede a los reclamos sociales en auge. Las profesionales sostienen que "nosotrxs" hacemos parto respetado, son "ellos" quienes no lo hacen. Al respecto, Camacaro Cuevas (2009) aporta una posible explicación:

> El estatus de paradigma incuestionable que le ha conferido a la obstetricia ser una disciplina médica, la cual a su vez asume las premisas del discurso científico, trae como consecuencia que todas las representaciones simbólicas, los dispositivos de significados de que se vale el discurso médico y sus disciplinas, les legitimen de una manera tan férrea, que producen un cuerpo médico con una ceguera total frente al impacto de la medicalización de la vida, la muerte, y su constante intrusión en los ciclos de la existencia humana (p. 154).

Paralelamente, Wagner (2006), exdirector del área de salud de mujeres y niños de la OMS, sostiene que esta distancia entre el hacer y el analizar el hacer de lxs profesionales de la salud, que no reconocen el sobreintervencionismo de su práctica, se explica porque "el pez no puede ver el agua en la que nada". Así:

> Los asistentes del parto ya sean doctores, matronas o enfermeras, que tienen experiencia en parto únicamente en hospitales, con un intervencionismo elevado y medicalizado, no pueden ver el pro-

> fundo efecto que sus intervenciones tienen en el parto (…) La mayoría de las personas que se dedican a asistir el parto desconocen qué es un parto no medicalizado. Toda la obstetricia moderna y literatura neonatal está basada esencialmente en la observación de un parto medicalizado (Wagner, 2006, p. 598).

No está de más decir que no fue criterio para la construcción de esta muestra la búsqueda de profesionales "amigables", más bien todo lo contrario: la búsqueda tuvo como eje rector la heterogeneidad (de actorxs, de disciplinas, de posiciones en el campo). Pues bien, eso no parece significar diversidad de discursos: todxs lxs profesionales indagadxs, tanto en las entrevistas como en charlas informales durante más de seis años de inserción en el campo, se pronuncian como reproductorxs de la tendencia fisiológica y humanista. Todxs hacen partos respetados, con la ambivalencia que esas palabras indican (*hacer* se vincula a intervenir, *partos respetados* se asocia a no hacerlo innecesariamente).

> Yo hago respetado siempre. Porque yo con la paciente digamos tengo en cuenta lo que quiere la paciente. Si la paciente quiere la peri, porque la quiere, si se la puedo hacer, se la hago. Si la paciente no quiere la peri porque no la quiere, porque no tiene ganas, por lo que fuere, y se le puede no hacer, yo no se la hago. Lo mismo me pasa con la episiotomía, con todas las prácticas, con la cesárea, con todo. De hecho hay pacientes que por ahí no quieren tener parto porque no quieren, porque tienen miedo, yo no las obligo a que tengan un parto. La que tiene una cesárea anterior, si quiere tener un parto y está todo dado y está todo bien para que tenga un parto, va a tener un parto. La que no quiere suero, no le pongo suero, siempre y cuando no sea necesario. O sea, yo lo pauto, lo charlo primero. Entonces a mí me parece que el tema del parto respetado como que se encasilla, que parto respetado es si no te dan suero, si no te ponen anestesia, si no te eh, si te lo hacen en domicilio, y no es eso. Respetado para mi es respetar lo que quiere la paciente

dentro de lo médicamente posible y correcto, o sea sin ponerla en riesgo (…)

Nosotros intentamos de ver y de hacer lo que cada paciente necesita, que es lo que me parece que hay que hacer. O sea si vos necesitás más atención, te voy a dar más a vos; si la otra necesita, no sé, que le cuelgue un suero porque se siente mejor con un suero, le cuelgo un suero. A veces el trabajo, la cantidad que hay acá y la cantidad de personas que somos no te permite dedicarle todo el tiempo que necesitan a las pacientes. Yo por eso creo que ahí es importante que las parteras participen. Porque ahí la partera sentada charlando con la paciente y dándole contención y todo, porque por ahí incluso ni vinieron al curso de preparto, no saben lo que quieren, porque el problema es ese. No es que si nosotros hacemos o no hacemos lo que quieren ellas o el deseo que tengan, sino que ni siquiera saben. No saben lo que les va a pasar, no saben lo que es normal, entonces como que falta eso que por ahí el hospital no es el lugar indicado para impartir ese conocimiento. Porque los pacientes no se controlan todas acá (Entrevista a Rocío, médica obstetra).

El aporte de este fragmento radica en que la médica vincula el respeto al caso particular de cada usuaria (que es lo que establece la legislación vigente) y sostiene que existe un desconocimiento de las mujeres sobre qué desean, o, mejor dicho, sobre qué pueden desear. Sin embargo, no relaciona esto con el monopolio/expropiación de los saberes por parte de la clase médica ni el incumplimiento profesional de la tarea de presentar alternativas a las mujeres, y propone de base una atención no intervencionista innecesariamente. Al respecto y en consonancia, Carla —que al igual que Rocío es obstetra tanto en el ámbito público como en el privado— sostiene:

La ley de parto respetado en realidad para mí no es respetar el parto eutócito fundamentalista. Para mí la ley de parto respetado

es respetar la voluntad de la mujer al momento de parir. Si la mujer quiere una cesárea, parir por cesárea.

Que sea una decisión informada.

Obvio. Lo que nosotros solemos hacer en el público, si ella quiere una cesárea, informada y consciente, si ella quiere una cesárea fantástico, parís por cesárea. Si la decisión es de un parto, buenísimo, ¿un parto cómo? ¿Querés esperar las 12 horas del trabajo de parto? Porque hay mujeres que no se lo bancan, hay mujeres que tuvieron dos o tres partos, que vos podes hacer un parto conducido, o sea, vos en la mujeres multíparas podés hacer un trabajo de parto conducido, que sabés que los riesgos no son los mismos que en una nulípara. Y la mujer en dos horas, tres horas tiene su parto. Y si es la elección de ella nosotros deberíamos hacer lo que la mujer quiere. Siempre y cuando no pongas en riesgo, las condiciones se den y esté bien informada y sepa bajo qué condiciones toma la decisión. Yo creo que el parto respetado es eso, respetar lo que quiera. Es respetar la decisión (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Para finalizar: lo que he querido mostrar en el desarrollo de este trabajo son las representaciones y tensiones respecto a la constitución de un *habitus* médico obstétrico hegemónico e intervencionista, desde la perspectiva y experiencia de lxs profesionales de la salud. Me propuse describir algunas características que surgen en las entrevistas a profesionales sanitarias de la atención de embarazos y partos, que permiten dar cuenta de las disputas y tensiones internas del campo profesional obstétrico alrededor de su quehacer profesional, y las relaciones con las tendencias típico-ideales construidas en torno a la disputa de dos modelos de atención: uno intervencionista y otro fisiológico.

Referencias bibliográficas

Arnau Sánchez, J.; Martínez Roche, M. E.; Nicolas Vigueras, M. D.; Bas Peña, E.; Morales López, R. y Álvarez Munárriz, L. (2012).

Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, 7*. ISSN 1695-9752

Camacaro Cuevas, M. (2000). *Experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico*. Universidad de Carabobo.

Camacaro Cuevas, M. (2008). Dos sentencias masculinas: parirás con dolor… parirás acostada. En Delgado de Smith y González (comp.) *Mujeres en el mundo. Migración, género, trabajo, historia, arte y política.* Laboratorio de investigación en estudios del trabajo. (LAINET). Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

Camacaro Cuevas, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de La Mujer*, *14*(32).

Cárdenes, G. C. y Ugarte, M. U. (2002). La mujer frente a las tecnologías médicas: Problemas éticos en el proceso del parto. *Revista de filosofía de la Universidad de Costa Rica, 40*(100), 125-132.

Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus *médico autoritario en México. Revista Mexicana de Sociología, 76*(2), 167-197. ISSN: 0188-2503/14/07602-01

Castro, R. y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: UNAM, CRiM.

Erviti, J. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos. En Castro, R. y López Gómez, A. (ed.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina: avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRIM.

Esteban, M. L. (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En Consuelo Miqueo Miqueo, Concepción

Tomás, Cruz Tejero Vela, María José Barral Morán, Teresa Yago Simón (coords). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas.* España: Biblioteca Nueva.

Felitti, K. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 18*.

Gilligan, C. y Salsa Cortizo, M. V. (2016*). Entre el acompañamiento y la producción de un campo disciplinar: Una mirada antropológica acerca del ejercicio profesional de las obstétricas*. Ponencia presentada en IX Jornadas de Sociología de la UNLP 5 al 7 de diciembre de 2016. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología. Ensenada, Argentina.

Magnone Aleman, N. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, *12*(5), 79-92. ISSN: 1852-8759.

Marton, B. y Echazú, M. (2010). La violencia simbólica en la consulta médica: la naturalización de la díada madre-hijo y la promoción compulsiva de la lactancia materna. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, 5.* ISSN 1984-6487

Pozzio, M. (2013). *Una propuesta de "Parto Humanizado", los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo*. Ponencia presentada en VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Sadler Spencer, M. M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. En Sadler, Acuña y Obach, *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género.* Colección Género,

Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, Santiago de Chile (pp. 15-66).

Schwartz, P. (2016). *Maternidades en verbo: identidades, cuerpos, estrategias, negociaciones: mujeres heterosexuales y lesbianas frente a los desafíos de maternar*. Buenos Aires: Biblos.

Valls Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: España Cátedra Ediciones.

Wagner, M. (2006). El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. *Medicina naturista, 10*, 120-132.

Paternidades juveniles en barrios populares: la construcción de una tipología como metodología de análisis[1]

Cintia Hasicic

Presentación

El tema de la(s) paternidad(es) ha sido abordado en general desde los problemas que genera la ausencia del padre y no a partir de una reflexión en torno a su presencia[2] (Viveros, 2008). La inclusión de los varones en temas vinculados a la salud reproductiva y a los cuidados fue creciendo de manera paulatina e indirecta a partir de investigaciones feministas centradas en la familia y la maternidad que denunciaban esta ausencia o su rol secundario en los procesos reproductivos y de cuidado. A pesar del aumento de estudios que indagan las paternidades, aún es poca la información disponible para comprender las paternidades de jóvenes, especialmente en contextos vulnerables.

[1] Este capítulo es una versión ampliada de la ponencia "Paternidades juveniles: relatos y experiencias de jóvenes de un barrio popular del Gran La Plata", presentada en las X Jornadas de Sociología de la UNLP.

[2] Esta misma tensión (presencia/ausencia) recorre todo el trabajo de campo de mi investigación y es la condición que, de acuerdo a los entrevistados, define quién es y quién no es padre.

En el marco de mi tesis doctoral,[3] en la que abordé las experiencias de paternidad(es) de jóvenes en barrios populares, presento aquí algunos hallazgos y reflexiones sobre los modos que asumen estas experiencias, sobre la base del trabajo de campo realizado en un barrio de la periferia platense.

En un primer apartado introduzco una tipología de paternidades juveniles (que denomino paternidad planificada, fortuita y *salvavidas*), de manera que permita conocer, comparar y explicar la homogeneidad o heterogeneidad que pueden asumir estas experiencias en un escenario barrial, identificando vulnerabilidades (Ayres, 2012) y soportes (Martucelli, 2006, 2007) previos y actuales, compartidos o distintivos, vinculadas a ellas. Me concentro en describir y analizar cómo se procesa y significa este evento en la vida de los entrevistados, evidenciando los sentidos que se le atribuyen, los cambios o permanencias que produce y las decisiones (o alternativas) que se despliegan y abren ante el embarazo. Asimismo, en un segundo apartado analizo las opiniones de los jóvenes sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Si bien paternidad y aborto se presentan como un binarismo irreconciliable que sobrevuela permanentemente los relatos de los jóvenes, considero que estas dos entidades en apariencia extremas conforman un mismo proceso, y su análisis conjunto resulta vital para comprender cómo se producen estas paternidades en los barrios populares.

Con el fin de indagar sobre las experiencias de paternidad y cuidado de jóvenes en contextos de vulnerabilidad social, adopté para la investigación un diseño flexible y un abordaje metodológico cualitativo. Utilicé la entrevista semiestructurada para adentrarme en los espacios en los que se desarrollan los jóvenes y explorar así el mundo de la vida cotidiana (Piovani, 2007). Las entrevistas[4] fueron realizadas a jóvenes

[3] Este trabajo forma parte de mi tesis doctoral denominada "Paternidades juveniles en barrios populares. Experiencias y relatos de varones padres de un barrio periférico de la ciudad de La Plata (2012-2015)".

[4] Todos los jóvenes que participaron en las entrevistas fueron informados de la

varones padres de entre 15 y 24 años de edad[5] de un barrio popular de la ciudad de La Plata (provincia de Buenos Aires) durante el período 2013-2015, sobre la base de una muestra intencional seleccionada por bola de nieve, a partir de los criterios de accesibilidad y heterogeneidad. El acceso a los hogares estuvo garantizado por mi participación previa en proyectos comunitarios de la zona.

Al momento de las entrevistas, la mayoría de los jóvenes se empleaban como albañiles o ayudantes de albañil, pintores, electricistas, repartidores, y en menor proporción, como cooperativistas municipales de barrido de calles y poda de árboles. Algunos se dedicaban *a la chatarra* (recolección, trozado y venta de chatarra) o al *cirujeo*.[6] De los cuarenta entrevistados solo dos poseían un trabajo "en blanco" o registrado a partir de su sindicato (UOCRA, sindicato de la rama de la construcción), mientras que siete se encontraban desempleados. En la tesis doctoral, también incluí 10 entrevistas a actores institucionales

naturaleza de la investigación, del objetivo, la pertinencia, el anonimato y la confidencialidad de la información, y se pidió su consentimiento por escrito.

[5] En nuestro país, el corte demográfico de la juventud en los censos y principales encuestas nacionales comprende la población entre los 15 y los 29 años de edad. Otros organismos y agencias internacionales definen la juventud entre los 15 y 24 años. Siguiendo a Cháves (2005, 2010) considero a la juventud como una construcción social heterogénea que no puede ser definida únicamente por la edad, pero utilizo este parámetro para delimitar los sujetos de la investigación.

[6] Como señala Perelman (2007, 2008, 2010) el *cirujeo* recibe diferentes nombres, además de este, el de recuperador urbano y el de cartonero. Señala que *el ciruja* como categoría analítica refiere a las personas que se dedican regularmente a la actividad de recolección de la basura, de materiales que pueden ser reciclados, ya sea en el nivel industrial o doméstico y que pueden incluir o no el uso de carros o caballos. Además de la recolección en sí, la actividad de *cirujear* comprende muchas otras tareas, como la separación y clasificación de algunos materiales, la limpieza, el preparado de los medios de trabajo, etc. Perelman indica que existen cirujas estructurales y nuevos cirujas. Los primeros desarrollan esa actividad durante décadas y su realización está naturalizada, y los segundos tienen una inserción más reciente y "cuentan con una trayectoria laboral alejada de la basura" (2010, p.8). En mi investigación, los jóvenes entrevistados pertenecen al primer grupo.

relevantes del barrio estudiado (referentes de establecimientos educativos, sanitarios, deportivos y organizaciones territoriales/sociales), bajo la premisa de que las experiencias de paternidad(es) de los jóvenes se construyen con otrxs, y que estas instituciones intervienen facilitando u obstaculizando estas experiencias.

La unidad de observación elegida es un barrio de la periferia sudoeste de La Plata, ubicado a seis kilómetros del casco fundacional de la ciudad. Al igual que otros barrios radicados en zonas periféricas del espacio urbano, presenta condiciones habitacionales y sanitarias mínimas, y la mayor parte de sus habitantes se encuentra en situación de pobreza.

La construcción del asentamiento comenzó en la década del ochenta, con el desuso del ferrocarril y las vías de transporte de carga de las principales fábricas de ladrillos aledañas para su comercialización, y se produjo en forma paulatina. De acuerdo al Registro de Villas y Asentamientos Precarios del Ministerio de Infraestructura bonaerense[7], en la actualidad viven alrededor de 170 familias. Otros datos que elaboré por medio de la base de Redatam del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 muestran que el 30 % de la población se encontraba en situación NBI. La condición de actividad, único dato que muestra el censo en relación con el trabajo, reveló que el 65 % eran ocupadxs, el 5 % desocupadxs y el 30 % inactivxs (de este porcentaje, el 70 % lo constituyen las mujeres). Por último, el 7 % de los habitantes del barrio son migrantes (especialmente de nacionalidad paraguaya) y el 7 % no sabe leer ni escribir.

[7] Creado por la Ley Provincial de Acceso Justo al Hábitat (N.º 14.449, promulgada en 2013 tras reclamos de organizaciones y fallos judiciales), el Registro Público Provincial de Villas y Asentamientos Precarios está integrado a un Sistema de Información Geográfica con imágenes satelitales y nutrido por datos que surgen del trabajo de campo de la Subsecretaría Social de Tierra, Urbanismo y Vivienda, de municipios y de organizaciones sociales.

Algunas definiciones teóricas

El punto de partida para comprender y analizar las experiencias de los jóvenes es definir a las paternidades como construcciones históricas y plurales. La paternidad no es unívoca y tampoco un aspecto desvinculado de la identidad de los varones (Fuller, 2000; Villa, 2007). Retomo las propuestas de estxs autorxs para referirme a "paternidades" o "paternidades múltiples" (De Keijzer, 2001, 2003; Bonino, 2003), alejándome así de las conceptualizaciones que las configuran como un tipo de relación universal y predeterminada de los varones con sus hijxs. La paternidad es entendida como una construcción social que cambia históricamente y tiene variaciones notables de una cultura a otra, así como entre las distintas clases sociales y etnias de un mismo país. Coincido con Figueroa (2000) cuando plantea que la paternidad integra el conjunto de *relaciones posibles* que pueden establecerse entre un padre y sus hijxs, sin reducirla a su dimensión biológica. Norma Fuller (2000) sintetiza el concepto como:

> un campo de prácticas y significaciones culturales y sociales en torno a la reproducción, el vínculo que se establece o no con los/las hijos/as y su cuidado. Este campo de prácticas y significaciones emergen del entrecruzamiento de los discursos sociales que prescriben valores acerca de lo que es ser padre y producen guiones de los comportamientos reproductivos y parentales. Estos últimos varían según el momento del ciclo vital de las personas. Asimismo, estas relaciones están marcadas por las jerarquías de edad, género, clase, raza y etnia (p. 37).

Si bien los mandatos de la paternidad tradicional o hegemónica, como sostienen Fuller (2000) y Olavarría (2006), se basan en proteger, proveer, educar y formar a lxs hijxs, parto de una conceptualización que da cuenta de su heterogeneidad, variabilidad histórica y especificidades particulares que asume a lo largo de la trayectoria de vida de los varones (De Keijzer, 2001; 2003).

Al respecto, Herrera, Aguayo y Weil (2018) indican que las nuevas generaciones de varones están conformadas por *nuevos padres*, que se diferencian del modelo autoritario extendido en generaciones precedentes. De ellos se espera un mayor involucramiento emocional, como demostrar más cariño hacia sus hijxs y mayor presencia y participación en su cuidado. Sin embargo, como señala Madrid (2017), es posible que estas modificaciones en los modos de ser padres se vinculen más a las reconfiguraciones de la masculinidad hegemónica (Connell, 1995), sin que eso propicie relaciones de género más igualitarias y una mayor equidad en la responsabilidad y distribución de las tareas domésticas en los hogares.

En esa dirección, Herrera, Aguayo y Weil (2018) sostienen que un conjunto de estudios muestran que los varones están interesados en participar más en la vida de sus hijxs (Barclay y Lupton, 1999; Deave y Johnson, 2008; Draper, 2003; Finn y Henwood, 2009; Henwood y Procter, 2003; Herrera y Pavicevic, 2016; Ives, 2014), pero no se perciben como cuidadores únicos o principales, especialmente si se trata de hijxs pequeñxs. El argumento de las mujeres como cuidadoras innatas o expertas (Faur, 2014) sigue vigente, en tanto ellas tendrían una disposición natural para el cuidado, mientras que el rol principal de los varones es mantener económicamente a sus familias.

En línea con estos estudios, mi investigación doctoral evidencia cómo en las prácticas de cuidado de los jóvenes entrevistados se pueden encontrar elementos asociados a un modelo tradicional o *male breadwinner* de paternidad (padre como proveedor único o principal de la familia, con un papel secundario en los cuidados) y un modelo relacionado con a "las nuevas paternidades" (padres involucrados material y emocionalmente con sus hijxs). El análisis pormenorizado de estas prácticas de cuidado excede a los objetivos de este trabajo, pero es oportuno señalar que los jóvenes entrevistados dan cuenta de esta tensión en su quehacer cotidiano.[8]

[8] En mi investigación, la tipología de paternidades se complementa con la construcción de dos modelos de cuidado: un modelo auxiliar y un modelo compartido. En ninguno de ellos se logra descentrar la responsabilidad principal de las mujeres en el cuidado.

