
Representaciones sociales sobre la primera infancia en el marco de la implementación práctica de la ley N° 25.929 de Parto Humanizado en el Hospital Zonal General de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez de La Plata.

Autora: Deambrossi, Agustina.

agustinadeambrossi@gmail.com

Directora: Colangelo, M. Adelaida.

Lugar: La Plata.

Fecha de entrega: 17/10/2023.

Resumen

El presente escrito pretende realizar un análisis de las representaciones sociales sobre la primera infancia presentes en los discursos y en las prácticas profesionales y familiares que habitan cotidianamente el Hospital Zonal General de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez, ubicado en el barrio Hipódromo de la ciudad de La Plata.

El interés por ello se enmarca en mi trayectoria profesional como Trabajadora Social en dicha institución de salud, e incorpora además, mi proceso formativo como estudiante de la “Especialización en Intervención Social con Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes” de la Universidad Nacional de La Plata.

Este trabajo se realizó en base a un estudio analítico-interpretativo, de abordaje cualitativo e interacción flexible. Dicho enfoque fue elegido con la intención de desentrañar el sentido que las representaciones sociales sobre la primera infancia le otorgan a ciertas prácticas profesionales y familiares, las cuales no solo legitiman el orden social establecido, sino que además, establecen determinadas formas de nombrar, de ver, de pensar y de relacionarnos con los/as niños/as desde el momento de sus nacimientos.

Entendiendo y dimensionando la complejidad que demanda este proceso reflexivo, para realizar el presente trabajo, elegí posicionarme en un contexto histórico y social particular, en el que la emergencia e implementación práctica de ciertas normativas, imprimió importantes transformaciones en la manera de caracterizar y significar a la primera infancia.

En este sentido, tomé como recorte espacial-temporal el periodo comprendido entre los años 2021 y 2023 porque en dicho momento, en el Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez, comenzó a gestarse un proceso de intercambio interdisciplinario que, materializado en una mesa de trabajo, propuso debatir y repensar los alcances institucionales de la Ley Nacional N°25.929 conocida como “Ley Parto Respetado” o “Parto Humanizado”.

El trabajo de campo realizado me permitió observar que la posibilidad de encuentro y de debate colectivo habilitó instancias sumamente interesantes para comenzar a cuestionar y/o poner en tela de juicio ciertas visiones preconstruidas, estandarizadas y pretendidamente universales sobre las primeras infancias, pero también sobre su cuidado, su crianza y sus familias.

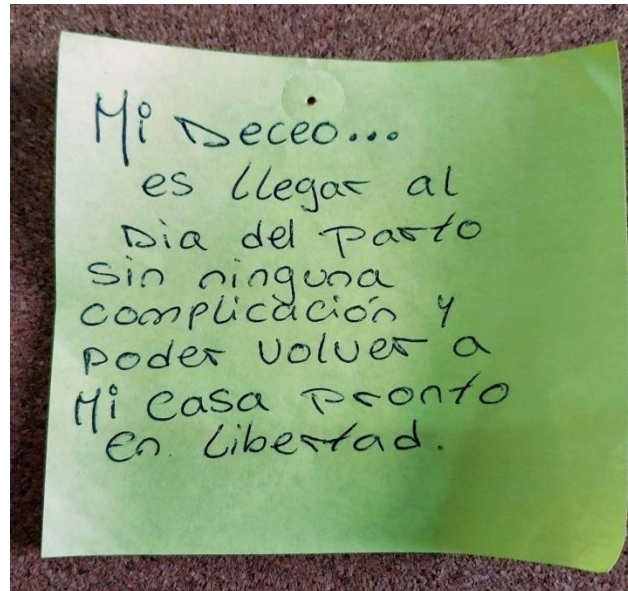
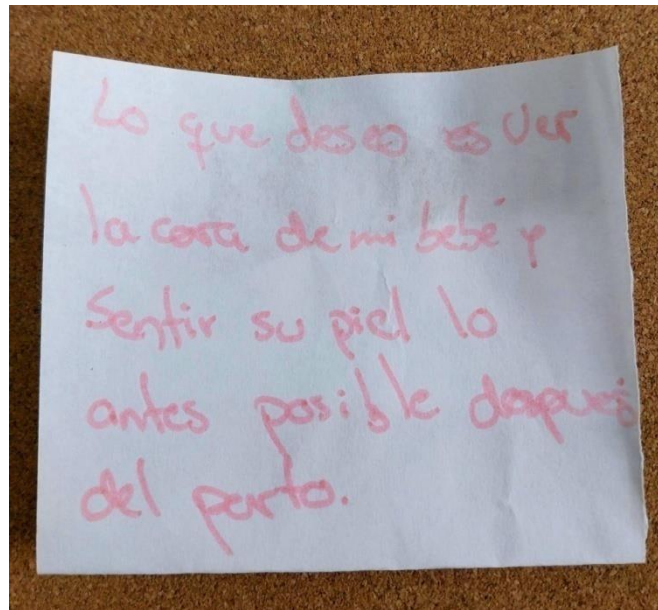
Posibilitó además, entender que si bien los cambios y los avances legislativos alientan e instalan conceptos e ideas innovadoras, no son suficientes per se, y necesitan de un proceso de incorporación mucho más complejo, que a es a la vez multidimensional y heterogéneo.

Es así que lo aquí analizado no pretende postularse y/o mucho menos constituirse en un elemento acabado, sino por el contrario, herramienta de apoyo y contención para continuar problematizando y desafiándonos en nuestras visiones y representaciones, buscando construir nuevas relaciones intergeneracionales donde las niñeces tengan un lugar de anclaje protagónico y seguro para transformar la realidad social de la que son parte.

Palabras clave: primera infancia- representaciones sociales- derechos

“Lo que podemos aprehender viene, sin duda, facilitado por las normas del reconocimiento; pero sería un error afirmar que estamos completamente limitados por las normas de reconocimiento en curso cuando aprehendemos una vida”

Buther, J. (2010). Marcos de Guerra. México



Figuras 1 y 2: Deseos expresados por personas gestantes en el marco de su participación durante el 3er encuentro del “Taller Integral de Preparación para la Mapaternidad” en el Hospital Zonal General de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez de La Plata, año 2023.

ÍNDICE

1) Introducción.....	6
2) Coordenadas conceptuales.....	9
3) Antecedentes.....	14
4) Políticas de Humanización.....	18
5) Derecho al futuro. Representaciones sociales sobre la primera infancia.....	27
5.1“La buena crianza”. Representaciones sociales sobre la maternidad.....	34
6) Derecho al Presente. El lugar de los/as bebés y sus familias en la institución hospitalaria en el marco de este contexto sociohistórico.....	39
7) Derecho a participar.....	49
8) Algunas reflexiones.....	54
9) Bibliografía consultada.....	60

1. Introducción

El presente escrito se enmarca en mi experiencia formativa como estudiante de la 2da cohorte de la Especialización en Intervención Social con Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes, dictada por la Universidad Nacional de La Plata durante el periodo 2022-2023.

A partir del desarrollo de este trabajo pretendo realizar un análisis de ciertas categorías y debates que surgieron durante la cursada de dicha carrera, para vincularlos/as con mi práctica profesional como Trabajadora Social de un Hospital público ubicado en la provincia de Buenos Aires.

Actualmente formo parte del Servicio Social del Hospital Zonal General de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez de La Plata. Me sumé a esta institución de salud en el año 2021 en el marco de una política emergente en contexto de pandemia por COVID-19, que promovió la continuidad laboral de los/as residentes en instituciones públicas de salud.

Es importante mencionar que la intención y el deseo de trabajar con niños/as, surge y se desarrolla a partir de mi tránsito previo como residente en el Servicio Social del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría “Sor María Ludovica” ubicado en el casco urbano de la ciudad de La Plata, e incorpora además, mi experiencia de rotación curricular en el Servicio Social del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, el cual se encuentra ubicado en el barrio de Constitución, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y es pionero y referente de un paradigma de atención perinatal denominado “Maternidades Seguras y Centradas en la Familia con enfoque Intercultural”, sobre el que se pondrá especial atención a lo largo de este trabajo.

Durante el actual proceso, y a partir de mi experiencia formativa, uno de mis grandes desafíos consiste en la necesidad de re-interpretar un lenguaje que a veces se vuelve natural en los circuitos de la atención pediátrica, y que en su cotidiana reproducción, legitima discursos y prácticas instituidas sobre la vida de los/as niños/as, basadas en un aparente “acuerdo” general, cargadas de estereotipos y visiones preconstruidas de una realidad social cada vez más lejana y ficticia.

Partiendo de estas ideas el objetivo general del presente trabajo se inscribe en conocer y analizar las representaciones sociales sobre la primera infancia que se presentan en la cotidianidad institucional de la que actualmente formo parte. Intentaré aquí “situar la mirada” y repensar la reproducción de las mismas en el marco de un contexto social particular, en el

que un grupo de profesionales se reunió con el fin de debatir la implementación práctica de la Ley Nacional N°25.929 conocida como “Ley de Parto Respetado”.

El interés por ello radica en que a partir del trabajo de campo realizado durante estos meses, pude identificar que la posibilidad de encuentro, de intercambio, de debate interdisciplinario, (con una normativa y políticas públicas de fondo claro), permite poner a prueba un conjunto de ideas y de visiones pretendidamente universales sobre las primeras infancias, pero también sobre sus familias, su crianza y cuidado.

Esto a su vez demuestra que si bien los cambios y avances legislativos son sumamente importantes para instalar conceptos e ideas innovadoras, no son suficientes, y necesitan de un proceso de incorporación para volverse reales, que es complejo, heterogéneo y multidimensional.

En este sentido, tomaré como eje analítico la creación y el desarrollo de lo que institucionalmente se denominó “Mesa de Parto Respetado”, un espacio interdisciplinario de intercambio que tuvo sus inicios en el mes de diciembre del año 2021 en el Hospital Gutiérrez y que ha logrado instalar importantes discusiones y esperanzadoras propuestas de abordaje y acompañamiento para las primeras infancias y sus familias.

Considero que este proceso de análisis reviste gran importancia ya que los modos en los que intervenimos “sobre” la vida de las infancias, dependen en gran medida de cómo nombramos “lo que son”, “lo que deben ser” y lo que les pasa a los/as niños/as. Por lo tanto, repensar las formas a partir de las cuales (como agentes estatales adultos/as) nos vinculamos con ellos/as, resulta ser, desde mi perspectiva, un imperativo ético-político de primer orden.

Teniendo en cuenta ello, me pregunto si es posible construir nuevas formas de encuentro, otros espacios más humanos, horizontales y participativos... Creo que la respuesta es sí, pero para ello primero es necesario dar visibilidad a ciertas concepciones que en el escenario interventivo se presentan como unívocas, innatas e incluso muchas veces inalterables.

Ahora bien... ¿Por dónde empezar?... No creo que exista una suerte de punteo lineal o un único camino a seguir, de lo que sí estoy segura es de que los avances legislativos en materia de derechos constituyen oportunidades para comenzar a gestar cambios en la forma de ver, de pensar, de hacer y de relacionarnos con las primeras infancias y sus familias, y que nuestro país, con sus interesantes normativas, tiene un piso fuerte desde el cual podemos tomar carrera y arrancar.

Para materializar estas ideas, durante el capítulo 2 presentaré algunas categorías teóricas a partir de las cuales me posiciono para realizar el presente trabajo de indagación. A

su vez, en el capítulo 3 tomaré aportes de diferentes autores abocados a la temática, ya que entiendo que los mismos permitirán profundizar y a su vez contextualizar este proceso reflexivo.

A partir del capítulo 4, el cual he denominado “Políticas de humanización”, intentaré realizar un recorrido contextual y normativo, para situar el problema de indagación. Esta trayectoria que considero lineal sólo en términos cronológicos, servirá de puntapié para comenzar a gestar una serie de preguntas asociadas a los vínculos que como profesionales de salud construimos con las infancias y sus familias. ¿Sobre qué paradigmas desarrollamos nuestras acciones? ¿Quiénes definen los procesos interventivos? ¿Quién/es participan de ellos? ¿Quien/es toman decisiones en ellos? ¿Qué voces oímos?; ¿Cuándo las oímos? ¿Hay otras?...

En los capítulos 5 y 6, titulados “Derecho al futuro” y “Derecho al presente” respectivamente, analizaré las representaciones sociales sobre la primera infancia, la maternidad y el cuidado que se presentan en la particularidad de este cotidiano institucional, buscando realizar una reflexión comparativa con la emergencia de nuevas miradas e interrogantes en relación a las trayectorias vivenciales y asistenciales de las primeras infancias. A partir de este proceso intentaré comprender el lugar de los/as bebés y sus familias en el marco del actual contexto sociohistórico.

En el capítulo 7, al cual denominé “Derecho a participar”, intentaré problematizar a partir de algunas categorías teórico prácticas, los procesos de escucha y agencia de las primeras infancias.

Finalmente, en el capítulo 8, apuntaré algunas reflexiones que, es importante aclarar, no entiendo definitivas ni absolutas, sino constitutivas de un proceso de debate mucho más amplio, diverso y heterogéneo, que espero pueda seguir desarrollándose en el tiempo y traspasar fronteras institucionales.

2. Coordinadas conceptuales

Este trabajo se orienta al estudio de las representaciones sociales sobre la primera infancia que reproducen los profesionales de la salud y grupos familiares, en el marco de tensiones discursivas emergentes en el ámbito hospitalario, frente a la implementación práctica de la Ley 25.929 de Parto Humanizado.

A lo largo del escrito recuperaré aportes de la ciencias sociales con el objetivo de repensar los modelos de infancia que estructuran nuestros discursos, para poder problematizarlos e ir poco a poco incorporando otras experiencias, que nos permitan ofrecer propuestas de socialización situadas, capaces de romper, o al menos batallar, contra modelos de atención jerárquicos e intervencionistas.

Parto desde la perspectiva que entiende a la infancia como una categoría socialmente construida y en constante transformación. Acordando con algunos/as autores (Colangelo, 2008,2009, 2011, 2012; Morales y Magistris, 2018) elijo hablar de infancia y no de niñez, porque al igual que ellos/as, entiendo que el origen etimológico de la primer palabra *“el que aún no habla”*, se constituye en el puntapié inicial de este proceso de indagación y cuestionamiento. Del mismo modo, por momentos utilizaré la palabra infancia en singular, ya que cualquier idea de pluralismo será tomada como un horizonte analítico a ser alcanzado durante el desarrollo de este trabajo.

En efecto, como afirman algunos/as estudios abocados a la temática (Margulis, 1998; Chaves, 2005), las representaciones sociales sobre la primera infancia no son innatas ni naturales, surgen a partir de un conjunto de patrones sociales, que desde el sentido común, y los procesos de naturalización, logran establecer una serie de clasificaciones y enunciaciones aparentemente universales e ideales. Basadas en dicotomías arbitrarias (niño sano - niño enfermo por ejemplo), no solo se alejan cada vez más de la realidad social de la que somos parte, sino que además, censuran (o intentan quizás), cualquier posibilidad de comprender e interpretar la multiplicidad y heterogeneidad de dimensiones que atraviesan a cada una de las trayectorias de vida, lo que las hace únicas e incomparables.

Las representaciones sociales no son estáticas, cambian con la historia, con la acción y emergencia de ciertos discursos, prácticas, visiones y luchas. Y en este movimiento, cambian también, los efectos que las mismas tienen en un contexto social particular. A partir de esto, y en función de los objetivos del presente trabajo de indagación, resulta apropiado poder recuperar el carácter histórico (De Mause, 1979; Ariès, 1987; Gélis, 1991) de la categoría

infancia, entendiendo que la visión que se tuvo sobre los niños/as, su cuidado y crianza no fue siempre la misma y que contextualizar esta trascendencia, permitirá posicionarnos en estructuras más dinámicas y complejas.

En sociedades como las nuestras (capitalistas), estas categorías y representaciones se estructuran a partir de una fuerte impronta moralizadora, y en su cotidianidad, reproducen un conjunto de valores androcéntricos y adultocéntricos. Estos paradigmas, junto con otros, (en este trabajo se pondrá especial atención al concepto de Modelo Médico Hegemónico acuñado por Menéndez, 1988) estandarizan una serie de visiones y prácticas dominantes, que logran identificarse como las únicas formas de entender y atender los diferentes eventos de la vida social infantil.

Es así que, a partir de estos pilares impuestos de interpretación me pregunto...¿Cómo definimos a la primera infancia? ¿Qué aspectos consideramos adecuados/apropiados para ella? ¿Qué esperamos de ella? ¿Cómo “debemos” los/as adultos/as, vincularnos con ella? ¿Cuál es el estatuto social que ocupan los/as niños/as durante sus primeros años de vida en nuestra sociedad? ¿Y en la institución de salud de la que formo parte?

Considero que la complejidad en dar respuesta a estos interrogantes se traduce en la escasa bibliografía existente sobre intervenciones sociales con este grupo generacional. La jerarquía de lo que comúnmente denominamos “saberes expertos”, afecta a tal punto nuestra capacidad creativa, que solamente hemos logrado pensar/idear vínculos con los/as niños/as que han incorporado el habla, o que, en otras palabras, han adquirido la capacidad de relacionarse con nosotros/as en tanto “adultos/as responsables”.

Ante esta ausencia, De Grande y Remorini (2019) plantean que existen al menos dos miradas sobre los/as bebés, que no han sido ampliamente difundidas y/o problematizadas, pero que han logrado ofrecer un panorama de interpretación mucho más amplio sobre el tema que me convoca, y que en cierta forma dan cuenta del modo en el que la infancia fue construida a lo largo de la historia en las sociedades occidentales modernas (Rincón Verdugo, 2018). Hablamos del *enfoque anticipatorio* y del *enfoque vivencial*. En el primero, la mirada sobre los bebés está puesta en su futuro, en el segundo, en su presente. En este sentido, el enfoque anticipatorio, motivado por saberes médicos, psicológicos y jurídicos, expone que lo que ocurre en la primera infancia importa, por las consecuencias que pueda tener en las demás etapas de la vida. Los/as bebés aparecen entonces como proyectos a largo plazo, como sujetos pasivos, a quienes hay que criar, alimentar, proteger y domesticar. El enfoque vivencial, por el contrario, incorpora saberes de la antropología, la historia y la sociología, y se interesa por las realidades y los conflictos de los/as bebés en el entramado cotidiano del que forman parte,

lo que además pone especial atención en los vínculos que construyen con sus familias, la comunidad y las instituciones.

Para reforzar esta segunda dimensión interpretativa (desde la cual me posiciono) y comenzar a visibilizar las heterogéneas y complejas relaciones que en la vida de los/as bebés se suceden, la categoría de intersección, propuesta por Platero (2014) resulta ser una aliada, que nos permite problematizar dimensiones hegemónicas y contrarrestarlas con las múltiples desigualdades que atraviesan a cada una de las vidas de los/as bebés. El citado autor nos brinda herramientas para repensar los procesos de subjetivación, que lejos de constituirse en elementos secuenciales, son portadores de categorías sociales complejas y en constante transformación. En este sentido considero que una mirada interseccional permitirá identificar y analizar los múltiples factores que definen y estructuran las identidades de los sujetos (sexo, género, clase social, raza, religión, entre otras) y que en su cotidiana interacción contribuyen en el desarrollo de experiencias únicas de opresión y pero también de privilegio.

En correlación con ello considero que es importante incorporar el enfoque de género como herramienta de análisis, ya que permite poner la mirada sobre algunas dimensiones aparentemente invisibles que inciden en el pleno ejercicio de los derechos y en diversas formas de vulneración que atraviesan la vida de las primeras infancias. Las construcciones sociales de género se hacen presente desde antes del nacimiento y claramente luego de él. Cuando los/as niños/as “llegan al mundo” habitualmente ya poseen un nombre, ropa y proyectos que dependen y derivan de su sexo biológico. Acá sí que no hay margen de error, los/as niños/as deberán ser lo que otros/as quieren que sean... ¿Nos pusimos a pensar qué niñez esperamos?

De esta forma es importante entender que la manera a partir de la cual miramos a los/as bebés, debe analizarse desde la multiplicidad de desigualdades que atraviesan sus realidades y que generan determinadas condiciones y trayectorias de vida.

Por suerte, el movimiento constante de la realidad hace emerger un conjunto de visiones que, motivadas por ciertas posiciones ideológicas y políticas, ponen en agenda situaciones hasta ahora impensadas (Carballeda, 2019) por las instituciones más tradicionales. El Parto Humanizado en tanto paradigma de atención, con sus respectivas leyes y guías es, desde mi perspectiva, un claro ejemplo de ello. En términos discursivos, tensiona arbitrariamente las dicotomías existentes entre presente-futuro, público-privado, adulto-niño, sujeto-objeto. A partir de ello, los/as bebés se constituyen en actores sociales desde el momento en el que nacen. Su actual bienestar importa, porque importan sus deseos y sus

sentires, en una relación constante con sus lazos comunitarios y con las particularidades que caracterizan sus trayectorias vitales.

Pero... ¿Qué sucede en la práctica?; ¿se trata de eventos inmediatos?... Las leyes se constituyen en herramientas necesarias, pero vacías sin el accionar práctico de los agentes estatales, sin la existencia de políticas públicas destinadas a su implementación y claro está, sin un posicionamiento ético-político de compromiso, indagación y revisión permanente. Aparentemente no resultaría ser un proceso de fácil ejecución, sin embargo, sienta las bases para construir prácticas novedosas, conjuntas y participativas.

Leboyer en 1974 proponía repensar el protagonismo de los/as bebés durante sus nacimientos. Según reseñas bibliográficas, fue la primera vez en la historia de la medicina, que se habló del proceso del parto desde el punto de vista del bebé que va a nacer, de sus experiencias y vivencias. En un video recuperado de la plataforma youtube (2014), el autor expone *“pensamos que el recién nacido no tiene conciencia, por eso se le manipula, se le trata como un objeto y no como un ser”*.

Ahora bien... ¿Qué sucedió a lo largo de todos estos años? ¿Qué fue lo que impidió que sigamos problematizando nuestras miradas, nuestras maneras estandarizadas de ver, pensar y vincularnos con las primeras infancias? ¿Por qué la propuesta del autor, cuarenta y ocho años después, sigue resultando novedosa?

Si hacemos un análisis en retrospectiva, comprenderemos que históricamente en nuestro país, las políticas públicas de salud destinadas a la infancia, se caracterizaron por ser portavoces de valores occidentales, biologicistas, hegemónicos, centrados en la familia, como único e incuestionable núcleo de cuidado, crianza y tutela. La evidencia empírica que da sustento a estas políticas, rara vez se construye a partir de los intereses, los deseos y las experiencias de los sujetos destinatarios de las mismas, y menos aún, si se trata de bebés.

Es por ello que resulta pertinente comenzar a interpelarnos sobre el sentido que las representaciones sociales, en tanto construcciones ficticias, imprimen a nuestras prácticas profesionales, y comenzar a alejarnos y/o a diferenciarnos de los “saberes científicos” o “expertos” que establecieron hace muchísimos años hegemónicas y “adecuadas” formas de pensar, mirar, controlar y cuidar a los/as bebés. En este punto es importante mencionar que aquí la hegemonía no será entendida como un constructo acabado o como una cosmovisión cerrada y sistemática, impuesta por una clase dominante, sino como un cuerpo de prácticas y significados continuamente renovada y resistida (Szulc, 2015)

Entonces, en este campo de disputa entre cambios legislativos, representaciones sociales y patrones institucionales... ¿Por qué es importante problematizar las concepciones

vigentes en torno a la infancia, a la familia, en la práctica profesional? Principalmente porque dichas representaciones orientan nuestras aproximaciones a la realidad y porque habitualmente somos los/as encargados/as por excelencia de reproducirlas de manera mecánica y natural.

Posicionada desde una perspectiva vivencial y relacional, considero que es importante retomar el concepto de reproducción interpretativa desarrollado por Corsaro (1992) ya que el mismo permitirá dimensionar el carácter activo que los/as niños/as tienen durante sus procesos vitales y de sociabilidad. Según los aportes de este autor, los/as niños/as no simplemente internalizan la sociedad y la cultura, sino que contribuyen activamente a la producción cultural y al cambio (Corsaro, 2012). Es así que, como actores o agentes históricos, los/as niños/as son posicionados y se posicionan de manera creativa en las relaciones sociales, descartando cualquier interpretación deficitaria de la condición infantil.

Del mismo modo, para materializar algunas de estas ideas, será necesario pensar en otro modelo de cuidado y crianza que acompañe con paciencia y empatía los primeros (y fundantes) momentos de aprendizaje, respetando los deseos de las primeras infancias, brindando herramientas para la autonomía, compartiendo y construyendo juntos/as una forma de entender el mundo y el vínculo con otros/as. Un modelo que permita cuidar otorgando seguridad y confianza en sí mismos/as y en sus decisiones. Que permita abrazar y garantizar espacios de amor y juego e interpretar, decodificar, desandar, desaprender, cuestionando nuestras ideas patriarcales y adultocéntricas, predisponiéndonos a lo incierto (Shock, 2016)

Es así que creo que es a partir del conocimiento de otras experiencias, otros vínculos, otras vivencias, que podremos construir interpretaciones más complejas de la realidad de la que somos parte y a la vez reconstruir relaciones más respetuosas y humanizadas con las primeras infancias. Esto indefectiblemente implica reconocer el deseo, la elección, la decisión (Carballeda, 2012), como dimensiones imprescindibles a ser abordadas en los circuitos de atención pediátrica. Se trata de pensar con y no sobre los sujetos, lo que seguramente habilitará interesantes propuestas participativas de abordaje y acción.

3. Antecedentes

Considero que para poder re-situar contextualmente a la infancia en tanto categoría social, es necesario realizar un recorrido que nos permita comprenderla desde las condiciones mismas de su emergencia. En este sentido, los aportes de Ariès (1981) y Gélis (1991) resultan ser de suma utilidad, ya que a partir de ellos, es posible conocer el modo en el que la infancia fue concebida a lo largo del tiempo y en cada sociedad.

En función del material bibliográfico consultado, se entiende que la infancia es una construcción social, producto de un complejo proceso histórico, cultural y político, (Rabello de Castro, 2001; Rivas, 2015), que comienza en occidente en el siglo XVI, pero que adquiere mayor auge durante el siglo XVIII, con el advenimiento de la modernidad.

Es a partir de lo que algunos/as autores/as consideran “el descubrimiento de la infancia”, que comienzan a desarrollarse numerosos trabajos que pretenden estudiarla, sin embargo, desde las ciencias sociales, no se ha logrado profundizar y/o reflexionar ampliamente sobre el universo interpretativo que atañe al mundo de los/as bebés. En este sentido, en su tesis doctoral, Colangelo (2012) expone de manera muy clara cómo el cuidado y la formación de la primera infancia fueron históricamente en nuestro país, incumbencia casi exclusiva de las ciencias médicas.

Los aportes de la autora mencionada son muy valiosos para poder repensar esta característica, en íntima relación y consecuencia con el conjunto de representaciones sociales que las sociedades occidentales modernas han construido sobre los/as niños/as, asociadas a un lugar de pasividad y dependencia absoluta.

Aquí es preciso destacar el trabajo que realizó Gottlieb (2009) titulado “¿A dónde fueron los bebés? En busca de una Antropología de los bebés (y sus cuidadores)”. La autora, a partir de un estudio etnográfico desarrollado en África, logra identificar seis razones¹ culturales por las que la antropología no incluye a los/as bebés en sus discusiones y/o investigaciones. Asimismo, este escrito ofrece una mirada muy valiosa sobre los/as bebés y sus procesos vivenciales fuera del mundo occidental, lo que será de suma utilidad a la hora de problematizar instituidos que pretenden universalizar prácticas relacionales de cuidado, crianza y acompañamiento.

¹ Los propios recuerdos del antropólogo y su estatus parental, la problemática cuestión de la agencia de los bebés y su supuesta dependencia de los demás, sus rutinas vinculadas a las mujeres, su aparente incapacidad para comunicarse, su incómoda propensión a filtrarse por diversos orificios y su aparente bajo grado de racionalidad.

Partiendo de reconocer que la infancia y su desarrollo están íntimamente relacionadas/os con la sociedad y la cultura, es que creo necesario comenzar a identificar y problematizar la existencia y reproducción de representaciones sociales, que en un determinado contexto socio-histórico-espacial, establecen determinadas maneras de ver, pensar, relacionarnos y, por lo tanto “de ser” de la primera infancia.

Para abordar el tema de las representaciones sociales, son interesantes los aportes de Jodelet (1985) y Farr (1985), quienes caracterizan a las mismas como una forma de conocimiento específico, de sentido común, que constituye modalidades de pensamiento práctico, que tienen como fin comunicar, organizar y dominar un determinado entorno social, material e ideal.

Complementan estas ideas los estudios de pensadores que desde diferentes ramas científicas, analizan el discurso moderno sobre la infancia (Casas, 1992, 2006; Botero y Alvarado, 2006; Calarco, 2006), identificando en él representaciones sociales que sitúan a los/as niños/as en una etapa de transición, en proceso de alcanzar la adultez, constituyéndose de esta forma en sujetos incompletos, dependientes y controlables. Siendo, en letras de Casas, *“los que aún no”* (1992: 32). Asimismo, posicionada desde una perspectiva relacional, será interesante retomar ideas de algunos/as autores/as, para poder identificar las representaciones sociales existentes asociadas a la familia, la maternidad, la paternidad y el cuidado (Cruz y Fuentes, 2020; Nucci Nelly, 2010; Jelin, 2012; Rodríguez Enríquez, 2007, 2015; Faur, 2014).

A lo largo de los siguientes capítulos, intentaré repensar dichas representaciones sociales en el marco de una serie de importantes avances legislativos que, en materia de infancias y derechos, proponen cambios novedosos en las formas de concebir a las niñeces desde sus primeros momentos de vida. Para ello, tomaré como antecedentes las siguientes leyes y guías de actuación: Ley N° 25.929 de Parto Humanizado (2015), Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de NNyA (2005); Ley N° 27.611 de “Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia”, también conocida como la “ley de los mil días” (2021); Manual de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia con Enfoque Intercultural (2012); Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia, (2012); Guía de Implementación del Parto Respetado en la Provincia de Buenos Aires (2021)

En este punto además, serán orientativos los estudios sociológicos desarrollados por Castrillo (2016; 2019) quien si bien no hace especial foco en las primeras infancias, realiza un análisis exhaustivo de la forma en la que se producen los nacimientos en la ciudad de La Plata, a partir de la reglamentación de la Ley de Parto Humanizado.

Pero como la perspectiva de derechos por sí sola no alcanza para interpretar y, si se quiere, modificar la realidad social que viven los/as niños/as argentinos/as, serán interesantes y sumamente necesarios, los aportes de algunos/as autores que entienden que la creación de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño es un hito importante pero insuficiente para construir otras relaciones intergeneracionales, basadas en la no jerarquización, el respeto y la empatía por los cuerpos y deseos de las primeras infancias. (Cussiánovich, 2003, 2010; Llobet, 2006, 2008; Morales y Magistris, 2018)

Reflexionar de manera situada sobre las representaciones sociales de la primera infancia en el marco de tensiones discursivas al interior de una institución de salud, implica poder identificar la influencia que el Modelo Médico Hegemónico y el adultocentrismo tienen sobre nuestras prácticas y posiciones discursivas. En este sentido, tomaré aportes de Menéndez (1988) y Duarte (2015) para entender y problematizar el carácter universal, singular y esencialista que dichos paradigmas imprimen en nuestras observaciones e interpretaciones sobre la realidad social.

Asimismo, la noción de campo de Bourdieu (1997) resulta oportuna para entender a la salud como un espacio social en disputa donde existen visiones paradigmáticas que pugnan por instaurar una determinada relación entre las niñeces y sus procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado. Este concepto nos ayudará a identificar la tensión latente existente entre los “nuevos y viejos paradigmas” en materia de salud, derechos e infancias. Además, a partir de esta categoría podremos entender y problematizar las ocultas intencionalidades y modalidades que las intervenciones profesionales “deben asumir” para responder fehacientemente al orden establecido (Pombo, 2012).

Los aportes de Efron (2017) serán interesantes para comprender la noción de paradigma y repensar los complejos procesos de transición entre “lo viejo” y “lo nuevo”, permitiendo reflexionar además sobre aquellos mecanismos que sostienen los discursos de poder y autonomía en la institución hospitalaria.

Sin embargo, como forma de contrarrestar aquello que aparece estático, es pertinente mencionar que existen producciones científicas que impugnan y que avanzan desplegando propuestas de conceptualización historizadas y plurales, a partir de las cuales ya no es posible hablar de infancia como un momento natural, sino de infancias como procesos, cuyas características más significativas están dadas por la inscripción social, política, económica y cultural de las experiencias vividas (Duarte, 2015).

Desde esta perspectiva, se vuelve posible diseñar otro tipo de vínculo entre las dimensiones de cuidado, familia y Estado (Rodríguez Enríquez, 2007, 2015) lo que habilita a

su vez, “nuevos” lugares para los/as niños/as y sus referentes afectivos. Aquí los estudios sobre participación y el protagonismo infantil (Cussianovich, 2010; Duarte Libonati, 2023; Liebel, 2000; Morales y Magistris, 2018; Novella Cámara, 2012) serán grandes aportes para idear procesos de escucha e interpretación basados en los sentires de las primeras infancias (Ricardo Rodulfo, 2008,2012).

Si elegimos posicionarnos desde un lugar que reconoce a los/as niños/as como sujetos de derecho pero además como actores sociales capaces de participar y transformar la realidad social de la que son parte, será imprescindible pensar el impacto subjetivo e identitario que tienen en ellos/as nuestros discursos y acciones, para lo cual los aportes de la psicología serán claves a la hora de problematizar la influencia de las representaciones sociales en la construcción identitaria de las primeras infancias (Rivas, 2015; Roitstein, 2015)

4. Políticas de Humanización

En el presente apartado pretendo realizar un recorrido contextual e histórico que pueda dar cuenta, a grandes rasgos, de algunos de los cambios legislativos acontecidos en nuestro país durante la última década, y las repercusiones que los mismos imprimieron en las particularidades del Hospital Gutiérrez. Esta mirada situada pretende constituirse en un sustento teórico que permita no solo profundizar el análisis, sino también jerarquizar el problema de indagación del presente trabajo final integrador.

En el año 2015 en nuestro país se reglamenta la Ley Nacional 25.929, conocida como “Ley de Parto Respetado”. Esta normativa establece una serie de derechos que las personas gestantes y los/as recién nacidos/as tienen durante el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio. Responde a una iniciativa internacional, que surge en Francia en el año 2004, que busca conocer y poner en tensión la forma en la que se producen los partos a nivel mundial y exigir el efectivo cumplimiento de los derechos vinculados al nacimiento.

Este nuevo paradigma apunta a despatologizar el evento perinatal, entendiendo que el embarazo y el parto son procesos naturales y saludables (no asociados a la enfermedad), que deben desarrollarse de manera humanizada, respetando los tiempos, las decisiones, los deseos y los cuerpos de las personas gestantes y los/as recién nacidos/as.

El paradigma humanizado, como habitualmente se lo conoce, se sustenta teóricamente en algunos ejes considerados centrales y decisivos en el desarrollo de prácticas respetuosas, a saber: la soberanía de los cuerpos, la privacidad, la ternura, el protagonismo de la persona gestante y del/la recién nacido/a durante todo el proceso de atención, la importancia de sus deseos, de sus vínculos, la diversidad cultural en las formas de parir y nacer, entre otros.

En este sentido, podríamos decir que fundamenta sus bases en la valoración de dimensiones sociales, culturales, afectivas y emocionales, donde cada intervención del sistema de salud importa, ya que impacta de manera diferente y distintiva en las personas gestantes, los/as recién nacidos/as y sus referentes acompañantes.

“La humanización de la atención médica se vincula a un paradigma que propugna cambios en la relación médico-paciente y en la intervención clínica (...)” “(...) en este sentido, la humanización aparece como reacción a la patologización e intervencionismo médico instalados alrededor de estos procesos, con la intención de combinar el proceso de la tecnomedicina con un trato y una relación médico-paciente particular, respetuosa, centrada en los aspectos psicoafectivos, emocionales, culturales y sociales del evento del nacimiento” (Castrillo, 2019, 95).

Schindler es un autor chileno que en uno de sus textos expresa lo siguiente:

“El conocimiento hegemónico en nuestro país para enfrentar el parto es de un sistema médico particular, la biomedicina (...)” “(...) en una cultura heredera de la tradición positivista y

androcéntrica occidental, de fuerte asidero en el poder de la ciencia y la tecnología, los cuerpos son reducidos a trozos aislables y medibles cuantitativamente, olvidándose la integridad de los individuos, su relación con los demás miembros de la comunidades y con la sociedad en general” (2004, 2).

Esta cita permite comprender que la realidad que atraviesan las personas gestantes y los/as niños/as recién nacidos/as en situación de parto y nacimiento, excede ampliamente las fronteras nacionales e institucionales, y es consecuencia de un contexto social mucho más amplio, anclado aún hoy en ciertos paradigmas históricos, pretendidamente universales y hegemónicos.

El proceso de institucionalización de partos y nacimientos generó profundos cambios y, aunque persiguió objetivos específicos vinculados al “bienestar” de la mujer y su hijo/a, tuvo importantes (no por ello buenas) consecuencias sobre sus cuerpos, deseos y protagonismo.