Apelo al enfoque de *vulnerabilidad y derechos humanos* para observar cómo, en dónde y sobre qué sujetos o grupos se condensa la desprotección y la precariedad en la adolescencia y juventud. En este enfoque, el objeto principal de atención se desplaza de las identidades (personales o sociales) hacia las relaciones sociales, como las relaciones de género, las económicas y las generacionales (Ayres, Paiva, Buchalla, 2012). La vulnerabilidad es entendida como un conjunto de aspectos individuales y colectivos vinculados con una mayor susceptibilidad a padecer perjuicios y menor disponibilidad de recursos para su protección (Ayres, 2012). Así, se distinguen tres dimensiones en permanente interacción: individual, social y programática. Lo individual refiere a las relaciones intersubjetivas, lo social a los espacios concretos de interacción y lo programático a las políticas e instituciones. Asimismo, este enfoque ofrece un marco de recursos y acciones para identificar e intervenir sobre las diversas relaciones de vulnerabilidad y sus efectos negativos (Pecheny, Bruno, Hiller, Binstock y Manzelli, 2012).

Por último, un concepto importante para la construcción de la tipología sobre paternidades es el de soportes. Danilo Martuccelli (2007a, 2007b) los define como aquellos medios materiales e inmateriales, relaciones u objetos, experiencias o actividades diversas, que permiten a los individuos sostenerse en la existencia. A diferencia de los recursos o capitales, los soportes rara vez son utilizados en un nivel instrumental: son de tipo relacional, escapan al control unilateral y suponen vínculos intersubjetivos (Martuccelli, 2007). La noción de soporte en su concepción ampliada, tal como la propone el autor, se muestra como una herramienta de análisis productiva para comprender los distintos modos por los cuales los individuos se sostienen en el mundo. El análisis de los soportes —sean estos de orden afectivo, material o simbólico— revela que tienen distintas visibilidades y legitimidades, por lo que un soporte puede resultar estigmatizador, ambivalente o patologizante. Así, personas y grupos en posición de privilegio (social,

económico, cultural) tienden a poseer "soportes invisibles", que incrementan el sentimiento de un sujeto que se sostiene y realiza efectivamente desde el interior. Por el contrario, los individuos en situación de fragilidad social, son definidos como dependientes por contar con algunos soportes menos legitimados socialmente (como por ejemplo, recibir ayuda estatal).

La importancia de los soportes en este trabajo radica en que las experiencias de paternidad(es) de los jóvenes son condicionadas por el tipo, el número y la calidad de soportes o apoyos (familiares, sanitarios, institucionales, laborales, programáticos, recreativos) que dispongan, lo que hará que sus experiencias varíen, se vean facilitadas u obstaculizadas. En este sentido, los soportes mencionados también pueden funcionar como *no apoyos* y así dificultar estas experiencias.

Voy a ser papá

Para avanzar en el análisis de las formas que asumen las paternidades de los jóvenes del estudio, recurrí a la elaboración de una tipología que facilitara la interpretación de los datos producidos. La construcción de tipologías se emplea como una herramienta heurística que, como explica Mc Kinney (1968), parte de la selección, combinación y articulación de un conjunto de atributos sobre los cuales se elabora una taxonomía con el fin de analizar comparativamente la información. Como señala Roberti (2018), estas construcciones no configuran un ejercicio únicamente lógico o conceptual, sino que es necesario recurrir de manera constante a la información de campo para que en este diálogo las categorías de análisis y sus significados sean explicitados. En toda tipología se combinan diferentes variables que se ajustan en mayor o menor medida a cada tipo, al resaltarse aquellos elementos distintivos que conforman la clasificación.

En mi investigación, el uso de tipologías permitió un análisis de las regularidades y diferenciaciones de las paternidades de jóvenes

que pertenecen a un mismo sector social, en la que resalté determinadas dimensiones que emergen del campo de manera significativa por encima de otras consideradas menos relevantes en términos explicativos e interpretativos, pero que en la realidad analizada aparecen mezcladas e incluso en formas contradictorias.

Podemos observar la clasificación de estos grupos y sus dimensiones en el siguiente cuadro (Tabla 1).

Tabla 1. Tipología de paternidades

Tipo de paternidad	Escolaridad	Tiempo de noviazgo	Consumo problemático de sustancias	Reacción familia ante noticia	Instituciones/ soportes	Conflicto con la ley/ policía	**Combinación trabajo/ cuidado**	**Función paterna**
Planificada (“Quise tener a mi hijo”)	Mayor	Extensos (más de 2 años)	No	Naturalizada	Múltiples (familia, escuela, club)	No	Compartida	Trabajar y “estar con lxs hijxs”
Fortuita (“Cayó del cielo”)	Mediano, algunos se encuentran en la escuela	Breves o casuales (hasta 6 meses)	No	Crítica y negativa	Pocas (club, escuela)	No	Mayor participación femenina	Trabajar
Salvavidas (“Me tiraron un salvavidas”)	Menor	Medianos (6 meses hasta 2 años)	Sí	Naturalizada	Se identifica mayormente a la familia	Sí	Compartida	Sacrificar, “traer”, aguantar

Fuente: Elaboración propia

En relación con las primeras reacciones de los entrevistados ante la noticia del embarazo, es posible establecer dos grandes posiciones: un grupo de jóvenes para quienes el acontecimiento de la paternidad aparece como un evento esperado, y otro para quienes, por el contrario, se presenta de modo inesperado. A continuación detallo las características de cada uno.

La paternidad planificada

Dentro del grupo donde la paternidad aparece como un evento esperado se encuentran los jóvenes cuya paternidad fue planificada, en el que se sitúa la menor cantidad de casos de la muestra. Se trata de parejas de jóvenes que se conocían y convivían en un mismo hogar desde un tiempo considerable (por lo menos dos o tres años) y/o tenían entre cuatro y cinco años de noviazgo. Entre esos casos, se encuentran los de Ramón y Daniel.

Ramón tiene 22 años y hace cuatro que está en pareja con Rocío. Vive con ella en la casa de su madre, donde ambos atienden un kiosco que "vende de todo". El kiosco logró darle cierta estabilidad laboral luego de haber trabajado como empleado en una herrería, un lavadero de autos, en el mantenimiento del club del barrio y de albañil. Si bien el negocio funciona, el dinero es insuficiente para mantener su hogar, por lo que además toma algunas changas cuando lo llaman. Haber dejado la escuela el año anterior a finalizarla complica, según él, sus posibilidades de encontrar un trabajo de calidad. En ese marco, y luego de varios embarazos perdidos, se produce el nacimiento de Ana (un año).

A lo largo de su relato es posible apreciar el deseo de su paternidad, la alegría que significó la llegada de su hija. Asocia a Ana con "sensaciones buenas", de ternura, de una nueva presencia que comienza a ser el centro de su vida.

Cintia: ¿Hace cuánto están juntos [con tu pareja]?

Ramón: Hace cuatro años. El bebé ya lo habíamos planeado, bastante, no es que salió por nada. Nosotros perdimos dos hijos [dos

embarazos], tuvimos la mala suerte de perder dos hijos, y bueno, la tercera fue la vencida. Fue difícil, pero tuvo su recompensa.

C: ¿Cómo lo tomaron tus amigos del barrio que ibas a ser padre?

R: Ah, ¡me felicitaron todos! Sí, fue una alegría enorme, sí, fue bueno. Sentir que soy papá es buenísimo.

C: ¿Por qué?

R: Porque es tener una hija, es dar una vida. Yo no quería tener un hijo después, de ser más mayor de lo que soy. Yo pensaba en tener una hija ya de chico, hace un montón.

C: ¿Y desde cuándo pensabas que serías ser papá?

R: Como que me salió solo el pensamiento. También yo me crié con mi sobrina desde que era chiquita y con mi hermana. Ella tiene una hija que tiene 10 años y me llevaba bien con las nenas, me gustan las nenas[9] (Ramón, 22 años).

Es evidente que el deseo de ser padre no es un pensamiento *que viene solo*, sino que responde a una construcción que obedece a varios factores, tanto sociales como biográficos. En la historia personal de Ramón, su crianza con hermanas y sobrinas parece tener un peso importante: aprendió a estar a cargo de ellas y cuidarlas, darles de comer, llevarlas al jardín de infantes o la escuela, entre otras tareas. Así, Ramón entiende que la paternidad es un *trabajo más*, uno difícil, pero también muy placentero. La asociación de la paternidad con el trabajo puede ser interpretada en dos direcciones: por un lado, remite al aspecto proveedor del modelo de masculinidad hegemónica descripto anteriormente, y por otro, Ramón concibe y pondera al cuidado como un trabajo, equiparable al extradoméstico.

[9] La declaración sobre su predilección por las hijas mujeres es significativa, porque un atributo que caracteriza a la totalidad de los entrevistados es la preferencia por los hijos varones.

Al igual que Ramón, Daniel (23) también quería ser padre joven. Explica que sus ganas de ser papá comenzaron desde chico, en el marco de una familia numerosa compuesta por nueve hermanas y sus sobrinxs pequeñxs. Ese importante número es el que también lo obliga a dejar la escuela a los 15 años y salir a trabajar para ayudar a su madre, luego de la separación de sus padres. Así, comenzó lavando autos y luego fue ayudante de cocina en un restaurante del centro de la ciudad. Allí le pagaban muy poco, por lo que aprendió a ser jardinero y trabajar en parquizaciones. Entre esos cambios de empleo, conoció a su pareja y luego de cuatro años de noviazgo tuvieron a Brisa (dos años).

Pero a diferencia de Ramón, el noviazgo de Daniel no fue bienvenido en la familia de su pareja. Él manifiesta que la decisión de tener a su hija fue, además de un deseo, una alternativa para ser aceptado por la familia de su novia. Así, además de sus intenciones de convertirse en padre, Daniel logra a través de Brisa sellar su unión con su pareja y conformar una familia.

Cintia: ¿Y vos tenías ganas de ser papá?

Daniel: Sí, siempre estuvo eso. Y bueno, se me dio la oportunidad, aprovechándola.

C: ¿Y de dónde vienen esas ganas de ser padre?

D: Por mis sobrinos más que nada. Tengo bastantes sobrinos. Y fue por ellos más que nada. O sea, yo siempre estaba con ellos, jugaba, no sé, pero era estar siempre ahí con ellos juntos y ahí empezaron las ganas. Ella [Brisa] llegó porque nosotros la buscamos, por el tema de que la familia de ella no quería que nosotros estemos juntos. Entonces para llegar adonde estamos ahora, la única opción que nos quedó fue esa. Así que, bueno, 4 años que estamos juntos, la nena tiene 2. Pasaba que yo por ahí antes usaba, era de la época de usar aritos y para ella [la madre de su pareja] eso ya era ser, como que te diga *un negro*. Y no le gustaba. Siempre juzgando sin

conocer. Si ella [mi hija] no hubiera llegado, no estaríamos donde estamos ahora. Yo no hubiese aguantado, no hubiese seguido aguantando que sigan hablando sin conocerme (Daniel, 23 años).

Contrariamente al caso de Daniel, los suegros de Alejo (19) fueron quienes más alentaron su paternidad. De novio desde los 14 años con María, la llegada de Florencia (dos años) fue muy esperada por su familia política. Tanto Alejo como María están terminando sus estudios secundarios en el programa FinEs de la unidad básica del barrio y trabajan en la construcción y en un supermercado chino, respectivamente.

Como Daniel, Alejo dejó la escuela algunos años antes de ser padre. En su caso, los continuos cambios de escuela por "mal comportamiento" o "su incapacidad de adaptación" lo condujeron a una trayectoria educativa intermitente que lo llevó a abandonar los estudios en séptimo grado, cuando comenzó a trabajar. Primero se empleó como albañil en la construcción con su suegro, luego probó suerte como repartidor en una pizzería, pero el negocio cerró. Esta situación provocó que volviera a trabajar como albañil con su suegro. Al sentir que ya estaba relativamente estable en su empleo, retomó los estudios en el FinEs para concluirlos el año siguiente. En ese contexto, y tras cinco años de noviazgo con María (19), la idea de armar una familia propia comienza a tomar forma hasta concretarse con el nacimiento de su hija.

Alejo: [Mi pareja] Me dijo que tenía un atraso, que no le venía y le dije "*bueno, vamos y compramos un test en la farmacia"*, y nada, dio positivo y nos abrazamos y todo.

Cintia: ¿Y tus viejos cómo lo tomaron, los viejos de ella?

A: Re bien, sí, los viejos de ella ya nos decían "*¿Y cuándo nos van a traer un nieto?"*.

C: ¿Ah sí? ¿Y vos cómo te tomabas que te dijeran eso siempre que te veían?

A: Nada, los padres de ella me re quieren, como un hijo propio (Alejo, 19 años).

A pesar de los matices que se pueden apreciar en las distintas historias presentadas, el atributo común (y distintivo de otros tipos) que subyace a los relatos de estos jóvenes es el deseo de ser padres. Vinculan este deseo, en parte, a las tareas de cuidado que realizaron desde temprana edad, cuando se encargaban de hermanxs menores mientras sus padres estaban ausentes o en sus trabajos. Estos discursos desafían las definiciones habituales de masculinidad en los barrios, dado que es socialmente aceptado y esperado que las mujeres —y no los varones— sean socializadas y preparadas para cuidar y ser madres, a través de las familias y las instituciones escolares, entre otros dispositivos que se hacen eco de los mandatos de género. En el caso de los varones, estos mandatos privilegian otras cualidades (como la potencia, la fuerza, el coraje) y roles (de mando, de decisión), que distan en gran medida de cómo aprender a criar y principalmente cuidar a otrxs, sean niñxs, adultxs mayores, parejas, etcétera.

Este conjunto de jóvenes se caracteriza, además de tener una pareja estable previa a la paternidad (son noviazgos que superan los dos años de relación y hasta cinco, como en el caso de Alejo), por contar con un mayor nivel de escolaridad (son los que menos años de repitencia presentan en la muestra, entre uno/dos años) y por transitar o haber transitado por diferentes instituciones barriales o educativas, como clubes deportivos, a diferencia de los otros grupos de jóvenes. Tanto Ramón, como Daniel y Alejo asistieron desde pequeños al club barrial, donde jugaron en las ligas infantiles de fútbol. A lo largo de sus vidas, continuaron vinculados a la institución. Si bien tuvieron que desarrollar tareas de cuidado en sus hogares de origen por las necesidades económicas que atravesaban, ninguno de ellos relata situaciones de violencia en su infancia, como tampoco episodios de violencia con la policía o experiencias de consumo problemático. Así, este grupo de jóvenes padres es el que presenta menos vulnerabilidades frente a los

otros dos tipos que componen la muestra. Como mencioné, el mayor número de casos de la investigación se reúne en el segundo grupo, donde el embarazo irrumpe como un episodio sorpresivo o fortuito, de grandes miedos, angustia —y en ocasiones, poco grato— que se sintetiza en expresiones como "quería que me tragara la tierra, como todo pibe", "nos mandamos un moco", "quedé shockeado". Dentro de este conjunto de jóvenes, que comparten el carácter inesperado de su paternidad, existen dos subgrupos: la *paternidad fortuita* por un lado, y la *paternidad salvavidas*[10], por otro. Es en este último grupo donde se reúne la mayoría de los entrevistados, como mostraré a continuación.

La paternidad fortuita

Francisco tiene 16 años y está cursando el primer año del Polimodal en una de las escuelas cercanas al barrio. Tiene seis hermanxs mayores y vive actualmente con su mamá. Es novio de Jésica desde hace un año y fue papá de Rosario hace dos meses. Además de asistir al colegio por la mañana, Francisco ayuda algunas tardes a su hermano albañil en diferentes obras, pero no de manera regular. Con ese dinero y la Asignación Universal por Hijo (AUH), solventa ciertos gastos del cuidado de la beba. Los días que no trabaja, se dedica a *subir* historias de su barrio relatadas por él mismo en un canal de Youtube que creó junto a Juan, su amigo y padrino de su hija.

Si bien la llegada de Rosario fue inesperada y significó para Francisco un cambio importante en su vida (dejar algunas amistades, la pérdida de cierta autonomía de horarios y actividades), continuó asistiendo a la escuela a diario. Sus padres se visualizan como el principal soporte, al brindarle un respaldo tanto económico como emocional en el cuidado de su hija, el cual habilita en gran parte esta continuidad escolar. En el siguiente fragmento y a lo largo de todo el relato de

[10] La *paternidad salvavidas* es una categoría nativa que retomo y utilizo para la construcción de la tipología.

Francisco, es posible rastrear expresiones de marcada impronta moral y normativa respecto a sus decisiones sobre su paternidad:

> **Cintia: ¿Y cómo fue el tema de la noticia de la bebé?**
>
> **Francisco:** Cuando me enteré de la bebé quería que me trague la tierra. A la bebé no la esperábamos para nada. No fue planificado, no planificamos nada, lo único que le dije [a mi pareja] es que *"Dale vamos, vamos a meterle"* [salir adelante]. *"Si nos mandamos este moco vamos, vamos a darle para adelante, vamos a dar la cara"* y nos juntamos antes de que naciera la bebé. Nos juntamos y ahí empezamos a convivir con mi familia, que nos ayudaron un montón, aunque al principio no (Risas).
>
> **C: ¿Y vos sentís que cambiaron algunas cosas de tu vida con Rosario?**
>
> **F**: Y sí, antes estaba más con mis amigos, no estaba mucho en mi casa, no pedía permiso, hacía lo que yo quería. Las salidas también se me cortaron un poco, y me abrió más los ojos, por ahí no boludeo tanto como antes (Francisco, 16 años).

Una historia similar es la de Santiago (17), que se convirtió en padre a los 16. Su pareja era una compañera de la secundaria con quien salía hacía pocos meses. El nacimiento de su hijo provocó que Santiago empezara a trabajar. A diferencia de Francisco, que acompañaba a su padre y a su hermano en trabajos de construcción, Santiago nunca lo había hecho. Su pareja (a la que él alude como su "señora") continuó asistiendo a la escuela por la mañana hasta que su embarazo lo permitió, y compensó el año que restaba por medio del régimen para alumnas embarazadas[11]. Sin embargo, Santiago no fue beneficiado con

[11] El régimen especial de inasistencias justificadas para alumnas embarazadas que cursan en establecimientos de gestión estatal o privada está contemplado en la Ley N.° 11.273. En 2014 fue reemplazada por la Ley Provincial 14.637 que incorporó alumnos en condición de paternidad.

este programa. Así, consiguió una vacante en el turno vespertino en la misma escuela que le permitió trabajar de día y estudiar de noche. Además, gracias a un contacto de su padre, obtuvo un empleo en un taller de refrigeración donde repara electrodomésticos. Su trabajo le gusta porque le permite cierta autonomía de horarios en función de la demanda, y le asegura así un poco de tiempo para su hijo. En su relato, Santiago describe su rutina diaria y el sacrificio que supone combinar el trabajo con el estudio, coordinar las horas de trabajo de su "señora" y dedicar tiempo para estar con su hijo.

> Santiago: Yo siempre quise trabajar, tener mi propia plata, pero empecé cuando me enteré lo del nene. Me levanto a las 6 y media de la mañana, trabajo desde las 7 hasta las 5 y media, 6, que vengo para acá, al colegio, y de acá me voy allá, a mi casa de lunes a viernes. Los sábados trabajo medio día, por suerte.
>
> **Cintia: ¿Y te queda tiempo para estar con tu hijo?**
>
> S: Sí, me queda tiempo. Ahora estuvimos hablando con mi jefe para que martes y jueves trabaje medio día, así puedo estar con él. Hubo un tiempo que mi señora hacía un curso de repostería para poder entrar a trabajar también, pero no sé qué pasó con el curso que no lo pudo terminar. Ese tiempo yo salía de trabajar temprano, me quedaba con el nene, así que… Sí, tiempo tengo para estar, poco pero… Tengo que trabajar y terminar acá [la escuela] (Santiago, 17 años).

Sin embargo, no todos los que componen el grupo de la paternidad fortuita asisten actualmente a la escuela como Francisco y Santiago. Aquí también encontramos jóvenes que han dejado los estudios con anterioridad al momento de convertirse en padres. Este es el caso de Jerónimo (19), que tiene un bebé de siete meses y trabaja desde hace cuatro en la cooperativa barrial de barrido de la Municipalidad. Convive con su madre y su novia. Desistió finalmente de la

escuela en noveno grado, luego de intentar retomar los estudios en varias oportunidades.

Jerónimo: Sí, pasé por varios colegios, en la primaria fui a la Escuela X. Y de ahí me echaron y me fui al Instituto. Al que está frente a la plaza, y después de ahí acá a una cerca.

Cintia: ¿Y por qué te echaron?

J: Por la mala conducta.

C: ¿Y te gusta tu escuela ahora?

J: No voy a la escuela, dejé en noveno. Estaba pensando en ir, pero ahora se me pasó el año.

C: ¿Y en noveno por qué dejaste?

J: Porque hice noveno, lo repetí. Bueno, me dije, *"voy a hacerlo de vuelta"*, lo hice de vuelta, repetí, bueno, *"vamos a hacerlo de vuelta"*, hice de vuelta y repetí, y ya está, me cansé.

C: Claro, ¿y vos por qué creés que repetías?

J: Y porque no me llama la atención. Veo al profesor que está hablando y como que lo escucho pero quedo en el aire, no lo estoy escuchando. No me interesaba mucho la escuela. Aparte ya hacía unas changas de jardinero, así que ni bola.

C: ¿Y ahora con el bebé?

J: Sí, no, fue todo medio… Vino, cayó del cielo. Fue por estar ahí… en el momento.

C: Claro. Pero ustedes habían pensado en…

J: No, no, vino del aire. Muy de golpe fue, como… No caía que iba a ser papá, porque yo tenía 18 y mi novia 17 (Jerónimo, 19 años).

Es importante aclarar que solo en tres casos del total de la muestra analizada, la paternidad es el motivo de abandono de la escuela. Este dato abona los planteos de Fainsod (2007, 2008) y Gogna y Binstock (2013, 2017), quienes sostienen, para el caso de las jóvenes mujeres embarazadas, que las jóvenes en muchas ocasiones se encuentran excluidas del sistema educativo antes de ser madres, y no de manera inversa, como podría esperarse. Estas autoras, amparadas en los enfoques críticos de los embarazos y las mater/paternidades adolescentes, explican el abandono escolar no por la ocurrencia de los embarazos, sino por las situaciones de desigualdad económica y social que anteceden y configuran los contextos de lxs jóvenes en los cuales se producen estos eventos.

Numerosas publicaciones y encuestas sobre jóvenes (Indec, 2015; Poy, 2018) refuerzan la asociación o la concurrencia entre paternidad y abandono escolar, como también la incidencia del nivel educativo de los jóvenes y el estrato socioocupacional en las paternidades juveniles. En los informes de ODSA (2018) se indica que lxs jóvenes con bajo nivel educativo ingresan más temprano a la paternidad/maternidad que lxs más educadxs, mientras que aquellxs con secundaria incompleta o menos tienen su primer hijx a los 19,4 años, y lxs que concluyeron ese nivel ingresan a los 21,2 años. El estrato socioocupacional también muestra inequidades respecto de la edad promedio de ingreso a la paternidad/maternidad: quienes viven en hogares de clase media profesional tienen su primer hijx a los 23,6 años, casi cuatro años de diferencia con respecto a lxs jóvenes de hogares del estrato trabajador pobre.

Asimismo, el relevamiento de Poy (2018) indica que seis de cada 10 jóvenes del estrato trabajador pobre que han tenido hijxs ingresaron a la paternidad/maternidad a partir de un evento temprano o adolescente, mientras que solo uno de cada 10 jóvenes del estrato medio profesional estuvo en la misma situación. Las diferencias regionales indican que el principal contraste se registra entre lxs residentes de

CABA y lxs demás jóvenes, ya que solamente 12,3 % de lxs jóvenes con hijxs de CABA fueron padres adolescentes, frente a proporciones que casi se cuadruplican en los demás aglomerados urbanos.

En mi investigación, el principal motivo de deserción escolar de los jóvenes es la dificultad que representa combinar los estudios con el empleo/trabajo que desarrollan en paralelo, incluyendo los reiterados cambios de colegios, la repitencia por inasistencias y el escaso interés que poseen para los entrevistados las instituciones escolares (como en el caso de Jerónimo, que pese a su empeño no lograba prestar atención al docente en el aula ni lo convocaban los contenidos curriculares). La escuela había sido abandonada antes de convertirse en padres por el apremio del trabajo, de "colaborar en la casa", "de mantenerse solos" o por querer disponer de dinero propio, lo que se constituyó en un rasgo común y trasversal a los tres grupos de paternidad identificados.

En el grupo de los jóvenes que componen la paternidad fortuita, los embarazos ocurren en el contexto de noviazgos breves (no superan los seis meses de relación) o con parejas casuales, por lo que los jóvenes conocen escasamente a sus compañeras, quienes de manera abrupta comienzan a ser sus "señoras". Pero el elemento distintivo de este grupo es que la paternidad se presenta como un *evento problemático* que trastoca la rutina de los jóvenes a partir de un conjunto de cambios importantes en sus prioridades, principalmente en su autonomía ("hacer lo que quiero") y también en sus actividades diarias. Así, Francisco (16) dejó de disponer de tiempo para pasar con sus amigos y comenzó a reorganizar sus días en función de la escuela y el trabajo. Por su parte, Santiago (17) necesitó buscar un empleo para afrontar los gastos del cuidado de su hijo y al mismo tiempo asistir a la escuela por la noche para continuarla. En este tipo, la paternidad aparece como un acontecimiento que reconfigura las trayectorias de los jóvenes y produce cambios que son interpretados de manera negativa por los entrevistados, como la falta de tiempo libre, la autonomía de horarios, entre otros.

Este grupo de jóvenes ha transitado por espacios recreativos o deportivos, generalmente desde pequeños; han integrado el equipo de fútbol o básquet del club barrial, y varios continúan haciéndolo en forma menos sistemática pero sin perder el lazo con la institución. En sus relatos, se autoidentifican fuertemente con el club (algunos de sus hijos heredaron el nombre de dicha institución, como en el caso de Ezequiel y su hijo Martín, nombrado así en referencia al club barrial), y mantienen un vínculo estrecho con sus dirigentes e integrantes. Además del club de fútbol, los jóvenes mencionan otros dos espacios barriales que funcionan como soportes en sus vidas y en sus paternidades: el programa FinEs de la unidad básica y el comedor barrial permiten a los jóvenes que no pudieron continuar en la escuela por sus horarios, tener una alternativa que habilita combinar el trabajo, el estudio y el cuidado.

La paternidad salvavidas

Federico tiene 20 años. Su vida estuvo marcada desde muy temprana edad por las adicciones. A los 12, luego de tener una fuerte discusión con su padre y dispararle con un arma, Federico relata "me fui a la calle y me agarró la droga". Después de estar internado sin éxito en diferentes centros de rehabilitación, conoció a su actual pareja y tuvieron a Jazmín. Él considera que su hija fue la única persona que lo pudo ayudar con su consumo, se sentía muy perdido y solo. Ninguna institución o persona parece, al menos en su discurso, haber colaborado efectivamente para revertir la situación en la que se encontraba.

Cintia: ¿Cómo fue el momento cuando [tu novia] te dijo que estaba embarazada?

Federico: Se me cayó una lágrima y fue lo mejor ahí. Fue un parate, porque yo antes estaba perdido por la adicción, tomaba mucha cocaína y fue la única que me pudo así dar un parate en mi vida, tranquilizarme un poco, empezar a laburar, todo. Andaba en la ca-

> lle, en la joda, en la delincuencia, en todo, andaba mal, perdido por todos lados, enfermo, internado y no me importaba nada (Federico, 20 años).

No obstante, a lo largo de su relato pude rastrear que su madre constituyó un importante apoyo para enfrentar sus adicciones. Ella logró convencerlo de la necesidad de internarse y ofició de sostén afectivo, especialmente en las recaídas de su tratamiento en las sucesivas internaciones que transitó.

Alan, Fernando, Leandro, Eugenio y Diego también atravesaron experiencias similares con las adicciones, y la noticia del embarazo inauguró un proceso de cambio de prioridades y un conjunto de promesas de *superación* en relación con el consumo y el "ganarse la vida" de otro modo, no ya mediante el robo —hasta entonces la "actividad" principal— sino a través de un empleo (como pintor, albañil o cooperativista). De acuerdo con sus relatos, esto no fue nada fácil en un contexto barrial en que las oportunidades para los jóvenes son limitadas. Una vez más, como en el caso de Federico, aparece discursivamente una apuesta o una decisión de índole individual, a fuerza de voluntad, más que una decisión respaldada o apuntalada por alguna institución. Incluso en las entrevistas se pueden rastrear las tensiones o consecuencias que, en ciertos casos, estas decisiones de cambio desencadenan para los jóvenes, sobre todo en el grupo de pares o amigos varones, como insultos, descreimiento o aislamiento. Sin embargo, las familias se erigen —en la medida de sus posibilidades— como los principales apoyos para estos jóvenes en los momentos más acuciantes. En este grupo más que en los otros dos tipos de paternidad, la escuela había sido abandonada varios años antes de convertirse en padres, por lo que no aparece como un soporte en ninguno de sus relatos. En el caso de Alan (23) como en el de Germán (20), la Iglesia evangélica también se constituye como un espacio de contención, que retoman cuando conocen la noticia del embarazo.

> Yo era uno de esos, uno de esos que se juntaba en la esquina. Tuve problemas con la droga, con el alcohol. Estuve internado, casi me muero. Por eso [ser papá] fue como un salvavidas para mí. Fue como que me tiraron un salvavidas y yo me agarré. Me cayó como una sorpresa y lo primero que hice fue abrazarla fuerte [a su pareja]. Fue difícil porque me tuve que alejar de todas las amistades que yo tenía. Me trataban como sapo de otro pozo después, porque me decían: "*¿Qué te hacés el rescatado? Lo tuyo es una pantalla*" y todas esas cosas. "*Ya no sos más el Alan, no sos más vos*". Mi familia fue la que me ayudó con esto, volví a la iglesia que me había alejado y orar también me ayudó a darme fuerza para no caer de nuevo (Alan, 23 años).

Así como el consumo se posiciona como una experiencia central y común a los jóvenes de este grupo en especial, los conflictos con la policía o las fuerzas de seguridad emergen también como parte de la cotidianeidad de sus vidas. Un número significativo de ellos ha tenido al menos un episodio con la policía (otros hasta seis), estuvo detenido por breves períodos o continúa con procesos judiciales —especialmente por causas de robo, uso de armas de fuego o situaciones de violencia al vincularse con las *hinchadas* platenses de fútbol—. Más allá de lo relatado, las marcas en sus cuerpos, cortes, puntos en la cabeza, también hablaban de cierta familiaridad con la violencia en su diversidad de formas (el uso de la fuerza por parte de la policía, su vinculación con las hinchadas, las peleas en el interior de los barrios).

> Y [cuando me enteré del embarazo] no supe qué contestar, me quedé callado. Me puse a pensar, "bueno, joya", le digo [a mi pareja]. Mejor, yo estaba re mal, yo era un pibe que había caído en cana, todo. Todavía sigo firmando en el Patronato de Liberados. Tengo tres años y medio para firmar, porque me dieron la común. Estuve una semana en comisaría por robo en Romero. Después tuve una audiencia y como dije que estudiaba, que trabajaba, *que*

iba a ser papá, que me estaba portando bien… me dieron unos requisitos para hacer, me dijeron que me la disminuían [la condena] (Eugenio, 20 años).

Yo me acuerdo que estaba re flaquito, ni comía, estaba ahí entregado. Apenas amanecía me venía a la esquina, estábamos ahí hasta la 1, 2 de la mañana. Me dice uno *"Vamos a una joda"*, un día de lluvia, y bueno nos fuimos y nos pintó de todo, qué se yo, robar. Estuve más o menos dos semanas encerrado en una alcaidía por robo calificado. El defensor nuestro nos hablaba mal. Yo recé una banda, *"Que por favor nos cambien de abogado, y por favor sacame de acá"*. Rezaba mucho, le pedía a Dios *"que cuando salga de acá me voy a juntar, voy a tener una familia, voy a hacer las cosas bien, voy a ir a la iglesia"*. Y se me dio. Después me firmaron la libertad, ahora estoy firmando hace tres años más o menos. Y salí de ahí adentro y la conocí a ella [pareja]. De a poquito ya salía otra vez, pero ya no me juntaba ahí en la esquina. Ya me di cuenta y dije *"No, otra vez que me pase, ya voy adentro* (Diego, 20 años).

El testimonio de Diego y su promesa de conformar una familia y "portarse bien" una vez concedida la libertad, sugiere pensar en los proyectos de vida posibles o viables para estos jóvenes, en apariencia antitéticos para ellos: uno relacionado con el delito y "la joda" y otro vinculado a la conformación de una familia, el estudio o el trabajo. No se visualizarían otros por fuera de estos dos grandes mundos, o articulaciones entre ambos. Estos imaginarios no solo se infieren de los relatos de los jóvenes entrevistados, sino que están presentes de manera explícita en lxs actores sociales clave en el territorio —docentes y profesionales de la salud que participaron de la investigación— aunque la práctica de los jóvenes demuestre lo contrario. Indagaciones previas (Kessler, 2004; Cháves, Fuentes y Vecino, 2017) evidencian que *la escuela o la calle* no son condiciones excluyentes, y que en las experiencias vitales de los jóvenes de barrios populares es posible encontrar múltiples entrecruzamientos entre la escuela, el trabajo y la ilegalidad.

Es importante aclarar que luego de finalizado el trabajo de campo, dos de los jóvenes entrevistados de este grupo se encontraban detenidos en el penal de Olmos y otro falleció en un caso de "legítima defensa", en un intento de robo a un almacén de un barrio vecino al de esta investigación. Las vidas de estos jóvenes transcurren y se desarrollan en condiciones de gran vulnerabilidad social, por lo que sus trayectorias son altamente inestables.

Al igual que el conjunto de jóvenes que componen la paternidad fortuita, los que integran el grupo salvavidas también concurrieron desde pequeños al club barrial, pero en la mayoría de los casos no lograron sostener su vínculo con dicha institución. El consumo de drogas es uno de los grandes motivos de alejamiento y abandono de este espacio. En este marco y a diferencia de los otros tipos descriptos en los cuales la paternidad aparece como producto de un deseo (planificada) o como un problema (fortuita), el hecho de ser padres se convierte en un importante soporte (aunque de carácter temporal) para estos jóvenes, que produce nuevos sentidos en sus vidas.

Comunicar la noticia

Otro factor ineludible en estas experiencias es la reacción o el impacto del embarazo en el círculo familiar de lxs jóvenes. En el caso de los entrevistados, hallamos en general una recepción naturalizada de la noticia, como algo esperable, no sin una advertencia sobre cómo sería esa una *nueva etapa en sus vidas,* en la que deberán ser más responsables y constantes con sus trabajos y con sus familias. Simultáneamente, la comunicación de la noticia revive la propia trayectoria reproductiva de los padres/madres de los jóvenes, retrotrayendo momentos, historias y circunstancias en las que sus progenitores comenzaron a serlo. Podemos identificar y asociar esta recepción naturalizada principalmente a la paternidad planificada y a la paternidad salvavidas:

Jeremías: Mis viejos ya eran abuelos. No me dijeron nada, "*Bueno, ya está, ahora tenés que hacer las cosas bien"*. Se lo tomaron bien, gracias a Dios aceptaron y me dijeron todas las cosas cómo iban a ser, y que es verdad, pero nada más.

Cintia: ¿Cómo iban a ser?

J: Que se me iba a cortar todo, que tenía que empezar a trabajar, darle las cosas a mi hijo, lo que necesitaba…Y veo que es así (Jeremías, 19 años).

Viste con mi viejo… como te digo, poca relación, mi viejo me aconsejó, me dijo *"Bueno, ahora te tenés que poner las pilas, largar la joda, las juntas"* y mi vieja medio que se puso mal, porque también a ella le tocó tenerme a mí de chica, mi vieja tiene 38 años. Y mi padre biológico no se había hecho cargo. Después de que yo cumpliera los 3 años, mi papá me dio el apellido. Como que ella sabía por todo lo que iba a pasar yo (Federico, 20 años).

Sin embargo, la noticia no fue recibida en todos los casos de manera positiva o con tranquilidad. En los de Mariano (23) y Francisco (16), sus madres se mostraron particularmente decepcionadas de sus hijos, les negaron todo tipo de apoyo —especialmente económico— aunque luego les brindaron ayuda. Pero lo que es importante señalar es la marcada diferencia en la reacción de las familias de las jóvenes, específicamente de sus padres, quienes planeaban otro futuro para sus hijas. Estas reacciones pueden vincularse en particular con las paternidades fortuitas:

Mis amigos, la mayoría me felicitaron. Mi vieja fue la que más me tiraba abajo. Que no estaba preparado, que esto, que lo otro, que se me iba a pudrir, que ella es chica, que fue muy cierto: lo tuvo a los 15 y yo tenía 17. Y por un tiempo no me habló, ni nada (Mariano, 23 años).

> Le digo al padre y a la madre que se sienten que quiero hablar, y la madre me mira y me dice ¿Jésica está embarazada? Y bueno, ahí le dije que sí y el padre me mira con esa cara de decepcionado y me dice, *"Estoy molesto porque yo tenía pensado que mi hija primero terminara el estudio y entrara a un lugar para tener la posición económica suficiente"*. Le dije que no lo hice a propósito. Y después fui y hablé con mi viejo, se puso feliz, no me dijo nada. Mi madrastra sí, me cagó a pedos, me dijo de todo, menos que era lindo. Después en ese momento yo me fui a vivir con mi hermano, y mi hermano a todo esto no sabía nada. Mi hermano es un poco duro y yo estaba asustado por cómo se lo iba a tomar, pensé que iba a ser la persona que se lo iba a tomar más mal en el mundo. Y fue la persona que más me apoyó, no me dijo nada, lo único que me dijo fue "¿Por qué no te fijás? Sos chico". Pero me apoyó en todo momento. Y bueno, mi vieja no, fue como que, después de que Jésica cumpliera 9 meses con el bebé en el estómago de ella, recién ahí lo tomó bien, cuando el bebé iba a nacer. Fue eso más o menos lo que vivimos en todo el embarazo. Pero lo tomamos bien, y nuestra familia, la mitad sí o la mitad no (Francisco, 16 años).

Independientemente de las primeras impresiones del momento, es muy importante advertir que en todos los casos analizados, los jóvenes entrevistados tuvieron un papel relevante en la decisión de proseguir o no con el curso del embarazo, incluso en las situaciones en las cuales debieron intervenir y mediar con los familiares que se oponían a su continuidad. En general, también oficiaron de comunicadores de la noticia del embarazo ante las familias propias y de sus parejas. En concordancia con lo planteado por el Informe del Estado de Paternidad (2017),[12] las decisiones de los varones en los procesos de gestación o interrupción de los embara-

[12] Este informe ha sido elaborado por Promundo, IPPF/RHO, Cultura Salud/EME y Men Engage América Latina. Se basa en el informe *State of the World's Fathers* del año 2015 que fue producido por MenCare, una campaña global para promover el involucramiento de los varones de todas las edades en el cuidado de sus hijxs con igualdad de género y sin violencia.

zos son relevantes. En los casos de Julio (20) y Guillermo (18) debieron convencer a sus parejas y a su familia de continuar con el embarazo.

> Y sí, como todo guacho, yo me quería matar. Ahora no, ahora no estoy arrepentido para nada. Y estábamos entre tenerlo y no tenerlo. Pero bueno, yo lo quería tener. Y ella no quería, porque tenía planeado estudiar y qué sé yo, y bueno, la terminé convenciendo y lo tuvimos (Julio, 20 años).

> Cuando nos enteramos tratamos de encontrarle la vuelta porque la mamá de ella es muy arrebatada y tratábamos de ver la forma porque los dos teníamos miedo, de encontrar la forma de cómo decírselo. Teníamos miedo de cómo pudiera reaccionar, porque éramos chicos nosotros, no sé si era una complicación pero que iba a ser difícil por el tema de casa y la plata. Fui a hablar con ella y traté de explicarle. Por suerte ahora se están acostumbrando a la idea, pero fue difícil. Casi me desmayo cuando lo conté. Todos estaban llorando, un poco de enojo y un poco de alegría. Pero de quien tenía miedo era de la madre de ella, porque no sabía cómo iba a reaccionar (Guillermo, 18 años).