“La institucionalización del parto persiguió un fin válido e indiscutible, proteger a madre e hijo. Disminuir sus riesgos de enfermar o morir. Ofrecer tecnologías más complejas, infraestructuras, servicios auxiliares, especialistas, etc. El objetivo válido se logró pero con un costo impensado. La institucionalización del parto, especialmente en las mega maternidades amputó el grupo familiar y no reprodujo la ambientación del hogar (...)” (Larguía 2000, 180).

El embarazo y el parto se transformaron así, en momentos en los que la pérdida de individualidad, intimidad, sostén y escucha, dieron lugar a prácticas irreflexivas sobre el mundo afectivo de las familias. Estas instancias conllevan a que los cuerpos de las personas gestantes y de los/as niños/as recién nacidos/as, sean sometidos a un proceso de atención que es conducido y determinado institucionalmente. Sadler (2004) expresa que el traslado del parto desde el hogar al hospital ha generado una serie de cambios que implicó que:

“(...) donde antes participaran principalmente familiares y amigos, hoy participe personal médico; donde antes existiera una jerarquía equilibrada entre los participantes, hoy se aprecie una hegemonía del conocimiento médico; y donde se utilizaban métodos naturales, hoy se privilegie el empleo de sofisticada tecnología (...)” (2004, 3).

En consonancia con lo mencionado previamente, durante el año 2012 el Ministerio de Salud de la Nación Argentina en conjunto con UNICEF crean la llamada “Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia”. En uno de los capítulos de este documento se expresan y jerarquizan los efectos colaterales de la institucionalización de partos y nacimientos, buscando que los mismos sirvan como punto de referencia o inicio de un proceso de cambio estructural.

“A fines del siglo XIX y principios del siglo XX comienza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos patológicos. Esto fue considerado un progreso ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron, pero, a la vez, significó la incorporación en Hospitales, regidos por los conceptos de personas

enfermas, de una enorme mayoría de mujeres y recién nacidos sanos. Pasaron a internarse para el parto separados de su familia, en ambientes intimidantes, con horarios restringidos de visitas, con recién nacidos colocados detrás de vidrios aislantes y a recibir, en general, un trato despersonalizado, desvalorizantes y poco afectuoso con consecuencias iatrogénicas como la lesión del vínculo madre-hijo/a y la introducción de otros líquidos y sucedáneos en la alimentación del recién nacido sano, con graves consecuencias para la lactancia materna. El parto se transformó en un acto médico cuyos significados científicos dejaron de lado los otros aspectos. Dejó de ser privado y femenino para ser vivido de manera pública, con presencia de otros actores sociales” (Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia, 2012, 16).

No resulta menor identificar que en nuestro país, estas prácticas “naturales y científicas” que invaden el cuerpo y el mundo de las personas gestantes, comienzan a adquirir significado y dimensión social a partir de la reglamentación (en el año 2009) de la Ley Nacional N°26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales. Esta normativa define legalmente a la violencia obstétrica como *“aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”* (Ley N° 26.485 artículo 6, inciso e). Es entonces en el año 2009, que el Estado argentino reconoce a la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género y la identifica como una problemática de salud pública, que requiere ser abordada de manera integral e intersectorial.

Sin embargo, en el marco de este contexto legislativo, que a simple vista pareciera ser bastante alentador, subsisten ciertas prácticas y/o discursos que logran esconderse bajo el manto de humanismo con el que el Estado se presenta en los últimos años, y que requieren de una doble lectura o de un proceso de interpretación más crítico, para “salir a la luz” y ser finalmente cuestionados/as.

Partiendo de esta premisa, durante el año 2020, la provincia de Buenos Aires adhiere a la Ley de Parto Respetado, sancionando una ley provincial (Ley N°15.188) y creando la llamada “Guía de Implementación del Parto Respetado en la Provincia de Buenos Aires”. Según registros, este último documento se fundó con el objetivo de ser un instrumento/herramienta que les permitiera a los equipos de salud pensar y problematizar sus prácticas y saberes, buscando construir procesos de acompañamiento y cuidado libres de violencia.

“Comprometidas y comprometidos con las disposiciones del marco normativo nacional y provincial que resultan obligatorias, proponemos un formato que nos interpele y nos invite a hacernos preguntas de forma conjunta, para repensar nuestro rol como equipo de salud, nuestra posición de poder y orientar nuestras prácticas para garantizar derechos, producir salud integral

y acompañar deseos” (Guía de Implementación del Parto Respetado en la provincia de Buenos Aires, 2020, 2).

Enmarcados en esta guía, en el mes de diciembre del año 2021, en el Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez de La Plata, un grupo de profesionales creó la llamada **Mesa de Parto Respetado**. Este espacio se constituyó inicialmente con un objetivo general, que fue debatir interdisciplinariamente los alcances de la ley 25.929 en las particularidades de esta institución de salud, buscando construir un modelo de atención respetuoso, basado en los derechos de las personas gestantes y sus familias. Durante el año 2022, la mesa se realizó una vez cada quince días en promedio, con una participación que fue variando en su composición y volumen, aunque siempre sostuvo la presencia de referentes de los servicios de Tocoginecología, Pediatría, Neonatología, Enfermería, Salud Mental, Servicio de Área Programática y Redes en Salud, Servicio Social, Equipo de Comunicación y Planificación Estratégica y Área de Legales. Actualmente la Mesa de Parto Respetado se desarrolla una vez por mes y aunque el objetivo general sigue estando presente (quizás de manera implícita) en cada propuesta de debate e intercambio, con el correr del tiempo y el desenlace favorable de algunos puntos de inflexión, se han logrado construir objetivos específicos, que diversifican y amplían la temática a ser abordada por esta mesa de trabajo.

En este repensar crítico del modelo de atención, un aspecto trascendental que no sólo produjo controversias y cuestionamientos, sino que también motorizó ideas, representaciones y discursos instituyentes, se asocia a la importancia de la participación de los/as niños/as y sus familias en los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado de los que son parte. Y en este punto, considero que surgieron algunas dimensiones que permitieron no solo modificar la dinámica y organización institucional, ofreciendo espacios de tránsito, pertenencia y permanencia hospitalaria, sino que también, lograron “poner en agenda” y visibilizar “nuevas” caracterizaciones, formas de nombrar, de vincularse y de pensar a las primeras infancias.

En este sentido, me gustaría citar tres “eventos” (no por ello eventuales) que algunos/as de los/as profesionales que integran la Mesa de Parto Respetado, vienen desarrollando en el Hospital Gutiérrez durante los últimos dos años. Intentaré caracterizarlos brevemente porque entiendo que sus contenidos, y los propios objetivos de su surgimiento, instituyen “nuevas maneras” de interpretar las necesidades y deseos de las primeras infancias, basadas en una política de humanización. Sin embargo, es importante mencionar que los mismos fueron (y aún hoy lo son) resultado de un proceso de construcción y disputa, donde se ponen en juego (entre otras tantas cosas) relaciones asimétricas de poder, algunas de las

cuales, pujan por sostener una estructura institucional y una propuesta asistencial, anclada en el modelo biologicista de la salud. Con esto intento expresar que si bien estos “eventos” aquí se presentan como imágenes acabadas, guardan (y/o muchas veces esconden), un conjunto de tensiones paradigmáticas que, ancladas en ideas y/o valores culturales, caracterizan de cierta manera a la primera infancia y justifican una determinada forma de vincularse con ella.

Durante el año 2022 los/as integrantes de la Mesa de Parto Respetado propusieron redefinir y reestructurar el “curso de parto”, espacio que hoy en día se conoce como **“Taller Integral de Preparación para la Mapaternidad”** (en adelante PIM). Esta propuesta de acompañamiento para las personas gestantes y sus familias, no solo comenzó a nombrarse de otra manera, sino que además, encontró modificaciones en su dinámica, articulación, comunicación y contenido, buscando (según registros institucionales) constituirse en un espacio amigable, integrado y accesible para la población usuaria del sistema de salud.

Actualmente el PIM se lleva a cabo todos los miércoles en el Aula Magna del Hospital, se compone de cinco encuentros temáticos², coordinados de manera interdisciplinaria por referentes de diferentes servicios especializados, entre los que se encuentran: Servicio de Obstetricia, Servicio de Pediatría y Neonatología, Área de Nutrición, Equipo de comunicación y planificación estratégica, Servicio de Odontología, Servicio Social, Servicio de Salud Mental, Área de Enfermería y Servicio de Área Programática y redes en Salud.

La posibilidad de repensar de manera interdisciplinaria el PIM, permitió jerarquizar “otras” dimensiones (habitualmente periféricas) que fortalecen el cuidado integral de la salud de las personas gestantes y de los/as niños/as durante el embarazo, el parto, el puerperio y la primera infancia. Asimismo, comenzaron a circular ideas (alentadoras desde mi punto de vista) sobre la importancia de la participación de las personas gestantes y de sus familias durante el proceso de atención y asistencia hospitalaria.

La heterogeneidad de temas, saberes y disciplinas que conforman el PIM, me llevó a preguntarme sobre la existencia de un “hilo conductor” o de “ideas comunes” en relación a la primera infancia, el cuidado y la crianza. A partir de ello me pareció interesante no solo reflexionar sobre los/as destinatarios/as de estos espacios, sino también sobre las dinámicas y los contenidos que en los mismos se desarrollan. En este sentido me pregunto, ¿Cuáles son los saberes que el sistema hospitalario considera “necesarios” durante el nacimiento de los/as niños/as y sus primeros años de vida? ¿A quién se convoca para participar en el PIM? ¿A

² 1er encuentro: “Salud y Embarazo”; 2do encuentro: “El momento del parto”; 3er encuentro: “Tus Derechos”; 4to encuentro: “Recién nacido/a y la Mapaternidad”; 5to encuentro: “Los caminos de las lactancias”

quién se espera? ¿Quiénes efectivamente participan? ¿Cómo participan? ¿Cómo se desarrollan los encuentros? ¿Qué metodologías se utilizan?...

En relación con lo anterior, también durante el transcurso del año 2022, se ejecutó y puso en funcionamiento un proyecto institucional que tiene ya algunos años de gestación y que encuentra especial relación con una de las propuestas que fundamentan el “Paradigma de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia” (en adelante MSCF). Se trata de lo que institucionalmente se dio a conocer como “**Neonatología Abierta**”, dinámica organizacional que permite el ingreso irrestricto, continuo y la participación activa de los/as referentes vinculares del/la niño/a durante su proceso de atención e internación. La implementación práctica de este proyecto generó debates y acuerdos al interior del equipo de salud, muchos de los cuales se centraron principalmente en la dimensión vincular como un aspecto relevante y constitutivo del bienestar integral del/la niño/ recién nacido/a.

“Partiendo de dicho paradigma (MSCF), no se piensa solamente en el/la bebe internado/a, sino en el entramado vincular que va a sostener al neonato, donde se entiende a la familia como primera unidad de cuidado y fortaleza de ese/a niño/a. Está comprobado que involucrar a la familia en el cuidado y atención del/la bebe que se encuentra atravesando una internación es sumamente importante para el logro de un buen desarrollo del mismo como así también para prevenir futuras dificultades (físicas, cognitivas, emocionales, psicosociales) provocadas por la ausencia del vínculo y contacto con sus referentes afectivos.” (Documento Institucional “Neonatología Abierta”, 2022, 1).

En este sentido, se entiende que este proyecto que busca humanizar al máximo la atención neonatal, tiene múltiples beneficios en el entramado social del/la niño/a recién nacido/a, impactando positivamente en su subjetividad y la de sus referentes vinculares.

Es importante dimensionar que, para hacer efectivo este proyecto, los/as profesionales de la salud que habitan diariamente las salas neonatales, tienen una importante tarea, en tanto se constituyen en agentes facilitadores y garantes del vínculo entre el/la recién nacido/a y sus referentes afectivos. Sin embargo, durante el proceso de planificación y reorganización de esta dinámica institucional, surgieron algunos discursos que dejaron entrever disputas de poder y jerarquía. Es decir, la posibilidad de llevar a cabo esta iniciativa, encontró (y aún encuentra) resistencias asociadas principalmente a la “incomodidad” que genera en el equipo de salud la presencia de una mirada “externa”, “supervisora” del trabajo cotidiano. Parece ser que la existencia de un otro participando (activa o pasivamente) del proceso de atención, pone signos de alerta y si bien en este caso no parecieran existir dudas del quehacer profesional y de la calidad del mismo, la presencia de otras miradas resulta ser algo cuestionable. Pero... ¿Qué ojos se cuestionan? ¿Todos? ¿O solo aquellos que no portan un saber médico?... Resulta

ser que no existe mayor debate cuando quieren observar son practicantes o residentes de pediatría, entonces, ¿qué es lo que se pone en juego? ¿Por qué unos sí y otros no?

Por último, me parece interesante citar un documento novedoso (en tanto política institucional) que comenzó a debatirse durante el corriente año 2023 en el marco del desarrollo de la Mesa de Parto Respetado, y que concluyó en la creación conjunta e interdisciplinaria de la llamada **“Guía de Duelo Perinatal”**. El objetivo principal de esta herramienta institucional consiste en orientar las prácticas profesionales frente a las diferentes situaciones que implica el duelo perinatal, haciendo especial hincapié en la necesidad de respetar el nacimiento con o sin vida. Es pertinente destacar que esta iniciativa fue correlativa de un proceso de sensibilización institucional que se dio a partir de la convocatoria de una ONG de sectores medios integrada por mujeres argentinas, que acompaña a familias en situación de duelo perinatal. Es así que, la posibilidad de escuchar otras voces, sentires y experiencias en primera persona, permitió identificar la necesidad de modificar las formas de caracterizar y acompañar estos momentos, trascendentales en la vida de las personas.

Un aspecto quizás revelador, giró en torno a la existencia de ciertas palabras o frases utilizadas frecuentemente por el equipo de salud para identificar los nacimientos sin vida (independientemente de las semanas de gestación). En este sentido, hubo un acuerdo generalizado (algo que es muy difícil de lograr) en revisar las maneras instituidas de nombrar a los/as niños/as que fallecen intraútero. *“Lo que para mí es un feto, para ella es un hijo”*, expresó una de las obstetras del equipo de salud luego de escuchar el relato de una de las integrantes de la ONG mencionada previamente. Esta frase reviste vital importancia para este trabajo de indagación, ya que da cuenta del registro de una relación asimétrica de poder, pero sobre todo de la presencia de un Otro, que piensa y que siente.

Sin embargo, el aspecto “novedoso” que caracteriza a este encuentro, genera en mí una serie de interrogantes vinculados a la existencia de otras formas culturales, religiosas, etc., de vivir e interpretar el nacimiento y la muerte. Es así que me pregunto... ¿La experiencia puede generalizarse? ¿Todas las experiencias son válidas? ¿Cuáles escuchamos? ¿Sabemos cuál es el significado que tiene la muerte de un/una niño/a en otras culturas? ¿Es posible pensar que la clase social y/o la cultura intervengan en jerarquización o en la negación de algunos relatos? ¿Qué representaciones sobre la primera infancia aparecen en los procesos de muerte perinatal?

En este sentido, considero que una categoría que refuerza esta situación es la de *tribu*. Para las integrantes de la ONG mencionada resulta ser un concepto que las define e identifica. Sin embargo, su incorporación en el entramado institucional, se nutrió de ideas románticas

que tendieron a homogeneizar experiencias muy diversas dentro de una noción única que no distingue (Duarte, 2015).

Debatir interdisciplinariamente estos proyectos y políticas institucionales permitió identificar que era necesario no solo repensar el modelo de atención de embarazos, partos y nacimientos, sino además, adecuar las propuestas del equipo de salud a una realidad social que es cambiante y que se encuentra en constante movimiento y transformación.

Sin embargo, pareciera ser que algunos aspectos propios de esta realidad social, siguen encontrando nudos críticos, que requieren de un “doble trabajo” para ser abordados. Es decir, para ciertas estructuras, no alcanza con la “simple” existencia de una ley nacional, sino que además, se vuelve necesaria la creación de protocolos, de guías de actuación, en tanto se entiende que los/as mismos/as, refuerzan los principios normativos y a su vez permiten, instituir “nuevas” prácticas y/o “nuevos” discursos.

Pero... ¿Cuál es el riesgo al que estamos expuestos/as al protocolizar respuestas y vínculos? Si bien a simple vista podríamos decir que se trata de un movimiento bastante alentador, ya que permite orientar y vehiculizar nuestros abordajes profesionales, una lectura acrítica de estas herramientas, generará procesos de homogeneización y estandarización, a partir de los cuales perderemos la oportunidad de aprehender la heterogeneidad que caracteriza a la realidad social. Es así que, las infancias aparecerán dotadas de un único sentido, unificadas en un “todo compacto”, universal y estático.

En el marco de las propuestas que surgieron a partir de la creación de la Mesa de Parto Respetado, un discurso profesional bastante habitual se asoció a esta idea de “lo mejor para el niño”. Pero... ¿De qué niñeces estamos hablando? ¿De todas las niñeces? ¿Quiénes determinan qué es lo mejor y/o lo peor para los/as niños/as? ¿Sus familias? ¿O los profesionales del equipo de salud?...

Es interesante dimensionar que cuando la ley reglamenta discursiva y legalmente cómo deben ser tratados/as los/as niños/as durante sus nacimientos y primeros años de vida³, establece una determinada forma de entender a la niñez. Sin embargo, en acuerdo con algunos/as autores/as, el enfoque de derechos resulta insuficiente *per se* (Morales y Magistris, 2018) si nuestro objetivo se inscribe en intentar reflexionar críticamente sobre la participación de los/as niños/as, su agencia y hegemonía en los espacios sociales por los que transitan. De

³ El 15 de enero del año 2021 en Argentina se reglamenta la Ley Nacional N° 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud Durante el Embarazo y la Primera Infancia. Esta Ley es también conocida como “Ley de los 1000 días”, haciendo alusión a los primeros 3 años de vida de los/as recién nacidos/as.

esta forma resulta oportuno preguntarnos sobre la connotación subjetiva que tiene en los/as niños/as esta concepción de derechos. ¿Como los/as atraviesa? ¿Como los/as forma?

Mieles y Acosta (2012) tomando aportes de Sánchez (2004) son muy claros/as al respecto:

“(...) un niño sólo es sujeto de derechos en la medida que se constituye como tal en su ejercicio; de lo contrario será titular de derechos, y por mucho que se declare y se le repita que es sujeto de derechos, si no los ejerce jamás será realmente sujeto. Sólo en la medida que se ejercen llegan los derechos a convertirse en cualidades personales del sujeto” (Mieles y Acosta, 2012, 212).

En este sentido, Magistris (2018) expresa que la institucionalización de derechos produce un conjunto de dispositivos diversos que tienen como efecto la construcción de los/as niños/as como sujetos de formas específicas y profundamente vinculadas a los valores socioculturales y procesos políticos de cada contexto. En este sentido, en una sociedad adultocéntrica, lo que se piense de los/as niños/as, la forma en la que se los mire, tendrá repercusiones directas sobre sus vidas, sus cuerpos, su agencia.

Resulta oportuno entonces, ampliar la mirada y preguntarnos cómo este horizonte político-moral, que encuentra su punto de inicio en la sanción de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño⁴, se articula con la multiplicidad de prácticas cotidianas que desarrollan los sujetos en determinados contextos sociales e institucionales (Gallardo, Barna, Bilinkis, 2015).

En el marco de esta complejidad considero que para comprender, problematizar y trabajar en pos de nuevas relaciones intergeneracionales, ancladas en la ternura y el respeto por el cuerpo y la subjetividad de las primeras infancias, se vuelve necesario recuperar los múltiples sentidos, valoraciones y representaciones que los diferentes actores sociales construyen en torno a la infancia, su cuidado y crianza. Es así que, repensar estas dimensiones “no previstas” por el texto normativo, es el objetivo de los próximos apartados.

⁴ La Convención Internacional de los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, define a los/as niños/as como un sujetos de derecho, reconociendo en la infancia el estatus de persona y de ciudadano.

5. Derecho al futuro. Representaciones sociales sobre la primera infancia

Las narrativas institucionales y las observaciones realizadas para darle cuerpo al presente trabajo de indagación, demuestran que la dimensión etaria tiene un peso importante y condicionante en la identificación de los/as niños/as como actores sociales. La primera infancia se encuentra “doblemente agravada” por esta situación, ya que en su caracterización se condensan y acentúan las particularidades atribuidas a la niñez en general (Colangelo, 2012).

En sociedades occidentales, la “dependencia absoluta” en los primeros años de vida, se correlaciona directamente con prácticas y discursos que niegan el carácter activo de los/as niños/as en la producción de la vida y/o de la cultura.

“(…) la representación occidental de los bebés como entidades biológicas sin un mundo interior coloca a los bebés en un lugar donde, por aparecer como poco adaptados en capacidades intelectuales, no encajan con facilidad en las categorías de análisis de las personas adultas clasificadas por estos medios” (De Grande, 2012, 7).

Estas características responden a procesos sociales y culturales, a partir de los cuales, la niñez comienza a tener un lugar distintivo en la sociedad. Tomando aportes de Diker, es entre los siglos XVI y XVII donde se registran importantes cambios en la forma de ver y representar a los/as niños/, lo que produce a su vez rupturas significativas en la forma de vincularnos con ellos/as.

“(…) Estos cambios se han asociado a procesos históricos de distinta naturaleza localizados en Occidente en ese período: entre otros, la expansión de la urbanización, las mejoras sanitarias que permiten controlar crecientemente la mortalidad infantil, la reconfiguración de las estructuras familiares, la delimitación del ámbito de la vida privada, la expansión de instituciones educativas especialmente destinadas a los niños en el marco de las estrategias reformistas y contrarreformistas del siglo XVI y de las escuelas de caridad para niños pobres en el XVIII” (Diker, 2009, 19).

Es posible decir que en nuestro país, durante los últimos años, los/as niños/as y adolescentes adquirieron un rol protagónico en materia normativa, tal es así que la reglamentación de derechos vinculados a su protección, permitió poner en tensión la forma en la que algunos discursos científicos interpretaron históricamente a las niñeces .

Sin embargo, las cosas no parecen ser tan sencillas, y en el marco del contexto institucional analizado en este trabajo, no resulta aleatoria ni ingenua la presencia de la pediatría, que en tanto ciencia especializada, ha tenido históricamente un lugar central, en tanto “voz autorizada” (Colangelo, 2019) para definir las condiciones y las características de las niñeces, su cuidado y crianza. “La recuperación de la infancia” (Rovere, 2013) frente a la mortalidad infantil, fue uno de los principales objetivos a partir de los cuales esta ciencia

médica adquirió protagonismo y legitimación, y su hegemonía ha sido de tal magnitud que impregnó, sin previo aviso ni precedentes, todo el entramado social.

En nuestro país, el surgimiento de la pediatría (a finales del siglo XIX), se correlaciona con el fenómeno generalizado en las sociedades occidentales a partir del cual el niño ya no es identificado como un adulto pequeño, sino como un individuo distintivo, moderno, separado del mundo adulto.

Como era de esperarse, la ciencia pediátrica jugó históricamente un papel central en la construcción de las representaciones sociales sobre la primera infancia, reproduciendo un conjunto de mandatos “naturales” que caracterizaron la función y la posición de los/as niños/as en el entramado sociocultural. Sin embargo es importante dimensionar que estos mandatos no provienen solamente desde la medicina, sino que además responden a un contexto social mucho más amplio, que los sustenta y acompaña en su reproducción.

En términos generales es posible decir que la forma de pensar a la niñez y de actuar con (o sobre) ella, cambia a lo largo de la historia. A pesar de ello, algunas concepciones y caracterizaciones sobre este grupo social, que en este escrito denominaré “de antaño”, han logrado reproducirse y mantenerse casi inalteradas, presentándose en el cotidiano social como obviedades innatas y universales.

En este sentido, “desnaturalizar la niñez del presente” como propone Rovere (2013), requiere reflexionar sobre un discurso recurrente en la cotidianidad hospitalaria (sobre todo en el marco del actual contexto normativo) que es esta idea del **“derecho al futuro”**. Si bien es importante reconocer que él mismo ha cobrado mayor fuerza y protagonismo durante los últimos años, resulta oportuno poder identificar su procedencia y principalmente indagar sobre los “mensajes implícitos” que se ocultan tras su enunciación. Pero para ello será preciso que podamos preguntarnos... ¿Quiénes son los actores que reproducen esta idea? ¿Los/as profesionales? ¿Todos/as ellos/as? ¿Las familias? ¿En qué momento lo hacen? ¿Con qué intención? ¿Qué otras dimensiones se ponen en juego a partir de este enunciado?

El discurso y la preocupación por el futuro de la primera infancia, guarda especial relación con el proceso de medicalización de la crianza en Argentina (Colangelo, 2012), es decir, con el modo en el que el cuidado y la formación cotidiana de los/as niños/as se tornó incumbencia de las ciencias médicas.

“Como parte de un inmenso proceso de medicalización de la vida en general y de la niñez en particular, enmarcado en la preocupación por la población de la nación, a fines del siglo XIX comienzan a configurarse nuevas especialidades médicas: la pediatría, centrada en el abordaje clínico y el seguimiento del crecimiento y desarrollo y, vinculada con ella pero también con la higiene, la puericultura, como “ciencia de aplicación” orientada a la transmisión y divulgación de métodos de crianza “racionales y científicos” (Colangelo, 2012, 37-38).

Es en dicho contexto donde aparecen ideas que vinculan la crianza de los/as niños/as con la “preservación del capital humano de la nación” (Colangelo, 2012). Así, las nociones de crecimiento y desarrollo comienzan a tener un lugar central, constituyéndose como aspectos naturales y propios de la vida infantil. En este sentido, la primera infancia aparecerá cumpliendo casi un único objetivo que es crecer y desarrollarse, para constituirse en un sujeto eficiente, productivo y capaz de vivir en una determinada sociedad.

“(...) la especificidad de la niñez, sus características particulares, se atribuyen a los procesos de crecimiento y desarrollo, que hacen de ella un estado transicional, una continua transformación orientada a alcanzar un estado diferente, que es el de la adultez. (...) Lo propio del niño es, entonces, crecer y desarrollarse, y ello implica dejar de ser niño a través de una serie de transformaciones no sólo anatómicas y fisiológicas, sino también psíquicas y “morales” (Colangelo, 2012, 78).

Resulta por momentos ilógico pensar que estos discursos, que tienen ya muchísimos años de gestación, se sigan expresando de alguna manera u otra en la actualidad. Sin embargo es importante reconocer que nada de esto es casual, sino por el contrario, resultado de una construcción que es heredada e histórica.

A partir de este enfoque, que De Grande y Remorini (2019) denominan “anticipatorio”, los/as niños/as son “sujetos a realizarse”, por lo que todas las acciones que los/as adultos/as lleven a cabo sobre sus cuerpos, tendrán como objetivo, prepararlos para un futuro prometedor. Recuerdo con claridad el día que se realizó la presentación institucional de la “Mesa de Parto Respetado” en el Hospital Gutiérrez. Allí una de las médicas que formaba parte del panel expresó la importancia que para ella tenía el respeto y la humanización del nacimiento, ya que de la “efectividad” de dicho proceso, dependería la “buena conducta” del/la niño/a en el futuro.

Estas ideas, tan presentes en el cotidiano institucional, traen consigo un proceso de regulación de prácticas profesionales que, ancladas en una idea de “normalidad” y “desarrollo esperable”, patologizan todas las figuras y trayectorias que resulten ser alternativas a las hegemónicamente impuestas. Es entonces en esta etapa, de incompletud, de formación, de vaciamiento, donde resultará más fácil “moldear” los cuerpos de los/as niños/as, “domesticarlos” y prepararlos para sus vivencias futuras.

Sin embargo, esta “ardua tarea” no podrá realizarse en soledad, sino que por el contrario, requerirá de la presencia de un Otro, “adulto, responsable, capaz y superior”, que no sólo proteja a los/as niños/as sino que además los “encamine” en el desarrollo pleno hacia la vida adulta. Pero... ¿Quiénes determinan lo deseable, lo normal? Pareciera que aquí, esta intención de “modificar” y/o de “encauzar” cuerpos y pensamientos vuelve a resurgir, con

otras características, destinado a otros receptores y bajo el manto discursivo de algunos saberes “especializados”.

A partir de ello podríamos decir que, bajo la presencia de ciertos paradigmas, la infancia es una etapa de la vida “naturalmente distinta” (Magistris, 2018) a la adultez, vinculada esencialmente a la noción de desarrollo, crecimiento e incompletud. De esta forma, los/as niños/as no son considerados agentes sociales completos, sino en construcción, en proceso de incorporación de ciertos valores “necesarios” para vivir en sociedad.

“Es evidente que en esta relación se proyectan los prejuicios, las imágenes, las representaciones sociales que tenemos del adulto y del niño” “(...) En efecto, las representaciones dominantes del adulto hacen de él poseedor del poder y del saber, incluso de la madurez; a él está ligada la capacidad “natural” para la participación política, el trabajo, la responsabilidad de los demás, etc. Es decir, lo adulto como paradigma de la vida humana. Este tipo de cultura adultista no puede sino condicionar de forma restrictiva la participación infantil corriéndose el riesgo de reducirla a funcional y subordinada, a reproducir aquella cultura que refiere la visión y rol del adulto, así como las estructuras de una sociedad adultocéntrica” (Cussianovich, 2010, 12).

Lo problemático de esta distinción entre los “ya adultos” y “los aún-no” (Casas, 2010), es que viene cargada de estereotipos y prejuicios negativos sobre las primeras infancias.

“Los niños y niñas aún no pueden ser como los adultos en cosas importantes: aún no saben lo que es la vida, aún no son estables, etc.” “(...) los niños y niñas “aún no” son ni tan competentes, ni fiables, ni responsables como los adultos” “(...) si adultos y niños o niñas tienen la misma percepción o evaluación de una realidad, los adultos “tienen más razón”, es más probable que estén más cerca de la verdad” (Casas, 2010, 20).

Estos discursos no hacen más que reproducir la condición de “moratoria social” (Duarte, 2015) de la niñez. La moratoria social sería este tiempo que la sociedad “presta” a los/as niños/as para constituirse en sujetos productivos. En ese “mientras tanto” deberán cumplir con una serie de tareas (incuestionables e inmodificables) que son presentadas como constitutivas de ese ser niño, pero que son predefinidas y construidas por la sociedad adulta.

En el marco de un contexto hospitalario, a este enfoque de los/as niños/as “como futuro” y/o “propiedad de los adultos”, debemos sumarle otro, que se estructura a partir del concepto de riesgo. Esta categoría, fundante y estructurante de la formación biomédica, implica control, supervisión y presupone un proceso de toma de decisiones y cálculos sobre el futuro de las primeras infancias, *“de modo que el futuro está contenido, es consecuencia, del presente”* (Llobet, 2008, 9).

Este concepto cobra importante magnitud en el entramado cotidiano institucional y no solo se apropia de los discursos y prácticas profesionales y familiares, sino también de algunos espacios, de sus dinámicas y organización. Tal es así que por ejemplo, dependiendo

de las condiciones en las cuales se produzcan los nacimientos, los/as niños/as recibirán atención ambulatoria en el consultorio de “Niño Sano” o de “Alto Riesgo” (este último también denominado consultorio de “Niño Enfermo”). Estos espacios que son atendidos por diferentes profesionales, guardan características distintivas en términos de asistencia. A partir de los relatos institucionales, pareciera ser que hay cuestiones de la vida de los/as niños/as que requieren y ameritan otro tipo de atención, más regular y más cercana para evitar realidades futuras. Pero... ¿Cuáles son las características de un sujeto sano? ¿Y de uno enfermo? ¿Quiénes las definen?

La definición de riesgo en la infancia, se asocia directamente con la idea de peligrosidad. Si bien esta categoría analítica se encuentra mayormente vinculada a la adolescencia, la “anticipación de un destino riesgoso” es lo que moviliza y estructura muchas de las acciones profesionales. En este punto es importante detenerse un momento y mencionar que, al problematizar la noción de riesgo no me ubico en contra del desarrollo de estrategias y/o acciones de prevención, por el contrario, entiendo que esta última dimensión resulta ser imprescindible en los procesos de atención y acompañamiento perinatal. Lo que intento expresar es que el enfoque de riesgo, tal como nos los enseñaron, sin ningún criterio de análisis y/o problematización, puede ser alentador de un conjunto de discursos y de prácticas cargadas de prejuicios y suposiciones ficticias sobre la vida de los/as niños/as que, por el afán de evitar el desarrollo de un futuro “anormal”, descalifican cualquier experiencia de vida alternativa a la hegemonícamente impuesta.

Consecuentemente, es posible argumentar que la naturalización y ejecución acrítica de estas visiones genera incipientes procesos de patologización, a partir de los cuales, los “problemas de la infancia” son visualizados y tratados como síntomas individuales, asociados principalmente a factores negativos.

Para ejemplificar ello pienso en la siguiente experiencia. En mi proceso de formación como residente en un hospital pediátrico de la ciudad de La Plata, participé como espectadora de un ateneo propuesto por médicos/as clínicos/as, donde se manifestó la incipiente preocupación por la emergencia y preponderancia de lo que denominaron “patologías sociales”. En dicha exposición se glorificaban tiempos pasados, donde la intervención del tribunal de familia era “eficaz” y “eficiente” en el “tratamiento del/la niño/a” y se preguntaban sobre las *fallas* que hacen que hoy en día las internaciones “sociales” se prolonguen en el tiempo. Sin embargo, era evidente que la preocupación por esa temporalidad, no se relacionaba directamente con la realidad presente de los/as niños/as, sus sentires y trayectorias vivenciales, sino más bien con las percepciones, valores y

representaciones que el equipo de salud desarrollaba ante la llegada y emergencia de un “sujeto inesperado” por la institución hospitalaria, que encontraba claramente discrepancias y desviaciones en su “normal” desarrollo.

Aquí suceden dos cosas que se encuentran en íntima relación. Por un lado, algo que es característico y propio de la patologización de los problemas sociales, que es ubicar en el sujeto la carencia, la ausencia, el déficit y por lo tanto, la responsabilidad. Y por otro lado, la traducción de esta visión en las intervenciones profesionales, las cuales pasan a ser entendidas como “inversiones para el futuro” (Casas, 2010) pero también como “prestaciones” siempre a cambio de algo.

Sobre esta última cuestión voy a detenerme un momento. En la Mesa de Parto Respetado se socializó e intercambió sobre la existencia de un programa provincial denominado “Qunita Bonaerense”⁵. Su ejecución institucional requirió modificar algunas dinámicas de atención y asistencia y conformar un equipo hospitalario destinado a su efectiva implementación. La “carga” y el aumento de tareas que este proceso conlleva, habilitó la reproducción de discursos vinculados a la necesaria (pero ficticia) contraprestación que los sujetos deben realizar para ser “merecedores” de estos recursos y/o beneficios sociales. En uno de los encuentros, una integrante del equipo médico expresó: *“este programa no les puede salir gratis, algo nos tienen que dar a cambio”*. Si bien dicho comentario no requiere de mucho análisis y/o explicación, pues resulta ser bastante explícito en su definición, oculta tras su enunciado representaciones sociales vinculadas a la idea de propiedad y de privatización de la infancia. Es importante aclarar que este escrito no pretende personificar en determinados/as profesionales la reproducción de discursos acrílicos, sino más bien entender y correlacionar la ejecución de los mismos con el conjunto de mandatos sociales que atraviesan y definen la realidad social de la que todos/as somos parte.

Estos discursos constituyen a los/as niños/as como propiedad del mundo adulto, objetos de su gobierno y normatividad. Un mundo ajeno dividido en dos esferas, una pública y una privada, que se encuentran en permanente tensión y oposición, y que “deben” ser transitadas y/o ocupadas por determinados actores sociales (siempre adultos/as, claro), que a su vez tienen una serie de roles que cumplir para garantizar la reproducción de la vida social. Tal es así que, como expresa Casas (2010), en esta “división de tareas”, el bienestar *presente* (crianza, cuidado) de la infancia se inscribe en una cuestión privada, de la que deben ocuparse

⁵ Qunita Bonaerense es un programa social implementado en el mes de febrero del año 2023, destinado a bebés que nacen en la provincia de Buenos Aires, con cobertura pública exclusiva.

los padres, mientras que la sociedad, y por ende el Estado, sólo deberá trabajar por el bienestar *futuro* (salud, educación) de los/as niños/as.

Sin embargo es importante dimensionar que, frente a cualquier distinción posible, existe una aparente normatividad universal que atraviesa ambas esferas y que, cargada de valores morales, representaciones y estereotipos, ubica las fichas del juego de tal manera que no deja lugar para la duda y/o el cuestionamiento.

En este sentido, la posibilidad de transitar cotidianamente la institución hospitalaria, me permitió identificar que los “desacuerdos” expresados por las familias rara vez se asocian a cuestiones propias de esa “esfera privada”. Pero... ¿Qué es lo que sucede aquí? ¿Existe una única forma de criar? ¿O por el contrario múltiples experiencias?; ¿Por qué algunas adquieren legitimidad y otras parecen ser invisibles?

Quizás preguntarnos por las relaciones de poder que se ponen en juego en el entramado institucional pueda ayudarnos a responder algunas de estas inquietudes. Y tal vez, el siguiente ejemplo también lo haga. Coordiné junto a una colega el tercer encuentro del PIM, al que elegimos denominar “Tus Derechos”. Ya habiendo realizado algunos ciclos, nos reunimos con el objetivo de repensar la dinámica y proyectar nuevas actividades prácticas. En el marco de este espacio surgieron algunas inquietudes vinculadas principalmente a la inexperiencia de gestar, lo que nos ubicaba en un lugar “extraño” de “aprendiz”.