De este modo, el peso de las reacciones y opiniones de los jóvenes sobre el embarazo de sus parejas es un factor importante en la decisión sobre su continuidad o su interrupción voluntaria y sobre su proyecto de paternidad, al menos en el universo de estudio.

Paternidad y aborto

La interrupción voluntaria del embarazo tiene una alta incidencia en nuestro país. Distintas estimaciones consideran que cada año entre 350 000 y 500 000 mujeres acceden al aborto para interrumpir embarazos involuntarios (Checa y Rosenberg, 1996; Atucha y Pailles, 1996; Pantelides et al. 2007; Mario y Pantelides, 2009; Belluci, 2014, CELS, 2018[13]). La ilegalidad, y por tanto, la clandestinidad del aborto induci-

[13] Informe *Acceso al aborto en la Argentina*, CELS, septiembre de 2018. Dispo-

do, así como las condiciones de asepsia y precariedad en que muchos de ellos se realizan, se reflejan en las elevadas tasas de mortalidad y en las secuelas sobre la salud de las mujeres, en particular entre las más pobres. Las adolescentes y jóvenes no son ajenas a esta situación.

Argentina no dispone de un sistema de estadísticas sobre abortos legales. La única información nacional disponible sobre aborto proviene de las internaciones en hospitales públicos, donde se incluyen bajo una misma cifra los abortos espontáneos, los abortos legales y las complicaciones que sufrieron aquellas mujeres que se practicaron abortos en condiciones inseguras.

De acuerdo con las estadísticas y los últimos datos disponibles, en los hospitales públicos de todo el país se registran casi 49 000 egresos hospitalarios por abortos inseguros al año.[14] Del total, alrededor del 18 % corresponden a niñas y adolescentes menores de 20 años y cerca del 46 % a mujeres de entre 20 y 29 años. En la última década, la mortalidad por aborto aumentó en las mujeres menores de 15 años y las mujeres muertas por abortos fueron más jóvenes que quienes fallecieron por otras causas vinculadas a la maternidad (Pantelides et al., 2007). Sumado a estos datos, Gogna y Binstock (2017) señalan que

> la cifra de veinticinco egresos hospitalarios de chicas de 10 a 19 años por esta causa cada día es solo la punta del iceberg de esta problemática, ya que no están computadas aquellas que no han sufrido complicaciones, las que son atendidas por guardia, ni quienes mueren como consecuencia de un aborto inseguro (p. 127).

El debate parlamentario sobre la despenalización del aborto que tuvo lugar en el Congreso Nacional durante el año 2018 expuso este

---

nible en https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2018/09/20180911_Aborto_ComiteDESC.pdf

[14] Informe “Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico – Año 2013”. Estadísticas de Servicios de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

problema en la arena pública, e impulsó y propició nuevas sensibilidades y discusiones en torno a su legalización: la *marea verde* "alcanzó expresiones de masividad impensadas poco antes" (Socorristas en Red, 2019). Este colectivo feminista publicó un informe indicando que durante la serie que comprende los años 2014-2018, brindaron información sobre usos seguros de medicación para abortar a 23 314 mujeres. De manera específica, durante 2018 han acompañado a 1069 adolescentes de entre 15 y 19 años. El 74, 2 % de ellas estaban acompañadas en su decisión de abortar, independientemente de que la persona de la que estaban embarazadas estuviera de acuerdo con la decisión (57,6 %) o no lo estuviera (6,4 %). Del total de niñas y adolescentes entrevistadas en dicho informe, 203 (17,5 %) refirió haber intentado realizar un aborto del embarazo que las socorristas ayudaron a concretar. De las 995 niñas y adolescentes que optan por aborto medicamentoso acompañado por socorristas, el 98,1 % logró abortar en el primer intento.

En estos procesos, el papel de los varones, ya sea como árbitros o ejecutores que imponen su decisión o bien como actores que participan bajo diferentes modalidades, es aún un tema insuficientemente estudiado (Lerner y Szasz, 2008; Petracci et al., 2012). No obstante, los estudios y hallazgos existentes muestran la relevancia de incluirlos, tanto como alternativa analítica para una mejor comprensión de la problemática del aborto, de las adversas condiciones y severas restricciones bajo las cuales las mujeres optan por esta decisión, como para diversas acciones, programas y políticas que se desarrollen al respecto. En estas últimas, sin duda se deben considerar fundamentalmente los argumentos de los movimientos feministas, que de manera clara y acertada señalan que las mujeres son las dueñas y responsables de su cuerpo y, por tanto, de asumir la libre decisión sobre su vida sexual y reproductiva. Asimismo, considerar los argumentos que subrayan la importancia de sensibilizar o propender a la toma de conciencia de los varones sobre este proceso, así como de intervenciones públicas

dirigidas a ellos en prácticas de corresponsabilidad tanto en materia anticonceptiva como en la prevención de embarazos.

La literatura producida en la región durante los últimos años evidencia el interés por indagar sobre las actitudes y el papel de los varones en la interrupción voluntaria del embarazo (Lerner y Szasz, 2008; Pantelides, 2009; Pecheny, 2015). Como señala Lerner y Szasz (2008), su participación puede ser activa o pasiva: en ocasiones pueden ser los principales tomadores de decisión frente a tales eventos o en otras llegan a estar ausentes o totalmente indiferentes y desinteresados. También puede ocurrir que el compañero de la mujer comparta tal decisión con ella. En esta sintonía, Petracci et al. (2012) señalan que "el varón juega en algunos casos un papel definitorio, pero nunca como protagonista en pie de igualdad con la mujer, sino como personaje interviniente en el proceso subjetivo decisorio de la mujer" (p. 171).

En dicha investigación se destaca que la trayectoria sexual, afectiva, anticonceptiva y procreativa en la que se inserta el aborto es la de la mujer, y que en la escena de enfrentar (proseguir o interrumpir) un embarazo, el varón es fundamental para que la mujer considere con mayor peso una u otra opción. Los varones, con independencia de su postura ante el aborto en abstracto o en la situación concreta, sienten que su papel es de acompañantes mejor o peor bienvenidos. Pero siempre hay momentos del proceso –o el proceso entero– que los excluye, porque es en el cuerpo y la subjetividad de las mujeres donde tiene lugar el aborto. Sus resultados indican que para los varones *el aborto es un hito* que deja huellas en sus trayectorias pero no como un evento de curso más o menos esperable, sino como la irrupción de un acontecimiento *intruso* (Petracci et al., 2012, p. 171). Suele ser vivido como un hito en términos de tomar recaudos en el cuidado en las relaciones sexuales o, para algunos de los más jóvenes, por ejemplo, de modo similar a una paternidad: la experiencia del aborto fue significada como un súbito pasaje hacia la adultez y el mundo de las

responsabilidades no solo sexuales-reproductivas. En las trayectorias en las que se insertan los abortos, los varones aparecen y desaparecen de las escenas, y particularmente de la escena del aborto. En cambio, la mujer es protagonista de cada momento del proceso: la relación sexual, la sospecha de embarazo y su confirmación, la consideración personal de proseguirlo o interrumpirlo, la puesta en acto de la decisión y el sufrimiento de eventuales consecuencias físicas. En este marco, la consideración y decisión del aborto se relacionan con el tipo de pareja, en el sentido de las implicancias que proseguir o interrumpir un embarazo tienen para el proyecto percibido para la pareja en ese momento; es decir, cómo se inserta el embarazo en el presente y en el proyecto de pareja: la consolida o la rompe.

Retomando este último punto de los hallazgos de Petracci et al. (2012), en los jóvenes entrevistados para mi indagación, la posibilidad de interrumpir voluntariamente el embarazo se vincula también con el tipo de pareja (estable o casual) que tenían cuando este se produjo, y a partir de allí, la viabilidad o no de su proyecto de paternidad. Así, entre los jóvenes que se encontraban en pareja por un período extenso (que superaran los dos años de relación), centralmente los jóvenes que componen el grupo de la paternidad planificada, el aborto no aparece como una opción. En una línea similar, en los jóvenes que integran el grupo *salvavidas* que poseen noviazgos de duración media (definidos en más de seis meses y menos de dos años), la paternidad aparece como un soporte en sí mismo: los jóvenes son *rescatados* por la paternidad, por lo que la interrupción de los embarazos tampoco se convierte en una opción para ellos. Contrariamente, en el grupo donde la paternidad se produce de manera fortuita (en los cuales su relación de pareja no alcanza los seis meses de duración), la interrupción del embarazo se vuelve una posibilidad, aunque finalmente privilegian su relación de pareja y esta no se lleva a cabo.

Sin embargo, más allá de la duración y el tipo de vínculo que establecen con sus parejas, la totalidad de los jóvenes entrevistados tiene

una mirada negativa y de impronta marcadamente moral sobre la interrupción voluntaria del embarazo, que juega un papel determinante en sus decisiones. Solamente en uno de los 40 casos analizados, el joven expresó que "el cuerpo es de la mujer y que ella debe poder decidir qué hacer", alejándose de las posiciones más reactivas.

Al introducir la pregunta en las entrevistas, la mayoría de los jóvenes se mostraban incómodos e incluso se enojaban ante la idea del aborto, y utilizaban insultos que no habían empleado antes en sus relatos. Francisco (16) fue el entrevistado más irritado ante este interrogante. Denomina "aborta bebés"[15] a las mujeres y varones que recurren a esta práctica, asociándola a una "clase de persona", lejos de considerarla una opción posible en un contexto determinado, que en otro momento tal vez no lo sea.

No obstante, este "enojo" no se dirigía únicamente a las mujeres, culpabilizándolas, sino también a los mismos varones que "negaban" a sus hijxs, argumentando que el embarazo ("la macana", "eso", "la cagada") sería *un precio a pagar* por disfrutar de las relaciones sexuales y no haber "hecho las cosas bien" (utilizar algún método anticonceptivo). Desde su punto de vista, el aborto es una práctica repudiable en cualquier escenario.

> Yo les digo *aborta bebés* a esa clase de personas. Se merece una buena paliza cada uno que aborta un bebé. Porque a ver, si fuiste tan inteligente como para quedar preñada o los chabones para hacerlo, tenés que ser más inteligente para hacerte cargo del pibe, y si te gustó, mantenelo. Porque hay muchas personas que no tienen la oportunidad de tener hijos, y que venga un desgraciado y aborte, eso es feo. Porque hay personas que no pueden tener bebés y vos que lo podés tener andás abortando, y no es así, ¿me entendés? *Si te gustó, bancate al pibe* (Francisco, 16 años).

[15] Francisco, como la totalidad de los entrevistados, se refiere al feto como *bebé* en todo su relato, personificándolo.

Esta última frase no pertenece solamente a Francisco, sino que es atribuible al universo discursivo del conjunto de los entrevistados. "Bancate al pibe" significa por un lado, condenar a las jóvenes a no poder decidir sobre sus cuerpos, sus deseos, y forzar su maternidad ("Ya está ahí el bebé, entonces ya está" o "Acá las pibas que quedan embarazadas son madres") y por otro, exhortar a los jóvenes a "dar la cara" (como señalé en la primera sección), a afrontar "lo que les toca" como varones, a tener coraje y hacerse cargo del embarazo como hizo Francisco. Él integra el tipo de las paternidades fortuitas que, contrariamente a lo esperable, se constituye como el grupo más reaccionario a la posibilidad de abortar. Ante el impedimento moral que supone interrumpir el embarazo, Francisco y este grupo de jóvenes en particular, recriminan y rechazan a los varones que optan por el aborto.

A través del análisis de los relatos es posible observar que la totalidad de los entrevistados manifestó una *moralidad heterónoma* (Lista, 2018) respecto al aborto, en diferentes grados. Esta cosmovisión se basa en la creencia de que la fuente última de autoridad y decisión (en este caso, del aborto) es externa al individuo y se asigna a Dios o la naturaleza, el destino, la suerte, entre otros factores. El origen divino de la vida y de la muerte es una creencia central en este tipo de discursos, por lo que el aborto será siempre reprobable porque constituye "un asesinato, un acto cruel y horrible, porque así Dios lo manda" (Lista, 2018, p. 96).

A pesar de que todos los jóvenes entrevistados definen al aborto como el acto de "matar un bebé" o "sacarse un hijo", algunos de ellos admiten que fue una posibilidad que habían considerado al enterarse del embarazo de sus parejas. Así, para estos jóvenes se establece una disyuntiva: o bien "toman las riendas de su vida", trabajan, estudian y "se ponen las pilas" asumiendo su paternidad, o eligen la "salida fácil" que implicaría el aborto, que supone pagar esa práctica y seguir adelante sin (aparentemente) ningún costo emocional ni personal (este camino no demandaría ningún esfuerzo de trabajo ni de estudio).

En este sentido, en el conjunto de jóvenes entrevistados se observa la disyunción exclusiva y contraria que plantean Chaneton y Vacarezza (2011) como la sacralización de la maternidad —en este caso, podría ser también de la paternidad— y la criminalización del aborto, instalado y alimentado por los discursos dominantes, incluido el religioso del que se hacen eco los entrevistados.

No obstante esta disyuntiva, Fernando (20) considera que existen otras formas de rechazar la paternidad sin tener que elegir el aborto, a través de la adopción,[16] aunque no precisa cómo. De esa manera, toda la responsabilidad y el costo (corporal, psíquico y emocional) son trasladados a las mujeres que deben atravesar el embarazo de todas formas, lo cual expone un sesgo naturalista en su discurso, donde las mujeres son *naturalmente* madres:

> Fernando: Me ha pasado con mi primer hijo que nos sentamos y dijimos *"Bueno, ¿qué hacemos? Tenemos esto [abortar] o tenemos la voluntad, las ganas, yo voy a trabajar, ¿qué hacemos?"*. A mí mi papá me negó, yo no voy a negar a mi hijo también. Aparte si no lo podés tener, te vas a una casa y le decís *"No lo puedo tener*", qué sé yo, hay otros métodos. Yo no soy dueño de sacar una vida, o sea, vos te mandaste la cagada, hacete cargo de tus actos. Tengo amigos que directamente no se hicieron cargo, conocidos, tienen hijos pero siguen en la joda, no le dan pelota. Pero nunca se dicen entre los hombres *"Que se haga un aborto"*. Creo que es algo personal, que nadie lo hablaría con los amigos. Es como una mancha muy grande.
>
> **Cintia: ¿Una mancha cómo sería?**
>
> F: Personal, claro, yo digo [si viene un amigo y dice] "*Voy a hacer un aborto a mi hijo"* y yo te digo *"Vos sos un hijo de puta*". Yo

[16] La alternativa de la adopción como respuesta a una maternidad no deseada forma parte de los argumentos de los discursos que se oponen a la despenalización del aborto.

que soy padre, le digo al pibe *"Sos un hijo de puta, no lo hagas"* (Fernando, 20 años).

Como Francisco, también Fernando moraliza el aborto al compararlo con "una mancha" que ensucia a las personas que lo practican, especialmente a los varones. Señala al igual que Francisco que la vida es *sagrada* y nadie la puede quitar, porque la decisión de abortar está por fuera del ámbito de sus decisiones y *de las decisiones humanas* (Lista, 2018). En este marco, los jóvenes deben obrar bien y hacerse responsables de sus hijxs, por lo que descalifica a quienes que no lo hacen como ellos. Tanto Francisco como Fernando se posicionan a sí mismos como singularidades moralmente correctas, como *buenos varones* que se hacen cargo de sus deberes y *no se borran* (Chaneton y Vacarezza, 2011). Esto último se vislumbra y conecta de manera concreta en la biografía de Fernando a través de su relato: cuando su madre queda embarazada siendo muy joven, su padre la abandona y no lo reconoce como hijo, "negándolo". Fernando no desea repetir su experiencia con su propio hijo, por lo que "obra correctamente" y no abandona a "su hijo", es decir, no interrumpe el embarazo de su pareja. Abandonar (o negar) y abortar son acciones equiparables no solo para Fernando, sino para el conjunto de los entrevistados.

No obstante, contrariamente a Francisco y Fernando, Leandro (20) no solo pensó en el aborto como una posibilidad ante el embarazo de su pareja. Dio un paso más que el resto de los entrevistados y buscó activamente entre sus amigxs y conocidxs del barrio dónde, cuándo y quién realizaba abortos. Logró juntar el dinero que se requería pero junto a su pareja no pudieron concretarlo. En coincidencia con los trabajos de Rostagnol (2001), se evidencia en este caso que las condiciones de precariedad e ilegalidad que reviste esta práctica oficiaron como un fuerte condicionante en su decisión. Estos riesgos hicieron que Leandro y su pareja desistieran del aborto y tuvieran a su hija. En la entrevista celebra no haber tomado la decisión de abortar y dice estar seguro de haber hecho *lo correcto.* Leandro tiene un papel im-

portante en esa decisión porque persuade a su pareja de continuar con el embarazo, basado en el miedo a las complicaciones posaborto y eventualmente, a la muerte. En este relato se observa cómo el protagonismo de la decisión es ocupado por Leandro, no por su pareja, lo cual remite al carácter de agentes y decisores que desempeñan los varones en el orden tradicional de los géneros. Además culpabiliza a las mujeres que abortan porque "no tienen ganas de ser madres", no sin una advertencia sobre Dios y su capacidad de "castigar" acciones pasadas contrarias a su voluntad:

> Leandro: Mirá eso [el aborto] fue medio duro porque también lo pensamos, ¿viste? Diez mil veces, hasta llegamos a decir que sí y después hasta hace poco se lo dije [a mi pareja], se lo sigo diciendo *"¿Viste vos la cabeza que tenías de pensar eso?"*. Por algo no se dio, ¿no? Ya habíamos averiguado, sabíamos quién hacía [abortos], tenía la plata, todo, pero a último momento le digo *"Yo no quiero que te pase nada a vos"*. Y bueno, le insistí a lo último que *"No, que ya está, que vamos a tener una nena"*. Y casi siempre se lo digo *"Cualquiera pensamos"*, un pensamiento re ignorante.
>
> Cintia: ¿Entonces qué pensás del aborto?
>
> L: Estoy en contra, porque viste que es lo primero que pensás cuando tenés miedo [de tener un hijo]. ¿Qué vas a pensar? Sos pibe, tengo ganas de hacer la mía. Conocidos que se lo hayan sacado [abortado] conozco un montón sí, que lo han hecho. Pero tampoco podés quedar embarazada y no te hacés cargo porque no tenés ganas, no podes ser así. El día de mañana querés tener familia y ¿qué sabés? Dios se acuerda de todo, ¿o no? (Leandro, 20 años).

Pero el miedo que manifiesta Leandro no es aislado o infundado. Existen otros factores presentes que alimentan esos temores y que se ponen en juego en esta disyuntiva. Los entrevistados relatan historias y situaciones familiares o cercanas de experiencias traumáticas posa-

borto que refuerzan la aprensión frente a esta práctica. En este sentido, Eugenio (19) menciona a vecinas del barrio que enfrentaron severas secuelas por atravesar abortos en condiciones de clandestinidad:

> Muchas pibas del barrio abortaron y la pasaron re-mal. Fueron por acá [en el barrio] a sacárselos [embarazos] y estuvieron mal. Una estuvo internada un montón de tiempo, pensaban que se iba a morir porque perdió mucha sangre, o eso nos dijeron. Encima después de eso te tienen que hacer todo un raspado, ¿o no? Después de hacerte un aborto. Además puede ponerse en riesgo tu vida. No, yo creo que no estoy de acuerdo con nada. Si lo vas a hacer, tenés que pensar que también te podés morir vos (Eugenio, 19 años).

El relato de Eugenio (19) remite a un imaginario en donde la interrupción voluntaria del embarazo alude siempre a imágenes y escenas crueles y dramáticas (las hemorragias, la utilización de diferentes elementos como agujas, el "raspado") como consecuencias indefectibles de esta práctica, ya sea que se produzcan en espacios clandestinos o en hospitales. Se expone así la desinformación de los entrevistados acerca de la existencia de formas más seguras y efectivas de abortar, como los abortos medicamentosos (no quirúrgicos) que se realizan a partir de la administración de píldoras de misoprostol, especialmente antes de la doceava semana de gestación. Para estos jóvenes el aborto es una práctica peligrosa y mortal en cualquier modalidad, cuando en realidad el peligro se presenta en las condiciones en las cuales se produce. Este desconocimiento no es ingenuo: habla de las marcadas desigualdades de acceso a la información que atraviesan lxs jóvenes en relación con su salud y con sus derechos.

Por su parte, a través del relato de Mariano (23) se vislumbra que lejos de intervenir únicamente la pareja en la decisión de interrumpir un embarazo, lxs padres de lxs jóvenes (en especial de las mujeres) también se constituyen en actores de peso en estos procesos. Es significativa la respuesta de su primo, quien a raíz del aborto (aparentemen-

te forzado) de su pareja, intenta quitarse la vida por no poder asumir su paternidad. Destaco este pasaje del relato porque su reacción no es esperable, al menos en la muestra de jóvenes que compone esta investigación.

> Mariano: Mi primo que vive enfrente [de mi casa] estaba con una piba. Quedó embarazada una vez y la madre de la chica se lo hizo sacar porque también era menor la piba. Y se lo hizo sacar dos veces, o sea se sacó uno y después se sacó otro, por culpa de la madre. Mi primo se quiso matar. Tiene todo cortado así, todo el brazo.
>
> **Cintia: ¿Por esa situación?**
>
> M: Y sí porque él estaba entusiasmado, digamos. Quería ser papá, bah, se quería hacer cargo. Y la madre de la chica no quiso saber nada, se lo hizo sacar.
>
> **C: ¿Y vos qué pensás del aborto?**
>
> M: Yo creo que es horrible y que estás matando a una persona que puede crecer. *Prefiero tener 10 hijos antes que hacer eso* (Mariano, 22 años).

Si bien la mayor parte de los jóvenes tiene una postura condenatoria sobre la práctica del aborto, un grupo menor dentro de los entrevistados presenta una posición más flexible en los casos de violaciones. Ante los embarazos producto de abusos, los jóvenes se mostraban más comprensivos con las mujeres que interrumpían ese proceso, porque era resultado de un acto de violencia sexual. Sin embargo, lxs hijxs continúan siendo un problema, en tanto para ellos "los bebés no tienen la culpa" de esas agresiones y "no deben morir", por lo que no alcanzan a estar completamente de acuerdo con los abortos aun en estas condiciones. Nuevamente la idea de la adopción parece ser una solución posible que se aplica también en estos casos, como sostiene Ramón (22) apelando a la *sensibilidad naturalmente amorosa* propia

de las mujeres, sin reparar en su autonomía, deseo y decisión sobre su propio cuerpo.

> ¿Y qué tiene que ver el nene con lo que le pasó a la mina? Para eso están las adopciones. Pobre criatura, ¡tiene que salir al mundo pobrecita! Eso de las violaciones no sé, no me cierra, no llega a cerrar…Pero por más que el padre sea una porquería, vos tenés que tener corazón y parir a tu hijo (Ramón, 22 años).

En el relato de Ramón, el cuerpo femenino es asemejado a un mero receptáculo, a una *vasija vacía* (De Miguel, 2018); las mujeres no son reconocidas como personas (como fines en sí mismas) sino como un medio para que otros se reproduzcan a su voluntad. Como sostiene la autora, cuando se cuestiona el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo y su capacidad reproductora, y se la apropian terceros (varones), lo que se está cuestionando es su estatus como personas, como seres humanos plenos. En este esquema, el poder ejercido por los varones aparece en forma de dominio sobre capacidades que por naturaleza ellos no poseen: la sociedad patriarcal no puede aceptar que los cuerpos de las mujeres pertenezcan a las mujeres.[17] La pretendida autonomía expone una supuesta peligrosidad de la sexualidad femenina, que podría poner en riesgo la paternidad de los varones (De Miguel, 2018).

No obstante, otro grupo muy reducido de jóvenes como Guillermo (18), están de acuerdo con la interrupción del embarazo únicamente cuando se trata de adolescentes menores de 14 años, porque considera que después de transcurrida esa etapa vital "una mujer es responsable y conoce las consecuencias de sus actos", por más que haya sido víctima de una agresión sexual.

---

[17] Esta disputa por las mujeres y su autonomía corporal no es novedosa. Las mujeres hemos sido históricamente objetos transaccionales u objetos de intercambio en los pactos entre varones. Ana de Miguel (2018) rastrea estas expropiaciones en diferentes formaciones sociales, desde los análisis producidos por Lévi- Strauss en adelante.

Guillermo: No sé si estaría bien el aborto pero es, es complicado. Ponele también con el aborto siempre se debate lo de la víctima de violación. Yo creo que para eso está bien el aborto, porque no es algo que se quiso. Pero también tiene sus pros y contras, porque es una vida también. Yo creo que se tendría que, en cada caso específico se tendría que ver en cada caso… Porque una chica ponele de 14 años que queda embarazada y capaz que la familia no quiere saber nada o no puede. Ahí son muy chiquitas las pibas. Yo creo que ahí sí debería intervenir alguien para poder ayudarlas.

Cintia: ¿Quién debería intervenir para vos?

G: Y los médicos ahí en el hospital, se lo tendrían que sacar [interrumpir el embarazo] (Guillermo, 18 años).

Más allá de las distintas posiciones que los jóvenes establezcan con relación al aborto, existe un consenso de condena moral a este tipo de práctica, que es leída como una *salida fácil*[18] en contraposición a afrontar o "hacerse cargo" de la situación de embarazo. Sin embargo, esta condena no recae solamente en las mujeres como responsables principales, sino también en los varones que lo sugieren o deciden hacerlo, aunque de eso no se hable entre varones y en algunos casos lo hayan evaluado como una posibilidad cuando supieron que serían padres. Este último dato debe ser analizado a la luz de que el conjunto de jóvenes entrevistados decidió no interrumpir el embarazo y convertirse en padres, por lo que sus respuestas pueden ser interpretadas como una reacción a estas decisiones. Independientemente de sus re-

[18] En la citada investigación de Petracci et al. (2012) el aborto también es representado por los jóvenes de barrios populares entrevistados como una salida fácil: "Algunos recuerdan la búsqueda de *una salida rápida*, porque no podían mantener un/otro hijo; otros destacan la necesidad de conseguir *un buen lugar* para *seguridad* de sus parejas, y *el gasto* que eso implicaba. La frase *no sabía qué hacer (*con el embarazo, con comunicar la noticia, con el aborto, con un eventual hijo o hija) resume bien la sensación experimentada entonces" (p. 179).

laciones de pareja, sus deseos o sus ganas, sus expresiones revelan un marcado tono moral, normativo y patriarcal que obtura la autonomía y la libertad de las mujeres para decidir sobre sus cuerpos, y refuerza la maternidad obligatoria.

No obstante, es preciso mencionar que estas preguntas en el marco de mi indagación fueron realizadas durante el período 2013-2015, un lapso de tiempo considerable y anterior al debate sobre la despenalización del aborto ocurrido durante 2018, que pudo (o no) haber producido otros sentidos respecto de esta práctica en el conjunto de jóvenes entrevistados así como en otrxs sujetxs o grupos sociales.

A modo de cierre

El objetivo de este capítulo fue presentar y analizar las experiencias de paternidad de los jóvenes a partir de una tipología que permitiera conocer, comparar y explicar la homogeneidad o heterogeneidad que pueden asumir estas experiencias en un escenario barrial. En ese marco, observé dos grandes grupos de paternidades juveniles, sobre la base de los sentidos otorgados por los entrevistados: un conjunto de jóvenes cuyas paternidades son esperadas y otro grupo en que se producen de manera inesperada. En este último grupo, se despliegan otros dos subtipos: la paternidad fortuita y la paternidad salvavidas.

En el grupo de la paternidad planificada es donde se encuentran la menor cantidad de casos analizados. El rasgo característico y distintivo de este tipo es el deseo que manifiestan los jóvenes de convertirse en padres, presente en los relatos de los entrevistados. Estos jóvenes cuentan con relaciones de noviazgo más extensas o de convivencia previa, mayor cantidad de años de escolaridad, una recepción familiar naturalizada de la paternidad y una mayor variedad de soportes institucionales. Podría decirse que este grupo es el que configuraría una paternidad “más ventajosa”, ya que constituye el grupo más favorecido en términos de inclusión social.

En los tipos de la paternidad fortuita y paternidad salvavidas, donde se reúnen la mayor cantidad de casos, la paternidad irrumpe de manera inesperada. En el primer grupo, los jóvenes mantienen relaciones de noviazgo de breve duración o parejas casuales, una recepción familiar crítica de la paternidad y un número moderado de soportes institucionales (en ocasiones, la escuela). En este grupo en particular, la paternidad aparece como un evento problemático que reconfigura la trayectoria vital de los jóvenes y reorganiza sus prioridades.

En la paternidad salvavidas observo que este evento se presenta como un proyecto de vida posible, cercano/accesible a los jóvenes, que opera *como un rescate* en un contexto de condiciones altamente desfavorables, en el que se intersectan marcadas violencias, diversas vulnerabilidades y escasas o nulas vinculaciones con instituciones (como la escuela, el club del barrio, las organizaciones sociales). La paternidad se convierte en un soporte para este grupo de jóvenes. En ese contexto, la noticia del embarazo de sus parejas emerge como un evento que ofrece nuevos sentidos a sus propias vidas, de manera retrospectiva, permitiéndoles ordenarlas y releerlas como un antes y un después, abandonando —al menos discursivamente y al momento de las entrevistas— situaciones de consumo problemático de drogas, de soledad y de notoria precariedad. Señalo la temporalidad de estos cambios porque estos jóvenes presentan las trayectorias más inestables de los tres grupos descriptos, en las que prevalecen una acumulación más pronunciada de vulnerabilidades (escasa escolaridad, experiencias de consumo problemático de sustancias, poca participación en instituciones barriales) que condicionan sus experiencias de paternidad.

A través de estos tres tipos es posible hablar de paternidades juveniles en barrios populares con diversidad y heterogeneidad de experiencias. Asimismo, considero que es menester analizar las paternidades de estos jóvenes en constante diálogo con otras experiencias centrales, como el consumo problemático de sustancias y el conflicto con la ley.

En relación con la interrupción voluntaria del embarazo, todos los grupos descriptos tienen una visión condenatoria, negativa, patriarcal y marcadamente moral de esta práctica. Esta condena no recae solo en las mujeres como responsables principales de los embarazos, sino también en los varones que sugieren o deciden interrumpirlos, aunque algunos de los mismos jóvenes hayan considerado al aborto como una posibilidad. En el conjunto de los entrevistados se observa la disyunción exclusiva y contraria que plantean Chaneton y Vacarezza (2011) como la sacralización de la maternidad (en este caso, de la paternidad) y la criminalización del aborto, instalada y alimentada por los discursos dominantes (es decir, entre "hacerse cargo" o "tomar la salida fácil"). Más allá de que estas concepciones morales oficiaron de fuerte determinante en sus decisiones, algunos jóvenes mencionaron que las condiciones de clandestinidad que reviste esta práctica, así como las malas experiencias de vecinas, hermanas y primas, también desalentaron esta iniciativa.

Para finalizar, considero que la paternidad juvenil y el aborto no son eventos inconexos sino dos partes de un mismo proceso, aunque los jóvenes lo experimenten como una encrucijada en sus vidas. Más aún, sostengo que no podríamos abordar las paternidades juveniles sin analizar la interrupción voluntaria de los embarazos. La postura de los varones entrevistados sobre el aborto es un factor relevante en la continuidad o no del embarazo, y como tal, sería recomendable indagar, trabajar e involucrarlos en estos procesos a través de políticas que los estimen y contengan, respetando en primer término la autonomía de decisión de las mujeres.

Referencias bibliográficas

AA.VV. (2013). Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico – Año 2013. Estadísticas de servicios de salud. Dirección de estadísticas e información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

AA.VV. (2017). Informe del Estado de la Paternidad: América Latina y el Caribe. Campaña MenCare IPPF/WHR, PROMUNDO, EME, MenEngage.

AA.VV. (2018). Informe sobre el acceso al aborto en la Argentina, CELS, septiembre de 2018.

Ayres, J. R., Paiva, V., Buchalla, C. M. (2012). Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção de saúde: uma introdução. En Paiva, V., Ayres, J. R. C., Buchalla, C. M. (Orgs.). *Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção de saúde*. Livro 1. (pp. 9-22). Curitiba: Juruá Editora.

Barclay, L. y Lupton, (1999). The experiences of new fatherhood: a socio-cultural analysis. *J. Adv Nurs*, 4, 1013-20.

Belluci, M. (2014). *Historia de una desobediencia: aborto y feminismo*. Buenos Aires: Capital Intelectual.

Bonino, L. (2003). Las nuevas paternidades. *Cuadernos de Trabajo Social*, *16*, 171-182.

Chaneton, J. y Vacarezza, N. (2011). *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Buenos Aires: Marea.

Cháves, M. (2005) Juventud negada y negativizada: representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea. Revista última década N° 23, CIDPA Valparaíso, pp. 9-32

Cháves, M. (2010) Jóvenes, territorios y complicidades. Una antropología de la juventud urbana. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Cháves, M., Fuentes, S. y Vecino, L. (2017). *Experiencias juveniles de desigualdad: fronteras y merecimientos en sectores populares, medios altos y altos*. Colección Las juventudes argentinas hoy: tendencias, perspectivas, debates. CLACSO.

Checa, S. y Rosenberg, M. (1996). *Abortos hospitalizados: un problema de salud pública, una cuestión de derechos reproductivos: estudio sobre abortos hospitalizados en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: El Cielo Por Asalto.

Connell, R. W. (1995). *Masculinities* (2nd ed.). Cambridge: Polity Press.

Deave, T. y Johnson D. (2008) The transition to parenthood: what does it mean for fathers? *J. Adv. Nurs*, *63*(6), 626-33.

De Keijzer, B. (2001). Paternidades y transición de género. En Fuller, N. *Paternidades en América Latina*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

De Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima, Perú: Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud* (pp. 137-152).

De Miguel Álvarez, A. (2018). De "vasijas vacías" a "vientres de alquiler": la usurpación de la capacidad reproductora de las mujeres. En Busdygan, D. (Coord.) *Aborto. Aspectos normativos, jurídicos y discursivos*, 1° Edición. CABA: Biblos.

Draper, J. (2003). Men´s passage to fatherhood: an analysis of the contemporary relevance of transition theory. *Nursing Inquiry, 10*(1), 66-77.

Fainsod, P. (2008). Embarazos y maternidades adolescentes. Desafíos de las escuelas. En Morgade, G. y Alonso, G. (comps). *Cuerpos y Sexualidades en la Escuela. De la "normalidad" a la disidencia*. Buenos Aires: Paidós.

Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

Fainsod, P. (2007). *Embarazo y maternidad adolescente en la escuela media*. Buenos Aires: Miño y Dávila editores.

Figueroa Perea, J.G. y O. Rojas (2000). La presencia de los varones dentro de los procesos reproductivos. En Schmuckler B. (coord.) *Políticas públicas, equidad de género y democratización familiar.* México: Instituto Mora.

Finn, M. y Henwood, K. (2009). Exploring masculinities within men´s

identificatory imaginings of first-time fatherhood. *British Journal of Social Psychology*, *48*(3), 547-562.

Fuller, N. (2000). *Paternidades en América Latina*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Gogna, M. y Binstock, G. (2017). Adolescencia, derechos sexuales y reproductivos y equidad económico-social. En Faur, E. (coord.) *Mujeres y varones en la Argentina de hoy. Géneros en movimiento* (pp.117-132). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Hasicic, C. (2018). *Paternidades juveniles: relatos y experiencias de jóvenes de un barrio popular del Gran La Plata*. X Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2018, Ensenada, Argentina. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.

Hasicic, C. (2020). Paternidades juveniles en barrios populares. Experiencias y relatos de varones padres de un barrio periférico de la Ciudad de La Plata (2012-2015) (Tesis doctoral). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Henwood, K. y Procter, J. (2003). The good father: reading men´s accounts of paternal involvement during the transition to first-time fatherhood. *Bristish Journal of Social Psychology*, *42*(3), 337-55.

Herrera, F., Aguayo, F. y Weil, J. G. (2018). Proveer, cuidar y criar: evidencias, discursos y experiencias sobre paternidad en América Latina. *Polis*, *17*, 5-20.

Ives, J. (2014). Men, maternity and moral residue: negotiating the moral demands of the transition to first time fatherhood. *Sociology of Health & Illness*, *36*(7), 1003–1019.

Kessler, G. (2004). *Sociología del delito amateur.* Ciudad de Buenos Aires: Paidós.

Lerner, S. e Ivonne Szasz (coords.) (2008). Salud reproductiva y condiciones de vida en México. México: El Colegio de México.

Lista, C. (2018). Actitudes hacia el aborto: heteronomía vs autonomía morales. En Ramón Michel, A. y Bergallo, P. (Comps.). *La reproducción en cuestión. Investigaciones y argumentos jurídicos sobre aborto.* 1º Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Eudeba.

Madrid, S. (2017). The good night kiss: fatherhood among corporate managers and the reconfiguration of hegemonic masculinity in Chile. *NORMA*, *12* (3-4), 240-255.

Mario, S. y Pantelides, A. (2009). *Estimación del aborto inducido en Argentina. Notas de Población*. Cepal, XXXV(87), Santiago de Chile.

Martuccelli, D. (2007a). *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.

Martuccelli, D. (2007b). *Cambio de rumbo. La sociedad a escala del individuo*. Santiago de Chile: LOM.

Mc Kinney, J. (1968). *Tipología constructiva y teoría social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Olavarría, J. (2006). "Hombres e identidades de género: algunos elementos sobre los recursos de poder y violencia masculina". En: Careaga, G. y Cruz Sierra, S. (Coords.) *Debates masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía.* México: UNAM.

Pantelides, E., y Binstock, G. (2007). La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI. Revista Argentina de Sociología, *5*(9), 24-43. ISSN: 1667-9261.

Pantelides, E., Ramos, S., Romero, M., Fernández, S., Gaudio, M., Gianni, C. y H. Manzelli (2007). Morbilidad materna severa en la Argentina: Trayectorias de las mujeres internadas por complicaciones de aborto y calidad de la atención recibida. *CEDES CENEP Documentos de trabajo.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES. Recuperado de http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3673

Pavicevic, Y. y Herrera, F. (2019). Involucrados dentro de lo posible: conciliación trabajo-paternidad de padres primerizos chilenos. *Revista Austral de Ciencias Sociales, 36*, 97-113.

Pecheny, M. (2015). Varones y aborto. Acompañarlas en lo que ellas decidan: aborto y participación de los varones. En López Gómez, A. *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe*. CEDES: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Pecheny, M., Binstock, G., Manzelli, H., Hiller, R. y Bruno, M. (2012). Mujeres con diagnóstico reciente de VIH, *Boletín sobre el VIH-Sida en la Argentina*, Año XV, *29*, 43-45.

Perelman, M. (2007). El cirujeo ¿rebusque o trabajo? Un análisis a partir de las transformaciones de la actividad en la Ciudad de Buenos Aires. Schamber, Pablo y Suárez, Francisco (Comp). Recicloscopio. Miradas sobre recolectores urbanos de residuos en América Latina. Buenos Aires: UNLA/UNGS/Prometeo.

Perelman, M. (2008). De la vida en la quema al trabajo en las calles. El cirujeo ciudad de Buenos Aires. *Avá, Revista de Antropología*, *12*, 117-135.

Perelman, M. (2010). Haber sido y ser. De trabajadores y cirujas en la Ciudad de Buenos Aires (1977-2007). *Actas de la VIII Reunión de Antropología del Mercosur*. Buenos Aires: UNSAM.

Petracci, M., Pecheny, M., Mattiolo, M. y Capriati A. (2012). El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, *12*, p. 164-197. ISSN 1984-6487.

Petracci, M. y Pecheny, M. (2015). Política, género, clase social y subjetividad en la interrupción del embarazo. Estudio cualitativo de trayectorias de mujeres y varones en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. En AA.VV. *Universidad y sociedad. Desafíos de la investigación interdisciplinaria*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Eudeba.

Piovani, J. I. (2007). La entrevista en profundidad. En Marradi, A., Archenti, N. y J. I. Piovani, *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé.

Poy, S. (2018). Juventudes desiguales: oportunidades de integración

social. Observatorio de la Deuda Social Argentina. ODSA Serie Agenda para la igualdad (2017-2025). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa.

Roberti, E. (2018). *Políticas de inclusión socio-laboral para jóvenes: Un análisis de las trayectorias de participantes de programas de empleo (Prog. R. Es. Ar y PJMMT) en el Conurbano Bonaerense* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. La Plata, Argentina.

Rostagnol, S. (2003). Representaciones y prácticas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos entre hombres de sectores pobres urbanos. *Anuario de Antropología Social y Cultural*, Montevideo, Uruguay, Facultad de Humanidades, Universidad de la República.