- “A veces me siento incómoda explicándoles cosas que yo no viví, solo leí” - expresé

- “¿Y porque vos deberías saber más que ellas?” - me contestó mi compañera

Esta forma universal, jerárquica y aparentemente incuestionable de definir, clasificar y proponer acciones (Colangelo, 2012) sobre la niñez, delimita una determinada relación entre el Estado y la sociedad en general, y en consonancia, instituye y estructura determinadas intervenciones sociales. Las estructuras de poder que habitamos como profesionales de la salud, muchas veces nos nublan la vista, y no nos permiten aprehender otras formas de vivenciar las diferentes etapas de la vida social. En el entramado institucional lamentablemente seguimos siendo nosotros/as (los/as adultos/as profesionales), quienes tenemos la posibilidad de habilitar o no “trayectorias infantiles contrahegemónicas” y esto, creo, nos imprime un gran desafío.

A partir de lo mencionado en este capítulo es posible argumentar que los derechos y los deberes atribuidos a la primera infancia (es decir, lo que “pueden” y “deben” hacer los/as niños/as) y por ende sus referentes afectivos, superan ampliamente las normativas vigentes y responden al conjunto de representaciones sociales que de la edad y de la generación se construyen en un determinado momento socio histórico.

Resulta importante identificar que, en una sociedad adultocéntrica y patriarcal como en la que vivimos, los discursos sobre la primera infancia (creados y reproducidos por los/as adultos/as) no son ingenuos ni neutrales, sino que por el contrario operan como clausura, y les quitan a los/as niños/as capacidad de agencia y acción, invisibilizándolos en tanto agentes sociales. A la vez que simplifican, homogenizan, cierran y funcionan como obstáculos epistemológicos para el conocimiento del otro (Chaves, 2005). Se trata de discursos que provocan una única mirada sobre “el niño”

Al mismo tiempo, como han expresado De Grande y Remorini (2019) en algunos de sus textos, hablar de la primera infancia implica necesariamente considerar a las personas que están a su alrededor, con quienes establecen sus primeros lazos de socialización. Tal es así que no será posible comprender el modo en que la sociedad entiende a la primera infancia, sin identificar el conjunto de representaciones sociales existentes sobre la maternidad y la familia. Es por ello que a continuación intentaré problematizar sobre estas visiones.

5.1 “La buena crianza”. Representaciones sociales sobre la maternidad

Para comprender el modo en que la sociedad define a la primera infancia y aborda cuestiones vinculadas a su cuidado y crianza, resulta oportuno (pero principalmente necesario) identificar el conjunto de representaciones sociales sobre la condición femenina y su estrecha relación con la maternidad (Colangelo, 2019).

Históricamente las mujeres han cumplido un papel central en la protección y cuidado de la infancia en general pero sobre todo de los primeros años de vida. Los discursos que asocian la femineidad con la maternidad, se basan en supuestas condiciones naturales y universales que hacen de las mujeres seres “especiales”, “nobles”, “capaces” de dar amor y contención sin pedir nada a cambio. Cumpliendo con estas características, las mujeres serán convocadas por el conjunto de la sociedad para garantizar y encaminar a los/as niños/as, en tanto “futuro de la nación”. *“Para ello, toda mujer está dotada de un instinto especial: el instinto materno, un amor hacia su hijo que surge espontáneamente, aunque debe ser moldeado socialmente”* (Colangelo, 2012, 137) De esta forma, se refuerza la división sexual del trabajo asociada a la naturalización de la capacidad de las mujeres para cuidar (Rodríguez Enríquez y Pautassi, 2014)

“En las culturas latinoamericanas históricamente se ha difundido un imaginario de género desde el que se asocia el cuerpo femenino con funciones de reproducción. Además se han promovido y naturalizado todas aquellas actividades de alimentación y cuidado de los infantes como propios

de la naturaleza femenina cuya expresión máxima es la idea del instinto y del amor maternal”
(Contreras Tinoco y Castañeda Rentería, 2016).

“La buena crianza” será entonces el premio que las mujeres reciban por cumplir correctamente su rol social. Así, “cuanto más sano esté su hijo/a, mejor madre será”.

Sin embargo, como se expresó previamente, no bastará solamente con la existencia de ese “instinto materno” para hacer de la infancia un futuro prometedor. De este modo, la instrucción de determinados saberes especializados será decisiva y condicionante de una crianza correctamente encaminada. Y cuanto antes empiece, mejor.

Los discursos profesionales dejaron entrever que la importancia de la participación de las familias (pero sobre todo de las madres) en el PIM, respondía a la necesidad de acceder a cierta información considerada “imprescindible” por el equipo de salud. En este sentido, cuando comenzaron a parir personas gestantes que habían participado de alguna u otra manera en alguno de los encuentros del PIM, surgieron algunos relatos por parte de profesionales, a partir de los cuales se observaba a la mujer “*más confiada*”, “*más preparada*” y “*menos ansiosa*”.

La Ley de Parto Respetado en uno de sus artículos establece el derecho que tienen las personas gestantes y sus hijos/as de acceder a información confiable, clara y precisa durante todo el proceso de atención, entendiendo que de esta forma podrán tomar decisiones conscientes, basadas en su deseo. Sin embargo, en el marco del entramado hospitalario pareciera ser que el acceso a la información busca además otros objetivos, asociados a un pretendido accionar racional, “normal” por parte de las familias, pero sobre todo de las mujeres-madres. Se pone en práctica esta idea que analiza Adelaida Colangelo (2012) en su tesis, de “preparar a las madres del futuro”, un futuro que lejos de ser incierto, se traduce en una serie de etapas bien estipuladas, delimitadas en un tiempo y espacio concretos.

Asimismo, la utilización del término mujer, como genérico, es otro aspecto que acentúa y profundiza la reproducción de estas representaciones sociales cargadas de estereotipos y valores morales. Si bien parece haber un acuerdo generalizado en registrar que no todas las personas gestantes se identifican como mujeres, esta categoría resulta ser muy difícil de desterrar y se encuentra presente en muchos de los discursos profesionales de hoy en día. “*Mami*”, “*mamita*”, “*madre*” son palabras/categorías que se escuchan habitualmente en diferentes espacios de una misma institución (salas de parto, salas de espera, etc.), lo que revierte mayor asombro es que no siempre están dirigidas hacia las mismas personas. Incluso con frecuencia se utiliza este término para caracterizar a todas mujeres, independientemente de cuál sea la situación de salud por la que se acercan al Hospital. Lo problemático de estas

definiciones es que vienen cargadas de juicios de valor, por lo que no solo catalogan y presuponen, sino que además, infantilizan y ubican a las personas (pero sobre todo a las mujeres) en posiciones subordinadas, jerárquicamente inferiores. De esta manera, se halla naturalizado que las mujeres “aceptan sugerencias”, “esperan sin quejarse”, “acompañan por amor”, etc.

Esta herencia occidental nos conduce constantemente a “dar por sentado” ciertas situaciones cotidianas. Así, por ejemplo, rara vez hemos problematizado el hecho de que la Mesa de Parto Respetado esté conformada mayormente por mujeres o que la participación de hombres en el PIM sea realmente escasa.

Las experiencias de crianza y cuidado suelen ser siempre reproducidas y protagonizadas por mujeres, por madres, abuelas, tías y hermanas. En uno de los encuentros que componen el PIM se desarrolla una propuesta que consiste en contar algo que sepamos sobre nuestros propios nacimientos. No es casualidad que las frases que surgen a partir de dicha consigna comiencen siempre del mismo modo: “mi mamá me contó...”; “Lo que mi mamá me dijo...” Si bien es importante mencionar que no siempre los hombres pudieron ser parte de los procesos de atención perinatal (excluidos por ejemplo hasta hace muy poco tiempo de las salas de parto), cuando sí estuvieron, sus voces no fueron escuchadas. Esto indudablemente lleva a preguntarnos qué hacemos, cómo reaccionamos frente a la existencia de paternidades activas. ¿Trabajamos para fortalecerlas? ¿O elegimos cuestionarlas? El sentimiento de extrañeza que nos produce esta presencia nos lleva muchas veces a identificarla como un problema. Tal es así que la figura del padre criando en soledad no siempre alcanza, ni tampoco “cae bien”, pero en cambio, resulta habitual (y por ende nada extraño) la existencia de familias monoparentales integradas por mujeres, las cuales constituyen una realidad “lamentable” sobre la que “hay poco por hacer”.

Las representaciones sociales reduccionistas sobre las mujeres-madres, establecen y a la vez configuran, determinados modelos de familia. La familia aparece así como “núcleo indiscutido de amor y cuidado”, como sinónimo de “hogar”. Estas ideas se enmarcan en lo que algunos/as autores denominan: paradigma occidental moderno, a partir del cual la familia es entendida como una institución orgánica que forma parte de procesos sociales más amplios, que incluyen dimensiones productivas y reproductivas, patrones culturales y sistemas políticos (Jelin, 2012).

Es así que las significaciones sociales que se construyen sobre la familia, en un determinado contexto histórico y político, habilitan instancias clasificatorias basadas en parámetros valorativos, biologicistas y/o de normalidad. Así por ejemplo las familias pueden

ser “sanas”, “enfermas”, “normales”, “anormales”, “organizadas”, “desorganizadas”, “funcionales”, “disfuncionales”, etc. La familia aparece de esta forma conceptualizada a partir de un conjunto de valores morales que refuerzan roles y funciones paternas y maternas, responsabilidades femeninas y masculinas, donde la sumisión de unos/as por otros/as, aparece naturalizada.

A partir de ello, es preciso que podamos preguntarnos sobre cómo nuestras prácticas contribuyen a reforzar estas representaciones y en qué medida reproducen o interpelan la división sexual del trabajo asociada a la naturalización del cuidado como responsabilidad de las familias y, dentro de éstas, de las mujeres-madres.

Resulta ser una práctica presente “dar por sentado”, presuponer y simplificar relaciones sociales que son diversas y complejas. Así por ejemplo muchas veces se habla de “*pareja*”, de “*binomio*”, de “*madre y padre*”, lo que invisibiliza otros vínculos y, por supuesto, censura la participación colectiva y/o comunitaria en el cuidado y la crianza de los/as niños/as.

Estas formas de nombrar y de categorizar, por suerte comenzaron de a poco a ser impugnadas, cuestionadas por ideas “contrahegemónicas”; sin embargo, es interesante dimensionar que hay un contexto de cuidado infantil que sigue siendo “impensado” y hasta hace muy poco tiempo “innombrable”, que es el que se desarrolla en las unidades penitenciarias.

El Hospital Gutiérrez, a partir de un convenio interministerial, recibe y asiste partos de personas gestantes privadas de su libertad ambulatoria. En este sentido, si las representaciones sociales sobre las niñeces adquieren otras dimensiones (más controversiales) cuando miramos a las primeras infancias, las representaciones sociales sobre la maternidad “ideal” resultan ser aún más descalificadoras cuando tenemos en frente a una mujer presa. De esta forma, aparecen en la escena, fantasmas de una realidad social que es ficticia, pero que se apodera de nuestros pensamientos, discursos y dinámicas de trabajo. Se acrecienta a la vez, esta idea de pertenencia y propiedad de los/as niños/as por parte del sistema sanitario y las acciones de control pareciera ser que acá, tienen mayor “sustento teórico”. “*Yo no puedo (quiero) darle un bebé recién nacido a una persona que no sé qué delito cometió*”; “*Mira si está presa por matar a un hijo*”, fueron algunas de las frases que surgieron y se sostuvieron por mucho tiempo a nivel institucional. Y el problema aquí no radica solamente en la reproducción acrítica de estos discursos, sino en que los mismos se transforman en prácticas prejuiciosas, cargadas de estigmatizaciones, que violan sustancialmente los derechos de las mujeres y sus hijos/as. Resulta por momentos ilógico pensar que, aunque conocemos las estadísticas⁶,

⁶ Según datos aportados por referentes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Provincia de Buenos Aires, aproximadamente el 70% de las mujeres privadas de su libertad se encuentran acusadas por delitos

seguimos reproduciendo algunos de estos discursos que son imaginarios y que no corresponden con la realidad social.

En una oportunidad tuve la posibilidad de recabar algunos relatos de mujeres privadas de su libertad ambulatoria que habían parido en el Hospital Gutiérrez. Fue muy impactante escuchar el registro que las mismas tienen del sentimiento de “peligrosidad” que producen en las personas que las asisten. *“Yo solo quería que nazca mi bebe, no iba a matar a la enfermera”*; *“Los médicos piensan que nos vamos a escapar, no se pueden concentrar en otra cosa”*; *“Me tenía que poner el suero y le temblaba la mano”*, fueron algunos de las experiencias relatadas.

Por suerte, el movimiento constante de la realidad social, genera que algunas lógicas arraigadas en paradigmas discursivos hegemónicos, vayan cambiando lentamente. Considero que la norma aquí es un punto de partida alentador (aunque no suficiente) en el desarrollo de una mirada interpretativa más crítica sobre el mundo que nos rodea y por ende, en la construcción de nuevas relaciones intergeneracionales. Sobre estas “nuevas visiones” hablaré en el siguiente capítulo.

vinculados a la venta de drogas. Incluso, una gran parte de ellas aún no están procesadas, es decir, que la justicia aún no determinó si son o no culpables del delito que se las acusa.

6. Derecho al presente. El lugar de los/as bebés y sus familias en la institución hospitalaria en el marco de este contexto sociohistórico.

“No se trata de lo que aún no sabemos sobre la infancia, se trata más bien de lo que está llamado a desbordar nuestros saberes, a inquietarlos, de lo que no se deja atrapar por las categorías de las que disponemos ni por las prácticas que desplegamos sobre los niños. Se trata en fin, de lo que nunca sabremos”

Diker, G (2009). Qué hay de nuevo en las nuevas infancias. Buenos Aires

Producto de una herencia occidental de larga data, en nuestro país (como en muchos otros) las concepciones que asocian a la niñez con características negativas y subsidiarias han sobrevivido, permanecido y operado sin mucho cuestionamiento a lo largo de los años. Sin embargo, la emergencia y consolidación de luchas colectivas y demandas populares, permitieron que estas representaciones sociales tan arraigadas en el tejido social, comiencen de una vez por todas a ser cuestionadas, dando paso a otras, cargadas de connotaciones positivas sobre la significación y agencia de las primeras infancias. Es en estos tiempos donde aparecen valoraciones re-jerarquizadas sobre las niñeces, miradas que les otorgan lugares de primacía y roles activos, depositando en éste grupo social renovadas expectativas.

El avance normativo en materia de niñez y derechos humanos ha sido, principalmente desde la creación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño que identifica a los/as niños/as como sujetos de derechos, un proceso decisivo en la legitimación y por ende también desaprobación de ciertas prácticas y discursos sociales sobre las primeras infancias.

“El reconocimiento de las niñas y niños como sujetos de derechos como se estipula en la Convención sobre los Derechos del Niño marca un hito importante en la historia e implica cambios relevantes en las concepciones sobre la niñez y en las formas como se relaciona y actúa con ella desde los primeros años. Este reconocimiento implica dejar de concebirles como pequeños adultos, seres incompletos, a la espera de la acción de los mayores para ser desarrollados y, en consecuencia, “invisibles” por cuanto no existen por sí mismos sino en la medida de las decisiones que toman los adultos por ellos” (Instituto Interamericano de los derechos del niño, la niña y adolescentes, 2020).

Es así que los saberes hegemónicos, contruidos y distribuidos socialmente, comienzan a ser objeto de crítica y transformación, lo que genera un campo de tensiones entre los discursos normativos y el conjunto de representaciones sociales que determinan lo que “debe ser” y “es” un niño o una niña.

A partir de ello, en este capítulo intentaré rastrear algunos aspectos centrales de los relatos actuales sobre las primeras infancias, buscando establecer rupturas con discursos y concepciones previas (o quizás “viejas”) pero potencialmente instituidas. Es importante

remarcar que si bien el modo en el que miramos, actuamos y nos vinculamos con las primeras infancias ha cambiado a lo largo del tiempo y sobre todo en los últimos años, estos cambios no pueden pensarse homogéneos y lineales, sino complejos y multidimensionales.

Partiré de la premisa de que debatir interdisciplinariamente los alcances y la implementación práctica de la Ley de Parto Respetado en las particularidades del Hospital Gutiérrez permitió, entre otras cosas, reforzar la concepción de los/as niños/as como sujetos sociales, que piensan, sienten, se expresan y vinculan. A la vez que posibilitó identificar la influencia e importancia del entramado familiar e institucional durante el nacimiento y los primeros años de vida de los/as niños/as.

Un debate fundante sobre esta cuestión, fue el que giró en torno a la importancia de garantizar lo que se conoce como “hora de oro” u “hora sagrada”. En neonatología estos términos se utilizan para nombrar los primeros 60 minutos de vida del/la recién nacido/a. Periodo de adaptación en el que ocurre una transición crítica de la vida intraútero al mundo extrauterino, donde el contacto ininterrumpido “piel a piel” entre la madre y el/la niño/a adquiere especial relevancia, ya que tiene múltiples beneficios en la salud y subjetividad de ambos.

Soto Conti (2018), neonatóloga especializada en la temática expone:

“Los recién nacidos colocados luego de nacer sobre el cuerpo de la madre muestran una transición de la vida fetal a la neonatal con mayor estabilidad respiratoria, de la temperatura y la glucemia y menos llanto que indica menos estrés. Por otro lado los recién nacidos en esta posición están protegidos de los efectos negativos de la separación y se facilitan las bases para el desarrollo óptimo del sistema nervioso y el apego, el cual promueve la autorregulación (mejor tolerancia a la angustia de separación y a la frustración) a lo largo del crecimiento” (Soto Conti, 167).

Evitar la separación inmediata entre el/la niño/a y su madre luego del nacimiento (siempre que no existan complicaciones agudas en su situación de salud), permite comenzar a desterrar un conjunto de prácticas que invaden la privacidad de las primeras infancias y sus familias e intervienen de manera “rutinaria” sobre sus cuerpos. De esta forma, bajo la existencia del “protocolo de la hora de oro” por ejemplo, los/as profesionales del área acordaron la temporalidad en la ejecución de determinadas intervenciones, así como también definieron cuáles serían las acciones que dejarían de realizarse durante este momento. Asimismo, en el marco de este debate se hizo especial hincapié sobre la presencia y participación activa de la figura del/la acompañante durante la “hora de oro”.