Socorristas en red (2019). Sistematización de acompañamientos a abortar. Realizados en el año 2018 por Socorristas en Red (feministas que abortamos). Mayo de 2019. Recuperado de: https://socorristasenred.org/wp-content/uploads/2019/06/Sistematizaci%C3%B3n-de-acompa%C3%B1amientos-a-abortar-realizados-en-el-a%C3%B1o-2018-por-Socorristas-en-Red.pdf

Villa, A. (2007). *Cuerpo, sexualidad y socialización: intervenciones e investigaciones en salud y educación*, 1° ed. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Viveros, M. (2008). Teorías feministas y estudios sobre varones y masculinidades. Dilemas y desafíos recientes. En Ramírez, J. y Uribe, G. (Eds). *Masculinidades: El juego de género de los hombres en el que participan las mujeres* (2° ed.) (pp. 25-42). Madrid: Plaza y Valdés.

Trayectorias terapéuticas travestis. Reflexiones a partir del análisis de un caso

Natalia Romero Marchesini

Introducción

El presente capítulo apunta a describir y analizar, desde una perspectiva sociológica, la configuración de una trayectoria terapéutica, con el fin de conocer de qué manera se lleva a cabo el mantenimiento de la salud y los diferentes modos de atención y cuidados a padecimientos, enfermedades y malestares asociados a la experiencia de modificación corporal en una persona trans. En Argentina, de acuerdo al informe realizado por Berkins y Fernández (2005), la expectativa de vida del colectivo trans fue estimada en treinta y cinco años de edad. Las principales causas de fallecimiento son las dificultades derivadas de las intervenciones corporales caseras, las enfermedades y padecimientos vinculados al VIH/Sida y las muertes producidas en contextos de violencia (Cutuli y Farji Neer, 2016). En este trabajo haremos énfasis en la primera de ellas, específicamente en un tipo particular de modificación corporal: la colocación de silicona líquida.

Consideramos que la reconstrucción de trayectorias terapéuticas representa un instrumento privilegiado para el análisis de las prácticas y los sentidos que desarrollan los sujetos a lo largo de sus vidas, respecto de las relaciones y las decisiones negociadas entre los/as profesionales y no profesionales de la salud, dado que permiten comprender

la integración de dimensiones subjetivas y objetivas de sus propias experiencias y las transformaciones más amplias de la sociedad.

Para alcanzar el objetivo de este trabajo se utilizaron como técnicas de construcción de la información conversaciones informales, entrevistas en profundidad y entrevistas biográfico-narrativas. Estas fueron realizadas entre 2016 y 2017 a una travesti en la ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires.[1] Seleccionamos el caso mediante una combinación de criterios propios de las estrategias no estandarizadas. Realizamos un análisis del material recolectado que procuró identificar, organizar y sistematizar los temas relevantes a partir de la lectura de la información recogida (Marradi, Archenti y Piovani, 2010). Finalmente, organizamos su presentación escrita en tres partes. En la primera, brindamos un panorama general sobre las modificaciones corporales en el marco de las trayectorias terapéuticas. En la segunda parte, exponemos una aproximación al caso estudiado. Por último, desarrollamos algunas reflexiones sobre los hallazgos alcanzados.

La trayectoria terapéutica como herramienta de investigación social

La noción de trayectoria entendida como "un camino a lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción" (Elder, 1991; citado en Blanco y Pacheco, 2003, p. 12) permite articular las experiencias propias de los sujetos con las transformaciones de la sociedad. La posibilidad de transitar las intersecciones y tensiones entre las biografías singulares y la sociedad habilita la comprensión de diversos procesos sociales. Según Blanco y Pacheco (2003), en el marco de una trayectoria vital se produce un entrelazamiento de trayectorias múltiples e interdependientes de diversos dominios como escolaridad, trabajo, salud, migración, residencia, polí-

[1] Este escrito se desprende de una investigación que he llevado a cabo como parte de la tesina de grado para la Licenciatura en Sociología. Véase Romero Marchesini, N. (2017).

tica, religión, entre otros. Algunos de ellos funcionan como eje o hilo conductor, es decir, se conjugan y articulan de manera tal que permiten explicar de un modo abarcador los cambios en las biografías. En el presente caso haremos hincapié en uno de esos ejes, específicamente, en las trayectorias terapéuticas.

Existe una larga tradición en las ciencias sociales —en la sociología de la salud y la antropología médica en particular— que ha abordado el estudio de las trayectorias terapéuticas desde andamiajes conceptuales diversos. Uno de los primeros análisis se estableció en la academia estadounidense entre los años sesenta y setenta del siglo XX. Centrado en los estudios de los comportamientos y las respuestas sociales ante el desarrollo de determinadas enfermedades, Erving Goffman (1970) alude a la noción de carrera moral del paciente, entendida como "cualquier trayectoria social recorrida en el curso de su vida" (p. 133) para establecer el modo en que se van trazando una serie de etapas sucesivas en las que una persona se constituye en paciente.

Asimismo, en el transcurso de la década de los años ochenta comienzan a vislumbrarse un conjunto de producciones científicas que indagan sobre la narrativa de los padecimientos y la experiencia de enfermedades desde la mirada de quienes padecen y mediante las representaciones de los/as curadores/as, y dan cuenta de las significaciones subjetivas implicadas y de los procesos sociales y culturales en los que dicha experiencia tiene lugar (Good, 2003; Kleinman, 1980). En el desarrollo de estas perspectivas ha sido clave la distinción analítica entre conceptos como *illness* (padecimiento) y *disease* (enfermedad) formulada inicialmente por Fábrega (1977) y recuperada por Kleinman (1980). Como indica Weingast (2013), el primero de esos conceptos alude a la manera en que las percepciones de los pacientes sobre procesos patológicos orgánicos o sensaciones de malestar son reconvertidas en experiencias individuales significativas, mientras que el segundo refiere a estados corporales alterados desde la perspectiva de la biomedicina. Esta distinción se completó con una

tercera noción, *sickness* (malestar), para indicar la dimensión social de la enfermedad, un proceso que adquiere un significado que es reconocido socialmente.

Al mismo tiempo, durante esta misma década y en adelante, la salud y la enfermedad como manifestaciones de procesos sociales se inscribieron en un corpus de estudios centrados en las determinaciones estructurales y las relaciones de poder en el ámbito de la salud, la enfermedad y la atención (Herzlich y Pierret: 1988; Laurell, 1982; Scheper-Hughes, 1997). Se trató de un esfuerzo crítico más amplio que formulaba una comprensión contextual de las experiencias de los sujetos y los grupos sociales en el marco de relaciones de desigualdad social. Tal como expresan Seppilli y Otegui (2005), esta perspectiva "afronta temas candentes en los cuales el examen científico de situaciones específicas, aunque aparentemente técnicas, permite sacar a la luz las conexiones de fondo con elementos estructurales y se abre, por esto mismo, al debate y a opciones políticas" (p. 7).

Bajo una clara influencia de estas producciones clásicas se conciben resultados empíricos contemporáneos generados en América Latina, entre los que se destacan conceptualizaciones tales como narrativas de enfermedad (Recoder, 2011), experiencias de padecimientos (Cortés, 1997), o itinerarios terapéuticos (Alves, 1993), que revelan un interés y una preocupación común por los sujetos y las relaciones sociales que establecen como parte del recorrido terapéutico. Si bien señalan una heterogeneidad en el abordaje de los distintos conjuntos sociales y una diversidad de acercamientos teórico-metodológicos, todas ellas integran elementos del contexto histórico, evalúan dimensiones políticas, económicas y culturales, y contemplan las interpretaciones de los/as agentes implicados/as en el proceso de salud/enfermedad/atención y cuidados.

Recuperamos estos aportes y proponemos entender aquí a las trayectorias terapéuticas como un proceso que remite a experiencias vinculadas al mantenimiento de la salud y a los diferentes modos de aten-

der determinados padecimientos, enfermedades y malestares que se inscriben en un contexto más amplio dentro de las trayectorias de vida de los sujetos y sus redes de proximidad. Como expresa Grimberg (2009), esas experiencias suponen movimientos constantes de creación y recreación de prácticas y sentidos. A su vez, esos movimientos se dan en el marco de una red variable de relaciones de fuerzas en la que las decisiones —individuales y colectivas— están atravesadas por relaciones de complementariedad y conflicto. Estas últimas varían a lo largo del tiempo y definen en ese recorrido a dichas trayectorias.

Siguiendo esta línea, exponemos en lo que sigue una aproximación a la dinámica que configura la trayectoria terapéutica de Lara[2] mediante el desarrollo de tres momentos[3]: las configuraciones de los padecimientos, las distribuciones de saberes en la enfermedad y las responsabilizaciones en el mantenimiento de la salud. Dado que en la configuración de la trayectoria terapéutica de Lara es central la experiencia de su modificación corporal, presentamos inicialmente algunas ideas al respecto.

Las modificaciones corporales

Sin duda, todas las personas en determinado momento de sus vidas han experimentado alguna clase de modificación corporal. Desde los tiempos más remotos a los más actuales, en diferentes sociedades y culturas, han tenido lugar una amplia diversidad de modificaciones corporales mediante las cuales las personas han explorado sus cuerpos con diversos fines. Ahora bien, existe una tendencia a considerar ese proceso como evidente: ¿quién no se ha modificado el cuerpo alguna vez? Pero si además nos preguntamos qué tipo de modificaciones se llevan a cabo, de qué manera lo hacen, en qué lugares y momentos,

[2] El nombre de la entrevistada utilizado en este escrito es un seudónimo elegido por ella. Asimismo, se han omitido detalles para conservar su anonimato.

[3] Si bien los distintos momentos se presentan en la trayectoria terapéutica de manera articulada, seleccionamos este recorte con fines expositivos.

con quiénes, por qué las personas se realizan modificaciones en sus cuerpos, el asunto parece tornarse más complejo.

Podemos decir con Wentzel (2010), que el presente nos encuentra frente a la cuestión de las modificaciones corporales como un fenómeno que implica una diversidad de prácticas corporales que van desde tatuajes, perforaciones, expansiones, mutilaciones, implantes, rellenos faciales, liposucciones, fotodepilaciones, hasta rejuvenecimientos vaginales, entre otras. Según la autora, hablar de modificación corporal implica sin duda pensar, al mismo tiempo, en la creciente aceptación social y naturalización cultural de ciertas intervenciones: ¿cómo explicar el incremento cada vez mayor de determinadas jóvenes que, a cambio de su festejo de quince años, solicitan como regalo operaciones de pechos o liposucciones? Esto implica al menos dos consideraciones que se hallan vinculadas. En primer lugar, las modificaciones corporales presentan un carácter históricamente determinado. En segundo lugar, algunas de ellas son socialmente aceptadas y otras no. Es decir, existen normas que regulan estas prácticas. Las modificaciones corporales no son solamente manifestaciones individuales sino también propuestas que se construyen a partir de la vigencia de ciertos cánones impuestos, responden a modelos de corporeidad sostenidos por determinadas pautas de consumos socioculturales. Asimismo, las modificaciones corporales se establecen en función de condicionamientos económicos y políticos. En palabras de Bourdieu (1977), basta pensar en el gasto en tiempo, energía y dinero que suponen las acciones destinadas a transformar el cuerpo —es decir, en las estrategias destinadas a hacerlo presentable o representable— para comprender las inversiones que, a fuerza de ser indudables, suelen pasar desapercibidas. Ahora bien, ¿esas inversiones son comunes a los distintos sujetos? ¿Todas las personas deben, quieren y/o pueden asistir en los mismos términos a las mismas modificaciones corporales? En sintonía con la perspectiva analítica de Pierre Bourdieu, proponemos comprender a las modificaciones corporales como formas de experimentar las po-

siciones en el espacio social, entendido este como un sistema estructurado de posiciones y de relaciones objetivas entre posiciones centradas en la producción, distribución y apropiación de determinados capitales (económicos, sociales, culturales, simbólicos). Pero además de estas condiciones externas, en la experiencia de las modificaciones corporales aparecen como determinantes las condiciones incorporadas que el sociólogo francés denomina *habitus*, esto es, un sistema de disposiciones que constituyen las percepciones, las apreciaciones y las acciones resultantes de la institución de las estructuras sociales en los cuerpos (Bourdieu y Wacquant, 1995).

Puesto que el cuerpo es una construcción social y cultural, "el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social, en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales" (Esteban, 2004, p. 54), las prácticas corporales ocurren siempre en entramados de relaciones de poder. En este marco, buscamos comprender la experiencia de modificación corporal de la entrevistada en el desarrollo de su trayectoria terapéutica. La noción de experiencia que consideramos es entendida

> como un proceso variable, situado en una trama de relaciones intersubjetivas, construido y reconstruido histórica y socialmente en una diversidad de dimensiones (cognitivas, normativas, valorativas, emotivas, etc.). Como unidad tensa entre acción y simbolización, la experiencia constituye la base de la construcción y el cambio de identificaciones y prácticas sociales, cuya comprensión requiere un contexto conceptual que articule las relaciones entre poder, cuerpo, género, sexualidad, emoción, reflexividad, en las distintas áreas de la vida cotidiana ya que se trata de una activa construcción intersubjetiva, sujeta al mismo tiempo a procesos estructurales históricos (Grimberg, 2003, p. 81).

Como mencionamos al inicio, en este capítulo nos centraremos en un tipo particular de modificación corporal: aquella que atañe a la

colocación casera de silicona industrial. De acuerdo a "La revolución de las mariposas. A diez años de "La gesta del nombre propio" (MPD, CABA, 2017), una investigación sobre las condiciones de vida de la población travesti y trans en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, persiste un alto porcentaje de colocación de inyecciones de siliconas como actividad domiciliaria, para el relleno de distintas partes del cuerpo. Para el año 2016 se registró en un 83,2 % de un total de 202 casos relevados. Esta práctica se lleva a cabo generalmente sin las condiciones de asepsia mínimas requeridas y los instrumentos necesarios ante cualquier eventualidad. Los/as aplicadores/as son quienes llevan a cabo la colocación. Puede tratarse de profesionales de la salud así como de travestis experimentadas en el procedimiento. Los instrumentos utilizados para su aplicación son jeringas y agujas para uso veterinario, ya que al ser gruesas pueden absorber e inyectar grandes volúmenes de sustancia siliconada. Como parte de esta práctica se incluye la colocación de anestesia. Estas experiencias se vinculan a la constitución de las identidades y subjetividades, anudan elementos relacionados con el proceso de salud/ enfermedad/ atención y cuidados y, sobre todo, tienen lugar en un contexto de profunda vulnerabilidad y exclusión social.

La trayectoria de Lara

Las primeras modificaciones corporales en la trayectoria de Lara: sobre la configuración de los padecimientos

Lara es hija de una directora de escuela rural y de un padre apenas mencionado, hermana de dos varones y una mujer. Nació un año después de que la democracia retornara a la Argentina luego de la última dictadura cívico militar, en una ciudad agrícola de Santiago del Estero profundamente arraigada en sus tradiciones, a tan solo ocho kilómetros de la capital provincial. De aquel lugar, recuerda su infancia con nostalgia. Resuena el ritual de la siesta en su memoria y nos ubica en un escenario silencioso en el que por obligación y costumbre todos

respetaban el sueño. Todos menos Lara. En una habitación amplia dividida por un *placard* de madera, de un lado descansaban sus padres y del otro lado ella jugaba, en secreto, y envuelta en sábanas, a que "el espejo le devuelva la imagen deseada". Con el correr de los años y a medida que Lara fue creciendo, debió sortear un contexto cruel y excluyente en el que las expulsiones iban ganando todos los ámbitos de su vida cotidiana.

Durante su adolescencia, Lara comenzó a experimentar las primeras modificaciones corporales en relación con sus modos de vestir, lucir y andar. Aquellos años evocan simulacros intensamente acalorados de goma espuma adosada a distintas partes de su cuerpo, retoques de peinados y pruebas de maquillaje, ensayando desde temprana edad otra posibilidad de la feminidad. En ese sentido, el cuerpo travesti permite reflexionar sobre la configuración de las corporalidades como pluralidades, es decir, como una arquitectura corpórea no homogénea que admite diferencias respecto de los estereotipos prefijados. Al respecto, tanto activistas como científicos sociales han planteado complejidades interesantes, resaltando el carácter disruptivo de las corporalidades travestis y sosteniendo que las mismas ponen en jaque la dualidad femenino/masculino para conformar un *continuum* flexible por donde transitan las identidades. Como señala Lohana Berkins (2006):

> Las travestis somos personas que construimos nuestra identidad cuestionando los sentidos que otorga la cultura dominante a la genitalidad. La sociedad hace lecturas de los genitales de las personas y a estas lecturas le siguen expectativas acerca de la identidad, las habilidades, la posición social, la sexualidad y la moral de cada persona. Se considera que a un cuerpo con un pene seguirá una subjetividad masculina y a un cuerpo con una vagina seguirá una subjetividad femenina. El travestismo irrumpe en esta lógica binaria que es hegemónica en las sociedades occidentales y que oprime a quienes se resisten a ser subsumidas y subsumidos en las categorías "varón" y "mujer" (Berkins, 2006, s/p).

Estos estudios nos permiten pensar en los mecanismos de dominación que intervienen y en las resistencias que se originan en el proceso de modificación corporal: en la experiencia de Lara, la construcción de una imagen corporal acorde a su identidad de género se encontró atravesada por oposiciones, principalmente en su entorno familiar:

> Yo empecé mi transición, digamos, cuando termine la secundaria, a los 16, 17 años. Y ahí me empecé a vestir diferente para los demás y empecé a definirme. Había cosas que la sociedad no te acepta, y te costaba y más te costaba allá. Mi familia lo aceptaba a medias, conflictos que van, que vienen, asique yo decidí irme. Yo me quería ir, quería ser yo. Me fui de mi casa, ahí a la capital a vivir con las chicas trans. Vivía en una casa que le decían "la cueva" me acuerdo. Era la casa de la Karen, éramos entre cinco y seis travestis. Eran dos chicas grandes y después las demás éramos todas pendejas… 16, 17 años, y nada había que trabajar. Nadie nos obligaba pero eran las reglas (Lara, entrevista).

La casa de "la Karen" fue el lugar de acogida. Allí se inició "en el trabajo sexual obligadamente porque otra no quedaba: había que comer, había que pagar cosas, había que vivir". Parte de las reglas y prácticas de convivencia entre sus pares implicaban, básicamente, que cada una de ellas colaborara con ingresos monetarios de forma periódica para satisfacer las necesidades inmediatas y cubrir los gastos cotidianos de la casa.

En definitiva, las primeras modificaciones corporales no solo comportaron cambios en el cuerpo de Lara, sino también en sus relaciones: en ese momento el vínculo con sus familiares se fundaba en el desacuerdo, mientras que Karen y sus compañeras proporcionaban nuevas redes de apoyo. Su experiencia en ese lugar duró tan solo dos meses. Su familia había iniciado una búsqueda, denuncia policial de por medio, dado que Lara era menor de edad. Luego del retorno a su casa familiar, ingresó a la Facultad de Ciencias Jurídicas donde estudió una tecnicatura en

Derecho. La institución era religiosa, de culto católico. Lara señala que, rodeada de curas y monjas, su paso por ese lugar era "un escándalo":

> Y entré en la facultad a estudiar Ciencias Jurídicas, me gustaba pero no me gustaba la facultad esa, era la católica. Me mandaron ahí mis viejos. Eran así, como que siempre quisieron lo mejor para nosotros, si bien no éramos una familia pudiente, siempre viste que las familias quieren aparentar lo que no son, bueno no sé si todas… Mi vieja era maestra, directora jubilada de campo, y tenía esos ímpetus de querer mejorar entonces te mandaban a un lado, te mandaban a otro, y la facultad, que se yo, la institución era una mierda: las monjas, los curas que te miraban, aparte yo ya ahí era un escándalo, iba con los pelos verdes, me ponía todo alrededor cosas de gomaespuma, y me pintaba, y cuando caminaba por la facultad todos se daban vuelta a mirarme, las monjas te miraban horrorizadas. Era como un desafío y era ir en contra de todo eso. Terminé esa tecnicatura que eran dos años y me fui a Buenos Aires (Lara, entrevista).

La categoría "escándalo" denota un ser, estar y hacer no solamente en términos espacio-temporales sino también en términos políticos. Recordemos que los modos corporales "escandalosos" de vestir, caminar y exhibirse de las travestis en el espacio público fueron los principales motivos para detenerlas mientras estuvieron vigentes los edictos policiales en nuestro país. Al mismo tiempo, era el término elegido por los medios de comunicación para cubrir las noticias de manifestaciones en las que las travestis reclamaban por el cese de la violencia y persecución policial (Cutuli, 2015). Estas disposiciones, previas a la experiencia que Lara relata, constituyen un antecedente que fue resignificado como una forma de lucha. Incluso estas formas de ser, estar y hacer continúan hasta nuestros días en manifestaciones como la "Marcha del Orgullo" que, año tras año, con diversas consignas políticas, buscan igualdad de derechos para las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexuales y *queer*.

Como señala Lara al final del pasaje, luego de su paso por la universidad decide viajar a Buenos Aires, junto a una amiga, en busca de mejores condiciones de vida y con el fin de poder llevar a cabo nuevas modificaciones. Ya acomodadas en la ciudad, consiguen ingresar a un "privado" en el microcentro porteño, un departamento que funcionaba como prostíbulo donde mantenían relaciones sexuales a cambio de dinero. El lugar, colmado de espejos y saturado de luces de colores, tenía sus ventanas herméticamente cerradas, por lo que el olor a encierro y la falta de ventilación se tornaban insoportables. Aún más, allí se trabajaba las veinticuatro horas del día, sin descansos ni excepciones. Ella señala que:

> Una como que llegaba a Buenos Aires y tenía como otra expectativa de que supuestamente acá te iba a ir mejor, de que todo era mejor, era más lindo. Y vine por una conocida de Santiago del Estero y no fue muy grata la experiencia (…) Nunca sabías cuanto iba a durar cada chica ahí, porque siempre se iban, terminaban discutiendo. Venían por una temporada, buscaban lo que necesitaban y se iban. Igual tenía mi conocida de Santiago del Estero pero con el resto nunca más vi a nadie digamos. Las demás eran pibas del conurbano que iban a buscar plata digamos, y conseguían cierta cantidad de plata y se iban. Y en aquel entonces eso dejaba mucha ganancia, así sea que te quedaba un 50 % te quedaba mucha plata. Y yo iba a buscar plata para poder operarme porque quería operarme de todo lo que sea posible porque no me gustaba mi cuerpo, no me veía conforme a lo que yo sentía (Lara, entrevista).

Las estrategias para poder mejorar sus condiciones de vida y acceder a las intervenciones corporales fueron posibles a partir de los contactos de su amiga. En ese sentido, la apropiación del capital social, en cuanto conjunto de redes duraderas de contactos y relaciones sociales de reciprocidad o, en otros términos, la pertenencia a un grupo, constituye una fuente de poder que se acumula, se invierte y se transforma en otras formas de capital, en este caso bajo la forma de capital

económico (Bourdieu, 2012). Lara señala que el dueño del privado le otorgaba la posibilidad de efectuar las intervenciones en su cuerpo a cambio del cincuenta por ciento del pago que emitían los clientes. Ella accedió a ese acuerdo y sobre una mesa desplegaron, entre pares, un quirófano doméstico en la clandestinidad del prostíbulo. La silicona líquida fue inyectada sobre las caderas, los glúteos y los pechos de Lara. Además de la colocación de silicona líquida vía inyecciones, el procedimiento implicaba una etapa de masajes. Acostada en posición horizontal "cola para arriba" debía quedarse quieta para que a través de fricciones "le fueran dando forma" a las zonas del cuerpo donde se ubicaba el líquido siliconado. Esas maniobras implicaban fuertes dolores. Luego debía realizar un reposo mínimo de veinte días, pero dadas las condiciones del arreglo, si ingresaba un cliente debía atenderlo.

Como señala Bericat (2000) siguiendo a Hochschild (1979), las normas emocionales constituyen un modo de control social que define lo que debemos sentir en diversas situaciones, indican cuál es el sentimiento adecuado en cada circunstancia. De manera que los efectos que aquella modificación ocasionara debían ser sometidos a una regulación: la gestión del dolor implicaba un control emocional como parte de los requerimientos laborales. Compartimos con Otegui Pascual (2009) la idea de que

> El dolor debe ser estudiado como algo más, y diferente, de una mera respuesta neurofisiológica a un estímulo que se intuye como amenazante, si es que queremos, de verdad, captar las complejas interrelaciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural que ponen en marcha el enfrentamiento con una experiencia de padecimiento (…) El dolor no tiene entidad ontológica más que en la medida en que es percibido y comprendido por el sujeto que lo padece. Así, el dolor no existe sino es a través de la persona que sufre. Y (…) la persona se constituye (…) en un contexto relacional de formas y relaciones sociales. Ello es lo que precisamente permite explicar por qué determinados grupos sociales –étnicos,

> de clase, género, religiosos- establecen estrategias diferenciales que imponen percepciones distintas sobre qué experiencias internas o externas deben ser consideradas como fuentes de padecimiento y dolor (Otegui Pascual, 2009, pp. 148-149).

En suma, el "privado" como unidad productiva y habitacional constituía un espacio que habilitaba no solo la práctica de colocación casera de silicona sino también la emergencia de padecimientos. Allí tenía lugar un entramado social donde la exclusión, aunque no menos que la resistencia, fueron determinantes en la configuración de la trayectoria terapéutica. En ese contexto y de acuerdo con lo pactado, Lara no podía abandonar el lugar hasta que no terminara de saldar la deuda por aquella intervención. Por esos días, una compañera también se sometió a este tipo de modificaciones. En su caso, "se pasaron de anestesia" y provocaron su fallecimiento. Ante tal situación, Lara se mudó a otro prostíbulo en una localidad del conurbano bonaerense.

En la retirada del primero de los que luego serían "los privados que marcaron su trayectoria" sobrevino un desplazamiento de la silicona, que inauguró un nuevo ciclo en su vida. Lara sentía una sensación acuosa y esencialmente movediza en su cuerpo. No obstante, sabía por la experiencia compartida de sus compañeras, que el líquido siliconado tardaría, aproximadamente, entre seis y siete meses en solidificarse. Se trataba de un proceso lento y prolongado. Las fases de cicatrización avanzan por lo común en una forma predecible en el tiempo. Sin embargo, las condiciones de trabajo a las que Lara debía ajustarse llevaron a un progreso inconveniente, que tuvo como desencadenante el desplazamiento interno de la silicona que le causó fuertes dolores y molestias: "la silicona te hervía, claro era aceite de motor, era caliente. Tenías que estar constantemente mojándote, y en invierno se te endurece por el frío, se te congela y por más que te bañas, sigue frío y molesta". Además, su emergencia puede provocar fuertes infecciones. Así, Lara señala que: "he tenido compañeras que llega el

verano y les agarra fiebre. O tenés infección en un granito y les agarra fiebre en todo el cuerpo. O se te hincha todo".

La "migración" —esa manera nativa de designar el desplazamiento de la silicona y su posterior adhesión a los tejidos del cuerpo— está vinculada fundamentalmente con el contexto social, en el que las travestis se hallan expuestas: "hay compañeras que se les corrió la silicona al estar trabajando en la calle por los golpes de la policía". En ese sentido, "las migraciones" no pueden entenderse únicamente como acciones o resultados contingentes de la vida cotidiana, sino que deben considerarse también como producto de la intervención de determinadas instituciones que, por acción u omisión, configuran lógicas singulares de dolor y padecimientos. Es por ello que no debemos perder de vista las respuestas sociales o la falta de estas a tales condiciones.

La emergencia de enfermedades: entre construcciones y distribuciones de saberes

Dos años antes de la aprobación de la Ley de Identidad de Género en nuestro país, Lara se mudó a la ciudad de La Plata en busca de mejores condiciones de vida, nuevamente mediante el contacto con amigos y amigas. Al contrario de sus expectativas, ella se vio relegada a trabajar en la calle, una situación muy diferente a sus experiencias previas en entornos privados. El ejercicio del trabajo sexual en la vía pública se veía constantemente amenazado por un grupo de motoqueros que perseguía y violentaba a las travestis que se encontraban trabajando durante la madrugada. A través de relaciones con conocidos/as logró mudarse junto a otras personas y trabajar desde su nueva casa, sorteando aquellos incidentes.

Tiempo después, al calor de los debates sobre la Ley 26.743, la convocaron para formar parte de un colectivo político-militante que defendía los derechos de personas travestis, transexuales y transgéneros en la ciudad de las diagonales. Su incorporación a esta organiza-

ción le permitió establecer un conjunto de relaciones que posibilitaron su ingreso a un trabajo formal estatal, y a partir de entonces contó con las debidas protecciones laborales y beneficios sociales:

> Lo que siempre supe es que no quería ejercer el trabajo sexual toda mi vida. Qué se yo una va aprendiendo diferentes cosas, diferentes maneras de hacer valer tus derechos, ¿no? Y yo de chica siempre tuve ganas de incursionar en asociaciones políticas pero fuertemente empecé cuando vine a La Plata (Lara, entrevista).

La obtención de un trabajo estable es valorada positivamente. Además, Lara despliega un conjunto de estrategias que buscan conservar y aumentar el capital social en juego, y trata de mejorar sus posibilidades reconvirtiéndolo en otras variedades de capital. En ese momento, decide a ingresar a la Facultad de Ciencias Jurídicas de la universidad pública local para profundizar sus conocimientos en materia de Derecho, pero su paso por la institución fue breve:

> En esos días se hablaba mucho de la palabra "inclusión". Yo me preguntaba ¿qué era pensar esa palabra en Derecho? En ese ámbito, era una contradicción. A mí me nombraban por el apellido, no me nombraban por mi nombre y a veces no me nombraban directamente. Tampoco me integraban en los grupos de trabajo. Y eso te hacía sentir mal. Terminé dejando. No importaba el cambio registral porque esas cosas duelen más que un trámite administrativo. Yo estaba cansada, había pasado casi un año y nadie te integraba, todos hacían su grupo y nadie te llamaba. No da ir a estudiar a un ambiente así. Desde ese tiempo para acá aprendí muchísimo a encarar la vida de otra manera, como que nadie me va a pasar por encima, a menos que yo lo permita (Lara, entrevista).

Aquellos eran tiempos de intensa lucha sobre los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexuales y *queer*. El objetivo anhelado era que el Estado argentino reconociera la identidad de género como un derecho humano fundamental y garantizara la libre

expresión de esa identidad. Por fin, en el año 2012 se logra su sanción, con la cual se permite no solo que las personas travestis, transexuales y transgéneros sean registradas en sus documentos personales con el nombre y el género de elección, sino que además se ordena —sin la exigencia previa de autorizaciones psiquiátricas y/o judiciales— que todos los tratamientos médicos de adecuación a la expresión de género sean incluidos en el Programa Médico Obligatorio, asegurando una cobertura integral de las prácticas en todo el sistema de salud tanto público como privado y promoviendo el derecho a la salud de las personas trans desde una perspectiva despatologizante.

En ese contexto, Lara comienza una ansiosa búsqueda en la cartilla de su obra social de profesionales médicos/as que logren extraer los restos de silicona de su cuerpo, a sabiendas de que las posibilidades de alcanzar este resultado eran mínimas, dado que su eliminación supone una intervención médica quirúrgica de alta complejidad que varía de acuerdo a la zona infectada. Ahora bien, un episodio puntual marcó este cambio de rumbo. Lara recuerda que se encontraba en su casa dándose un baño cuando al pasar la mano por su cuello sintió una forma abultada que le causaba molestias al tocarla. Inmediatamente recordó los dolores de cabeza que desde hacía semanas venían aquejándola. Enseguida buscó información en internet y en distintas redes sociales, pero las respuestas que encontraba, lejos de tranquilizarla, aumentaban aún más su incertidumbre: “leía que me podía morir mañana y dije ¡no!”. Frente a la persistencia de los malestares, Lara pidió consejos a sus amigos/as y sus conocidos/as, hizo consultas en foros médicos virtuales, entre otros recursos, para obtener alguna clase de respuesta. Como señala Menéndez en una entrevista:

> La comunidad, los vecinos, los amigos y los compañeros de trabajo son los referentes a los que los sujetos recurren inicialmente cuando se sienten enfermos. Más aún, son el sujeto y su microgrupo los que siguen actuando luego de la consulta de un sujeto con un curador profesional (…) Es decir, estos grupos generan,

> estructuralmente, explicaciones y prácticas de autoatención, de tal manera que los pequeños grupos naturales, como las familias o los grupos ocupacionales, así como los construidos es decir, los grupos de autoayuda, son agentes fundamentales para el tratamiento, convivencia o solución de los padecimientos que aquejan a los sujetos (Triana Ramírez y Álvarez Soler, 2017, p. 287).

El conjunto de estas actividades de autoatención supone la existencia de un saber de los sujetos no profesionales de la salud respecto al proceso de salud/ enfermedad/atención que se va ejercitando a través de sus propias experiencias o de otras, y es a partir de ese saber que se dan las relaciones de transacción entre las distintas formas de atención a la salud (Menéndez, 2005). ¿De qué manera se dan estas articulaciones en la trayectoria terapéutica de Lara? En principio, apoyándose en el conocimiento de primera mano de padecimientos previos. De esa manera comienza a construir autodiagnósticos tentativos. Sin embargo, ante la persistencia de las molestias comparte su situación con personas que conoce para poner en común experiencias similares que le aportan algún tipo de solución circunstancial. Dado que los síntomas continúan, Lara sale del círculo íntimo y busca ayuda en una profesional de la salud. Llegada a esta instancia, consigue un turno en un consultorio privado a partir de un círculo de recomendaciones, es decir, mediante un conjunto de circulaciones colectivas de información entre sus pares, basadas en la sugerencia o el consejo respecto de quiénes son los/as profesionales médicos/as adecuados/as para atenderse y en qué lugar hacerlo. La no discriminación y el buen trato de los/as especialistas hacia los/as pacientes eran los fundamentos decisivos en el proceso de evaluación y selección de los/as profesionales, siempre y cuando la posibilidad de elegir entre varias alternativas fuese posible. En el marco de la consulta, la prescripción médica inmediata indicaba la realización de una biopsia. El resultado de los estudios clínicos fue que se trataba de un tumor benigno, por lo que, a partir de ese diagnóstico, Lara inició un tratamiento para su

disolución y, según la sugerencia médica, también un seguimiento extendido todos los meses mediante controles y consultas clínicas.

En paralelo, Lara lleva adelante una serie de prácticas de cuidados frente al desarrollo de otros padecimientos, las cuales no implican necesariamente la intervención de un/a profesional médico/a sino que apuntan al logro de un equilibrio en su vida cotidiana. Estas prácticas son incorporadas a partir de un conjunto de saberes adquiridos por la propia experiencia, basados en la lectura del propio cuerpo y aquella compartida por sus pares. Esos cuidados están vinculados al mantenimiento del peso —dado que la silicona implica un sobrepeso que daña generalmente la columna y distorsiona la postura—, a evitar golpes en las zonas en donde se encuentra alojada la silicona, a dormir en posiciones determinadas para atenuar los dolores, a evitar la exposición a temperaturas extremas de frío o calor y a realizar actividades recreativas, entre otras. Sin duda, la comprensión e interiorización de estos conocimientos prácticos es lo que le va a permitir a Lara posicionarse de un modo singular en la relación que establece con los/as médicos/as, disputándoles el saber sobre los cuerpos que estos/as se atribuyen.

En resumen, frente a la emergencia de enfermedades lo que se pone en juego es un sistema de saberes, los cuales buscan reconocer los síntomas del malestar y accionar sobre ellos. Este mecanismo se pone en movimiento a partir de la construcción de diagnosis autogeneradas que se van desplazando hacia sucesivos/as consejeros/as para obtener otras miradas, exámenes y/o soluciones, entre las que se encuentran las propias de los/as profesionales de la salud. Además, dicho recorrido no supone siempre una linealidad. Por el contrario, confluyen en él ritmos diversos: retrocesos, pausas, secuencias impredecibles, entre otros.

En ese sentido, la dimensión temporal adquiere un carácter fundamental en las trayectorias terapéuticas. Lejos de asumir una linealidad cronológica, las trayectorias presentan un carácter multidimensional

del tiempo. Como señalan Mallimaci y Giménez Béliveau (2006), los sujetos construyen sus nociones de tiempo a partir de percepciones que se encuentran ancladas en pertenencias sociales, económicas, políticas, religiosas, culturales, de género, que conforman una subjetividad particular, por lo que los relatos no abarcan solamente una descripción de sucesos sino que involucran, al mismo tiempo, una selección y evaluación de la realidad. Cabe destacar, con Ballesteros, Freidin y Wilner (2017), que las temporalidades sociales no son homogéneas para todos los sujetos: el tiempo se presenta como un recurso estructural distribuido de manera desigual según las relaciones sociales que lo atraviesan, a partir de estructuras de oportunidad diferenciales que condicionan la capacidad de agencia temporal de los sujetos y sus posibilidades de desarrollo en un contexto que sea favorable para la salud. En efecto, una de las características de las sociedades capitalistas contemporáneas es la intensificación del ritmo de vida; sin embargo, los sectores con mayor desventaja estructural tienen menor control sobre cómo transcurre el tiempo. Por ejemplo, en cuanto a la capacidad de disponer de tiempo personal para el cuidado de la salud, tienen menor flexibilidad en sus actividades laborales y escasa capacidad para comprar el tiempo de otros, como sí pueden hacerlo los demás sectores de la sociedad.

De manera que la experiencia de la temporalidad no se reduce simplemente al eje de la sucesión. Si bien las dimensiones del pasado, el presente y el futuro estructuran los acontecimientos en una lógica cronológica, es fundamental comprender el sentido de las relaciones entre las distintas escalas temporales, dado que traducen una experiencia simultáneamente objetiva y subjetiva del tiempo que adquiere matices diversos. Teniendo en cuenta lo anterior, podemos recuperar los momentos de inestabilidad, de crisis; aquello que desde la sociología francesa (Bessin, 2009; Bidart, 2006; Grossetti, 2006) se ha denominado como *bifurcaciones biográficas*, para señalar aquellos acontecimientos inesperados, impredecibles e incluso irreversibles,

que tienen efectos de cambio a largo plazo en el destino de las personas y que ponen en juego los elementos de su existencia, generando resignificaciones y abriendo un nuevo abanico de posibilidades. De acuerdo con Bidart (2006), las bifurcaciones o los puntos de inflexión dan cuenta de la emergencia de una encrucijada biográfica impredecible, cuyas vías son inicialmente no planificadas y en las que se desarrolla un itinerario cuyos resultados producen un cambio de dirección significativo. En la experiencia de Lara, esto se traduce en una tensión permanente:

> Yo me hice todo el mismo año, pero creo que lo voy a sentir más ahora que estoy pasando los treinta y el cuerpo va teniendo otro metabolismo. Te cuesta más poder respirar, poder dormir. Te agitas más. Tengo lo mismo que una persona de mi edad más la silicona que es un aceite. Yo soy consciente que en algún momento me va a pasar algo, que es un aceite cancerígeno. Me gustaría poder sacarme la silicona pero por ahora sé que no se puede. Yo siempre traté de cuidarme pero siempre está el temor (…) Antes se veía bien. Era lindo. Ahora como que sos más grande y tenés otro pensamiento. Más allá de que tenés medianamente una figura que has soñado, pero es perjudicial para tu salud. Puede ser un desencadenante de cualquier cosa. Por eso ahora tengo ganas de priorizar mi salud (Lara, entrevista).

En este contexto, las decisiones que se toman atraviesan todas las esferas de la vida e inciden en las lógicas de acción y elección, los cambios de ritmo y las coherencias. Por lo que su análisis abre un inventario interesante de posibilidades y permite echar luz sobre su carácter dinámico y variable. Abordar las celeridades y los aplazamientos en la configuración de las trayectorias terapéuticas nos permite interrogar sobre cuándo y qué tipo de decisiones se toman, cuáles son las opciones consideradas, de qué maneras operan las restricciones en esos arbitrajes, cuáles son los recursos movilizados, entre otras consideraciones.

El mantenimiento de la salud: entre la culpabilización y la responsabilización

Como mencionábamos en el apartado anterior, en la configuración de las trayectorias terapéuticas se despliega un conjunto de saberes diversos en el marco de las experiencias de modificación corporal. Ahora bien, en el sistema dominante del saber/hacer propio de la biomedicina entran en tensión los saberes/haceres del ámbito no profesional de la salud. Este último ha sido un campo relegado por la biomedicina, aunque ella impulsa, favorece e incorpora formas de autoatención al mismo tiempo que las cuestiona. Generalmente no es considerado un ámbito decisivo en la resolución de problemas. Incluso, desde el campo de la atención profesional se han sostenido actitudes de descalificación y de responsabilización para aquellos sujetos y grupos sociales que emprenden la atención de la salud por fuera de las prescripciones médicas.