Aquí aparece algo que me resulta sumamente interesante, el nacimiento es reinterpretado como algo que excede lo meramente biológico, como inicio biográfico de la acción humana (Diker, 2008). La posibilidad de cuestionar el hecho de “llegar al mundo” y

ser inmediatamente separado, medido, vacunado y en algunos casos colocados en una incubadora, nos abre un amplio camino de posibilidades para seguir modificando aquellas dinámicas y lógicas propias de la institucionalización de los nacimientos.

En este proceso de repensar cuales son las prácticas que se realizan de manera rutinaria, surgió un debate sobre la forma en la que se lleva adelante la evaluación médica del/la recién nacido/a. Comenzó a circular en los discursos profesionales el concepto de *observación*, que es un término muy utilizado por las ciencias sociales, pero escasamente tenido en cuenta por las disciplinas médicas. Empezaron a surgir de esta forma preguntas en relación a la posibilidad de evaluar posicionados/as desde otros lugares, “extraños” y muchas veces incómodos. Comprender que estas herramientas “alternativas” no están asociadas a la pasividad o a la inactividad, es algo que aún hoy está en proceso de construcción y tensión permanente, sin embargo, la posibilidad de escuchar algunas experiencias en primera persona, posibilitó destrabar ciertas ideas que, estructuradas sobre un supuesto aval científico, no permitían explorar otras formas de asistir y acompañar los procesos de atención.

En asociación con ello, el proyecto denominado “neonatología abierta” fue un cambio relevante que motorizó un conjunto de discursos y de prácticas tendientes a garantizar el bienestar presente de las primeras infancias y sus referentes vinculares durante su tránsito por el Hospital. El ingreso irrestricto a las salas de internación neonatal permitió además, involucrar a otros/as acompañantes, facilitando su inclusión durante todo el proceso de atención. Este resulta ser un aspecto central para pensar y desarrollar estrategias basadas en la idea de corresponsabilidad, tratando de desterrar algunos imaginarios basados en la influencia de los “roles de género”. Como es bien sabido y observado, la presencia de los hombres en el ámbito hospitalario, ya sea para atender su propia situación de salud o para cuidar a otros/as, es escasa y notablemente reducida. Por lo que la posibilidad de convocarlos y de que tomen una postura más activa en la crianza de sus hijos/as resulta ser un aspecto central, ya que permite transformar los estereotipos de género en torno al cuidado, desnaturalizando así su feminización (Rodríguez Enríquez, 2007). A su vez, posibilitó ampliar la mirada e identificar la presencia de otros actores (estatales, comunitarios y familiares) corresponsables en las tareas de cuidado. Empezaron de esta forma a cuestionarse algunos discursos asociados a la idea de “ayuda”, lo que implicó pensar en paternidades comprometidas capaces de ofrecer un verdadero acompañamiento afectivo.

El proyecto de la “neo abierta”, a la vez que permitió comenzar a convocar, “hacer parte de” a otros/as integrantes de las familias que habitualmente se encuentran posicionados en lugares periféricos, posibilitó también cuestionar la existencia de ciertos actores que, al

“hacer su trabajo” invaden la privacidad de las primeras infancias y sus familias durante el proceso de internación conjunta. Así por ejemplo, con el tiempo se pudo identificar que (en los casos de mujeres privadas de la libertad) la presencia de la custodia policial (dos por cada mujer privada de su libertad, tres si existe “peligro de fuga”) no solamente resultaba “incómoda” para los ojos de los/as profesionales y/o de otras madres, sino que puntualmente no permitía garantizar no uno, sino muchos de los derechos que promulga la Ley de Parto Respetado. No resulta ser un dato menor el hecho de que hasta hace pocos años las mujeres en situación de encierro amamantaban a sus hijos esposadas, lo cual no sólo es extremadamente incómodo, sino que además, atenta directamente en el vínculo entre ella y su hijo/a recién nacido/a.

Otro aspecto sobre el cual se debatió ampliamente giró en torno a la lactancia materna. Y aquí, las voces de las personas puérperas se constituyeron en discursos sumamente interesantes para problematizar puntos de vista y/o juicios de valor basados en ese supuesto “instinto natural” de la mujer-madre al que hice alusión previamente. A su vez, la existencia de un programa regional de leche de fórmula que establece el deseo de no amamantar como argumento de accesibilidad suficiente y válido, es un instrumento interesante para tensionar la normatividad de género que promueve y naturaliza la lactancia materna y que clausura cualquier intento de no hacerlo. En esta misma línea, la creación de un “Comité de Lactancia” interdisciplinario fue, desde mi punto de vista, un avance necesario y sumamente alentador, ya que permitió poner en “agenda institucional” un tema que es muchas veces relegado a ciertos espacios (privados) y/o fragmentado en la especificidad de ciertas disciplinas.

En correlación con estas visiones estereotipadas sobre las mujeres-madres, me gustaría detenerme en un punto de ruptura que encuentro sumamente interesante y que se vincula con la posibilidad de repensar y cuestionar la concepción biomédica del dolor y su posible tratamiento. En este sentido, si elegimos ubicarnos en ciertos discursos estigmatizantes, diremos que las mujeres que “eligen” ser madres deberán pagar el precio del dolor para constituirse en sujetos capaces de cuidar. Sin embargo, el propio proceso de revisión y cuestionamiento al modelo interventivo y medicalizador instala nuevas y múltiples maneras subjetivas de interpretar y de aliviar el dolor. Aparece de esta forma la pregunta por el miedo y la consecuente desnaturalización de todos aquellos circuitos y prácticas que someten a las personas gestantes y a las primeras infancias, a vivencias invasivas e incluso muchas veces traumáticas. En correlación con estas ideas comenzaron a socializarse (sobre todo en el marco del PIM) técnicas y formas alternativas de calmar los diferentes malestares que pueda ocasionar el proceso de parto. Se empezó a poner especial hincapié en los olores, los colores y

los movimientos como estrategias de alivio y acompañamiento, y algo que es aún más interesante, se comenzaron a resignificar experiencias y vivencias en relación al proceso perinatal.

Otra dimensión relevante que encontró algunas modificaciones (que personalmente identifiqué alentadoras), giró en torno al derecho a la identidad de los/as niños/as recién nacidos/as. El debate y la jerarquización que se dio en relación a este aspecto permitió modificar algunas formas instituidas de nombrar y/o caracterizar a los/as “pacientes” en el ámbito hospitalario: por ejemplo a partir de sus diagnósticos, números de cama, números de incubadora, etc. Lo interesante de este punto, además, es que a grandes rasgos, algunos discursos profesionales lograron pensar en la identidad más allá del propio nombre de la persona, pudiendo caracterizar subjetivamente a cada uno/a de los/as niños/as recién nacidos/a. De esta forma, La “bronquiolitis de la incubadora 3” pasó a ser “Ana Julia Pérez, internada por bronquiolitis”⁷

Estos escenarios, que se encuentran en constante movimiento, permitieron comenzar a transformar la concepción de la niñez como una etapa transitoria hacia la adultez e instituyeron formas de pensarla como un estado presente, en el que confluyen múltiples factores que hacen emerger una forma particular de ser niño o niña, con sus propias problemáticas y expectativas derivadas del contexto social, cultural y económico, en el que se construyen sus biografías. De esta forma, las intervenciones profesionales comenzaron a interesarse por la satisfacción de los/as niños/as, su calidad de vida, su reconocimiento como sujeto y su valoración social.

Estos cambios se inscriben en los cuerpos de los/as niños/as pero deben ser leídos como signos de transformaciones más generales, es decir, en las posiciones adultas, en las relaciones intergeneracionales, en las configuraciones familiares, en las prácticas de crianza, en los discursos y las políticas sobre la infancia, en las instituciones por las que los/as niños/as transitan. Aquí es importante identificar que las transformaciones en los modos de vivir las infancias comprometen nuestros propios posicionamientos en tanto adultos/as y ponen en evidencia, día a día, los límites de lo que sabemos y de lo que podemos en relación con los/as niños/as (Diker, 2008)

Durante los primeros años de vida, el entorno familiar tiene un efecto directo sobre el desarrollo infantil. Esto hace que los derechos de los/as niños/as, en especial durante la primera infancia, no deban pensarse como resultado de políticas centradas solamente en

⁷ Estos datos son ficticios, se utilizaron para ejemplificar con mayor claridad la idea desarrollada.

ellos/as como sujetos aislados, sino que pueden ser consecuencia de acciones sobre entornos más amplios (Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes, 2020)

Ahora bien, enmarcados/as en este contexto y desde una perspectiva relacional, que entiende que, cualquier intervención sobre el mundo de las primeras infancias impactará directamente en el mundo adulto, considero que para pensar en la participación de las familias en los procesos de cuidado, es necesario tener presente la relación que se establece entre ellas y las instituciones de salud. ¿Cómo pensamos a las familias? ¿Qué vínculos ideamos y/o construimos con ellas? ¿Participan del proceso de salud-enfermedad-atención y cuidado de sus hijos/as? ¿Cómo lo hacen? ¿Bajo qué temporalidades?

Es interesante pensar que cuando construimos “nuevas” concepciones discursivas sobre las niñeces, sus derechos, deberes y obligaciones, también ideamos una forma alternativa de pensar a la adultez, y en este mismo movimiento, identificamos lo que “debe y puede hacer” este grupo social. *“Es que si hay nuevas infancias entonces hay también nuevos adultos”* (Diker, 2008, 7)

En este punto me parece que es interesante poder problematizar estas “nuevas posiciones” a partir de la dimensión de clase social, entendiendo que la misma se constituye en uno de los principales determinantes del proceso de salud-enfermedad-atención y cuidado. Así, me pregunto ¿Como esta coordenada interfiere en las relaciones entre las familias y el equipo de salud? ¿Es posible pensar que las propuestas de acompañamiento puedan variar dependiendo del estatus social de las personas? Algún recuerdo me hace pensar que quizás sí.

Hasta hace no mucho tiempo (previo al proceso de institucionalización de esta normativa) algunas familias se acercaban al Hospital con un “plan de parto”. Esta herramienta, según registraban algunos/as profesionales médicos/as, no resultaba ser habitual en los circuitos de asistencia de un hospital público, por el contrario, parecía ser una dimensión común de ser observada en el ámbito privado de la atención de la salud. Es así que, tener o no planificado el nacimiento, saber o no “lo que quiero” durante dicho proceso, parecía resultar en la ubicación de las personas en determinados lugares en la pirámide social. Recuerdo que inicialmente, cuando se comenzó a debatir sobre la implementación práctica de esta ley, se reprodujeron ciertos discursos que proponían garantizar un parto respetado a quienes lo pedían. Hasta que por fin, alguien del equipo de salud dijo *“No es sí o no”, “siempre tiene que ser parto respetado”*. Creo que esa fue una de las primeras veces en las que nadie interpeló el enunciado. Comenzó de esta manera a gestarse la idea de que el derecho al acceso a la salud no es simplemente ser atendido/a, sino además, ser acompañado/a

de una manera humana, empática y equitativa, independientemente de la clase social a la que pertenezcas.

Todas estas visiones permitieron gestar algunos cambios interesantes en la relación familia-equipo de salud. Estas modificaciones, derivaron de un proceso de distinción, de alejamiento, pero también de identificación de ciertas prácticas “irrenunciables” en el contrato estatal, lo que generó en algunos/as profesionales posturas más fuertes y conscientes respecto a la idea de corresponsabilidad. Si bien es interesante destacar que estos discursos han cobrado mayor fuerza durante el último tiempo, adquiriendo recientemente protagonismo y aceptación a nivel institucional, inicialmente fueron débiles, escasos y se anclaron principalmente en disputas de poder y hegemonía.

Así por ejemplo, cuando algunos/as profesionales propusieron socializar (a los fines de informar) con las familias los derechos y obligaciones enmarcados en esta ley, rápidamente surgieron una serie de discrepancias en relación a ello, “*no tenemos que generar falsas expectativas en los pacientes*”, “*tenemos que decirles la verdad, hay derechos que no podemos cumplir*”, fueron algunos de los relatos profesionales. Si bien estas ideas en su reproducción exponían de manera explícita obstáculos y/o limitaciones edilicias y materiales en la garantía de los derechos, una lectura crítica de las mismas, permitió entender que muchas de ellas respondían a los temores que surgían ante la posible pérdida de autonomía y/o autoridad.

Frente a estas cuestiones, la participación de referentes del área de legales en la Mesa de Parto Respetado permitió clarificar y poner sobre la mesa algunas dimensiones fundantes de esta idea de corresponsabilidad, “*la ley está, nosotros tenemos que hacerla cumplir*”; “*si no contás con un lugar adecuado para garantizar un parto humanizado, tienes la responsabilidad de exigir que lo haya*”, son algunos de los relatos que surgieron a partir del intercambio.

Este fue el inicio de una concepción que fue mutando y ocupando otros lugares, otros discursos, otras prácticas, a la vez que fue generando otros vínculos entre el equipo de salud, las primeras infancias y sus familias. Asumir la responsabilidad de “*los que llegan al mundo*”, implicó desandar representaciones asociadas al cuidado parental. “*Eso de lo que deben ocuparse los padres*” comenzó a ser cuestionado y puesto en tela de juicio por algunos integrantes del equipo de salud. Paralelamente, la emergencia de algunos programas y políticas sociales destinadas a los primeros años de vida, introdujeron conceptos y propuestas de abordaje y acompañamiento que de alguna u otra manera presionaron los ya establecidos estándares de atención. La idea de continuidad de los cuidados por ejemplo, permitió repensar

y modificar visiones estáticas acerca de la incumbencia estatal en materia de “control y seguimiento” infantil. La implicancia estatal en este proceso no solamente será mayor, sino que además, demandará la presencia e intervención de otras disciplinas (médicas y no médicas) en el cuidado de las primeras infancias.

Es posible decir entonces que esta tensión entre lo privado y lo público, que es característica del sistema sanitario, adquiere otras connotaciones y la institución hospitalaria comienza a ser cuestionada en tanto mecanismo de control, para ser vista como un lugar que puede proveer experiencias significativas en las subjetividades y el desarrollo de las personas.

La forma en la que se producen los nacimientos, las características que adquieren las internaciones, las relaciones que se establecen entre el equipo de salud y las familias, comienzan a ser aspectos relevantes en la definición de “buenas prácticas”. De esta forma, se promueven y generan otros vínculos con las primeras infancias, que superan lo meramente biológico, y que por lo tanto, no se limitan solamente a alimentar y abrigar. Es así que estas concepciones, no separadas pero sí alejadas de la idea de riesgo, control y supervisión permanente, instituyen otros discursos en relación al cuidado y la crianza de los/as niños/as, lo que produce la emergencia en la escena institucional, de dimensiones sociales históricamente relegadas al ámbito doméstico, las cuales disputan un lugar de pertenencia con aquellos aspectos considerados “higiénicamente convenientes” (Colangelo, 2012) para los/as niños/as.

Poner atención en otros aspectos “más humanos”, implicó (entre otras cosas), sobrepasar los límites temporales impuestos por el modelo médico hegemónico, en donde prima mayormente el carácter de urgencia. Así, surgieron preguntas vinculadas a cómo la dimensión del tiempo influye en la constitución de las primeras infancias. La temporalidad comienza de esta forma a ser revisada, cuestionada y, en el mejor de los casos, modificada. *“tenemos todo el tiempo del mundo, acá no estamos apurados”*; *“Vos quedate tranquila que termina mi guardia pero empieza otra”*, fueron algunos de los discursos profesionales que surgieron durante el desarrollo del PIM.

En correlación con ello, empezó a cobrar mayor fuerza y protagonismo esta idea del nacimiento como un proceso natural, no asociado a la enfermedad, sino a la salud, que requiere de un acompañamiento temporal y espacial menos intervencionista y más humano. A su vez, estas ideas permitieron en cierta forma ablandar la rigidez que caracteriza a cada una de las etapas de la vida infantil, empezando de a poco a identificar la heterogeneidad de experiencias y la complejidad y particularidad que atraviesa y determina a cada una de las mismas. Y aquí no solo se pensó en las primeras infancias, sino también en sus referentes vinculares, lo que posibilitó desandar esta idea de “familia nuclear”, universal y hermética.

Así por ejemplo, el hecho de que la persona gestante y el/la niño/a recién nacido/a puedan estar acompañados/as por personas de su confianza y elección durante todo el proceso de atención perinatal, demuestra que las configuraciones familiares “ejemplares” y hegemónicas, comenzaron a ponerse a prueba y a adquirir otras dimensiones, más diversas y reales.

Correlativamente al factor tiempo se le sumó la dimensión espacial. Resulta lógico sostener que, si la “entrada y salida de bebés” de la institución hospitalaria demanda más tiempo que lo habitual o que lo médicamente estipulado, los espacios físicos serán insuficientes y/o no podrán soportar esta nueva dinámica organizacional y vincular. Más allá de la mera construcción de salas, habitaciones, etc., me parece sumamente interesante destacar un discurso profesional que surgió en la Mesa de Parto Respetado. A finales del año 2022, nos encontrábamos intercambiando respecto a la posible creación de una sala de TPR (Trabajo de Parto), ideando el lugar en donde podría ubicarse, surgieron algunos relatos sumamente interesantes vinculados a los conceptos de accesibilidad y libre movimiento. Así, una de las integrantes del equipo de salud esbozó la siguiente frase: *“la idea es que los servicios se acomoden a las necesidades de las mujeres y los bebés, y que no sean ellas las que tengan que deambular por todo el hospital”*. Pensar a las instituciones en movimiento resulta ser, desde mi punto de vista, una de las propuestas más alentadoras en el arduo trabajo de instalar otras formas de mirar y de vincularse con las primeras infancias. Esta frase incluso, no hace referencia a cualquier tipo de movimiento, sino aquel que se basa en el deseo y las necesidades de las personas gestantes y sus hijos/as recién nacidos/as.

Visiones como estas permiten cuestionar la idea de rigidez a partir de la cual las instituciones hospitalarias se presentan ante la sociedad. Lo estático de esta forma se pone a prueba y le cede lugar a lo incierto, a lo vivencial, a lo históricamente “inesperado”. Parar un momento, quizás una hora, frenar, esperar, son palabras nuevas, que emergen en la cotidianidad institucional, otorgándole otros sentidos a nuestros discursos y prácticas profesionales. De esta forma, poco a poco, el bienestar de las infancias comienza a ser visto no sólo como algo bueno para la población adulta y/o para el futuro de la sociedad, sino también (o más bien) para la propia población infantil en sus tránsitos y vivencias presentes.

Dimensiones como estas estructuran bases sólidas en la construcción de otras relaciones intergeneracionales, donde la niñez es vista como colectivo con derechos específicos, pero también como un conjunto de subjetividades que pueden y deben incidir de modo real en procesos generales de carácter político y transformación social (Morales y Magistris, 2019)

Resulta oportuno de esta forma, repensar el concepto de participación infantil en el marco de estos cambios normativos, ya que el mismo será un elemento clave en la construcción de una ciudadanía autónoma y progresiva.