En esa línea, Lara afirma que: [la médica] "me dijo que [la emergencia de los nódulos] podría ser por los procesos hormonales mal hechos que yo misma me hice en algún momento". En estos términos, la experiencia de modificación corporal aparece como una experiencia sumamente individualizada en la que la persona afectada es culpable por su estado de salud. Como señala Menéndez (1998), en el ámbito profesional habitualmente se considera que las representaciones y prácticas de la población constituyen factores que inciden de manera desfavorable sobre su salud y que por tanto deben ser modificadas. De allí que la relación médico/a-paciente se presenta de forma asimétrica, exhibe tensiones y se construye sobre un desafío permanente de negociación.

Aún más: en razón de esta disposición a devaluar los saberes y las prácticas de los/as pacientes y a considerarlos/las causantes de algo que sucedió y que ya no se puede modificar porque no hay vuelta atrás (en este caso, la colocación casera de silicona líquida y sus efectos), lo que sobresale es la culpabilización de los/as pacientes, sin conside-

ración alguna sobre las circunstancias que posibilitaron que llegaran a esta instancia. Es importante considerar aquí dos aspectos. Ante todo, que la puesta en práctica de estrategias no implica necesariamente una racionalidad consciente y libre de los sujetos, como tampoco supone una racionalidad instrumental fundada en la eficacia de dichas estrategias. Se trata, en cambio, de una racionalidad socialmente limitada dentro de los márgenes de las imposiciones estructurales de las cuales son producto (Bourdieu, 1999). Por otra parte, siguiendo a Crawford (1994), podemos señalar que en la idea de culpabilización convergen juicios respecto de lo que se considera una conducta no saludable, cuyas atribuciones de descuido e irresponsabilidad dan lugar a enfermedades "autoinducidas":

> Hay una idea de salud estrechamente vinculada con la de identidad (…) Esta afirmación se basa en que la salud y el cuerpo imaginado a través de ella (o en forma inversa el cuerpo y la salud imaginada a través de él) no están sólo colocados en sentido biológico, aunque lo sean en forma significativa, sino también metafóricamente, conjuntamente con connotaciones relativas a lo que significa ser una persona buena, respetable y responsable (Crawford, 1994, s/p).

Esto supone, en términos del autor, una distinción de perfiles de riesgos entre sujetos "saludables y responsables" y sujetos "peligrosos e irresponsables", estos últimos, aquellos que necesitan supervisión. De ese modo, se estereotipa socialmente a determinados conjuntos sociales y se refuerzan posiciones de poder. No obstante, las directivas de los/as profesionales de la salud no siempre se consolidan y logran dominar el accionar de los/as pacientes, y en ocasiones se producen conflictos, demandas y/o resistencias que tensionan la relación. En esa línea podemos señalar que las prácticas y los sentidos que las travestis tienen respecto del proceso de modificación corporal difieren generalmente de las representaciones profesionales. En palabras de Lara:

> Antes no teníamos acceso a tanta información, más allá de que una tenía internet. Pero nadie te enseñaba. Los médicos no te decían nada. Tanto en la salud como en lo social, históricamente, se nos ha destituido porque nos consideraban que éramos anormales, que no entrabamos en lo común de la gente (…) Para nosotras es un tema de salud y no de estética como es para los cirujanos, más allá de que en su momento quisimos arreglar la estética de nuestros cuerpos pero bueno lo hicimos mal, de mala manera por desinformación y por no poder acceder a la salud que corresponde (Lara, entrevista).

Tal como se advierte en este pasaje, la demanda de acceso a determinados conocimientos está atravesada por tensiones. Por un lado, el ejercicio de una mirada médica que contribuye a individualizar las responsabilidades de las travestis adjudicándolas a determinadas prácticas y formas de vida termina convirtiéndolas en acciones riesgosas, lo cual limita o anula la comprensión del proceso de salud/enfermedad/atención y cuidados. La idea de riesgo propia del saber médico pone en el centro a la autonomía individual y provoca un solapamiento del contexto en que esas relaciones son posibles. Por otro lado, las facultades de los no profesionales de la salud son a la vez relegadas.

Como resultado, lo que se pone en juego es una jerarquía de conocimientos que implica al menos dos cuestiones centrales. En primer lugar, se desplaza de una posición de autoridad y se le resta valor a la experiencia de primera mano de las personas involucradas, y en su lugar se construye una perspectiva que se presume objetiva. Así, la perspectiva biomédica tiende a subsumir lo social a lo biológico generando saberes y prácticas pretendidamente neutrales en términos morales y objetivas en términos científico-positivos. En segundo lugar, al negar la agencia epistémica de las travestis (en este caso) se ejerce una casi imperceptible violencia en relación con la producción, circulación y reconocimiento del conocimiento (Pérez, 2019):

> Se entenderá a la violencia [epistémica] no como una acción o un evento, sino más bien como una forma de relación social caracterizada por la negación del otro, esto es, la negación, situada histórica y socialmente, de la subjetividad, la legitimidad o la existencia de otro individuo o comunidad (…). Dentro de estos parámetros, la violencia epistémica puede ser entendida como una forma de (…) violencia lenta, es decir, una violencia que ocurre gradualmente y fuera de la vista, una violencia de destrucción diferida que está dispersa en el tiempo y el espacio, una violencia erosiva que en general no es vista como violencia en absoluto (…) La idea -y su aplicación- de que ciertas personas o ciertos tipos de personas no son capaces de producir saberes adecuados, o no podrán evaluarlos o comprenderlos, es una de las formas más evidentes de la violencia epistémica, incluso al punto de opacar otras formas más sutiles, pero igualmente efectivas. Una práctica históricamente denunciada por las epistemologías críticas es la de la objetificación (…) Aquí, la distinción "uno"/"otro" se da a través de la división del trabajo intelectual, en la que una parte es considerada "sujeto" de conocimiento y otra "mero objeto". Mientras ese "uno" monopolice el lugar de sujeto, el "otro" servirá de objeto de sus indagaciones (Pérez, 2019, pp. 82-86).

La falta de reconocimiento y la exclusión de ciertos saberes llevan a un empobrecimiento del campo de conocimiento en cuestión. Al respecto, Lara señala que:

> Hay muchas cosas que los médicos no hacen por aprender en qué hay más allá del cuerpo de un hombre o de una mujer, en los procesos diferentes. Hasta el día de hoy es que muchos médicos no te atienden porque ellos no saben acerca de esos casos pero tampoco hacen nada para aprender. De diez médicos con suerte uno te puede decir sí, vamos a intentar. No hay esa predisposición social, diría yo, de querer aprender (…) No tienen ni idea. Están muy a ligados a lo biologicista, digamos. De ahí los corres, y no saben

> nada. Eso también influye en la corta expectativa de las compañeras: el no poder acceder a una salud como cualquier persona (Lara, entrevista).

La idea de "predisposición social" reclama una revisión crítica de las prácticas y saberes propios de los/as profesionales médicos/as y apela a un mayor compromiso en la preparación y capacitación profesional a fin de ofrecer opciones disponibles para la construcción corporal de los/as pacientes. La falta de esta predisposición promueve una construcción de la ignorancia e implica un tipo de autoridad epistémica que deslegitima cualquier otro saber (Maffía, 2018).

Ahora bien, mediante el reconocimiento de esta falta y la demanda de "predisposición social", la responsabilidad se desplaza hacia los/as profesionales de la salud. El desafío que plantea Lara apunta a que estos/as puedan reflexionar sobre su propia práctica profesional y se sientan interpelados/as a considerar con seriedad las experiencias de las travestis como portadoras y constructoras de saberes igualmente legítimos.

Reflexiones finales

En este trabajo nos propusimos comprender de qué manera se configura la trayectoria terapéutica de una travesti considerando los diferentes modos de mantenimiento de la salud, como también la atención y los cuidados a padecimientos y enfermedades vinculados a la experiencia de modificación corporal. En esa dirección, planteamos de forma sintética una conceptualización de trayectoria terapéutica y un acercamiento a la idea de modificaciones corporales que se vuelven más ricas en articulación con la experiencia de Lara, teniendo en cuenta los distintos momentos que allí intervienen: la configuración de padecimientos, las delegaciones de saberes en la emergencia y el desarrollo de enfermedades, y las responsabilizaciones producto del intercambio asimétrico entre profesionales y no profesionales respecto del mantenimiento de la salud. Estos momentos del despliegue de la trayectoria

evidencian la confluencia de relaciones sociales de poder que operan dirigiendo a la misma hacia términos que no siempre concuerdan. En términos generales, se vincula a un proceso que involucra disputas de poder entre diversos actores sociales, lo que resulta en una trayectoria terapéutica con desarrollos contingentes y resultados impredecibles.

En cuanto a su configuración, exploramos diversos modos de padecimientos. Por un lado, aquellos vinculados a los efectos de la iniciativa y el sostenimiento de las modificaciones corporales que, al contraponerse a los estereotipos corporales normados, dan como resultado experiencias excluyentes en los más variados ámbitos de la vida social de Lara. Estos padecimientos se presentan como una experiencia colectiva y se reconocen en las narrativas de la mayoría de sus pares. Su puesta en común en el interior del colectivo travesti permite una socialización de saberes y conocimientos prácticos que colaboran en el tránsito de las trayectorias terapéuticas. Por otro lado, se presentan los padecimientos asociados a los efectos de la colocación de silicona líquida como un modo específico de construcción corporal, los cuales se minimizan cuando son comparados con la aspiración de una imagen corporal que se ligue a la identidad de género autopercibida. Asimismo, estos últimos constituyen el fundamento por el cual Lara confronta la adjudicación de la responsabilidad demandada por los/as profesionales médicos/as respecto del mantenimiento de su salud. En su lugar, ella exige una mayor predisposición para comprender el contexto social en que se llevan adelante las intervenciones corporales, reclama una valoración positiva de sus saberes y, a partir de esa plataforma, propone realizar un trabajo en conjunto. ¿Estarán estos/as dispuestos/as a construir conocimientos en diálogo paralelo con las travestis? Para ello, es necesario en principio un mayor compromiso en la capacitación y preparación profesional, lo cual indica un movimiento de deslizamiento de la responsabilidad hacia el ámbito de los/as profesionales de la salud y, en relación con ello, hacia el Estado en cuanto garante de la salud de los/as ciudadanos/as.

Referencias bibliográficas

Alves, P. C. (1993). Experiencing Illness: Theoretical Considerations. *Cadernos Saúde Pública*, *9*(3), 263-271.

Ballesteros, M.; Freidin, B. y Wilner, A. (2017). Esperar para ser atendido. Barreras que impone el sistema sanitario y recursos que movilizan las mujeres de sectores populares para acelerar la resolución de las necesidades de salud. En Pecheny, M. y Palumbo, M. (comp.) *Esperar y hacer esperar*. Buenos Aires: Teseo.

Bericat Alastuey, E. (2000). La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. *Papers. Revista de sociología*, *62*, 145-176.

Berkins, L. (2006). *Travestis: una identidad política*. Ponencia presentada en las VIII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres/III Congreso Iberoamericano de Estudios de Género Diferencia-Desigualdad. Construirnos en la diversidad. Córdoba, Argentina. Recuperado de https://hemisphericinstitute.org/es/emisferica-42/4-2-review-essays/lohana-berkins.html

Berkins, L. y Fernández, J. (2005). *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires: Ed. Madres de Plaza de Mayo.

Bessin, M. (2009). Parcours de vie et temporalités biographiques: quelques éléments de problématique. *Informations sociales*, *156*.

Bidart, C. (2006). Crises, décisions et temporalities: authors des bifurcations biographiques. *Cahiers internationaux de sociologie*, *120*.

Blanco, M. y Pacheco, E. (2003). Trabajo y Familia desde el enfoque del curso de vida: dos subcohortes de mujeres mexicanas. *Papeles de Población*, *38*, 159-193.

Bourdieu, P. (1977). Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. En *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta.

Bourdieu, P. (1999). El conocimiento por cuerpos. En *Meditaciones pascalianas* (pp. 169-214). Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (2012). *Las estrategias de la reproducción social*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Respuestas: por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.

Cortés, B. (1997). Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. *Nueva antropología*, *16*(53), 89-115.

Crawford, R. (1994). Los límites del yo y el otro no saludable. Reflexiones sobre salud, Cultura y Sida. *Social Science & Medicine*, *18*(10), 1347-1365. (Traducción Susana Belmartino).

Cutuli, M. S. (2015). *Entre el escándalo y el trabajo digno. Etnografía de la trama social del activismo travesti en Buenos Aires*. (Tesis de Doctorado). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Cutuli, M. S. y Farji Neer, A. (2016). Mapeando estrategias: iniciativas, oportunidades y dificultades en la implementación de la Ley de Identidad de Género en el ámbito sanitario. *XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Elder, G. (1991). Lives and social change. *Theoretical advances in life course research*, *1*, 58-86.

Esteban, M. L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.

Fábrega, H. (1977). La enfermedad considerada como una categoría simbólica. En Engelhardt, H. T. y Spicker S.F. (eds.) *Mental Health: Philosophical Perspectives* (pp. 79-106). Holland: Dr. Reidel Penlishing Company.

Goffman, E. (1970). *Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad, y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.

Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología social*, *17*, 79-99.

Grimberg, M. (2009). *Narrativas y experiencias de padecimientos*

cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico. Buenos Aires: Antropofagia.

Grossetti, M. (2006). L`imprévisibilité dans les parcours sociaux. *Cahiers internationaux de sociologie, 120*.

Herzlich, C., y Pierret, J. (1988). De ayer a hoy: construcción social del enfermo. *Cuadernos Médicos Sociales, 43*, 21-31.

Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure. *American Jo Journal of Sociology, 85*, 551-575.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: California University Press.

Laurell, A. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de salud, 2*, 7- 25.

Maffía, D. (2018). Género y políticas del conocimiento [Archivo de video]. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=edT2LIQLEPo

Mallimaci, F y Giménez Béliveau, V (2006). Historia de vida y métodos biográficos. En Vasilachis (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.

Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. I. (2010). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Cengage.

Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios sociológicos*, 37-67.

Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de antropología social*, *14*, 33-71.

Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2017). La revolución de las mariposas. A diez años de La gesta del nombre propio. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de https://www.mpdefensa.gob.ar/publicaciones/la-revolucion-las-mariposas-a-diez-anos-la-gesta-del-nombre-propio

Otegui Pascual, R. (2009). *El sufrimiento: la forma sociocultural del dolor. Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos:*

miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico (pp. 147-166). Buenos Aires: Aires: Antropofagia.

Pérez, M. (2019). Violencia epistémica: reflexiones entre lo invisible y lo ignorable. El lugar sin límites. *Revista de Estudios y Políticas de Género*, *1*(1), 81-98.

Recoder, M. L. (2011). Experiencia de enfermedad y narrativa. Notas etnográficas sobre vivir con HIV-Sida en una ciudad del nordeste brasilero. *Papeles de trabajo- Centro de estudios interdisciplinarios en etnolingüística y antropología socio-cultural*, *21*, 80- 98.

Romero Marchesini, N. (2017). *Las experiencias de modificaciones corporales travestis en el proceso de salud/enfermedad/atención*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. La Plata, Buenos Aires.

Scheper–Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil.* Barcelona: Ariel.

Seppilli, T. y Otegui, R. (2005). Presentación: antropología médica critica. *Revista de Antropología Social*, 7-14.

Triana Ramírez, A. N. y Álvarez Soler, J. A. (2017). Educación médica, Modelo Hegemónico y Atención Primaria de Salud. Entrevista al Doctor Eduardo L. Menéndez. *Praxis & saber*, *8*(18), 271-298.

Weingast, D. B. (2013). Salud-enfermedad-atención: las miradas de la Antropología. En Ringuelet, R. (2013). *Temas y problemas en Antropología Social*. Buenos Aires: Edulp.

Wentzel, M. (2010). Ser herida y cuchillo. Reflexiones sobre la modificación corporal extrema de las *modern primitives*. En Citro, S. (Coord.). *Cuerpos plurales: Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Biblos.

Documentos

Ley N.° 26.743 de Identidad de Género. Boletín Oficial de la República Argentina, 24 de mayo de 2012.

Acerca de las autoras

Belén Castrillo

Doctora en Ciencias Sociales y Licenciada en Sociología por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Especializada en estudios de género y salud, sociología de la salud reproductiva, violencia de género, atención médica de embarazos y partos. Es Becaria Doctoral del CONICET en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales, Unidad Ejecutora del Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales de la UNLP. Es integrante en proyectos de investigación y desarrollo vinculados a la sociología de la salud. Se desarrolla en la difusión pública de la ciencia brindando charlas y talleres en distintos escenarios sobre su tema de investigación: la violencia obstétrica y parto respetado.

Jimena Luz Coniglio

Licenciada en Sociología por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Diplomanda de posgrado en Técnicas de Investigación Social por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Colabora en el proyecto de investigación acreditado "Representaciones y prácticas referidas a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados" (CIMECS/IdHICS/UNLP).

Karina Dionisi

Licenciada en Antropología con orientación sociocultural, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP. Magister en Género,

Sociedad y Políticas, Programa PRIGEPP-FLACSO Argentina. Diplomada en Introducción a la Gerontología Comunitaria, INSSJyP, Programa de Capacitación UBA-PAMI. Docente cátedra de Antropología Cultural y Social, Facultad de Psicología, UNLP y de la cátedra de Antropología, carreras de Trabajo social e Historia, IUMA. Integrante de equipo del Proyecto de Investigación: Representaciones y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención (CIMECS/IdHICS/UNLP).

Cintia Hasicic

Licenciada en Sociología por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Doctoranda en Ciencias Sociales, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Sus temas de interés se vinculan a las mater/paternidades, masculinidades, cuidados, jóvenes y desigualdades. Es integrante en proyectos de investigación relacionados a la sociología de la salud, vulnerabilidades y jóvenes de barrios populares.

Licia Pagnamento

Licenciada en Ciencias Antropológicas con orientación sociocultural (UBA), Magíster en Ciencias Sociales con mención en Salud (CEDES/FLACSO Argentina) y Doctora en Ciencias Sociales (UNLP). Se desempeña como Profesora Adjunta en la carrera de Sociología de la FaHCE (UNLP) en las asignaturas Sociología General y el Taller de Investigación en Ciencias Sociales y Salud. Ha participado y dirige proyectos de investigación radicados en el CIMECS/IdHICS, en el último tiempo desarrollando temáticas vinculadas a la política local en salud en el primer nivel de atención.

Natalia Romero Marchesini

Estudiante avanzada del Profesorado y de la Licenciatura en Sociología por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

de la Universidad Nacional de La Plata. Es adscripta alumna en el taller de investigación Ciencias Sociales y Salud (FaHCE-UNLP). Colabora en el proyecto de investigación acreditado "Representaciones y prácticas referidas a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados" (UNLP).

Diana Weingast

Licenciada en Antropología de la Universidad Nacional de La Plata. Maestría en Ciencias Sociales y Salud, FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Académica Argentina) y CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad). Dentro del campo de la antropología sociocultural, se especializa en los problemas de salud y su atención. Se desempeña como Profesor Adjunto Ordinario en la cátedra de Antropología Cultural y Social de la Facultad de Psicología (U.N.L.P.) y Profesor Adjunto Interino en la cátedra de Sociología General de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (UNLP). Es Personal Técnico-profesional del Ministerio de Desarrollo Humano y Trabajo de la Provincia de Buenos Aires y docente-Investigador de la UNLP, en el marco del Programa de Incentivos. Integrante de proyectos centrados en la problemática de desigualdad, pobreza y salud-enfermedad-atención

Este libro presenta, en forma abreviada, resultados de investigaciones realizadas por un grupo de sociólogas y antropólogas sociales que, si bien abordan problemáticas diversas, reflexionan acerca de procesos sociales referidos a la salud, la enfermedad, la atención y los cuidados. Las investigaciones fueron realizadas en la región de La Plata (provincia de Buenos Aires) y abordan dos grandes temas generales: uno referido a políticas en salud, procesos de atención y cuidados, en particular orientados a sectores vulnerables (por condiciones de vida y por edad), y otro más vinculado a las relaciones de género y salud (en el que se exploran temas referidos a los partos, las paternidades juveniles en sectores vulnerables y las modificaciones corporales trans).

Estudios/Investigaciones, 77
ISBN 978-950-34-2048-5

IdIHCS Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales
CONICET

EDICIONES DE LA FAHCE