7. Derecho a participar

Como expresa la autora Novella Cámara (2012) actualmente la participación infantil “está en su mejor momento”, ya que cuenta con importantes pilares legislativos que la reconocen, la sustentan, la defienden y a impulsan. La CDI es el primer documento que reconoce el derecho de los/as niños/as a participar de todo aquello que los/as afecta. La valoración que se hace de la participación de los niños y las niñas en su crianza ha ido evolucionando hasta quedar definido como un derecho de ellos y ellas a poder expresar sus opiniones, así como también a ser oídas y respetadas.

Sin embargo, como bien hemos aprendido, el carácter normativo no resulta ser suficiente para garantizar una participación real de los/as niños/as en su realidad próxima, y encuentra en muchas oportunidades, “fallas en su implementación”.

La participación infantil es una dimensión sumamente compleja y a su vez contradictoria, que está en boca de todos/as, bajo un “lenguaje común”, pero que en su interior esconde múltiples y variadas interpretaciones. Estas características se complejizan cuando pensamos en las primeras infancias, ya que en una sociedad como la nuestra, la participación infantil se piensa (como era de esperarse) bajo parámetros adultistas. De esta forma, “*los que no hablan ni caminan*” tendrán muy poco que decir, y sus expresiones solo importarán si pueden adecuarse o si responden de manera correcta a lo que se espera de ellos. Así, en correlación con las representaciones sociales que identifican a los/as niños como sujetos inacabados, “*en preparación para*”, aparecen discursos que en su cotidiana reproducción, proyectan los derechos de las primeras infancias en un tiempo futuro, constituyéndose de esta forma en “*los ciudadanos del mañana*”.

Sin embargo, desde una perspectiva relacional, la participación infantil no es solo un derecho, sino que además se constituye en una dimensión central y formativa de la identidad de los/as niños/as, teniendo efectos sociales, políticos y educativos en sus vidas. En este sentido, su protagonismo en la vida social funciona como eje articulador en la construcción de otras relaciones intergeneracionales. Es así que los/as niños/as deben tener la oportunidad no solo legal, sino real, de poder tener influencia en los adultos y en la sociedad de la que forman parte (Novella Cámara, 2012).

Para acompañar y facilitar estos procesos desde lugares alternativos a los que históricamente ocupamos, resulta pertinente que podamos preguntarnos... ¿Qué entendemos por participación? ¿Todos/as la caracterizamos de la misma manera? ¿Cómo pensamos la participación de las primeras infancias durante el tránsito hospitalario? ¿Y de sus familias?;

¿Qué percepciones tienen las familias de su propia participación? Estas y otras preguntas sirven como disparadores para repensar nuestras posiciones y responsabilidades en el desarrollo de estrategias y oportunidades que les permitan a los/as niños/as y sus familias, influir en sus propios procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado.

Los discursos observados a lo largo de este tiempo de indagación demuestran que no existe mayor dificultad en identificar que los/as niños/as tienen derecho a ser protegidos, a ser alimentados/as, a recibir buenos tratos, etc. Sin embargo, el terreno se vuelve sinuoso cuando pensamos en el derecho que tienen a participar de la vida social. ¿De dónde deriva esta dificultad? ¿A qué le tiene miedo el mundo adulto?

Parece que bajo la presencia de algunos paradigmas de interpretación, resulta ilógico sostener por un lado, que los/as niños/as tengan los mismos derechos que los/as adultos/as, y por el otro, que puedan ser actores capaces de transformar y cambiar su realidad próxima.

Pero... ¿Cómo participan las primeras infancias? ¿Cómo se expresan? ¿Qué tienen para decir? Duarte Libonati (2023) tomando aportes de algunos autores (Clark, 2017; Segura, 2013) expresa que los/as niños/as son comunicadores natos y expertos en expresar opiniones a través de una multiplicidad de lenguajes.

“Esta capacidad comunicativa se visualiza desde las primeras comunicaciones humanas que se remontan a su vida intrauterina”; “(...) A partir de su nacimiento, el bebé desarrolla nuevas y más complejas formas para comunicarse con su entorno, utiliza diferentes vías para transmitir sus emociones y opiniones tales como el llanto y sus diferentes tipos, los gestos, el tono muscular, vocalizaciones y la sonrisa adelante en su desarrollo, estas habilidades de comunicación se van volviendo cada vez más complejas lo que les permite a los niños expresar aquello que sienten y piensan con una mayor facilidad y claridad para los adultos”(2023, 14) (subrayado mío)

Si bien acuerdo con las expresiones de la autora mencionada previamente, me queda resonando esta última frase (la cual elegí subrayar para darle mayor visibilidad) por lo que me pregunto... ¿Hasta cuando la agencia infantil será importante solo en la medida en que produzca un beneficio para el mundo adulto?

Considero que ya es momento de cambiar las reglas del juego, barajar y volver a repartir. La mano ahora comienza a favor de los/as niños y es un deber de todos/as los integrantes del juego escuchar sus voces, sus aportes y contribuciones. La partida termina cuando los/as niños/as quieren y/o cuando sientan que finalmente fueron escuchados/as. Para participar de este juego, una/o (como adulta/o) debe estar preparada/o y dispuesta/o a escuchar e interpretar el lenguaje y la interacción infantil. Pero... ¿Qué pasa con los/as adultos/as que no quieren jugar? será responsabilidad de algunos/as de nosotros/as convocarlos, invitarlos y contarles los beneficios que este juego tiene para los/as niños/as, para sus subjetividades, sus emociones, su salud mental y demostrarles de esta forma, que su

participación se constituye en un aspecto esencial para que las niñas puedan efectivamente ser sujetos activos en la toma de decisiones de todo aquello que los/as involucra.

Este juego se enmarca en una perspectiva que entiende que son infinitas y diversas las contribuciones que los/as niños/as pueden hacer a partir de sus sentimientos, movimientos y expresiones. En este sentido, no hace falta que las infancias hablen para que puedan participar, porque, como plantea Ricardo Rudolfo (2008) la utilización de la palabra del/a niño/a es diferente a la del adulto, es decir, el/la niño/a no manifiesta su vida interior por esta vía.

Los aportes de McAuliffe (2003; 2005) en uno de los textos de Duarte Libonati (2023) son sumamente interesantes para repensar la idea de “la escucha” y desarrollar una visión más amplia sobre su eficacia e implementación. Ambos autores definen a la escucha como un proceso activo de recibir, interpretar y responder a la comunicación, lo que incluye múltiples sentidos y emociones y no se limita únicamente a las palabras. Plantean que la escucha resulta ser una condición necesaria para conocer a los/as niños/as y sus subjetividades.

“(…) Desde esta perspectiva, se enfatiza que los niños necesitan ver y sentir que fueron escuchados fehacientemente, y para ello se vuelve necesario que el adulto lleve adelante acciones que den cuenta de ello. Esto no solamente le brinda al niño el envío para seguir participando en la medida en que se siente valorado en su singularidad y en su opinión - aspecto que marca la diferencia para el niño entre ser simplemente oído y efectivamente sentirse escuchado- sino que, además, se convierte al mismo tiempo en una gran oportunidad de retroalimentación para el adulto” (Duarte Libonati, 2023, 15).

Es posible decir entonces que, la participación tiene un sentido y un significado para cada actor social. Los/as niños/as a partir de su autonomía progresiva construyen su subjetividad, sus opiniones, con la información que reciben de los contextos por los que transitan, así como también (de manera explícita o implícita) de sus pares y adultos (Duarte Libonati, 2023). Y en esta constante incorporación, van transformándose y transformando a los/as otros/as con quienes se vinculan.

Sin embargo, nada de esto es posible en un entorno inseguro, ajeno y deshumanizado. Las instituciones hospitalarias y las dinámicas que las caracterizan desde hace años, no parecen ser (a simple vista) espacios adecuados para garantizar esta anhelada seguridad. Aún así, es importante no perder la esperanza y pensar que si somos los sujetos quienes construimos a las instituciones como tal, seremos también nosotros quienes tendremos la capacidad de modificarlas.

Para ello, es necesario realizar una importante tarea, que implica desnaturalizar y cuestionar las relaciones asimétricas de poder que se expresan en el cotidiano institucional, entendiendo que en la naturaleza de las mismas radica uno de los mayores obstáculos en la

escucha de los/as niños/as y sus familias. En este sentido y pensando en los objetivos de este trabajo, se vuelve imprescindible problematizar “dos tipos de relaciones”, tendientes a desarrollar procesos de infantilización; por un lado, entre adultos/as y niños/as (algo de lo que ya hemos hablado en este escrito) y, por el otro, entre profesionales y familias. En vistas de construir otras relaciones intergeneracionales, resulta necesario no solo cuestionar las acciones que los adultos desarrollan en base a sus propios intereses, superponiendo sus derechos por sobre los de los/as niños/as, sino también las prácticas y los discursos profesionales que ubican a las familias en posiciones subordinadas, de “menor valor moral”.

No podemos olvidar que en este escrito hablamos de las primeras infancias, de esos primeros días y años de vida, en donde la existencia de un Otro interpretando expresiones, emociones, necesidades, se vuelve imprescindible en términos de sobrevivencia. Es así que repensar los vínculos que como equipo de salud construimos (o podemos construir) con las familias, con los referentes afectivos de las primeras infancias, constituye una tarea de primer orden.

La participación de las familias en los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado de sus hijos/as, nietos/as, sobrinos/as, hermanos/as, amigos/as, etc. resulta ser fundamental, ya que se constituyen en actores centrales capaces de garantizar entornos enriquecedores, seguros y confiables para el desarrollo vital y cotidiano de los/as niños/as. Hace poco leí por ahí un proverbio africano que dice algo así como: *“para criar un niño, hace falta una tribu entera”*. No creo que haya nadie en el mundo occidental que ponga en tela de juicio esta frase, sin embargo, ¿quién nos hizo creer que el individualismo era la mejor estrategia (o la más eficaz) para cuidar a los/as niños/as? No lo sé, de lo que sí estoy segura es de que la sociedad eligió reproducir un conjunto de ideas que asocian lo comunitario, lo colectivo con un “desorden difícil de organizar”, donde se producen alteraciones en los roles perfectamente asignados, los cuales comienzan a ser protagonizados por actores “impensados, inesperados y incapaces” (niños/as referentes de otros niños/as por ejemplo).

Ahora bien, es importante que podamos entender que si elegimos ubicarnos en estas relaciones simplistas (muchas veces oferta y demanda), no podremos ver y/o aprehender las múltiples formas que existen de vincularnos y de interpretar la realidad social. La comunicación y el cuidado de los/as niños/as se transformará de esta forma en una dimensión individual, privada, nuevamente *“de eso que deben ocuparse los padres”*, cuando en realidad se trata de un proceso colectivo y relacional mucho más amplio, de pertenencia y ciudadanía social.

De esta forma resulta oportuno asumir otro compromiso como profesionales de la salud, y con “otro” no me refiero a “uno más”, sino a “uno nuevo”, que se inquiete por “lo inesperado”, por lo que surge sin previo aviso, de manera espontánea y que a simple vista resulta ser completamente “ilógico” y desconocido.

Quizás algo de esto nos proponga la Ley de Parto Respetado cuando establece el Derecho a la información y a libertad de elección de las personas gestantes y de sus acompañantes durante todo el proceso de atención o la Guía de Implementación del Parto Respetado cuando identifica a los “vínculos como protagonistas del proceso de transformación”. Consultar, escuchar, compartir decisiones, reivindicar los saberes y deseos de los “no-profesionales”, generan disputas de poder pero a la vez instalan otros vínculos que de a poco permiten romper con los pilares más fuertes del proceso de institucionalización, logrando instalar percepciones más amigables, humanas y conocidas de los espacios hospitalarios.

Ser un mejor adulto para las infancias (Duarte Libonati, 2023) entonces, requerirá construir caminos respetuosos y humanos con ellas y sus familias, capaces de llegar a conocer sus vidas, sus intereses, deseos y necesidades y que las mismas adquieran la centralidad que tanto se menciona en los discursos de los últimos tiempos.

8. Algunas reflexiones

“Lo diferente nos hace aprender cosas que no sabemos y ni imaginamos. Nos abre los ojos y la cabeza, pero lo que es más importante, el alma. Aprendemos así muchas formas de sentir y comprendemos así que eso, justamente es la vida, los colores.

A mí me gusta el lila por ejemplo. Me parece alegre, elegante y armónico.

Jamás se me ocurriría exigirle al mundo que sea solo lila, no solo por el disparate que eso significa, sino porque arruinaría al lila: lo transformaría en algo triste, autoritario, aburrido y uniforme”

Shock S, (2016). Crianzas, Buenos Aires

A partir de lo trabajado en este escrito podríamos argumentar que el capitalismo colonial moderno negó la condición de sujeto social a quienes, según criterios adultistas y patriarcales, no disponían de razón. Este movimiento produjo que las infancias fueran excluidas del mundo del pensamiento “válido” y asociadas a un conjunto de acciones que la sociedad occidental decidió devaluar como: dormir, llorar, vomitar, etc. (Gottlieb, 2009).

La “incapacidad” de comunicarse verbalmente, ubicó a las primeras infancias en lugares de alteridad y de desorden, cumpliendo una única función que es crecer y desarrollarse plenamente para lo que verdaderamente importa: la vida adulta.

La creación de la CDN fue un hito importante (aunque no suficiente) en la jerarquización de los/as niños/as como sujetos sociales, instalando en nuestro país la noción de ciudadanía. A partir de ella, los avances normativos de los últimos años produjeron importantes cambios en los discursos de los adultos, al punto que hoy en día casi nadie duda de que los/as niños/as son portadores de derechos. Sin embargo, las ideas no parecen ser tan claras cuando pensamos en la real materialización de los mismos.

Uno de los mayores obstáculos en este proceso de cristalización, de esta “puesta en práctica”, se inscribe en la reproducción (muchas veces automática) de una serie de representaciones sociales sobre las infancias, que determinan moralmente lo que “pueden y deben” hacer los/as niños/as en cada una de las etapas (perfectamente delimitadas) de sus vidas. Estas idealizaciones, que son heredadas de la cultura occidental, rara vez corresponden a la realidad social que viven las niñeces latinoamericanas, sobre todo en este contexto socio histórico, en donde, según un estudio realizado por UNICEF (2006), dos de cada tres niños/as son pobres.

En el entramado institucional analizado (Hospital), la presencia de la pediatría (en tanto ciencia especializada y “experta”) tuvo históricamente un lugar central en la definición y socialización de una “determinada forma” de cuidar y criar a los/as niños/as durante sus

primeros años de vida, por lo que su institucionalización no fue ajena en la producción (y reproducción) de representaciones sociales sobre este “grupo generacional”. Sin embargo, es importante dimensionar que estas idealizaciones o conceptualizaciones no surgen sólo desde adentro de la medicina, sino que trascienden este campo disciplinar y responden a un contexto social mucho más amplio, que tiene sus inicios en las sociedades europeas a partir del siglo XVIII (Ariès, 1987).

Esta amplitud y trascendencia explica el hecho de que, en el ámbito hospitalario, las representaciones sociales sobre las primeras infancias son reproducidas no solo por los/as profesionales que integramos los equipos de salud, sino también por las familias que transitan cotidianamente por la institución de salud. Este aparente “acuerdo” promueve con mayor fuerza, la habilitación de prácticas adultocéntricas, biologicistas e intervencionistas, que justifican su accionar a partir de supuestos valores morales y universales.

Aun así, la imperiosa fuerza de los movimientos y luchas feministas, hizo emerger (con bastante ímpetu durante el último tiempo) una serie de ideas y conceptos que cimentaron la base de lo que hoy conocemos como “nuevos paradigmas”. Podríamos acordar que se trata de eventos que intentaron (y aún intentan) poner en tela de juicio todo aquello sobre lo que poco se habla, o se supone normalizado. Pero también podríamos identificar que, en este campo de disputas y relaciones de poder, emergen grandes y oportunas posibilidades para comenzar a problematizar la manera en la cual nos aproximamos al mundo y/o a partir de la cual, analizamos la realidad social de la somos parte.

En el año 2015 en nuestro país se reglamenta la Ley Nacional N° 25.929 conocida coloquialmente como “Ley de Parto Humanizado”. Esta normativa, que había sido sancionada nueve años atrás, viene a complementar una serie de propuestas discursivas ancladas en la importancia de un cambio de paradigma en el modelo de atención de la salud: de uno intervencionista a uno humanizado.

Sin embargo, como era de esperarse, la adaptación de esta normativa a la realidad social no fue inmediata, y se enmarcó en una temporalidad que por momentos va más lenta de lo que debería. Pero en este trabajo no vamos a culpar al tiempo, o al menos no lo vamos a identificar como algo abstracto, sobre lo que los actores sociales tenemos mínima injerencia. Por el contrario, por suerte, somos nosotros/as quienes poseemos la capacidad de romper con la rigidez que caracteriza a la ley, lo que nos imprime la posibilidad de ponerla en contacto con los hechos sociales que caracterizan un determinado contexto sociohistórico.

Las representaciones sociales serán, metafóricamente hablando, piedras en el camino, que deberemos esquivar e incluso muchas veces patear, pero jamás obviar, porque en su

existencia podremos encontrar un punto de apoyo para cuestionar y poner a prueba el orden establecido. Así, si bien es importante identificar de dónde provienen estas visiones, estas ideologías, debemos poder re-situirlas en nuestro presente, para poder modificarlas.

En este contexto de tensiones, en el Hospital Gutiérrez, se conformó lo que institucionalmente elegimos llamar “Mesa de Parto Respetado”. Este espacio de debate interdisciplinario permitió (y aún hoy permite) repensar los alcances y la implementación práctica de la Ley N° 25.929 en las particularidades del Hospital mencionado, a la vez que, posibilitó comenzar a problematizar ciertas formas (de antaño) de mirar, de caracterizar y de vincularnos con las primeras infancias y sus grupos familiares.

Relatar esta experiencia y analizarla, me hizo dar cuenta no solo de la importancia de la intervención crítica y colectiva, sino además, de la imperiosa necesidad de no quedarnos perplejos, paralizados o “sin herramientas” ante la presencia de una realidad social que por momentos nos resulta “nueva”, “ajena” e incluso “ilógica”.

Pero.. con esto, ¿Qué es lo que estoy queriendo decir? ¿Simplemente que la ley no sirve? No, está claro que sirve, pero deberá poder ser recreada por los propios sujetos a los que involucra para lograr constituirse en una herramienta potenciadora de “nuevas” prácticas y relaciones intergeneracionales. La ley no puede adaptarse por sí sola a la realidad social, es por ello que una mirada crítica a la normativa y a lo que ella produce en el actual contexto socio histórico, permitirá cuestionar el rol secundario, invisibilizado y pasivo, asignado a los/as niños/as en la conformación de las sociedades y las naciones latinoamericanas.

Ahora bien... ¿Cuál es el saldo del debate sobre la implementación práctica de la Ley de Parto Respetado en las particularidades del Hospital Gutiérrez? ¿Qué impacto ha tenido en la dinámica institucional? ¿Y en los discursos y prácticas cotidianas? ¿Es posible pensar que haya cuestionado o al menos puesto en tensión algunas de las representaciones sociales existentes sobre la primera infancia?

Las respuestas a estas preguntas contienen datos alentadores y positivos en la búsqueda por construir otros vínculos con las primeras infancias, basados en la jerarquización y el respeto por la vida, los cuerpos, los deseos y sentires de las niñeces contemporáneas.

Los debates interdisciplinarios permitieron comenzar a construir discursos y prácticas profesionales anclados/as en la categoría de “niño/a como sujeto de derechos”, al mismo tiempo que habilitaron interesantes instancias de participación familiar. Esta caracterización permitió identificar que la vida infantil (y claramente su cuidado) no puede ser comprendida solamente desde parámetros biológicos o desde estructuras universales, sino que por el contrario, resulta necesario ampliar la mirada y aprehender las heterogéneas y múltiples

dimensiones que atraviesan las trayectorias vitales y vivenciales de los/as niños/as recién nacidos/as.

A su vez, esta “nueva visión” puso en marcha algunas ideas y acciones enmarcadas en el enfoque que De Grande y Remorini (2019) denominaron “vivencial”, que es aquel que se interesa por los/as bebés en tiempo presente, que los identifica como los “ya sí” y que los piensa no sólo como un colectivo con derechos específicos, sino también como un conjunto de subjetividades que pueden y deben incidir de modo real en los procesos generales de carácter político y de transformación social (Roche y Jans citado por Morales y Magisris, 2018).

Creo que una de las cosas más interesantes de este proceso fue identificar que, alrededor de la Ley de Parto Respetado, se comenzó a diseñar una nueva institucionalidad que basa el conocimiento en las propias experiencias de las personas que transitan cotidianamente por el Hospital. Entendiendo que las mismas además, resultan ser fundamentales para el reconocimiento de los derechos humanos y el desarrollo de vínculos más humanos y empáticos.

Recuerdo de manera intacta (aunque no puedo negar que el cuaderno de campo ha sido un gran facilitador en este proceso) algunas de las frases que se esbozaron durante las primeras reuniones de la Mesa de Parto Respetado, donde se debatía principalmente esta idea de informar a las personas sobre sus derechos... “¿Derechos? ¿Decisiones? ¿Qué decisiones?” expresó una de las profesionales y más tarde una de sus compañeras agregó “Todo bien con los derechos... ¿Y las obligaciones?”. Muchas veces la experiencia se redujo a eso, a reproducir un discurso hegemónico, recitar sin poder transmitir el sentido que adquiere el sabernos poseedores de derechos como personas insertas en determinado contexto sociohistórico y cultural (Silva Baleiro, 2006).

Sin embargo, estas ideas tan rígidas fueron de a poco cambiando a lo largo del tiempo, pero no por obra de magia, claro, se necesitó de un conjunto de voces (internas, externas, “autorizadas” por momentos), de relatos, de experiencias que dieran cuenta que la existencia de una Ley Nacional nos ubica en una posición de corresponsabilidad en el cuidado, la crianza y el bienestar de las primeras infancias.

Desde esta lógica, es posible entender que se torna sumamente necesario comenzar a repensar nuestros abordajes con los/as niño/as y sus referentes de cuidado, buscando encontrar en los obstáculos, o en el propio proceso de ruptura, nuevas y complejas posibilidades de actuación.

Creo que es interesante poder situarnos en ese desajuste entre lo normativo, lo instituido y lo que efectivamente pasa, lo que acontece, independientemente de lo esperado, y permitarnos reflexionar sobre nuestras respuestas y el alcance de las mismas. Esto indefectiblemente requerirá preguntarnos... ¿Qué es lo que deseamos? ¿Hacia dónde queremos dirigir nuestras intervenciones con las primeras infancias? ¿Qué es lo que históricamente nos pidieron? ¿Qué es lo que hacemos frente a ello? ¿Respondemos fehacientemente a lo instituido? ¿O buscamos procesos de ruptura, de interpelación?... La ética de la pregunta se encuentra entonces atravesada y determinada por las condiciones en las que trabajamos, nos relacionamos, pero también deseamos.

En el entrecruzamiento entre el deseo y la posibilidad, se origina un tiempo en donde el profesional puede continuar con los lineamientos propios de la institución a la que pertenece, o por el contrario, traspasar la demanda institucional, buscando establecer prácticas reflexivas, instituyentes, que puedan alojar las vivencias y experiencias de las niñeces en un devenir histórico-social particular.

Estamos todos/as de acuerdo en afirmar que existen nuevas configuraciones en torno a las infancias, las familias, los cuidados... de lo que no estamos seguros/as es de tener la capacidad (a nivel institucional) de dar respuesta a eso que acontece inesperado y que en la vorágine de la realidad no hemos podido (por suerte) naturalizar.

Aun así, estoy convencida de que quienes formamos parte de estos circuitos de atención, tenemos dos opciones: volvernos cómplices de una supuesta temporalidad universal, lo que indefectiblemente opacará otras experiencias, infantiles, familiares, etc.; o por el contrario, adentrarnos en lo caótico del proceso, reinterpretar lo abstracto y habilitar miradas situadas, contextualmente relevantes, capaces de garantizar espacios de autonomía y participación protagónica.

Considero que constituye un desafío colectivo comenzar a trabajar en la recuperación y resignificación de vivencias, experiencias, tránsitos y vínculos. Esto necesariamente requerirá revisar y modificar nuestras formas de ver, de pensar, de actuar y de relacionarnos con las primeras infancias, buscando construir prácticas diversas, inclusivas y promotoras de Derechos Humanos.

Asimismo deberemos comenzar a ubicarnos en lugares de incomodidad, ajenos a nuestras enseñanzas, costumbres y valores, lo que implicará además, alternar nuestros pensamientos, tratando de encontrar en las interacciones infantiles sustentos válidos para desarrollar nuevas habilidades adultas.

Sin embargo, ningún proceso constructivo, relacional y crítico es posible sin el apoyo y la convicción de otros actores, de otras áreas, de otras trayectorias temporales y asistenciales. Es necesario contar con un espacio para discutir lo que se hace, cómo se hace, cuales son los resultados y los sentimientos que produce. Así, compartir con la otredad, desde una visión más horizontal, parece ser un camino prioritario. Desafiar lo estático, poner-nos en movimiento, buscando encontrar en los límites institucionales, nuevas formas participativas de asistencia.

9. Bibliografía consultada

- Alonso, L y Benito, L (1998). La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa (Vol. 218). Editorial Fundamentos. España.
- Ariès. P. (1987). El niño y la vida familiar en el antiguo régimen. Editorial Taurus, Madrid.
- Botero, P. y Alvarado, S. (2006). Niñez, ¿política? y cotidianidad. Revista Latinoamericana de Ciencia Sociales, Niñez y Juventud.
- Butler, J. (1993). 2002. Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo.
- Bourdieu, P. (1990) La 'juventud' no es más que una palabra. En: Sociología y cultura. México, Grijalbo.
- Bourdieu, P. (1990). "Algunas propiedades de los campos". En: Sociología y cultura, México, Editorial Grijalbo.
- Carballeda, A. (2019). Dispositivo, Deseo y Acontecimiento. La intervención y la Construcción de saberes. XI JIDEEP de la FTS UNLP. Disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/gt19_carballeda_xi.docx
- Carballeda, A. (2002). La intervención en lo social. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Casas, F. (1992). La participación de los niños y niñas en la sociedad europea. En: Infancia y Sociedad. Editorial Paidós. Barcelona.
- Castrillo, B. (2019) Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos. experiencias de mujeres-madres, varones padres y profesionales de la salud de la plata (2013-2019). Tesis Doctoral. Universidad Nacional de La Plata. La Plata
- Castrillo, B. (2016) De partos y derechos en el camino hacia la humanización. Trabajo presentado en las VIII Jornadas de Investigación en Antropología Social. Santiago Wallace; Buenos Aires, 27 al 29 de julio de 2016; Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires. ISSN 1850-1834
- Chaves, M. (2005). Juventud negada y negativizada: representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea. Revista Última Década Año 13 N° 23 Viña del Mar: CIDPA. Pp. 9-32.
- Cruz V, Fuentes P Y Weber Suardiaz C. (2020). La Constitución de Familias como Sujetos Políticos, en: De Martino Mónica De Martino, M (coord.) Trabajo social con familias: dilemas teórico-metodológicos, éticos y tecno-operativos. Udelar. FCS-DTS. doi.org/10.47428/978-9974-0-1795

- Colangelo, M.A. (2008). “La constitución de la niñez como objeto de estudio e intervención médicos en la Argentina de comienzos del siglo XX”. IX Congreso Argentino de Antropología Social, Posadas. Actas en CD.
- Colangelo, M.A. (2009). “La salud infantil en contextos de diversidad sociocultural”. En: Tamagno, Liliana (comp.), Pueblos indígenas: interculturalidad, colonialidad, política. Buenos Aires, Biblos.
- Colangelo, M.A. (2011). “El saber médico y la definición de una ‘naturaleza infantil’ entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX en la Argentina.” En: Cosse, Isabella, Valeria Llobet, Carla Villalta y María Carolina Zapiola (eds.), Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil. Buenos Aires, Teseo.
- Colangelo, M.A (2012). La crianza en disputa: medicalización del cuidado infantil en la Argentina, entre 1890 y 1930. Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Naturales .Universidad Nacional de La Plata, La Plata.
- Contreras Tinoco, K. A., & Castañeda Rentería, L. I. (2016). Tensiones entre el cuerpo productivo de la mujer y la normatividad de género en torno a la maternidad. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 8(21), 10-24.
- Corsaro, W. A. (1992). Interpretive reproduction in children’s peer cultures. *Social Psychology Quarterly*, 55(2), 160-177.
- Corsaro, W. A. (2012). Interpretive reproduction in children’s play. *American Journal of Play*, 4(4), 488-504.
- Cussianovich, A (2010). Paradigma del protagonismo. En: INFAT. Materiales de trabajo N°2, Lima: IFEJANT.
- Cussiánovich, A (2003). Protagonismo, participación y ciudadanía como componente de la educación y ejercicio de los derechos de la infancia. En: Historia del pensamiento social sobre la infancia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales.
- De Grande, P. (2012). Bebés en la Ciudad de Buenos Aires. Abordando la sociología de la sociabilidad en la primera infancia. X Jornadas de Investigación en Ciencias Sociales del IDICSO. Instituto de Investigación en Ciencia Sociales (IDICSO) - USAL, Buenos Aires.
- De Grande, P. y Remorini, C. (2019). ¡Es un bebé! Miradas de las Ciencias Sociales a los primeros años de vida. *Revista Desidades*. Disponible en: http://desidades.ufrrj.br/es/featured_topic/es-un-bebe-miradas-de-las-ciencias-sociales-a-los-primeros-anos-de-vida/

- De Mause, L. (1970). La Historia de la infancia. Alianza Editorial.
- Diker, G. (2009). ¿Qué hay de nuevo en las nuevas infancias? - 1ª ed. - Los Polvorines: Univ. Nacional de General Sarmiento ; Buenos Aires : Biblioteca Nacional.
- Duarte, C. (2015). El adultocentrismo como paradigma y sistema de dominio. Análisis de la reproducción de imaginarios en la investigación social chilena sobre lo juvenil. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.
- Duarte Libonati (2023). Construir una cultura de escucha en las voces de los niños para una sociedad niñocentrista. Boletín de Infancia N°15. Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes. Montevideo, Uruguay.
- Efron R. (2017) .Campo de derecho de la infancia y el campo de la salud mental. Revista Salud Mental y comunidad. Año 4 N°4 . Universidad Nacional de Lanús, CABA.
- Faur, E. (2014). El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual.- 1ª ed. Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires.
- Gélis, J. (1991). La individualización del niño. En: Historia de la vida privada: Del Renacimiento a la Ilustración, dirección de Philippe Ariès y Georges Duby, tomo III Editorial Taurus. Barcelona.
- Gottlieb, A. (2009). Para onde foram os bebês? em busca de uma antropologia de bebês (e de seus cuidadores). psicologia usp, São Paulo.
- Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes (2020) Lineamiento sobre promoción de capacidades de cuidado y crianza en la familia.
- Jelin, E. (2012). La familia en Argentina: Trayectorias históricas y realidades contemporáneas. En: Valeria Esquivel, Eleonor Faur y Elizabeth Jelin (Editoras) Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado. 1ª ed Buenos Aires: IDES
- Larguía, M. (2000) Proyecto maternidades centradas en la familia. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2000, 19. > ISSN 1514-9838
- Ley Nacional N° 25.929 Parto Humanizado (2015). Argentina.
- Ley Nacional N° 26.061 Protección Integral de los Derechos de NNyA (2005)
- Ley Nacional N° 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia (2021)

- Llobet, V. (2006). La Convención de derechos del Niño, la ciudadanía y los chicos de la calle. Tesis para optar por el título de Doctora en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Llobet, V. (2008). Las Políticas Sociales para la Infancia y el problema del reconocimiento. V Jornadas de Sociología de la UNLP. 10, 11 y 12 de diciembre de 2008. La Plata, Argentina. En Memoria Académica.
- Margulis, M. y Urresti, M. (1998). La construcción social de la condición de juventud. En: Cubides, H., Laverde, M.C y Valderrama C. (eds.) Viviendo a toda. Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades. Investigaciones, Universidad Central. Bogotá.
- Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.
- Mieles, M. D., & Acosta, A. (2012). Calidad de vida y derechos de la infancia: un desafío presente. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*, 10 (1). Recuperado a partir de <https://revistaumanizales.cinde.org.co/rlcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/595>
- Ministerio de Salud de la Nación (2012) “Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia”. Argentina
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2021). Guía para la implementación del parto respetado en la provincia de Buenos Aires. Argentina
- Miniccelli, M. (2012) Instituciones de infancia y prácticas profesionales: entre figuras de segregación y dispositivos de inscripción simbólica. Flacso Argentina. Propuesta Educativa Número 37 – Año 21 – Jun. 2012 – Vol. 1 – Págs. 39 a 50.
- Morales, S. y Gabriela M. (Comp.) (2018) Niñez en movimiento. Del adultocentrismo a la emancipación. Editorial El Colectivo, Chirimbote y Ternura Rebelde. Buenos Aires.
- Mieles, M. D. y Acosta, A. (2012). Calidad de vida y derechos de la infancia: un desafío presente. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), pp. 205-217.
- Material audiovisual: <https://www.youtube.com/watch?v=x3UqFmPO3lo>

- Novella Cámara, A.M (2012). La Participación Infantil: concepto dimensional en pro de la autonomía ciudadana. Teoría de la Educación y Cultura en la Sociedad de la Información. Vol 13, número 2. Universidad de Salamanca, España.
- Nucci, N. (2017). Las familias como sujetos en la intervención profesional del Trabajo Social. En: Cruz V y Fuentes MP, La institución familiar en Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Platero Méndez, R. (2014). Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad. Quaderns de psicologia. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1219>.
- Rabello de Castro, L. (2001). Primera edición en portugués: 1999). Introducción: infancia y adolescencia hoy. En: Rabello de Castro, L (org.), Infancia y adolescencia en la cultura del consumo. Editorial Lumen- Humanitas. Buenos Aires- México.
- Remorini, C. (2010) Crecer en movimiento. Abordaje etnográfico del desarrollo infantil en comunidades Mbya (Argentina). Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud (Vol. 8 no 2 jul-dic 2010). Buenos Aires.
- Rincón Verdugo, C. (2018). Historiografía sobre las significaciones imaginarias de la infancia en la cultura de Occidente. Revista Historia de la Educación Latinoamericana. Vol. 20 No. 31: 25-46 DOI 10.19053/01227238.6245.
- Rivas, S. (2015): La constitución del sujeto infantil desde la perspectiva psicoanalítica. En: “Lazo Social y Procesos de Subjetivación. Reflexiones desde la época”. Inés Seoane y Susana Lonigro comp. Disponible en sedici.unlp.edu.ar Edulp
- Rodolfo, R. (2008). Futuro porvenir. Ensayos sobre la actitud psicoanalítica en la clínica de la niñez y adolescencia. Buenos Aires. Noveduc
- Rodríguez Enríquez, C. (2007). Economía del cuidado, equidad de género y nuevo orden económico internacional. En: publicación Del Sur hacia el Norte: Economía política del orden económico internacional emergente. Girón, Alicia; Correa, Eugenia. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- Rodríguez Enríquez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Revista Nueva Sociedad No 256, marzo-abril de 2015, ISSN: 0251-3552, <www.nuso.org>
- Rovere, M. (2013). La pediatría y la construcción social de la infancia. Análisis y perspectivas. Artículo editado en la presentación realizada en el Congreso del Centenario de la Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires.

- Sadler, M. (2004). “Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto”. 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 originado en actividad de investigación.
- Santillan, L. 2011. “El cuidado infantil, la vida familiar y las formas en que se territorializan las intervenciones sociales: un estudio en barrios populares del Gran Buenos Aires.”. En: Cosse, Isabella, Valeria Llobet, Carla Villalta y María Carolina Zapiola (eds.). *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil*. Buenos Aires, Teseo.
- Seoane Tomil, I. (2003) Mar de ausencias. Separata en “Indocumentados, los nuevos desaparecidos” en Revista “La Pulseada” Año 2 N° 14 La Plata. Grafitos.
- Shuck, S. (2016) *Crianzas*. Editorial Muchas Nueces. Buenos Aires, Argentina.
- Silva Baleiro, D y Pedernera, L (2006). El Protagonismos de las Infancias y Adolescencias: o lo que el enfoque de protección integral no reafirmo. En “Otras Miradas sobre Infancia”. Instituto de Formación de Educadores Jóvenes , Adolescentes y Niños Trabajadores de América Latina y El Caribe. IFEJANT. Lima, Perú.
- Soto Conti, C. (2018) Primera Hora de Vida: Una Ventana de Oro. Disponible en: https://www.sarda.org.ar/images/2018/2018-3_4.Articulo_especial.pdf
- Szulc, A. (2006) . “Antropología y Niñez: de la omisión a las ‘culturas infantiles’”. En: Wilde, G. y P. Schamber (Eds.), *Cultura, comunidades y procesos contemporáneos*. Buenos Aires, Editorial SB, Colección “Paradigma indicial”.
- Szulc, A. (2007). *Encrucijadas identitarias: representaciones de y sobre niños mapuche de Neuquén*. Tesis de doctorado, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- UNICEF (2006) *Participación de Niños, Niñas y Adolescentes en “Comunicación, Desarrollo y Derechos”*. Buenos Aires, Argentina.